Ministerstvo zdravotnictví ČR

Lidsky důstojné a efektivně fungující zdravotnictví

Návrh Koncepce péče o zdraví v ČR v letech 2004–2009, určený pro celospolečenskou diskusi

Vážené spoluobčanky, vážení spoluobčané,

žijeme v rychle se měnícím světě, od kterého můžeme mnoho očekávat, ale který na nás zároveň klade velké nároky. Přestože svět kolem nás se neustále mění, je zdraví stále jednou ze základních hodnot a současně i zásadní determinantou kvality života. Na naše zdraví působí celá řada faktorů, které ho ovlivňují. Zdraví není výsledkem působení pouze zdravotnických služeb, ale zejména toho, v jakém prostředí a jak žijeme.

Zákon mi ukládá vývoj v oblasti zdraví a péče o zdraví sledovat, navrhovat řešení problémů, které v této oblasti existují a navrhovat vhodná řešení, tak abychom všichni mohli využívat příležitosti, které se nám nabízí. Zákon mi také ukládá vás o vývoji i řešeních, které jako ministryně zdravotnictví navrhuji a přijímám, informovat.

Předložený návrh koncepce je výsledkem měsíc trvající práce v podmínkách intenzivních a mnohdy vypjatých předvolebních aktivit, které nám neposkytly potřebný prostor pro více věcně zaměřený přístup, zabývající se diskusí o příčinách existujících problémů a možnostech dalšího vývoje. Příležitostí k hlubší a klidnější diskusi by měl být rámec předložené koncepce, struktura jejích cílů, komentářů, uvažovaných cest k dosažení cílů. Předložený rámec koncepce zohledňuje komplexnost péče o zdraví a potřebnou propojenost mezi aspekty medicíny s jejím zaměřením na pacienta, léčebné a diagnostické postupy, podpory zdraví orientované na zdraví populací a jeho determinanty, procesy řízení, správy, pravidla jednání všech zúčastněných aktérů a to vše s využitím poznatků četných souvisejících vědních oborů a jejich praktického využití.

Pro přípravu koncepce jsem zvolila spolupráci se skupinou externích pracovníků, tedy mimo samotné Ministerstvo zdravotnictví. Vedla mne k tomu skutečnost výskytu problémů, s nimiž se setkali moji předchůdci. Na rozdíl od předchozích je tento návrh předložen nejprve k celospolečenské diskusi, a to v souladu s programovým prohlášením vlády ČR pro oblast zdravotnictví. Výsledky této diskuse budou zveřejněny ve formě písemných stanovisek na internetových stránkách MZ ČR, a budou předmětem jejich využití pro potřebná upřesnění samotné koncepce péče o zdraví před jejím předáním vládě ČR na přelomu let 2004 a 2005.

Doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.
7. listopadu 2004

1. Úvod 5
2. Exekutivní souhrn 6
3. Výchozí principy českého a evropského zdravotnictví 15
4. Shrnutí polistopadového vývoje 17
5. Výchozí problémy a rozvojové příležitostí současného zdravotnictví 18
6. Koncepce 21

VYROVNANÉ HOSPODAŘENÍ 21
6.1 Krátkodobé cíle (2004 – 5) - 21
6.2 Cesty k dosažení krátkodobých cílů 24

REHABILITACE ROLE OBČANA A STÁTU
PŘI TVORBĚ A REALIZACI ZDRAVOTNÍ POLITIKY 34
6.3 Střednědobé cíle (do voleb do PSP 2006) 34

CESTA K EFEKTIVNÍMU FUNGOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU 48
6.4 Dlouhodobé cíle 48
6.5 Cesty k dosažení dlouhodobých cílů 50

7. Kritéria hodnocení výsledků reformy 60
8. Rámec postupu přípravy a uskutečňování reformních změn 61
9. Závěry 62
10. Literatura 63
11. Glosář vybraných pojmů 67

Příloha č. 1: Ljublanská Charta 75

Příloha č. 2 Analýza vybraných ukazatelů hospodaření zdravotnického systému ČR 78

Příloha č. 3 Léková politika 101

1. Úvod

V současné době se u nás vede spor o tvář našeho zdravotnictví. Existují na ně dva základní pohledy – budovat je jako tržní zdravotnictví anebo jako veřejnou službu občanům. Předkládaná koncepce se v kontextu s celoevropskými tendencemi plně staví za to, že zdravotnictví je v prvé řadě veřejnou službou občanům. Chceme, aby zdravotnictví vždy bylo základní jistotou a právem pro všechny, kdo je budou potřebovat – aby bylo lidsky důstojné pro pacienty, ale současně i pro ty, kdo se o ně starají – pro naše zdravotníky.

Koncepce péče o zdraví je řídícím nástrojem, vymezujícím cíle, kterých má být v daném období dosaženo a základní způsoby jejich realizace. V průběhu přípravy koncepce je nutné přijmout řadu klíčových rozhodnutí, které jsou ve vztahu k výběru konkrétních cest dalšího vývoje. Předložená koncepce se vztahuje zejména k období do poloviny roku 2006 a jejím hlavním cílem a předmětem je stabilizace financování českého zdravotnictví v kontextu tvorby dalších opatření, která mohou významně ovlivnit uvedený cíl. Diskuse dlouhodobých cílů pro období 2006-9 je doplňujícím koncepčním rámcem. Také zde již je zapotřebí formulovat strategická rozhodnutí o dalším navrhovaném vývoji péče o zdraví, avšak míra podrobnosti této části je podstatně menší. Tuto část je tedy zapotřebí považovat více ještě jen za podklad další veřejné diskuse. Nejde však již jenom o prognostický přístup.

Předložený návrh koncepce vznikl s využitím celé řady dokumentů zdravotní politiky na národní i nadnárodní úrovni (platná právní úprava v oblasti zdravotnického a souvisejícího práva, existující legislativní návrhy a další dokumenty MZ ČR, Návrh ústavy EU, Ljublanská charta, dokumenty OECD, které jsou výsledkem práce Ad Hoc Group on Health, dokumenty WHO, srovnávací analýzy Health Care Systems in Transition, z podrobnější srovnávací analýzy dokumentů rakouského zdravotnictví, dokumenty zdravotní politiky z Kanady, Velké Británie, SRN, USA).

Pro zpracování návrhu byly dále využity publikované výsledky Institutu zdravotní politiky a ekonomiky, Ústavu zdravotnických informací a statistiky, Státní zdravotního ústavu, Interní grantové agentury MZ ČR, odborné domácí časopisy a celá řada odborných zahraničních monografií a časopisů).

Péče o zdraví musí být hodnocena v dlouhodobé perspektivě kolektivní a individuální odpovědnosti, účinnosti a účelnosti a nikoliv jen z hlediska krátkodobých převážně ekonomických kritérií, která sledují zdravotnictví optikou trhu včetně zisku. Široká i odborná veřejnost musí být otevřeně seznamována s vývojem poznatků, principů, výsledky mezinárodního srovnání strategií reforem zdravotní péče a s jejich výsledky. Přístupy k tvorbě zdravotní politiky v ČR se nemohou obejít bez pravidelných kritických a nezávislých reflexí.

2. Exekutivní souhrn

Exekutivní souhrn je určen pro rychlé seznámení se s hlavními myšlenkami a přístupy navrhované koncepce péče o zdraví.

2.1 Úvod

V současné době se u nás vede spor o tvář našeho zdravotnictví. Existují na ně dva základní pohledy – budovat je jako tržní zdravotnictví anebo jako veřejnou službu občanům. Předkládaná koncepce se v kontextu s celoevropskými tendencemi plně staví za to, že zdravotnictví je v prvé řadě veřejnou službou občanům. Chceme, aby zdravotnictví vždy bylo základní jistotou a právem pro všechny, kdo je budou potřebovat – aby bylo lidsky důstojné pro pacienty, ale současně i pro ty, kdo se o ně starají – pro naše zdravotníky.

2.2 Základní výchozí principy českého a evropského zdravotnictví

Zdraví je jednou ze základních hodnot života každého člověka. Z toho vychází základní principy všech evropských systémů – solidarita, rovnost, dostupnost. Důraz je kladen na humanitu, demokratičnost a zajištění co nejlepší péče v souvislosti s ekonomickými možnostmi země, která by se měla s ekonomickým růstem zvyšovat. Tuto péči jako veřejnou službu garantuje stát a vytváří pro její uskutečňování právní, organizační a ekonomické prostředí. Plní tak povinnosti dané mj. Ústavou a Listinou základních práv a svobod.

2.3 Shrnutí polistopadového vývoje

Po čtyřiceti letech státního zdravotnictví jsme se rozhodli pro změnu systému a jako nejrozšířenější variantu v okolních zemích jsme si vybrali systém veřejného zdravotního pojištění. Pro naši nezkušenost dostal do vínku mnoho „vrozených vad“ (legislativní, finanční, organizační), které neblaze poznamenaly jeho vývoj v 90-tých letech. Deformace nastaly zejména po r. 92, kdy se do regulovaného prostředí vpustil trh a nepromyšlená privatizace. Ani výměna vlád a ministrů po roce 98 nepřinesly obrat k lepšímu, neboť mnoho „zakódovaných“ chyb se nezdařilo odstranit ať již ze subjektivních důvodů (neznalost) nebo objektivních (malá politická vůle).

Nyní, necelé 2 roky před dalšími volbami máme snahu napravit aspoň nejkřiklavější chyby systému a navrhnout odlišné přístupy, využívající více dostupné teoretické poznatky, mezinárodně přijímané principy a hodnoty na rozdíl od jenom úzkých podnikatelských zájmů ve zdravotnictví..

2.4 Analýza problémů a rozvojových příležitostí současného zdravotnictví

Analýza je jedním ze základních východisek tvorby jakékoliv koncepce a zdravotní politiky na úrovni celostátní, regionální i místní. Protože zdravotnictví je systém značně složitý, jsou jeho problémy a příležitosti k rozvoji členěny do několika dílčích okruhů.

a) Zdravotní stav a jeho determinanty – česká společnost se v průběhu 60. a 70 let minulého století značně odchýlila od vývoje ve vyspělých státech a i přes lepšící se situaci rozdílů v demografických ukazatelích a nemocnosti bude muset vzniklou mezeru dohánět v příštích 15 až 20 letech. Celkový zdravotní stav je však z 80% ovlivněn faktory mimo působnost samotných zdravotnických služeb (životní styl, rizikové faktory v životním prostředí, genetické vlohy). Tomu musí odpovídat náš vyvážený přístup k péči o zdraví.

b) Podpora zdraví je procesem, který lidem (společnosti) umožňuje zvyšovat kontrolu nad determinantami svého zdraví, a tak zlepšovat svůj zdravotní stav. Jde zejména o oblast různých typů prevence, vzdělávání ke zdraví a důsledky jednotlivých veřejných politik pro zdraví (politika: vzdělávací, bytová, zemědělská, dopravní, hospodářská, atd.). V ČR jsme doposud nedokázali efektivně využít rozvoje poznání v této oblasti. Potřebujeme hledat nové cesty, které by překonaly četné existující bariéry v oblasti státní správy, dalšího vzdělávání, informovanosti široké veřejnosti, rozvoje výzkumu a především pak praktického využití všech nových poznatků na krajské a místní úrovni.

c) Organizace zdravotnických služeb – proběhlé organizační změny pod dominujícím vlivem ekonomického a tržně zaměřeného přístupu (privatizace, konkurence) nevedly ke zvýšení jeho efektivnosti a lidské důstojnosti, i když umožnily rozšířit spektrum nových technologií. Státní zásahy však také byly mnohdy chybné nebo poloviční. Trend rozvoje práv pacientů, vstřícnost k jeho problémům, možnosti flexibilního vyřizování vzniklých stížností – to vše není vnímáno jako závažný problém. Vývoj služeb v oblasti praktických lékařů, ambulantních specialistů, nemocnic a odborných

léčebných ústavů je nevyvážený a vede ke vzniku četných rizik v dostupnosti a dalších kvalitativních ukazatelů těchto služeb. Velkým problémem je organizační uspořádání a nákladnost „pražského zdravotnictví". Opatření v pražském zdravotnictví souvisí také se vzděláváním a výzkumem.

d) Financování a úhrady zdravotnických služeb a péče o zdraví. Výsledky hospodaření nemocnic a zdravotních pojišťoven vedou pravidelně každoročně ke vzniku několikamiliardových ztrát, aniž by byly vyvozeny jakékoliv důsledky. Komplexní a zásadní příčiny tohoto stavu nejsou ze strany státní správy a všech dalších odpovědných řídících pracovníků již mnoho let řešeny. Jde přitom ve své podstatě o několik velmi jednoduchých problémů (nespravedlivé přerozdělování pojistného, odlišný a výhody sledující přístup zaměstnaneckých pojišťoven k úhradám služeb, závazky VZP po lhůtě splatnosti, příčiny spočívají v chybných a nedostatečně podložených rozhodovacích procesech na úrovni státní správy, nedostatečně řízená výdajové stránka pojištění je pokušením ji zneužívat jako samoobsluhu – takřka vše je tolerováno). Všichni se shodují na problémech stávajícího a rizicích možného dalšího vývoje v oblasti přeinvestování našeho zdravotnictví. Řešení jsou brzděna především četnými zájmovými skupinami, působícími ve zdravotnictví, neboť v této hře patří k vítězům. Problémy v této oblasti však již jsou kritického charakteru a vyžadují důrazná opatření.

e) Veřejná správa a její reformy, výkon státní správy, problémy v oblasti samosprávy, vývoj zdravotnického práva. Pozitivní záměry v procesu reformy územní veřejné správy nebyly v rámci vývoje zdravotnického práva odpovídajícím způsobem doplněny vymezením kompetencí a jednotného postupu poskytování zdravotnických služeb. V důsledku nekontrolovaného vývoje v oblasti daňového práva, ochrany veřejného majetku nemocnic ve veřejném zájmu a podcenění charakteru zdravotnických služeb jako veřejných, došlo k právně značně neurčitému stavu v oblasti nemocniční péče. Důsledkem jsou rizika snížení kvality veřejných zdravotnických služeb z hlediska jejich dostupnosti, účelnosti a účinnosti. Zdravotnictví se tak při deficitech a evidentních chybách právního rámce stává předmětem tržních spekulací.

f) Výzkum a analýzy se zaměřením na organizaci a financování zdravotnictví, vývoj veřejné správy, řídících procesů, podporu zdraví, determinanty zdraví byl po roce 1990 nejen výrazně podceněn, ale bohužel v některých vývojových etapách polistopadového vývoje záměrně likvidován. Vzniklé bariéry rozvoje tolik potřebného poznání v těchto oblastech a v možnostech praktického využití poznatků jsou bezprostředními příčinami dlouhodobě přetrvávajících problémů českého zdravotnictví, jeho bezkoncepčnosti a bezradnosti v oblasti vývoje zdravotnického práva. Rozhodně nejde jenom o náhody nebo chyby, ale o dlouhodobý záměr potlačit rozvoj poznání, modernizaci společnosti a demokracie ze strany těch zájmových skupin, kterým vyhovuje stávající stav finančních nestabilit a tedy snadného a prakticky nekontrolovaného přístupu k finančním zdrojům.

g) Rozvoj lidských zdrojů – lidské zdroje jsou rozhodujícím a nejdůležitějším faktorem celého zdravotnictví, jeho řízení a správy. Přitom rozvoji lidských zdrojů v této oblasti je věnována jen velmi malá pozornost. Od plánování a řízení lidských zdrojů bylo upuštěno. Důsledkem jsou velmi nevyvážené počty v rámci jednotlivých oblastí zdravotnických služeb a odborností, problémy mladých pracovníků, projevy násilí na pracovišti. K dispozici jsou jen dílčí údaje o vývoji příjmů pracovníků ve zdravotnictví. Jde o další oblast, kde převažující vliv ekonomických faktorů vede ke vzniku četných nestabilit a negativních projevů také vůči pacientům, k dehumanizaci medicíny.

h) Aktéři, zájmy, instituce, jednání – proběhlé změny českého zdravotnictví se soustředily především na oblast financování, změny vlastnictví, autonomii poskytovatelů služeb. Došlo ke ztrátě četných morálních zábran a vývoj právního rámce (institucí) v oblasti práv a odpovědnosti četných aktérů ve zdravotnictví je zatím za organizačními a finančními změnami pozadu. Takový stav umožnil u mnohých aktérů rozvoj jejich neodpovědného jednání a vedl k představám, že zdravotnictví se stalo nikým nekontrolovaným zlatým dolem. Pokud má být ve zdravotnictví dosaženo cíle dlouhodobé finanční stability, pak je nutné věnovat intenzivní pozornost dalšímu rozvoji právům a odpovědnosti jednání zúčastněných aktérů prakticky ve všech skupinách.

2.5 Koncepce

Na základě výchozích základních principů (lidská práva, hodnoty, mezinárodní právo, solidarita), a analýz existujících problémů jsou v koncepci formulovány v členění podle důležitých součástí zdravotnického a systému a časového hlediska prioritní cíle a navrženy cesty k jejich dosažení.

- Krátkodobé časové hledisko (1 rok) je soustředěno na nejnaléhavější problémy z oblasti hlavních ztrát v hospodaření českého zdravotnictví (nemocnice, zdravotní pojištění). Tento přístup se v mnohém překrývá s realitou konce roku 2004.

- Střednědobé a dlouhodobé údobí (2 až 6 let) jsou zaměřeny do několika rovin (1) vývoje zdravotnického práva jako hlavního nástroje zdravotní politiky, (2) podmínek pro aplikaci práva, (3) podmínek pro rozvoj výzkumu a hodnocení výsledků, dosažených v průběhu realizace reformních kroků, (4) vzdělávání a rozvoj lidských zdrojů, (5) modernizace českého zdravotnictví a souvisejících demokratických procesů.

Box č. 1 Charakteristika základních přístupů koncepce ve třech časových a cílových etapách

Krátkodobé cíle (2004-5)	Střednědobé cíle (2004-6)	Dlouhodobé cíle (2006-9)
Vyrovnané hospodaření	**Rehabilitace role občana a státu při tvorbě a realizaci zdravotní politiky**	**Cesta k efektivnímu fungování zdravotnického systému**
■ Stabilizace hospodaření v systému veřejného zdravotního pojištění a nemocniční péče • Regulace úhrady zdravotnických služeb (úhrady nemocniční péče formou globálního rozpočtu se zohledněním výkonů) v roce 2005 • Důraz na hodnocení a význam pojistných plánů 2005 pro další rozhodování o alokaci finančních zdrojů • Analýza příčin problémů hospodaření VZP v roce 2004 ■ Zlepšení výkonu státní správy v oblastech: zdravotního pojištění, regulace a kontroly hospodaření nemocnic ■ Tvorba a využití nástrojů pro měření produkce zdravotnických služeb ve vztahu ke zvyšování jejich efektivity ■ Tvorba metodiky zdravotních plánů krajů a hl. města Prahy ■ Tvorba základních standardů zdravotnických služeb (sít, pracovníci) ■ Analýza pražského zdravotnictví ■ Zákon o veřejných nestátních neziskových nemocnicích ■ Sloučení zákonů č. 280/1992 Sb. a č. 551/1991 Sb. ■ Rozvoj výzkumu a analytických kapacit v oblasti zdravotní politiky a ekonomiky ■ Komplexní analýza vývoje a struktury českého zdravotnického práva	■ Rozvoj kapacity tvorby a realizace politiky podpory zdraví s využitím zahraničních poznatků v dalším vzdělávání ■ Optimalizace veřejných zdravotnických služeb („sítě“) cestou zdravotních plánů krajů, Prahy a ČR ■ Důraz na řízení produkce a kvality zdravotnických služeb, práva pacientů (zákon o zdravotní péči) ■ Efektivní financování a úhrady zdravotnických služeb • Úprava cenových relací zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami • Efektivní alokace zdrojů v segmentech služeb, rozvoj metod pojistných plánů a hodnocení hospodaření v systému veřejného zdravotního pojištění • Úhradové mechanismy motivující k racionální spotřebě zdravotnických služeb • Nákup služeb podle potřeb a analýzy spotřeby ■ Rozvoj lidských zdrojů ve zdravotnictví jako nutné podmínky realizace reformních změn ■ Tvorba koncepce a rozvoje primární péče (lékař koordinátor) ■ Efektivní role státu a občanské společnosti při objektivní tvorbě a realizaci zdravotní politiky ■ Aplikace nových poznatků a jejich využití pro rozvoj dalšího vzdělávání (e-learning) se zaměřením na primární péči, aktéry zdravotní politiky na straně státu a občanské společnosti	■ Zlepšení zdraví a jeho determinant ■ Programy podpory zdraví na krajské a komunální úrovni ■ Tvorba integrovaného zdravotnického systému: • Primární péče, PL jako koordinátor, účast na programech podpory zdraví • Rozvoj sekundární a terciární prevence • Rozvoj komunitního plánování zdravotně sociálních služeb • Koordinace rozvoje základní a specializované akutní nemocniční péče • Rozvoj dlouhodobé lůžkové zdravotní a zdravotně-sociální péče ve vazbě na hodnocení jejich potřeb a řízení péče ■ Práva pacientů, občanská participace ve veřejnoprávních korporacích na úrovni státu, kraje, obcí a měst v oblasti podpory zdraví a správy zdravotnických služeb ■ Rozvoj řízení kvality poskytovaných služeb (léčebné postupy, standardy, hodnocení technologií, měření výsledků) ■ Výzkum a analýzy, reflexe vývoje, rozvoj poznání – aplikace ve vzdělávání a tvorbě a realizaci zdravotní politiky (společnost vědění) ■ Další modernizace demokracie v oblasti péče o zdraví, hodnocení vývoje zdravotnického systému a péče o zdraví v ČR (Zprávy o zdraví),

Koncepce klade důraz na další kritéria a požadavky jimiž jsou: systémovost, ekonomičnost, přínos pro pacienty, přínos pro zdravotníky, sociální začlenění, aspekty kvality péče o zdraví.

Vyrovnané hospodaření – krátkodobé cíle (2004-5)

Cíle jednotlivých tří časových etap jsou shrnuty v boxu č. 1 (Charakteristika základních přístupů). První období je charakterizováno jako snaha o „vyrovnané hospodaření". Tomu odpovídají priority zaměřené na optimalizaci sítě zdravotnických zařízení (nikoliv jenom jakousi část nemocničních lůžek, o kterých se v poslední době hovoří v médiích), opatření v oblasti správy veřejného zdravotního pojištění a hospodaření nemocnic, výkonu funkce zřizovatele (pojistné plány, úhrady, průběžná kontrola vývoje hospodaření). Cíle tohoto období zasahují prakticky až do konce roku 2005. Smyslem jejich samostatného vyčlenění v podobě krátkodobých cílů je důraz na opatření, sledující naléhavé aktivity stabilizace hospodaření, včetně potřeby aktivně vyvozovat důsledky v případě bilančních nerovnováh.

Je zřejmé, že připravovaný nový systém úhrady nemocniční péče (DRG) nelze v příštím roce použít. Proto je nutné pro úhrady nemocniční péče zvolit alternativu v podobě globálních rozpočtů v kombinaci s hodnocením produkce nemocničních služeb pomocí výkonů (použít seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami), spotřeby materiálu a dosahovaných výsledků. Cenové relace seznamu zdravotnických výkonů jsou však, jak je dobře známo, nevhodně nastavené a proto bude zapotřebí hledat co nejrychlejší cesty k jejich úpravě (např. využít modelování těchto cen s využitím dat VZP). Současně bude nutné se vyhnout různým negativním zneužitím úhrad za unicitní pojištěnce. Je nutné pokračovat ve sběru dat o hlavních a vedlejších diagnózách, délkách ošetřovacích dob. Všechny tyto a další údaje lze použít pro rozvoj metodiky globálních rozpočtů, které lze dále rozvíjet mnohem jednodušší cestou než DRG úhrady, založené na množství nepřesných vstupních údajů s rizikem mnoha chyb a také zkreslení při vykazované léčbě.

Výkon státní správy v oblasti financování a úhrad bude nutné pečlivě realizovat ve dvou rovinách: (1) na makroúrovni jde o nutnost věnovat značnou pozornost zdravotně pojistným plánům pojišťoven na rok 2005, jako závaznému celkovému rámci dalšího vývoje a rozhodování, (2) základní rámec pro mikroúroveň bude vymezen především vyhláškou MZ ČR o úhradách, případně Věstníkem MZ pro 1. pololetí 2005 a potřebou aktivního přístupu ze strany zdravotních pojišťoven při řízení jejich výdajů a nákladů.

V podmínkách probíhající reformy veřejných financí je obtížné, aby byl dále ze strany státu kryt další deficit. Zdroje pro stabilizaci hospodaření v systému veřejného zdravotního pojištění je zapotřebí hledat především v rámci tohoto samotného systému. Ještě stále totiž přetrvává nespravedlivý systém přerozdělení pojistného mezi pojišťovnami za současných rozdílů ve struktuře pojištěnců. Pozornost je zapotřebí věnovat také celkovým nákladům na léčbu a analyzovat rozdíly mezi pojišťovnami. Četná upozornění poukazují na neopodstatněné rozdíly v postupu pojišťoven, tj. na odlišnou výši nákladů na léčbu. Ministerstvo zdravotnictví, resp. pracovníci vykonávající státní správu v oblasti zdravotního pojištění ve spolupráci s Ministerstvem financí tedy stojí před úkoly stabilizace hospodaření zdravotního pojištění. Jejich míra odpovědnosti je v tomto směru klíčová.

V hospodaření VZP v roce 2004 vyvstává problém jejích závazků vůči zdravotnickým zařízení po lhůtě splatnosti. K 30.6.2004 dosáhla výše těchto závazků 6,9 mld. Kč. V porovnání se stavem k 31.12.2003 došlo k nárůstu o 1,3 mld. Kč. K 31.12.2004 očekává VZP stav závazků po lhůtě splatnosti ve výši 8,5 mld. Kč. Za této situace je ovšem zapotřebí hodnotit také výsledky hospodaření zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Je evidentní, že uvnitř systému veřejného zdravotního pojištění není jeho hospodaření z hlediska celospolečenského zájmu nastaveno optimálně a dochází v něm k formulaci řady otázek a potřeby efektivních opatření nápravy.

Optimalizace sítě veřejných zdravotnických služeb není možná bez vzájemné spolupráce a součinnosti MZ ČR a krajů. Role MZ je především v rovině metodické a v tvorbě potřebných pravidel a standardů. MZ také odpovídá za velké nemocnice. Vlastní analýzy a návrhy sítě veřejných zdravotnických služeb (mimo zřizovatelskou působnost MZ ČR) spočívají na krajích. To ale neznamená, že by se měly kraje a MZ vymlouvat jeden na druhého. Je zde nutná velmi úzká spolupráce bez které nelze dosáhnout potřebných výsledků. Cesta vede tvorbou zdravotních plánů krajů, Prahy a jejich zpracování do celonárodního dokumentu. Podmínkou takové práce je právně závazná jednotná metodika.

Prioritami tohoto prvního období je také analýza pražského zdravotnictví a orientace aktérů zdravotní politiky na nástroje a postupy měření produkce služeb. Data o produkci plní dvě zásadní funkce: (1) obecně identifikují „co funguje", včetně naplňování cílů zdravotnických systémů, (2) identifikují funkční kompetence na straně poskytovatelů zdravotnických služeb. Tomu také odpovídá výzkumná a řídící role dat o produkci. Tato data pak mohou být využita pro pokračující zlepšování, umožňují tvůrcům politiky přijímat nákladově efektivní technologie a pomáhají lidem z praxe identifikovat možnosti pro zlepšení práce lidí nebo organizací jako celků.

Problémovým důsledkem reformy územní veřejné správy a zejména pak jejího právního rámce je neexistence právní úpravy pro veřejnou neziskovou nemocnici. Díky nevhodně nastaveným daňovým pravidlům příspěvkových organizací krajů byly ze strany MF ČR vytvořeny silné motivace pro přechod těchto nemocnic do formy akciových společností, založených kraji. Takto vzniklá potencionální rizika dalšího nakládání s majetkem nemocnic a jejich provozování ve vztahu k poskytování veřejných služeb vyžadují z dlouhodobého hlediska nápravu vzniklé situace v rovině práva (proto je formulován záměr návrhu zákona o veřejných neziskových nemocnicích). Za naléhavé je zapotřebí považovat sjednocení pravidel pro fungování zdravotních pojišťoven tak, aby nedocházelo k rozdílným úhradám stejných poskytovaných služeb.

Rehabilitace role občana a státu při tvorbě a realizaci zdravotní politiky střednědobé cíle (2004-6)

Druhé období (2004-6), označené jako střednědobé cíle je označeno jako „rehabilitace role občana a státu při tvorbě a realizaci zdravotní politiky". Rehabilitace role státu spočívá v důrazu na výkon jeho funkce jako regulátora, tvůrce koncepčních přístupů, pravidel (právních norem) a výkonu státní správy cestou kontroly dodržování stanovených pravidel. Všechny tyto funkce státu v uplynulém období utrpěly výraznou devalvaci. V žádném případě nelze tyto kroky označovat jako „znárodňování". To by bylo hrubé nedorozumění, neboť i v případě, že bychom chtěli ve zdravotnictví výrazně uplatnit tržní přístupy, musel by stát začít plnit svoji roli regulátora odpovědně.

Selhání státu jako regulátora a tvůrce zdravotní politiky v minulých letech je bohužel jednou z významných příčin našich současných potíží. O této smutné kapitole se veřejně příliš nehovoří. Stát je naopak předem diskvalifikován jako ten, „kdo za žádných okolností nedovede a proto je zapotřebí jej nahradit trhem a různými agenturami apod". To je zásadní omyl. Musíme hledat cesty, jak pošramocenou reputaci státu napravit. Má k tomu celou řadu příležitostí a úkolů, jež jsou obsahem střednědobých cílů. Jednou z cest zlepšení kapacity „vládnutí" či tvorby zdravotní politiky je modernizace založená na rozvoji dalšího vzdělávání. Podmínkou je však také rozvoj našeho poznání cestou výzkumu včetně efektivního využití zahraničních poznatků a zkušeností. V této oblasti Česká republika ještě pořád zaostává. Naše zdravotnictví drží krok v oblasti medicíny, ale nikoliv v oblasti řízení, správy a ekonomiky zdraví, či dalších souvisejících společenskovědních disciplínách.

Rehabilitace role občana ve zdravotnickém systému spočívá v důrazu na jeho práva jako pacienta, efektivní možnosti vyřizování jeho problémů/stížností (ombudsman v nemocnici, spolupráce se zdravotní pojišťovnou při vyřizování stížností z oblasti poskytování zdravotnických služeb). Pro občana pacienta se otevírá v této koncepci příležitost ke koordinaci řešení jeho zdravotnických problémů ve spolupráci s praktickým lékařem koordinátorem, jehož role je významnější než dosud a promítá se také do oblasti podpory zdraví. Praktický lékař koordinátor se stává důležitým spolupracovníkem zdravotní pojišťovny při hodnocení a řízení spotřeby zdravotnických služeb. Zde může využít současných technických možností datové on-line komunikace se zdravotní pojišťovnou. Jde tedy o možnou alternativu k IZIPU nebo jeho vývoj poněkud jiným směrem. Čipové karty pacientů nemají v tomto modelu význam a jejich přínos je vzhledem k výrazným nákladům ekonomicky neefektivní.

Ukazuje se, že cesta „zdravotních knížek" u ohrožených skupin je z hlediska komunikace lékaře a pacienta přínosnější. Využití těchto všech nástrojů a jejich nákladové efektivity musí být předmětem dalšího pečlivého hodnocení. Namísto samoúčelných informačních technologií je kladen v koncepci důraz na skutečný kontakt a spolupráci praktického lékaře s novou rolí a pacientem. Pacientovi při této spolupráci stačí výrazně levnější alternativa k čipové kartě v podobě zdravotní knížky. Pacient si tedy nemusí pořizovat nákladnou technologii na čtení čipových karet nebo se vystavovat riziku zneužití jeho osobních údajů z různých důvodů či komerčních zájmů. Prioritou nad informační technologií je v tomto případě rozvoj vědění (společnost vědění), podpora dalšího vzdělávání praktických lékařů a růst významu primární péče.

Součástí střednědobých cílů je okruh efektivního financování a úhrad zdravotnických služeb, který je zapotřebí rozvíjet s využitím konceptu řízení rozhraní, tj. se zohledněním vazeb a nástrojů na makro a mikroúrovni. Analytická část tohoto přístupu musí zahrnovat údaje o vícezdrojovém financování včetně šedé ekonomiky a čistě soukromých výdajů. Zdravotnický systém v ČR se potřebuje vyrovnat s problémy „nabídkou vyvolané poptávky" a „nabídkou vynucené spotřeby". V rovině makroekonomického přístupu jde o rozvoj a aplikaci systému národních účtů zdraví, rozvíjených v ČR ve spolupráci s OECD. Systém těchto účtů by měl umožnit posuzovat makroekonomické ukazatele.

Na mikroúrovni jde pak o nákladové analýzy, řízení nákladů, controlling, cenotvorbu, regulace, úhrady motivující k racionálnímu jednání poskytovatelů služeb, spojené s aktivním nákupem služeb v závislosti na jejich potřebě (senzitivita k potřebám pacientů) a zpětnovazebních analýz spotřeby. Nástrojem pro tlumení růstu nákladů je cesta vývoje a uplatnění různých typů standardů.

Cesta k efektivnímu fungování zdravotnického systému dlouhodobé cíle (2006-9)

Třetí období (dlouhodobé cíle 2004-9) jsou nabídkou „cesty k efektivnímu fungování zdravotnického systému". Jde o zásadně jiné pojetí než Modrá šance ODS (Chtít zdraví). Předložený návrh není založený na tržních přístupech, ale na tvorbě integrovaného zdravotnického systému, který namísto trhu a konkurence využívá nástroje kooperace a řízení rozhraní, tj. řízení vzájemných a důležitých vztahů mezi jednotlivými segmenty zdravotnických služeb.

Tento návrh koncepce péče o zdraví nevnímá současný celosvětový stav ve zdravotnictví jako krizový, jako krizi ve financování a tedy jako potřebu řešit krizi cestou omezování rozsahu poskytovaných veřejných služeb nebo obecně i jako trend redukce aktivit sociálního státu s riziky negativních důsledků vzniku sociálního vylučování ohrožených a znevýhodněných skupin (nízkopříjmové skupiny obyvatelstva nebo osoby bez vlastních příjmů (mladí a starší věkové skupiny – důchodci, skupiny s nízkým vzděláním a kvalifikací). Omezování rozsahu potřebných zdravotnických služeb by nutně vedlo ke snížení kvality života našich spoluobčanů.

Ve shodě se závěry jednání Skupiny pro zdraví (OECD, 2004) upřednostňujeme řešení cestou k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům, jejichž cílem je udržitelný růst nákladů a udržitelné financování, dostupnost zdravotní péče, zdravotnické systémy sensitivní k potřebám pacientů, hodnota peněz ve zdravotnických systémech.

Důraz je zde kladen na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva cestou rozvoje podpory zdraví na úrovni krajů, obcí a měst. Priorita není spatřována v ekonomických aspektech, v úhradách a financování a v nekonečných debatách o možnostech využití nástrojů typu spoluplateb či doplňkových zdrojů apod. Ze zahraničních dlouhodobých zkušeností je více než zřejmé, že takové debaty nevedou významným způsobem ke zvýšení efektivity zdravotnických systémů. Proto návrh klade důraz na aspekty aktivního řízení kvality (nikoliv jenom jeho měření nezávislou agenturou), práva pacientů, rozvoj poznání a především pak takový rozvoj zdravotnického systému, který sleduje zvýšení hodnoty, která je poskytována za námi vynaložené finanční prostředky.

Zdravotnictví není v žádném případě zadarmo, vynakládáme na něj v ČR v posledních letech více jak 7% hrubého domácího produktu (v této částce není zahrnuta šedá ekonomika, která odhadem může zvýšit celkové výdaje na zdravotnictví v ČR na více jak 8% HDP). Za tyto prostředky bychom si mohli pořídit mnoho jiných věcí, pokud by bylo zdravotnictví zadarmo. To, že péče není hrazena pacientem v okamžiku její spotřeby, neznamená, že je zadarmo. Důvodem tohoto uspořádání je selhání trhu ve zdravotnictví a volba uspořádání, kdy pacientovy zájmy a potřeby jsou řešeny prostřednictvím „agenta (pojišťovny, státu)", kterého si pacient najímá a platí. Proto musíme vyžadovat efektivní nákup služeb především od těchto dvou dobře placených agentů. Naopak je zapotřebí si klást opačné otázky – např. nakolik je sociálně udržitelný stav zátěže osob bez vlastních příjmů vysokými spoluplatbami např. za léčiva.

Celý systém financování a úhrad musí mít vytvořenu kapacitu pro řízení udržitelného růstu nákladů. Rozpor mezi dalším vývojem technologií a demografickými změnami na jedné straně a event. poklesu ekonomicky aktivních musí být řešen cestami zvyšování efektivity v oblasti zdravotnických služeb a zlepšení zdravotního stavu (snížení potřeb, nemocnosti) obyvatelstva (podpora zdraví, řízení determinant zdraví). Údaje z mezinárodního srovnání ukazují, že existuje prostor pro zvyšování efektivnosti zdravotnických systémů. V podmínkách ČR je tento prostor ještě zvýšen o zdroje, které jsou v současné době ztraceny v důsledku plýtvání nebo přenosem nákladů z oblasti sociální (vývoje pracovní neschopnosti se ztrátami plateb pojistného na zdravotní pojištění, důsledky nezaměstnanosti, sociální vyloučení u ohrožených skupin a zvýšená potřeba péče, negativní vlivy vybraných veřejných politik – doprava, životní prostředí, atd.).

Jedním z dalších východisek pro řešení rozporu je očekávaný vývoj molekulární medicíny a v jejím rámci pak genové terapie. Na tento trend vývoje je zapotřebí reagovat prioritami v oblasti výzkumu, rozvoje a aplikace těchto nových technologií. Není tedy vhodné predikovat další vývoj jenom v rámci současných technologických možností. Uplatnění molekulární medicíny může také výrazně změnit naše přístupy k mechanismům financování péče o zdraví a řízení rizika výskytu nemoci (zdravotní pojištění).

Na rozdíl od návrhu ODS se tedy tato koncepce snaží přistupovat k péči o zdraví jak z hlediska jedinců tak i celé společnosti. Přístup ODS je v tomto ohledu silně individualistický a tržně orientovaný. Přenáší na občana a pacienta neodpovídající míru odpovědnosti za rozhodování, v kterém mají největší váhu především poskytovatelé zdravotnických služeb. Zrovna tak není v silách jednotlivců ovlivnit zcela faktory determinující významně náš zdravotní stav (životní prostředí, životní styl, životní úroveň, nezaměstnanost, vzdělání ke zdraví, tvorba veřejných politik, které by zohledňovaly své důsledky pro vývoj zdravotního stavu obyvatelstva).

Právo na zdraví a na zdravotnické služby je předloženým návrhem koncepce péče o zdraví vnímáno jako jedno ze základních práv a proto klade koncepce důraz na jeho

naplnění cestou veřejných zdravotnických služeb, dostupných bez individuální schopnosti jejich úhrady, bez ohledu na věk a zdravotní stav. Náš návrh se kriticky staví k představám o možnostech poskytovat nemocniční péči v akciových společnostech. Z dlouhodobého ekonomického hlediska a skutečné podstaty akciových společností je tato cesta neperspektivní. Proto je navrhováno dlouhodobé řešení v podobě veřejné neziskové nemocnice. Zdravotnické služby si lze z pohledu občana asi těžko představit jako podnikatelskou činnost zvolených zastupitelů krajů v podobě holdingových společností, na které by ještě byla přenesena zřizovatelská funkce kraje. Zdraví je výjimečnou lidskou hodnotou a veřejným statkem obzvláštního společenského a osobního významu. Proto nemůže být předmětem obchodu a ve veřejném zájmu bychom si tuto hodnotu měli hlídat v působnosti nástrojů veřejného práva.

Box č. 2: Rozdíly mezi přístupy tohoto návrhu koncepce péče ozdraví a Modrou šancí ODS ke koncepčnímu pojetí péče o zdraví

Srovnávací kritéria	Návrh ministryně zdravotnictví (listopad 2004)	ODS (Modrá šance)
1. Oblast zdraví a jeho determinant, podpora zdraví	Klade důraz na celostní pojetí problematiky zdraví a jeho determinant. Významnou roli přisuzuje státu, samosprávným a občanským aktivitám. Upozorňuje na potřebu rozvoje podpory zdraví, využití moderních poznatků, zahraničních zkušeností.	Soustřeďuje se tradičně na jedince a jeho odpovědnost. Opomíjí nutnost populačního přístupu, podceňuje roli státu v této oblasti.
2. Rozvoj občanských aktivit, práv pacientů	Klade důraz na participaci občana ve veřejnoprávních korporacích a v právnických osobách, které jsou subjektem veřejného práva (např. nestátní neziskové nemocnice). Klade důraz na rozvoj práv pacientů ve zdravotnictví, navrhuje koncept ombudsmana v nemocnicích, tvorbu nových systémů vyřizování stížností pacientů. Právo na zdraví a zdravotnické služby je klíčovým výchozím principem.	Roli občana a pacienta vnímá především z hlediska odpovědnosti jeho vlastního jednání za jeho zdravotní stav. Nepodporuje ve zdravotnictví vznik právnických osob jako součásti veřejného práva a nedoceňuje význam veřejnoprávních korporací v této oblasti se všemi demokratickými mechanismy s nimi souvisejícími. Právo na zdraví je vystaveno konkurenční hře poskytovatelů a plátců zdravotnických služeb, které by měl regulovat stát. Solidarita je označována jako pokrytecký termín – v rozporu s tímto konstatováním by však zdravotnické služby měly být financovány z veřejných prostředků.
3. Veřejná správa, role státu a samosprávy, tvorba zdravotní politiky	Upozorňuje na význam role státu (viditelné veřejné ruky) a výkonu státní správy ve zdravotnictví. Klíčový význam přisuzuje veřejné správě na úrovni krajů pro decentralizovaný výkon správy v oblasti zdravotnictví – zdravotní plány krajů	Má tendenci minimalizovat roli státu, nahrazovat výkon státní správy formou různých agentur a aktivit typu PPP. Modrá šance se nevěnuje problematice tvorby sítě zdravotnických zařízení. Tento problém je zřejmě řešen v rámci procesu konkurence a konkurzů.
4. Integrovaný zdravotnický systém	Strukturovaný přístup k integraci zdravotnického systému. Rozvoj primární péče, komunitní plánování, zdravotně-sociální péče. Optimalizace objemu a struktury zdravotnických služeb vzhledem k jejich potřebě, změnám zdravotního stavu obyvatelstva, demografickému vývoji, rozvoji technologií, dosahovaným výsledkům a ekonomickým možnostem. Místo nákladných konkurenčních her je zvolena strategie řízené péče. Rozsah sítě či nabídky zdravotnických služeb je řízen prostřednictvím zdravotních plánů krajů v závislosti na potřebách, standardech a dalších parametrech.	Zdravotnické služby si konkurují. „Musí být zajištěn rozvoj těch zdravotnických zařízení, která jsou schopna nabídnout kvalitní služby za odpovídající cenu a přimět tak ostatní poskytovatele ke zlepšení výkonu nebo k opuštění trhu.“ Není však zřejmé, jakým, způsobem musí být zajištěn rozvoj soukromých zdravotnických zařízení. Rozsah služeb není regulován, zdravotnická zařízení jsou pouze registrována – to by nutně muselo vést ke vzniku nadměrné nabídky služeb.

Srovnávací kritéria	Návrh ministryně zdravotnictví (listopad 2004)	ODS (Modrá šance)
5. Řízení kvality péče	Řízení kvality zdravotní péče (cenová a geografická dostupnost, ekonomická a medicínská efektivita – léčebné postupy, alokační efektivita, lidsky důstojná a přijatelná péče pro pacienty, respektující jejich práva, zvládání rizika výskytu nemoci cestou solidárního zdravotního pojištění) je jedním z klíčových aspektů koncepce	Kvalita a účinnost je měřena nezávislými organizacemi. Není však zřejmé o jakou kvalitu, jak vymezenou by mělo jít – užší či širší pojetí? Zahrnuje toto pojetí také aspekty geografické a cenové dostupnosti, alokační efektivitu? Rozhodně není zřetelné, zdali jde o aspekty kvality na makro a mikro úrovni.
6. Financování zdravotnických služeb	Klade důraz na celkovou bilanční rovnováhu hospodaření v celém zdravotnickém systému bez zvýšení spoluúčasti občanů na péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a bez zvýšení procentní sazby povinného zdravotního pojištění placeného zaměstnanci a zaměstnavateli. Nesouhlasí se zúžením stávajícího věcného rozsahu zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Způsob dosažení těchto cílů spatřuje v efektivním uplatnění role státu ve spolupráci s občanskou společností (samospráva na úrovni krajů, měst a obcí, aktivní participace občanů ve veřejnoprávních korporacích)	Cílem změny financování je zachovat všeobecnou dostupnost zdravotní péče a současně umožnit občanům, aby sami rozhodovali, jakou zdravotní péči potřebují, chtějí a kolik jsou ochotni za ni zaplatit. Realizace tohoto cíle je cestou osobních účtů a trhu zdravotních plánů. Šlo by tedy současně o trh za veřejné peníze v poměrně velkém rozsahu téměř 200 mld. Kč ročně. Odpovědnost za hospodaření s finančními prostředky je vkládána především na občana.
7. Rozvoj lidských zdrojů	Rozvoji lidských zdrojů je věnována významná pozornost jako rozhodujícímu faktoru rozvoje služeb, jejich řízení a správy. Bez řízeného rozvoje lidských zdrojů nelze realizovat potřebné reformní změny ani jejich další rozvoj.	Na toto téma není v Modré šanci nic uvedeno.
8. Výzkum a poznatky pro zdraví	Výzkum a společnost vědění jsou považovány za jeden z rozhodujících faktorů modernizace zdravotnického systému. Návrh vnímá výzkum jako faktor rozvoje kapacity státu k vládnutí, výkonu správy. V souladu se zahraničními zkušenostmi a strategiemi zdravotnických reforem je výzkum v oblasti organizace, financování, úhrad řízení, správy atd. považován za velmi přínosný.	Výzkumu a rozvoji poznatků není věnována pozornost. Kvalitu hodnotí nezávislé organizace a to zřejmě stačí.
9. Rozvoj odpovědnosti a informovaného jednání aktérů zdrav. politiky	Rozvoj odpovědnosti jednání je ve vztahu k vývoji právního rámce, kontroly, měření produkce a dalších aspektů kvality. Míra odpovědnosti je specifikována podle rolí jednotlivých aktérů zdravotnického systému.	Největší míra odpovědnosti je předpokládána u pacientů. Ostatní aktéři budou jednat efektivně v důsledku konkurence a působení neviditelné ruky.

2.6 Kritéria hodnocení výsledků reformy

Systémová, ekonomická, sociální, přínos pro pacienty, přínos pro zdravotníky. Průběžné hodnocení reformy cestou nezávislého výzkumu a analýz.

2.7 Časový a obsahový rámec postupu tvorby a realizace zdravotní politiky (uskutečňování koncepčních a legislativních prací a následných reformních změn)

- 14.11. první představení koncepce v ČT
- 15.11. Tisková konference MZ ČR
- Celospolečenská diskuse návrhu Koncepce péče o zdraví (listopad- polovina prosince 2004)
- Sociální dialog (dialog s významnými aktéry, průzkum veřejného mínění, listopad-prosinec 2004). Vládě bude návrh předán koncem prosince 2004, jeho projednání je uvažováno v lednu 2005, poté návrh vláda předá PSP ČR
- Časový plán úkolů, termíny, zodpovědné instituce a osoby (ve vztahu ke krátkodobým a střednědobým cílům).
- Legislativní proces a jeho plán (2004-pololetí 2006)
- Kooperace s aktéry státu a občanské společnosti: – MF, MPSV, MV, kraje, obce a města, vláda, Parlament, ČLK, odbory, pacienti, média, profesní organizace, nemocnice, pojišťovny (průběžně, nutno stanovit priority – např. MF ohledně organizačně právní formy nemocnic, správy zdravotního pojištění, vývoje hospodaření)

2.8 Závěr

Dlouhodobé cíle návrhu koncepce péče o zdraví MZ ČR jsou vztaženy nejen k existujícím problémům a rozvojovým příležitostem, ale zaměřují se na návrhy řešení problémů a možnosti měřitelného hodnocení jejich dlouhodobých společenských (politických a ekonomických) důsledků. Tyto cíle jsou v relevantním vztahu k dokumentu Světové zdravotnické organizace Zdraví 21. Cíle jsou formulovány tak, aby je bylo možno diskutovat s širokou veřejností, exekutivou, profesionály a volenými politickými představiteli.

Předložený návrh není založen na široké aplikaci trhu ve zdravotnictví jako je tomu např. v Modré šanci zdravotnictví, předložené občanům ČR ve formě koncepčního návrhu Občanskou demokratickou stranou.

Tento návrh sleduje cíl ochrany veřejného vlastnictví převažující části nemocnic, tj. jejich organizačně právního uspořádání s využitím právnické osoby nestátního neziskového typu v působnosti veřejného práva (vznik ze zákona, dispozice veřejnoprávními oprávněními, dispozice veřejnými finančními zdroji, uplatnění nástrojů veřejné kontroly).

Návrh klade důraz na efektivní roli státu a občanské společnosti při tvorbě a realizaci zdravotní politiky (tvorba právních norem, jejich aplikace, veřejné programy v oblasti podpory zdraví, veřejná kontrola a reflexe vývoje zdravotnického systému).

3. Výchozí principy českého a evropského zdravotnictví

Zdraví je jednou ze základních hodnot života každého člověka. Z toho vychází základní principy všech evropských systémů – solidarita, spravedlnost (ekvita), dostupnost. Důraz je kladen na humanitu, demokratičnost a zajištění co nejlepší péče v souvislosti s ekonomickými možnostmi země, která by se měla s ekonomickým růstem zvyšovat. Zdravotní péče, vycházející z těchto principů je v jednotlivých státech garantována jako veřejná služba. Stát vytváří pro její uskutečňování právní, organizační a ekonomické prostředí. Plní tak povinnosti dané mj. Ústavou a Listinou základních práv a svobod.

Jde o systém zdravotní péče, vycházející z evropských tradic, návrhu Evropské ústavy a jeho veřejného charakteru, založeného na veřejných službách, financovaných převážně z veřejných prostředků. Péče o zdraví vyváženým způsobem využívá nástroje podpory zdraví, integrovaných zdravotnických služeb, věnuje pozornost ohroženým skupinám (rizika sociálního vyloučení). Demokratické naplnění lidských práv v oblasti zdraví není možné v realitě tržního uspořádání zdravotnictví s omezováním rozsahu dostupných zdravotnických služeb podle individuální schopnosti či ochoty jejich úhrady. Důvody selhání trhu ve zdravotnictví spočívají v rozdílech informovanosti pacientů, lékařů, plátců zdravotnických služeb. Bez komplikovaných regulačních nástrojů jednají účastníci vztahů ve zdravotnictví často neodpovědně (morální hazard). Zdravotnictví je pro svoji komplexnost zatíženo značnou mírou neurčitosti rozhodovacích procesů. Tyto problémy není možné řešit převažujícím přesunem odpovědnosti na pacienta formou spoluplateb nebo jeho vlastního rozhodování o marketingově nabízených léčebných postupech a nových technologií. „Agenty“ naplnění práv pacientů ve zdravotnictví jsou naopak veřejná správa, poskytovatelé a plátci zdravotnických služeb, jejichž míra odpovědnosti v celém systému je převažující.

Zajímavé podněty poskytla ČR Světová banka při návštěvě svých pracovníků v květnu 2004. S některými zjednodušujícími názory je nutné polemizovat, ale celá řada dalších námětů patří mezi standardní postupy ekonomiky zdraví a ČR je zatím nevyužívá. Zástupci Světové banky také upozorňují na mnoho existujících problémů.

V této souvislosti je vhodné zmínit, že ekonomika zdraví zatím nedisponuje dostatečně rozvinutými a používanými makroekonomickými nástroji a teoriemi, což vede v praxi např. ke zjednodušeným úvahám o vztazích mezi % výší plat-

ZÁKLADNÍ PRINCIPY TÉTO KONCEPCE

- ekonomická rovnováha (dlouhodobá ekonomická udržitelnost, vyrovnané hospodaření)
- zdravotní péče je poskytována na základě hodnocení potřeb a v rámci veřejného práva,
- ekvita – spravedlivá dostupnost poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce,
- právo na zdraví a zdravotní péči je součástí lidských práv,
- organizace, správa a financování zdravotnictví jsou založeny na uplatnění vysokého podílu samosprávy (princip veřejnoprávních korporací) s nutným dozorem ze strany státu a při respektování vývoje v oblasti práv pacientů a lidské důstojnosti,
- svobodná volba lékaře a poskytovatelů zdravotnických služeb,
- řízení rizika výskytu nemoci cestou zdravotního pojištění a jeho sociální funkce spočívající v solidaritě různých společenských a věkových skupin (veřejné či sociální zdravotní pojištění),
- odpovědné jednání všech zúčastněných aktérů zdravotní politiky, založené na rozvoji a zvyšování jejich informovanosti v oblasti zdravotnických služeb, jejich organizace, financování a vzdělávání ke zdraví v rámci aktivit podpory zdraví,
- tvorba a realizace zdravotní politiky je soustavně podrobována hodnocení dosahovaných výsledků, problémy a jejich příčiny jsou objektivizovány s využitím nezávislého výzkumu a analýz,
- cesta k efektivně fungujícímu zdravotnickému systému je založena na řízení rozhraní služeb (integrativní plánování a financování)

PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ VLÁDY ČR 2004 – ZDRAVOTNICTVÍ, VLÁDA:

- Bude prosazovat moderní zdravotní politiku založenou na efektivitě, finanční stabilitě, dostupnosti a kvalitě zdravotní péče a na důstojném zacházení s pacientem, realizovanou v síti zařízení veřejného zdravotnictví, financované především z prostředků veřejného zdravotního pojištění a veřejných rozpočtů.
- Bude vycházet z toho, že zdraví není kategorií výlučně medicínskou, ale široce humánní, a proto podpoří realizaci programu „Zdraví pro všechny v 21. století“, čímž bude posílena prevence s jejím prokazatelně pozitivním účinkem na zlepšení zdravotního stavu populace.
- Připraví a zahájí realizaci reformy systému zdravotní péče, kterou připraví s přihlédnutím ke koncepci medicínských oborů, a jež projde celospolečenskou diskusí. Vláda předloží návrh zákona o zdravotní péči, zákona o zdravotnickém zařízení jako veřejnoprávní instituci, organizované v síti veřejného zdravotnictví a zákona o financování zdravotnictví.
- Bude dbát o celkovou bilanční rovnováhu veřejného zdravotního pojištění bez zvýšení spoluúčasti občanů na péči hrazené z veřejného zdravotního pojištění a bez zvýšení procentní sazby povinného zdravotního pojištění placeného zaměstnanci a zaměstnavateli, a nepřipustí zúžení stávajícího věcného rozsahu zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.
- Bude v lékové politice sledovat dostupnost kvalitních účinných a bezpečných léčiv všem, kteří je potřebují, a podpoří stabilizaci cen léčiv a výši úhrad za ně a v oblasti definovaných zdravotnických prostředků zajistí jejich dostupnost, kvalitu a bezpečnost.

by pojistného bez zohlednění vývoje celkových příjmů. Nedostatečně či vůbec jsou zvažovány vzájemné vztahy mezi jednotlivými zdroji financování zdravotnictví (veřejné rozpočty, jednotlivé typy zdravotního pojištění, spoluplatby, přímé platby) ve vztahu k celkové produkci a její struktuře, jejím společenským přínosům.

Podle stručného výtahu výsledků diskuse o českém zdravotnictví lze souhlasit, že český systém je štědrý, avšak tato štědrost není operacionalizována ve své skutečné podobě plýtvání. Doporučení týkající se „plánovacího cvičení“ jsou v souladu s diskutovanou potřebou rozvoje metod tvorby zdravotních plánů krajů včetně potřeby zhodnotit demografické změny a vývoj technologií, optimalizaci organizačního uspořádání zdravotnických služeb (v jiné terminologii tvorbu integrovaného zdravotnického systému). Prakticky shodným závěrem s touto koncepční představou je potřeba zlepšit správu a řízení stávajících zdravotních pojišťoven, založenou na důkladné analýze! Rovněž návrh na rozvoj veřejné diskuse o cílech a možných cestách rozvoje českého zdravotnictví formou „Bíle knihy ke zdravotnictví“ (s využitím zkušeností Kanady, Velké Británie) lze považovat za námět tolik potřebné kultivace a zvýšení odbornosti našich přístupů k řešení problémů ve zdravotnictví. Autoři této koncepce vyšli z uvedených a dalších zahraničních zkušeností, i když je nutné upozornit, že Romanovova zpráva (Kanada) je založena na poměrně rozsáhlém a několik let trvajícím předchozím výzkumu, realizovaném zejména na úrovni jednotlivých provincií, což je možná pro řadu českých aktérů překvapením.

Jistě by nám nemělo činit problém akceptovat výzvy Světové banky k vyšší ekonomické hodnotě a nákladové efektivnosti, optimalizaci struktury zdravotnických služeb, integraci volné ambulantní péče odborníků s nemocničními organizacemi, tvorbě samostatného úrazového pojištění, doporučení z oblasti lékové politiky. Není však zřejmé co by měla představovat tvorba nezávislé agentury pro doporučení nákupu luxusní technologie, aniž by bylo formulováno doporučení hodnotit technologie obecně a to na národní úrovni s využitím mezinárodní spolupráce. Návrhy Světové banky jsou z pochopitelných důvodů její dlouhodobé orientace na vývoj autonomie nemocnic zaměřeny spíše na obchodní přístupy a nevěnují pozornost veřejným neziskovým organizacím. To je vcelku pochopitelné také z hlediska odlišného přístupu angloamerického práva k existenci veřejného a soukromého práva v kontinentálním evropském vývoji. Je zajímavé, že doporučení Světové banky se explicitně nezabývají problematikou výzkumu.

Naše principiální přístupy ke koncepčním úvahám by měly zvažovat existující teoretické poznatky z oblasti ekonomie a dalších společenskovědních disciplín. Jde o poznatky a příčiny selhání trhu na jedné straně a dále pak o selhání na straně státu v oblasti rozhodovacích procesů a tvorby regulačních nástrojů (Arrow, 1963). Selhání v obou těchto oblastech jsou zásadního významu. Přitom stát jako regulátor je stavěn do role „hlídače“ tržních selhání. Je tedy zjevné, že v současné době potřebujeme věnovat výraznou pozornost právě oblasti selhání na straně státu a regulační roli státu, neboť jde o zásadní podmínku dalšího vývoje. Těžko si můžeme dovolit laciná gesta o znárodňování nebo roli státu jako strašáka, který likviduje aktivity soukromého sektoru. Aktivity soukromého sektoru jsou v ČR v oblasti zdravotnictví poměrně rozsáhlé. Existuje zde však řada zcela zbytečných nedorozumění o vzájemných vztazích mezi veřejným a soukromým sektorem a s ním souvisejícím právním rámcem veřejného práva. Pro mnoho našich spoluobčanů se stále přechod od příkazové ekonomiky k ekonomice smíšené jeví jenom jako zjednodušená představa přechodu k jakési čistě tržní ekonomice, která nemůže být dotčena regulacemi ze strany státu. Jde o zcela zbytečná nedorozumění, která vedou k potížím koncepčního přístupu k dalšímu vývoji českého zdravotnického práva.

4. Shrnutí polistopadového vývoje

Po čtyřiceti letech státního zdravotnictví jsme se rozhodli pro změnu systému a jako nejrozšířenější variantu v okolních zemích jsme si vybrali systém veřejného zdravotního pojištění. Pro naši nezkušenost se nepodařilo dosud zvládnout celou řadu dimenzí zdravotní politiky (legislativní, finanční, organizační), což následně neblaze poznamenalo vývoj zdravotnictví v 90. letech. Deformace nastaly zejména po r. 92, kdy se od trhu, nepromyšlené privatizace a konkurence zdravotních pojišťoven očekávala samovolná optimalizace zdravotnictví. Ani výměny vlád a ministrů po roce 98 nepřinesly obrat k lepšímu, neboť mnoho přetrvávajících chyb se nezdařilo odstranit ať již ze subjektivních důvodů (neznalost) nebo objektivních (malá politická vůle).

Nyní, necelé 2 roky před dalšími volbami máme snahu napravit aspoň nejkřiklavější chyby systému a navrhnout odlišné přístupy, využívající více dostupné teoretické poznatky, mezinárodně přijímané principy a hodnoty na rozdíl od jenom úzkých podnikatelských zájmů ve zdravotnictví.

5. Výchozí problémy a rozvojové příležitostí současného zdravotnictví

Jedním ze základních východisek tvorby koncepce zdravotní politiky na úrovni celostátní, regionální i místní jsou existující problémy a rozvojové příležitosti. Protože zdravotnictví je systém značně složitý, jsou jeho problémy a příležitosti k rozvoji členěny do několika dílčích okruhů. Uvedený výčet je i tak jen velice stručný. Podrobnější rozpracování je předmětem četných publikovaných výsledků analýz a výzkumů, jejichž cílem je objektivizovat existující příčiny našeho zdravotnictví.

1. Zdravotní stav a jeho determinanty – česká společnost se v průběhu 60. a 70 let minulého století značně odchýlila od vývoje ve vyspělých státech a i přes lepšící se situaci rozdílů v demografických ukazatelích a nemocnosti bude muset vzniklou mezeru dohánět v příštích 15 až 20 letech. Celkový zdravotní stav je však z 80% ovlivněn faktory mimo působnost samotných zdravotnických služeb (životní styl, rizikové faktory v životním prostředí, genetické vlohy). Tomu musí odpovídat i náš vyvážený přístup k péči o zdraví.

2. Podpora zdraví je procesem, který lidem (společnosti) umožňuje zvyšovat kontrolu nad determinantami svého zdraví, a tak zlepšovat svůj zdravotní stav. Jde zejména o oblast různých typů prevence, vzdělávání ke zdraví a důsledky různých veřejných politik pro zdraví (politika: vzdělávací, bytová, zemědělská, dopravní, hospodářská, atd.). V ČR jsme doposud nedokázali efektivně využít rozvoje poznání v této oblasti. Potřebujeme hledat nové cesty, které by překonaly četné existující bariéry v oblasti státní správy, dalšího vzdělávání, informovanosti široké veřejnosti, rozvoje výzkumu a především pak praktického využití všech nových poznatků

3. Organizace zdravotnických služeb – proběhlé organizační změny pod dominujícím vlivem ekonomického a tržního přístupu (privatizace, konkurence) nevedly ke zvýšení jeho efektivnosti a lidské důstojnosti, i když umožnily rozšířit spektrum nových technologií. Nedostatečně realizovaný rozvoj práv pacientů, malá vstřícnost k jeho problémům, slabé možnosti flexibilního vyřizování vzniklých stížností – to vše není vnímáno jako závažný problém. Vývoj služeb v oblasti praktických lékařů, ambulantních specialistů, nemocnic a odborných léčebných ústavů je nevyvážený a vede ke vzniku četných rizik v dostupnosti a dalších kvalitativních ukazatelů těchto služeb. Velkým problémem je organizační uspořádání a nákladnost „pražského zdravotnictví". Opatření v pražském zdravotnictví souvisí také se vzděláváním a výzkumem.

OKRUHY PROBLÉMŮ A ROZVOJOVÝCH PŘÍLEŽITOSTÍ

1. Zdravotní stav a jeho determinanty
2. Podpora zdraví
3. Postavení pacientů v systému zdravotnických služeb
4. Organizace zdravotnických služeb
5. Financování a úhrady zdravotnických služeb
6. Veřejná správa a její reformy, výkon státní správy, problémy v oblasti samosprávy pojištění, vývoj zdravotnického práva
7. Výzkum a analýzy se zaměřením na organizaci a financování zdravotnictví, vývoj veřejné správy, řídících procesů, podporu zdraví, determinanty zdraví
8. Rozvoj lidských zdrojů
9. Aktéři, zájmy, instituce (pravidla), jednání

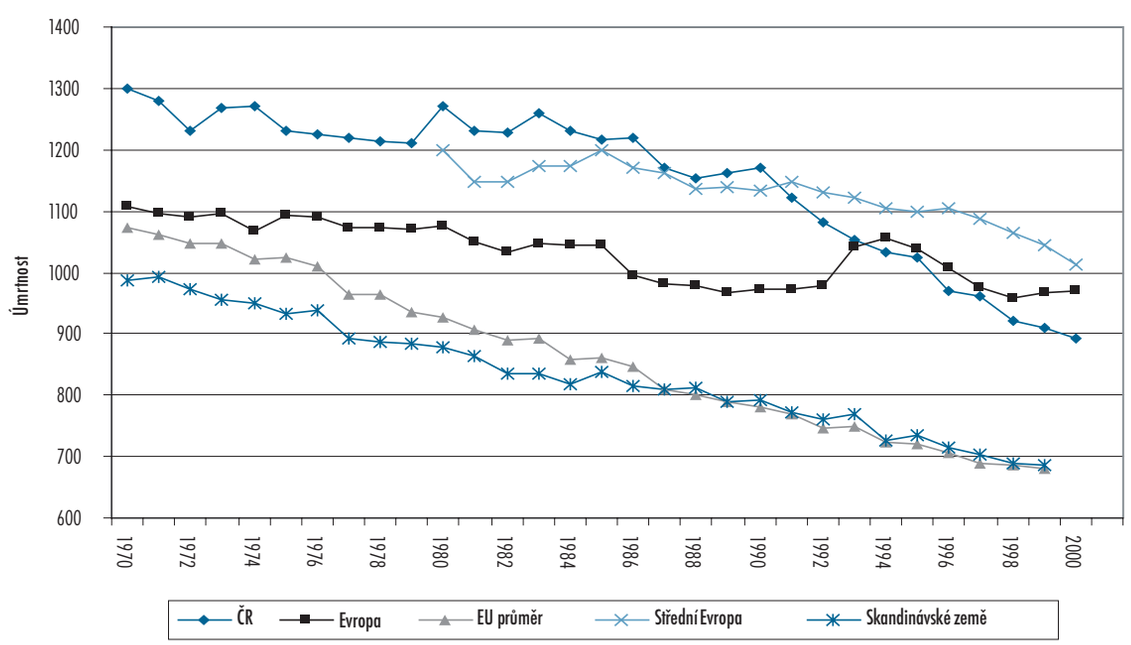
4. Financování a úhrady zdravotnických služeb a péče o zdraví. Výsledky hospodaření nemocnic a zdravotních pojišťoven vedou pravidelně každoročně ke vzniku několikamiliardových ztrát. Komplexní a zásadní příčiny tohoto stavu nejsou ze strany státní správy a všech dalších odpovědných řídících pracovníků již mnoho let řešeny. Řešení je brzděno především četnými zájmovými skupinami, působícími ve zdravotnictví, neboť v této hře patří k vítězům. Problémy v této oblasti však již jsou kritického charakteru a proto vyžadují důrazná opatření. Rozdíly v nákladech poskytovaných nemocničních služeb jsou významné a jsou příčinou nízké efektivity v tomto segmentu služeb. Tyto údaje nejsou použity pro zlepšení stavu. Připravovaný systém úhrady nemocniční péče (DRG) je vybudován na neefektivním stavu hospodaření a jeho cílem není zlepšení efektivity, ale jde o zcela jiné cíle z hlediska jednotlivých nemocnic nebo jejich skupin. Vynaložené náklady na poskytované služby nejsou ze strany státní správy ani zdravotních pojišťoven systematicky analyzovány a nejsou vztahovány k objemům a výsledkům poskytovaných zdravotnických služeb

5.Veřejná správa a její reformy, výkon státní správy, problémy v oblasti samosprávy, vývoj zdravotnického práva. Pozitivní záměry v procesu reformy územní veřejné správy nebyly v rámci vývoje zdravotnického práva odpovídajícím způsobem doplněny vymezením kompetencí a jednotného postupu poskytování zdravotnických služeb. Došlo k nevyváženým vztahům mezi samosprávou a státní správou na úrovni krajů. Rozhodovací procesy v modelu kombinovaného výkonu veřejné správy vedou v praxi při deficitech samotného zdravotnického práva ke vzniku závažných dlouhodobých rizik. Ve zdravotnictví začínají na veřejným zájmem občanů kraje dominovat individuální zájmy podnikatelského charakteru.

V důsledku nekontrolovaného vývoje v oblasti daňového práva, ochrany veřejného majetku nemocnic ve veřejném zájmu a podcenění charakteru zdravotnických služeb jako veřejných, došlo k právně značně neurčitému stavu v oblasti nemocniční péče. Důsledkem jsou rizika kvality veřejných zdravotnických služeb z hlediska jejich dostupnost, účelnosti a účinnosti. Zdravotnictví se tak při deficitech a evidentních chybách právního rámce stává předmětem tržních spekulací.

6. Výzkum a analýzy se zaměřením na organizaci a financování zdravotnictví, vývoj veřejné správy, řídících procesů, podporu zdraví, determinanty zdraví byl po roce 1990 nejen výrazně podceněn, ale bohužel v některých vývojových etapách polistopadového vývoje záměrně likvidován. Vzniklé bariéry rozvoje tolik potřebného poznání v těchto oblastech a v možnostech praktického

SROVNÁNÍ VÝVOJE CELKOVÉ ÚMRTNOSTI V ČR A EU



využití poznatků jsou bezprostředními příčinami dlouhodobě přetrvávajících problémů českého zdravotnictví, jeho bezkoncepčnosti a bezradnosti v oblasti vývoje zdravotnického práva. Rozhodně nejde jenom o náhody nebo chyby, ale o dlouhodobý záměr potlačit rozvoj poznání, modernizace společnosti a demokracie ze strany těch zájmových skupin, kterým vyhovuje stávající stav finančních nestabilit a tedy snadného a prakticky nekontrolovanému přístupu k finančním zdrojům.

7. Rozvoj lidských zdrojů – lidské zdroje jsou rozhodujícím a nejdůležitějším faktorem celého zdravotnictví, jeho řízení a správy.. Přitom rozvoji lidských zdrojů v této oblasti je věnována jen velmi malá pozornost. Od plánování a řízení lidských zdrojů bylo upuštěno. Důsledkem jsou velmi nevyvážené počty v rámci jednotlivých oblastí zdravotnických služeb a odborností, problémy mladých pracovníků, projevy násilí na pracovišti. K dispozici jsou jen dílčí údaje o vývoji příjmů pracovníků ve zdravotnictví. Jde o další oblast, kde převažující vliv ekonomických faktorů vede ke vzniku četných nestabilit a negativních projevů také vůči pacientům, k dehumanizaci medicíny.

8. Aktéři, zájmy, instituce, jednání – proběhlé změny českého zdravotnictví se soustředily především na oblast financování, změny vlastnictví, autonomii poskytovatelů služeb. Došlo ke ztrátě četných morálních zábran a vývoj právního rámce (institucí) v oblasti práv a odpovědnosti četných aktérů ve zdravotnictví je zatím za organizačními a finančními změnami pozadu. Takový stav umožnil u mnohých aktérů rozvoj jejich neodpovědného jednání a představy, že zdravotnictví se stalo nikým nekontrolovaným zlatým dolem. Pokud má být ve zdravotnictví dosaženo cíle dlouhodobé finanční stability, pak je nutné věnovat intenzivní pozornost dalšímu rozvoji práv a odpovědnosti jednání zúčastněných aktérů prakticky ve všech skupinách.

6. Koncepce

Na základě výchozích základních principů (lidská práva, hodnoty, mezinárodní právo, solidarita), a analýz existujících problémů jsou v samotné koncepci (část 5.) formulovány v členění podle důležitých součástí zdravotnického a systému a časového hlediska prioritní cíle a navrženy cesty k jejich dosažení.

- Krátkodobé časové hledisko (1 rok) je soustředěno na nejnaléhavější problémy z oblasti hlavních ztrát v hospodaření českého zdravotnictví (nemocnice, zdravotní pojištění).
- Střednědobé a dlouhodobé údobí (2 a 6 let) jsou zaměřena do několika rovin (1) vývoje zdravotnického práva jako hlavního nástroje zdravotní politiky, (2) podmínek pro aplikaci práva, (3) podmínek pro rozvoj výzkumu a hodnocení výsledků, dosažených v průběhu realizace reformních kroků, (4) vzdělávání a rozvoj lidských zdrojů, (5) modernizace českého zdravotnictví a souvisejících demokratických procesů.

Koncepce nutně zohledňuje další kritéria a požadavky jimiž jsou: systémovost, ekonomičnost, přínos pro pacienty, přínos pro zdravotníky, sociální začlenění, aspekty kvality péče o zdraví, rozvoj regulačních nástrojů pro výkon správy jak na úrovni státní správy, tak i samosprávy, rozvoj standardů, měření výsledků, hodnocení medicínské a ekonomické efektivity, rozvoj řízení nákladů a produkce zdravotnických služeb na straně poskytovatelů služeb, rozvoj aktivního nákupu služeb a řízení výdajů na zdravotnické služby ze strany plátců, rozvoj odpovědného jednání aktérů zdravotní politiky

Koncepční přístup klade důraz na využití dynamických modelů vybraných součástí zdravotnického systému, využití metod vědy o řízení (operačního výzkumu) a tím rozvoj podmínek pro zlepšení rozhodovacích procesů a s nimi spojené odpovědnosti kompetentních aktérů. Zdravotnické právo, jeho aplikace a veřejné programy jsou v tomto kontextu chápány jako důležité nástroje, avšak nikoliv jako cíle zdravotní politiky.

Cíle a na ně navazující cesty k jejich dosažení (úkoly) jsou vztaženy k existujícím problémům (např. nestabilita financování českého zdravotnictví se vznikem každoročních ztrát, neodpovědné jednání aktérů). Formulované cíle a úkoly by nám měly umožnit poměrně jednoduše a přitom srozumitelně formulovat způsoby řešení existujících problémů a možnosti využití rozvojových příležitostí.

V souvislosti s cíli je zapotřebí uvést způsoby měřitelného hodnocení výsledků při realizaci cílů. Při diskusi cílů je nutné se také zabývat očekávanými přínosy navržených opatření a společenskými důsledky neřešených problémů. Formulované cíle a jejich diskuse by nám měly pomoci lépe porozumět zaměření navrhované zdravotní politiky, stát se komunikačním prostředkem v průběhu tvorby zdravotní politiky a umožnit průběžný monitoring dalšího vývoje s využitím vědeckých metod a analýz.

Vyrovnané hospodaření

6.1 Krátkodobé cíle (2004 – 5)

Předmětem krátkodobých cílů je především stabilizace hospodaření nemocnic a veřejného zdravotního pojištění jako hlavních současných příčin nestability financování českého zdravotnictví. Tomu také odpovídá malý počet cílů a podrobnější rozpracování cest k jejich dosažení. U každého cíle jsou samostatně v bodech specifikovány cesty k jeho dosažení (pravá polovina stránky nebo dvoustránky) a v levé polovině je cíl a způsob jeho dosažení komentován krátkým textem.

Krátkodobá a poměrně snadněji realizovatelná opatření v oblasti nemocniční péče a správy veřejného zdravotního pojištění spočívají především ve zlepšení výkonu a metod správy v těchto oblastech. V této fázi tedy nejde a z časového hlediska ani nemůže jít o záměr legislativních opatření – s výjimkou pravidel pro úhrady služeb. Současně jde také o záměr potřebného rozvoje metodik v oblasti zdravotních plánů krajů a Prahy, neboť přetrvávající neefektivní uspořádání sítě poskytovatelů zdravotnických služeb rovněž přispívá významným způsobem k finančním ztrátám. Řešení tohoto problému je však složitější a vyžaduje delší dobu (minimálně jeden rok) a z hlediska požadavku závaznosti také použití právních nástrojů. Dochází ke změně dosavadního uvažovaného přístupu úhrad nemocniční péče s využitím nástroje DRG, a to cestou globálních rozpočtů (objem a struktura péče) za současného měření produkce nemocniční péče a kontinuálního hodnocení efektivity a dosahovaných výsledků.

KRÁTKODOBÉ CÍLE 2004–5

K1., 2. Stabilizace hospodaření nemocnic a systému veřejného zdravotního pojištění.

K3. Tvorba a využití dalších potřebných nástrojů pro měření produkce zdravotnických služeb ve vztahu ke zvyšování jejich efektivity a jejich řízeného nákupu zdravotními pojišťovnami.

K4. Zlepšení kapacity a kvality výkonu státní správy na MZ ČR (zejména v oblasti hospodaření nemocnic a zdravotních pojišťoven).

K5. Rozvoj výzkumu a analytických kapacit v oblasti zdravotní politiky a ekonomiky (rozvoj poznání a jeho aplikací, další vzdělávání).

K6. Rozvoj podmínek a pravidel pro výkon veřejné správy zdravotnictví na úrovni krajů včetně metod a základního právního rámce tvorby zdravotních plánů krajů.

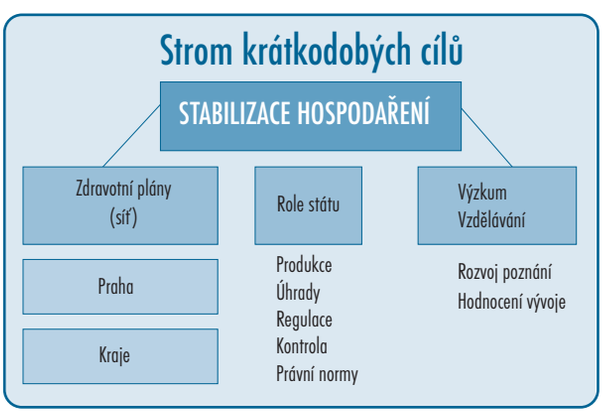
K7. Tvorba zdravotních plánů krajů a jejich promítnutí do celonárodního zdravotního plánu (optimalizace sítě veřejných zdravotnických služeb).

K8. Řešení zásadních vzniklých problémů organizačně právního postavení bývalých okresních nemocnic a existujících problémů fakultních nemocnic.

K9. Analýza systému pražského zdravotnictví a návrhy na její řešení (do konce roku 2005).

K10. Komplexní analýza dosavadního vývoje a struktury českého zdravotnického práva v kontextu ústavního práva, veřejného práva, vývoje evropského práva a mezinárodních úmluv.

Je zřejmé, že připravovaný nový systém úhrady nemocniční péče (DRG) nelze v příštím roce použít. Proto je nutné pro úhrady nemocniční péče zvolit alternativu v podobě globálních rozpočtů v kombinaci hodnocení produkce nemocničních služeb pomocí výkonů (použít seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami), a spotřeby materiálu. Cenové relace seznamu zdravotnických výkonů jsou však, jak je dobře známo, nevhodně nastavené a proto bude zapotřebí hledat co nejrychlejší cesty k jejich úpravě (např. využít modelování těchto cen s využitím dat VZP).



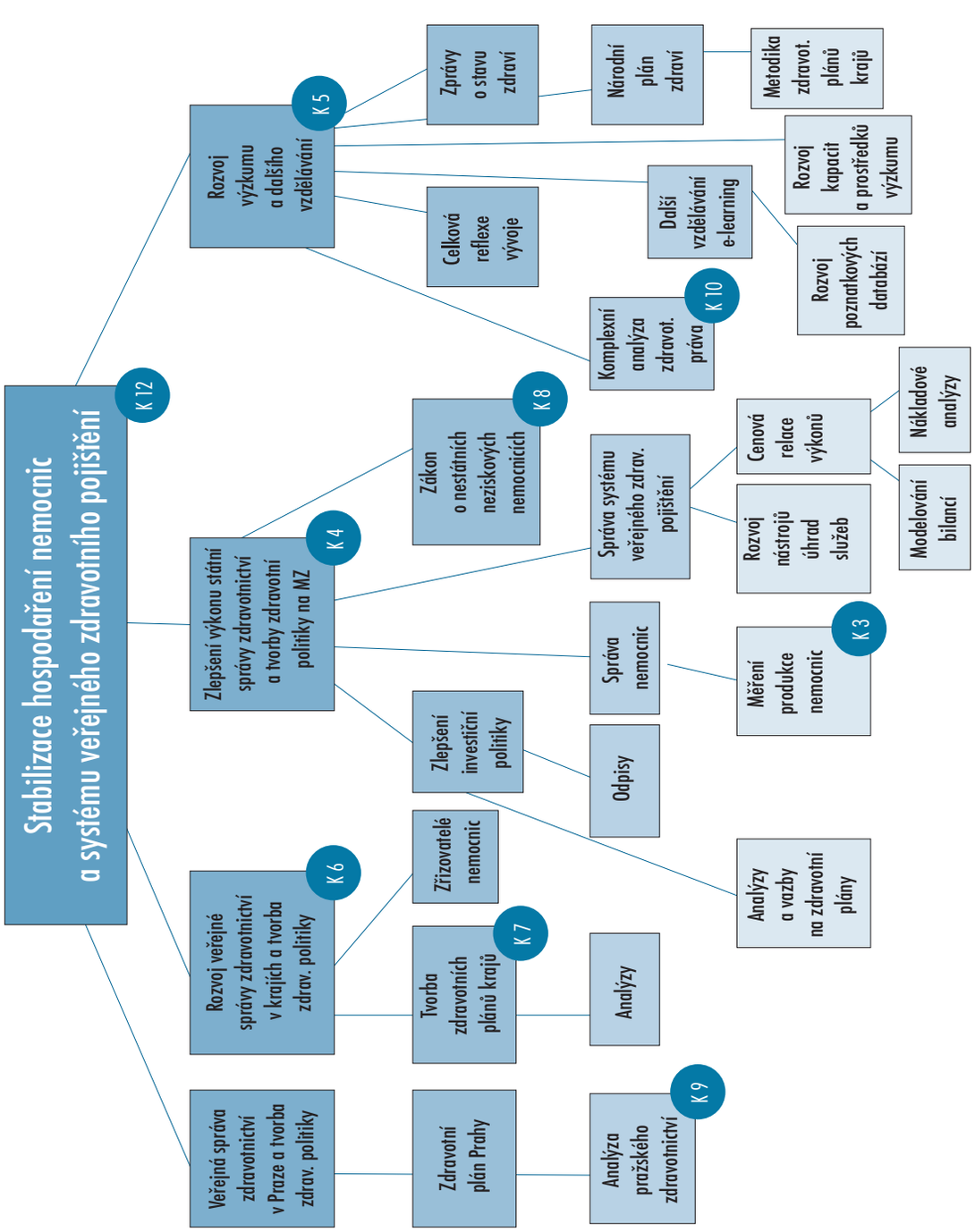
Současně bude nutné se vyhnout různým negativním zneužitím úhrad za unicitní pojištěnce. Je nutné pokračovat ve sběru dat o hlavních a vedlejších diagnózách, délkách ošetřovacích dob. Všechny tyto a další údaje lze použít pro rozvoj metodiky globálních rozpočtů, které lze dále rozvíjet mnohem jednodušší cestou než DRG úhrady, založené na množství nepřesných vstupních údajů s rizikem mnoha chyb a také zkreslení při vykazované léčbě.

Řízení financování a úhrad bude nutné pečlivě realizovat ve dvou rovinách: (1) na makroúrovni jde o nutnost věnovat značnou pozornost zdravotně pojistným plánům pojišťoven na rok 2005, jako závaznému celkovému rámci dalšího vývoje. Základní rámec pro mikroúroveň bude vymezen především vyhláškou MZ ČR o úhradách, případně Věstníkem MZ a potřebou aktivního přístupu ze strany zdravotních pojišťoven při řízení jejich výdajů a nákladů.

V podmínkách probíhající reformy veřejných financí není možné, aby byl dále ze strany státu kryt další deficit. Zdroje pro stabilizaci hospodaření v systému veřejného zdravotního pojištění je zapotřebí hledat v rámci tohoto samotného systému. Ještě stále totiž přetrvává nespravedlivý systém přerozdělení pojistného mezi pojišťovnami za současných rozdílů ve struktuře pojištěnců. Pozornost je zapotřebí věnovat také celkovým nákladům na léčbu a analyzovat rozdíly mezi pojišťovnami. Četná upozornění poukazují na neopodstatněné rozdíly v postupu pojišťoven, tj. na odlišnou výši nákladů na léčbu. Ministerstvo zdravotnictví, resp. pracovníci vykonávající státní správu v oblasti zdravotního pojištění ve spolupráci s Ministerstvem financí tedy stojí před úkoly stabilizace hospodaření zdravotního pojištění. Jejich míra odpovědnosti je v tomto směru klíčová.

V hospodaření VZP v roce 2004 vyvstává problém jejích závazků vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti. K 30.6.2004 dosáhla výše těchto závazků 6,9

STROM KRÁTKODOBÝCH CÍLŮ



mld. Kč. V porovnání se stavem k 31.12.2003 došlo o nárůst o 1,3 mld. Kč. K 31.12.2004 očekává VZP stav závazků po lhůtě splatnosti ve výši 8,5 mld. Kč.

Snaze o vyrovnané hospodaření, vyjádřené formulací krátkodobých cílů odpovídají také priority zaměřené na optimalizaci sítě zdravotnických zařízení (nikoliv jenom jakousi část nemocničních lůžek, o kterých se v poslední době hovoří v médiích), opatření v oblasti správy veřejného zdravotního pojištění a hospodaření nemocnic, výkonu funkce zřizovatele. Je nutné zdůraznit, že optimalizace sítě veřejných zdravotnických služeb není možná bez vzájemné spolupráce a součinnosti MZ ČR a krajů. Role MZ je především v rovině metodické a v tvorbě potřebných pravidel a standardů. MZ také odpovídá za velké nemocnice. Vlastní analýzy a návrhy sítě veřejných zdravotnických služeb spočívají na krajích. To ale neznamená, že by se měly kraje a MZ vymlouvat jeden na druhého. Je zde nutná velmi úzká spolupráce bez které nelze dosáhnout potřebných výsledků.

Prioritami tohoto prvního období je i analýza pražského zdravotnictví a orientace aktérů zdravotní politiky na nástroje a postupy měření produkce služeb. Data o produkci plní dvě zásadní funkce: (1) obecně identifikují „co funguje“, včetně naplňování cílů zdravotnických systémů, (2) identifikují funkční kompetence na straně poskytovatelů zdravotnických služeb. Tomu také odpovídá výzkumná a řídící role dat o produkci. Tato data pak mohou být využita pro pokračující zlepšování, umožňují tvůrcům politiky přijímat nákladově efektivní technologie a pomáhají lidem z praxe identifikovat možnosti pro zlepšení práce lidí nebo organizací jako celků. Problémovým důsledkem reformy územní veřejné správy a zejména pak jejího právního rámce je neexistence právní úpravy pro veřejnou neziskovou nemocnici. Díky nevhodně nastaveným daňovým pravidlům příspěvkových organizací krajů byly ze strany MZ vytvořeny silné motivace pro přechod těchto nemocnic do formy akciových společností, založených kraji. Takto vzniklá potencionální rizika dalšího nakládání s majetkem nemocnic a jejich provozování ve vztahu k poskytování veřejných služeb vyžadují z dlouhodobého hlediska nápravu vzniklé situace v rovině práva (proto formulovaný záměr návrhu zákona o veřejných neziskových nemocnicích). Za naléhavé je zapotřebí považovat sjednocení pravidel pro fungování zdravotních pojišťoven tak, aby nedocházelo k rozdílným úhradám stejných poskytovaných služeb.

6.2 Cesty k dosažení krátkodobých cílů

Cíl K1: Stabilizace hospodaření nemocnic

KOMENTÁŘ:

V ČR nebyla po roce 1990 věnována dostatečná pozornost rozvoji nástrojů řízení nákladů a kontroly hospodaření nemocnic. Výsledkem bylo velmi různé jednání jednotlivých nemocnic, které vedlo poměrně často ke vzniku negativních hospodářských výsledků. Ani odpovědní zřizovatelé nebyli vedeni k systematickému přístupu naplnění svých funkcí. Zanedbána byla především jednotná metodická rovina, za níž je odpovědná státní správa. Nemocnice hospodaří s velmi odlišným stupněm efektivity.. Pro nemocnice je otevřena poměrně široká možnost k neodpovědnému jednání v nákupu cenově nevýhodných materiálů a zdravotnických prostředků, či investičního rozhodování. Prostor pro neodpovědné nebo ekonomicky nevýhodné manažerské jednání existuje v oblasti léčiv, přístrojů, zdravotnického materiálu, odměňování, investic.

Cesta ke stabilizaci hospodaření nemocnic vede k požadavku rozvoje nástrojů řízení, správy a kontroly. Dosavadní sběr a zpracování údajů o nákladech nemocnic, realizovaný Ústavem zdravotnických informací a statistiky, neumožňuje využít tato data pro hodnocení efektivity nemocnic s pomocí jednoduchých složených ukazatelů (např. celkové nebo položkově členěné náklady na jeden ošetřovatelský den, náklady přepočtené na jednoho lékaře). Reforma veřejné správy se vznikem krajů sice vytvořila nové podmínky a kapacity pro lepší výkon zřizovatelské funkce, ale tato nová skupina zřizovatelů přese všechnu jejich snahu a aktivní přístup postrádá možnost srovnání údajů. Je tomu tak stejně jako v případě bývalých okresů.

Při řízeném hospodaření nemocnic, které jsou financovány z veřejných prostředků, není možné opomenout uvedenou základní rovinu analýzy efektivity jejich hospodaření a využití globálních prospektivních způsobů úhrady nemocniční péče. Samotné použití výkonových typů úhrady nebo i jen systému DRG vede k možnosti rychlé ztráty kontroly, ale zejména k nevymezenému nebo nedostatečně vymezenému prostoru pro odpovědné jednání

na straně managementu nemocnic. Takový neregulovaný přístup je naopak vhodný pro vznik konkurenčního, avšak současně velmi nákladného uspořádání. Takový stav je rájem z hlediska dodavatelů služeb a zboží, neboť nemocnice se snaží konkurovat cestou „nadměrného a rychlého vyzbrojení" technologiemi bez jejich adekvátního vyhodnocení.

Velká míra odpovědnosti za vývoj výdajů na nemocniční péči spočívá na státní správě a zdravotních pojišťovnách, neboť tito dva aktéři musí aktivně: (1) rozvíjet potřebné metody, (2) používat tyto metody v praxi. Není možné tak jako doposud, aby státní správa byla zcela nečinná. Výrazně komplikujícím prvkem efektivity hospodaření nemocnic v ČR je existence pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění, který vede ke ztrátám v důsledku nejednotného postupu výše a struktury úhrad (např. nákladní pacienti). Důsledky této snahy o získání významných finančních výhod pro zaměstnanecké pojišťovny jsou přenášeny na VZP, jejíž výdajová stránka se dostává do problémů se vznikem závazků po lhůtě splatnosti.

Cesta k dosažení stabilizace hospodaření nemocni tedy nutně musí zohledňovat jak vnitřní, tak vnější faktory, které efektivitu ohrožují. Navrhovaný a nezvládnutý systém DRG v ČR by vedl jenom k deformitám ve vykazování poskytovaných služeb. Motivem by byla především snaha o růst výnosů. Systém DRG je příliš komplikovaný nejen na jeho vývoj, ale i údržbu a není dostatečně transparentní ve vztahu ke skutečné produkci služeb. Z tohoto důvodu tento systém nelze považovat ani za dlouhodobě perspektivní. Zájem o jeho aplikaci má v současné době především několik softwarových firem, které se orientovaly na tento produkt. Překotná a zřejmě i z hlediska cílové orientace podivně zaměřená snaha o zavedení tohoto systému úhrad v ČR nevedla k potřebnému rozvoji vnitřního prostředí nemocnic v jejich systémech účetnictví a řízení nákladů.

Pro ČR tak nyní vzniká potřeba rozhodnout, zdali má pokračovat ve vývoji nepřesně podloženého a malou hodnotu přinášejícího systému úhrad, který navíc oplývá množstvím rizik v podobě autonomně a neodpovědně jednajícího subjektu (Národní referenční centrum), který by jej měl provozovat. Státní správě se činnost tohoto subjektu nepodařilo kontrolovat. Je otázkou, jestli to však bylo vůbec cílem ze strany státní správy.

Dosažení cíle K1: Stabilizace hospodaření nemocnic

- Rozvoj kapacity a pracovních postupů zřizovatelů nemocnic k výkonu jejich odpovědnosti s využitím stávajících údajů a nových metod sběru a zpracování dat o hospodaření nemocnic (účetně evidovat odděleně ambulantní a lůžkovou péči, vedlejší hospodářskou činnost).
- Úhrady nemocniční péče řešit cestou globálních rozpočtů se specifikací objemu a struktury služeb ve vztahu k potřebám.
- V přechodovém období využít výkonové úhrady doplněné o regulační opatření a korekce cenových relací. Součástí je nutný sběr a zpracování dat o hlavních a vedlejších diagnózách, délce ošetřovací doby a dalších údajů, souvisejících s produkcí a výsledky nemocniční péče.
- Nejpozději do konce roku 2004 je zapotřebí vyhodnotit stávající stav projektu DRG včetně opodstatnění, organizačního začlenění a významu NRC pro správu zdravotního pojištění a odůvodnění pro či proti jeho pokračování.
- V současné době není mechanismus DRG použitelný ani pro částečné úhrady nemocniční péče, neboť je vybudován na nepřesných informačních vstupech a mohl by snadno vést k dalším bilančním nerovnovážám ve zdravotnickém systému. Součástí vyhodnocení musí být také dosud vynaložené náklady, návrhy na nákladnost pokračování tohoto projektu, jeho řízení a dosažené výsledky.
- Rozvoj metod a postupů měření a řízení produkce nemocnic:
- Hodnocení efektivity hospodaření nemocnic cestou srovnávání složených ukazatelů.
- Jednotná účetní osnova a postupy, oddělená účetní evidence akutní, dlouhodobé a ambulantní péče. Nutná spolupráce s MF.
- Řízení nákladů na úrovni jednotlivých nemocnic a jejich nákladových středisek.
- Měření výsledků poskytovaných služeb.

Cíl K2: Stabilizace hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění

KOMENTÁŘ:

Systém veřejného zdravotního pojištění byl v ČR po roce 1990 vytvořen zejména s cílem osamostatnit financování zdravotnictví co nejvíce od státního rozpočtu a tedy každoročního politického rozhodování, jehož důsledkem bylo v předchozích letech zbytkové financování. S podobným problémem se ve vážném rozsahu setkává např. britská Národní zdravotní služba. Záměr osamostatnění od státního rozpočtu se sice naplnil, ale v důsledku nedostatečného vývoje potřebných regulačních mechanismů, chyb (převážně však záměrných) v kalkulaci cen, nedostatků v rozhodovacích procesech, absenci analýz vývoje atd. hospodaří tento systém s vysokou neefektivností (roční ztráty několika miliard, možná i desítek miliard). Byl takový stav záměrem jeho tvůrců?

Vzniklá situace je nepochybně výzvou k její kritické reflexi a nikoliv k jejímu dalšímu netransparentnímu udržování. Je s podivem jak daleko až tento stav dospěl. I při všeobecné znalosti nevýhodnosti uspořádání a evidentních chyb je poměrně malá snaha o skutečnou nápravu. Je tedy evidentní, že stávající situace vyhovuje mnoha politicky vlivným hráčům. Odpovědné řešení tedy bude vyžadovat změnu přístupu zejména v rovině státní správy a politického rozhodování.

Vznik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven spolu s nespravedlivým přerozdělováním pojistného a četnými nákladnými aktivitami, jejichž cílem je přesun pojištěnců s využitím pochybných nástrojů konkurence v oblasti preventivních služeb vedl společně se snahami o nízké úhrady za poskytované především nemocniční služby k nízké efektivitě celého systému. Zaměstnanecké pojišťovny jednají jako komerční subjekty se všemi z toho plynoucími důsledky. Celý systém veřejného zdravotního pojištění v důsledku této situace ztrácí a proto nelze takový stav považovat za dlouhodobě ani krátkodobě udržitelný. V podmínkách odpovědné diskuse o reformě veřejných financí není tak neefektivně fungující uspořádání možné.

Podobně jako v oblasti hospodaření nemocnic, i v systému veřejného zdravotního pojištění existují dvě skupiny faktorů, kterými je zapotřebí se vážně zabývat. Mezi externí faktory patří např. vymezení pravidel v rámci tvorby zdravotní politiky, dozor státní správy, politická rozhodnutí o pojistných plánech zdravotních pojišťoven a hodnocení výsledků hospodaření. K vnitřním faktorům pak patří odpovědný přístup zdravotních pojišťoven k nákupu zdravotnických služeb postavený na analýzách spotřeby ve vztahu k jejich potřebě. Obě skupiny faktorů však musí být vzájemně efektivně provázány, aby nedocházelo v důsledku chybných externích rozhodnutí (např. dohodovací řízení) ke vzniku příčin neefektivnosti pro jednání samotných zdravotních pojišťoven. Jako nejdůležitější aktér v celém tomto systému se tedy v současné době ukazuje státní správa. Její výkon je však značně diskutabilní a proto je nutné si klást otázky proč tomu takto je? Je státní správa řízena vnějšími zájmy s cílem jejího selhání a diskreditace? To by samozřejmě bylo dobrým zdůvodněním proč je zapotřebí výkon státní správy celého systému předat jinému subjektu. Ale takový záměr je v rozporu s logikou uspořádání celého systému veřejného zdravotního pojištění jako nestátních veřejnoprávních korporací, jímž byla svěřena samospráva nad hospodařením. Státní správa nutně musí nad takovým uspořádáním vykonávat velmi efektivní dozor.

Z výše uvedených důvodů jsou z hlediska krátkodobého dosažení cíle zvýšené efektivity hospodaření veřejného zdravotního pojištění navržena opatření, která sledují především zlepšení výkonu státní správy, aplikace regulačních opatření, aktualizaci cen. Je otázkou míry politické vůle k jak efektivním změnám lze přistoupit také v oblasti organizačního uspořádání stávajícího pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění. Významnou roli přitom sehrává nízká míra informovanosti o rozdílech mezi soukromým a veřejným sektorem a tomu odpovídajícími právními systémy. V České republice přetrvává tendence k existenci četných hybridních stavů, které jsou však ekonomicky značně nevýhodné. Nejde o problém nějakého znárodňování.

Cesta k cíli K2: Stabilizace hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění

- Pravidla pro úhradu zdravotnických služeb v prvním pololetí 2005 (Věstník nebo Vyhláška MZ ČR o úhradách).
- Komplexní vyhodnocení zdravotně pojistných plánů na rok 2005 ve vztahu k předchozímu vývoji hospodaření (výroční zprávy a další analýzy).
- Analýza organizačního uspořádání systému veřejného zdravotního pojištění s promítnutím do změn právního rámce. Návrhy modelů.
- Vazba rozhodovacích procesů v rámci dohodovacích řízení na rámec pojistných plánů a průběžného vývoje hospodaření v termínech stanovených zákonem.
- Zvýšit právní odpovědnost okresních poboček VZP za aktivní řízení nákupu zdravotnických služeb, pojistné plánování a spolupráci na tvorbě a realizaci krajských zdravotních plánů.
- Přistoupit k aktualizaci bodového hodnocení výkonů v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami mimo rámec dohodovacího řízení. Zajistit sběr a zpracování objektivních údajů o nákladových analýzách. Posoudit možnost relativně rychlé korekce chybných relací cen výkonů mimo rámec dohodovacího řízení cestou modelování (spolupráce s VZP).
- Konkretizovat v praxi právně vymezený podíl výkonu samosprávy a státní správy veřejného zdravotního pojištění. Posílit odpovědnost jednání státní správy ve vztahu k výsledkům hospodaření v systému veřejného zdravotního pojištění.
- Výkon agend státní správy veřejného zdravotního pojištění nesvěřovat soukromým subjektům nebo různým agenturám.

Cíl K3: Tvorba a využití dalších potřebných nástrojů pro měření produkce zdravotnických služeb ve vztahu ke zvyšování jejich efektivity a jejich řízeného nákupu zdravotními pojišťovnami.

KOMENTÁŘ:

Z hlediska mezinárodního srovnání a zejména pak v aktivitách OECD v posledních 5ti letech se lze ujistit, že problémům efektivního měření a využívání indikátorů produkce pro zlepšené fungování zdravotnických systémů je věnována narůstající pozornost. Souvislosti fungování zdravotnických systémů v oblasti efektivity a efektivnosti, stejně jako v oblasti ekvity, jejich vliv na veřejné finance a jejich schopnost reagovat na vývoj medicíny, stárnutí populace a rostoucím očekáváním nutně vyžadují také kreativní politické přístupy.

Zdravotnické systémy hrají rozhodující roli při vytváření tělesné i duševní pohody lidí. Jsou významnými zaměstnavateli kvalifikovaných lidských zdrojů a významným zdrojem poptávky po špičkových technologiích jakými jsou léčiva, diagnostické a zobrazovací přístroje a biotechnologie. Zdravotnické systémy se však dostávají pod rostoucí tlak a samotné dodatečné zdroje nejsou dostatečné pro uspokojení rostoucích nároků, které jsou na ně kladeny. Existuje tedy trvalá potřeba zvyšovat efektivitu výdajů na zdravotnictví a zdraví.

V této souvislosti plní data o produkci dvě široké funkce: (1) obecně identifikují „co funguje“ i naplňování cílů zdravotnických systémů, (2) identifikují funkční kompetence určitých praktiků nebo organizací. Tomu také odpovídá výzkumná a řídící role dat o produkci. Tato data pak mohou být využita pro pokračující zlepšování, umožňují tvůrcům politiky přijímat nákladově efektivní technologie a pomáhají lidem z praxe identifikovat možnosti pro zlepšení práce lidí nebo organizací jako celků.

Produkční funkcí ve zdravotnictví se rozumí veškerá činnost, která přímo a nepřímo souvisí s poskytováním zdravotnických služeb. Produkční funkce je ekonomickým pojmem, který nám umožňuje určitou míru abstrakce při pohledu na jinak velice komplikovanou situaci nepřeberného množství léčebných postupů a s nimi souvisejících aktivit. Mezi vstupy produkční funkce zahrnujeme např. lidskou práci, léčiva, zdravotnický materiál, přístroje. Výstupy jsou obvykle zachyceny v podobě zdravotnických výkonů, počtu ambulantních návštěv pacientů, počtu ošetřovacích dnů. Samotná produkce zdravotnických služeb představuje transformaci vstupů na výstupy a výsledky. Zde se rozhoduje o mnohých faktorech technické a medicínské efektivity produkční funkce, tj. s jakými náklady a s jakým výsledkem je dosaženo stanovených cílů. Cílem zdravot-

nictví (v tomto případě zdravotnických služeb) je zlepšit zdravotní stav pacienta. Výsledky produkční funkce jsou měřeny s pomocí subjektivních a objektivních ukazatelů. Vstupy a výstupy jsou pro potřeby ekonomického hodnocení zachyceny zejména ve finančních ukazatelích. Systém účetnictví nám poskytuje základní údaje pro rychlé hodnocení finanční situace, finanční analýzy, výkon řídících činností nebo pro cenové kalkulace.

Cesta k cíli K3: Tvorba a využití dalších potřebných nástrojů pro měření produkce zdravotnických služeb ve vztahu ke zvyšování jejich efektivity a jejich řízeného nákupu zdravotními pojišťovnami.

- Celostní přístup k hodnocení vývoje financování a úhrad v jednotlivých segmentech zdravotnických služeb (národní zdravotní účty zdraví), řízení rozhraní vícezdrojového financování zdravotnického systému.
- Rozvoj globálních rozpočtů nemocnic jako náhrady za navrhovaný systém DRG. Globální rozpočty vymezují prospektivně objem a strukturu péče. Součástí tohoto nástroje úhrad nemocniční péče je v přechodném období vykazování výkonů, sledování diagnóz a vedlejších diagnóz. Postupně bude tento úhradový mechanismus doplňován o ukazatele výsledků.
- Rozvoj metod pro měření a řízení produkce nemocniční péče (analýzy a standardizace nákladů, léčebných postupů a výsledků služeb).
- Kontinuální hodnocení efektivity služeb se zaměřením na řízení nákladů, v jednotlivých segmentech služeb.
- Využití nástroje národních zdravotních účtů pro tvorbu a realizaci zdravotní politiky.
- Hodnocení dosahovaných výsledků nezávislým výzkumem, kritická nezávislá reflexe tvorby a realizace zdravotní politiky v oblasti financování a úhrad.

KOMENTÁŘ POKRAČOVÁNÍ

Produkční funkce – její řízení a zobrazení v systému účetnictví – představují důležité vnitřní procesy nemocnic, které nám umožňují nahlédnout do vnitřku „černé skříňky" nemocnice. Ze zákona odpovědnými a oprávněnými aktéry pro takové vhledy do těchto procesů jsou subjekty vykonávající finanční kontrolu, zřizovatelé (veřejná kontrola), statistika, výzkum, tvůrci zdravotní politiky. Na těchto a dalších odpovědných aktérech zdravotní politiky však závisí jak konkrétně přistupují ke všem těmto problémům. V posledních letech jsme v ČR svědky toho, že ze strany tvůrců zdravotní politiky převažuje tendence k domněle správnému transformačnímu postoji veřejného sektoru, který je založen na decentralizaci bez pravidel a kontroly. Veřejný sektor je předem v tomto přístupu diskvalifikován jako ten, který to nedokáže, a proto je zapotřebí se ubírat jinou cestou. Zásadní koncepční neujasněnosti o důvodech existence veřejného a soukromého sektoru, jejich odlišnostech a vzájemných vztazích na jedné straně a o principech řízení, účetnictví, kontroly a odpovědnosti na druhé straně, ať již v soukromém nebo veřejném sektoru, vedou v praxi k velice rozpačitým přístupům k tolik potřebnému rozvoji českého zdravotnického práva. Stávající situace je však v ČR bohužel obvykle charakterizována v několika klíčových okamžicích přístupem černých skříněk, neurčitostí a neodpovědností.

Cíl K4: Zlepšení kapacity a kvality výkonu státní správy na MZ ČR

KOMENTÁŘ:

Deficity koncepční činnosti MZ ČR v několika posledních letech byly způsobeny nevyváženostmi v rovině reprezentace zájmů, poznatkových, analytických a principiálních východisek. Nebyly využity mezinárodní zkušenosti a existující teoretické poznatky. Koncepční aktivity nebyly provázány s legislativním procesem a nevedly k formulaci cílů a úkolů zdravotní politiky v rámci otevřené diskuse představitelů státu a občanské společnosti. Další příčiny lze spatřovat v kvalifikaci a podmínkách pro personální řízení pracovníků MZ, podílu vlivu celkového hodnotového posunu ve společnosti v oblasti morálních norem a nedodržování platných právních ustanovení, vztahujících se k odpovědnosti MZ (§ 22 zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních

orgánů státní správy ČR; §§ 69 a 70 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu; zákon č. 130/2002 Sb., o podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků).

V rovině výkonu státní správy lze shledat celou řadu otázek, souvisejících s příčinami bilanční nevyváženosti v systému veřejného zdravotního pojištění, nastavení parametrů rozhodovacích procesů a tedy i kvalita samotných rozhodovacích procesů ve vztahu k pojistnému plánování, hodnocení hospodaření zdravotních pojišťoven, způsoby a výsledky rozhodování v rámci dohodovacích řízení, či posuzování těchto rozhodnutí z hlediska veřejného zájmu.

Východiska řešení stávajících problémů a cesty ke zvýšení kapacity státní správy v oblasti tvorby zdravotní politiky lze spatřovat v rovině personálního řízení, možnostech dalšího vzdělávání pracovníků, v rozvoji vztahů mezi výzkumem, výkonem státní správy a tvorbou politiky, využití rozvoje poznatků, v rozvoji mezinárodního srovnání. Případné střety zájmů je zapotřebí flexibilně identifikovat, vytvářet transparentní prostředí, nezatajovat údaje, týkající se veřejných zdravotnických služeb a rozvíjet platnou právní úpravu v této oblasti naopak směrem ke zvýšení transparentnosti a veřejné dostupnosti údajů. Se zlepšením veřejné dostupnosti dokumentů zdravotní politiky včetně jejich starších verzí souvisí požadavek na zlepšení prezentace těchto dokumentů na internetových stránkách MZ ČR, včetně veřejné dostupnosti výsledků výzkumných úkolů financovaných z veřejných prostředků (publikace závěrečných zpráv výzkumu v plnotextové verzi).

Zásadní změny stávajícího stavu nelze dosáhnout bez dílčích a pečlivě zvážených organizačních a zřejmě i personálních změn. Jinak nutně bude přetrvávat situace, kdy je MZ ČR označováno jako místo „kam je zapotřebí položit nálož".

Cesta k cíli K4: Zlepšení kapacity a kvality výkonu státní správy na MZ ČR

- Stabilizace financování českého zdravotnictví není možná bez několika zásadních kroků v rámci samotného MZ:
  1) pro zlepšení výkonu zřizovatelské funkce je nutné zřídit nový odbor MZ ve vztahu k přímo zřizovaným organizacím.
  2) výkon státní správy je nutné posílit také v oblasti veřejného zdravotního pojištění a celkově ekonomiky,
  3) zlepšení výkonu státní správy v oblasti výzkumu a vzdělávání,
  4) programů dalšího vzdělávání pracovníků MZ,
  5) ve větší míře využití dostupných domácích a zahraničních teoretických poznatků, výsledků výzkumu a analýz.
- Posílení státní správy MZ v oblasti hospodaření nemocnic, zdravotního pojištění a tvorby standardů není možné bez případné redukce personálního zajištění výkonu státní správy v jiných oblastech (např. hygienické služby, jejíž agendy lze přesunout do Státního zdravotního ústavu).
- Na MZ by měl být vytvořen odbor podpory zdraví.
- Zlepšit kapacitu a výkon odboru zdravotní péče v oblasti tvorby zdravotní politiky směrem integrovanému zdravotnickému systému s důrazem na primární zdravotní péči, řešení organizačně právního postavení nemocnic, rozvoj dlouhodobé lůžkové péče a sociálně zdravotní péče na komunitní úrovni.
- Upřesnění podmínek a právního rámce pro výkon veřejné správy zdravotnictví na úrovni krajů včetně metod a základního právního rámce tvorby zdravotních plánů krajů
- Rozvoji lidských zdrojů, další vzdělávání pracovníků a jejich spolupráce s pracovníky z oblasti výzkumu za účelem přenosu nových poznatků do oblasti tvorby zdravotní politiky.

Cíl K5: Rozvoj kapacit výzkumu, analýz a dalšího vzdělávání v oblasti zdravotní politiky

KOMENTÁŘ

Výzkum v oblasti zdravotní politiky a ekonomiky včetně souvisejících dalších společenskovědních disciplín z oblasti podpory zdraví, řízení a správy je hlavní determinantou rozvoje poznání a možností jeho aplikace v praxi. V tomto směru je nutná dělba práce. Upřímně jednající pracovníci veřejné správy potvrzují deficity v této oblasti, kde chybí v porovnání se zahraničím zejména pracovníci, reprezentující střední generaci. Proto ČR potřebuje věnovat pozornost rozvoji mladé generace. Inspirovat se v tomto směru může v zahraničí. Velmi pro-

pracovaný systém přípravy a rozvoje mladých vědeckých pracovníků je v USA. Pro tuto mladou generaci jsou pořádány prestižní konference, kde mají možnost diskutovat s představiteli zdravotní politiky a četnými zkušenými a známými odborníky výsledky své práce, motivaci a orientaci.

Takové zaměření v ČR zatím chybí, výzkum v oblasti zdravotní politiky a ekonomiky je v roli Popelky a byl v uplynulých letech terčem častých snah o popření jeho významu. Deficity v této oblasti bychom měli vyplnit tvorbou mnoha dalších příležitostí pro mladé výzkumné pracovníky v uvedené oblasti. To, že se tato koncepce soustřeďuje prakticky jenom na oblast zdravotní politiky, ekonomiky zdraví či podporu zdraví, neznamená, že by byl ignorován význam výzkumu v oblasti medicínských věd či molekulární medicíny. Problematika této oblasti však přesahuje rámec zaměření tohoto koncepčního materiálu a je jí věnována systematická pozornost v jiných dokumentech národního či resortního zaměření.

Cíl K6: Rozvoj podmínek a pravidel pro výkon veřejné správy zdravotnictví na úrovni krajů, včetně metod a základního právního rámce tvorby zdravotních plánů krajů.

KOMENTÁŘ:

Pracovníci, reprezentující na úrovni krajů státní správu upozorňují na nedostatečné explicitní vymezení své role v právním rámci. S tím je spojen také existující dluh vývoje právního rámce pro výkon a dozor státní správy ve zdravotnictví na úrovni krajů. Zde je možné spatřovat příčiny rizika poměrně rozdílného vývoje zdravotnictví v jednotlivých krajích. Je zde prostor pro další řízení kvality, rozvoj standardů a jejich využití na krajské a lokální úrovni.

Cíl K7: Tvorba zdravotních plánů krajů a jejich promítnutí do celonárodního zdravotního plánu.

KOMENTÁŘ:

Formulace tohoto záměru byla předmětem jednání ministryně zdravotnictví s hejtmany krajů dne 19.10.2004. Zdravotní plány krajů byly v této diskusi akceptovány jako chybějící řídící nástroj. Chybějící realizační podmínkou zdravotních plánů krajů je jednotná a právně závazná metodika. Institut zdravotní politiky a ekonomiky navázal koncem října formu pracovní návštěvy kontakt s Osterreichisches Bundestinstitut fur Gesundheitswesen (OBIG) a otevřel tak cestu k možné spolupráci v oblasti zdravotnického plánování.

Cesta k cíli K5: Rozvoj kapacit výzkumu, analýz a dalšího vzdělávání v oblasti zdravotní politiky.

- Rozvoj kapacit cestou navýšení zdrojů pro institucionalizovaný a účelový výzkum a analýzy v oblasti organizace, financování a úhrad zdravotnických služeb, determinant zdraví, správy a řízení zdravotnických služeb.
- Rozvoj podmínek pro uplatnění mladé generace pracovníků ve výzkumu v rámci jejich postgraduálního vzdělání, zahraničních pobytů a účasti ve výzkumných úkolech.
- Rozvoj forem dalšího vzdělávání v uvedených oblastech (e-learning, specializační vzdělávání pro pracovníky veřejné správy, vzdělávání pro pracovníky primární péče).

Cesta k cíli K6: Rozvoj podmínek a pravidel pro výkon veřejné správy zdravotnictví na úrovni krajů, včetně metod a základního právního rámce tvorby zdravotních plánů krajů.

- Cestou novely zákona č. 20/1966 Sb. doplnit potřebná ustanovení pro zlepšení výkonu státní správy v oblasti zdravotnictví na úrovni krajů, koordinace těchto změn s MF a MPSV.
- Na úrovni zákona vymezit postavení, roli a odpovědnost vedoucích zdravotních odborů krajů jako představitelů výkonu státní správy.

Cesta k cíli K7: Tvorba zdravotních plánů krajů a jejich promítnutí do celonárodního zdravotního plánu.

- Do konce roku 2004 připravit první verzi metodiky zdravotních plánů krajů a hl. m. Prahy. Při přípravě metodiky využít zahraničních zkušeností (Rakousko). V průběhu ledna, února její projednání, připomínkování a příprava právně závazné normy, která by vytvořila potřebné podmínky pro aplikaci metody.
- Do srpna 2005 připravit první verze zdravotních plánů krajů včetně koordinované spolupráce s MZ na začlenění zdravotnických zařízení, zřizovaných MZ.
- Sjednocení plánů do celonárodní verze. Vznikající dokumenty využít pro rozhodování o plánech stavebních investic a výběrových řízení v roce 2006.

Cíl K8: Řešení zásadních vzniklých problémů organizačně právního postavení bývalých okresních nemocnic a existujících problémů fakultních nemocnic.

KOMENTÁŘ

Podstatné změny pro postavení českých nemocnic přinesla již celospolečenská transformace na počátku 90. let odstartovaná rokem 1989. V důsledku těchto změn společenských poměrů došlo podobně jako v dalších státech střední a východní Evropy k zásadní transformaci zdravotnictví. Další vývoj v oblasti nemocniční péče pokračoval procesem privatizace a restrukturalizace lůžkové péče. Lze konstatovat, že všechny fáze vývoje doprovázel neodpovědný a nekoncepční přístup ze strany státu k segmentu nemocniční péče, podcenění role státu a veřejného sektoru při budování sítě nemocnic. Další selhání státu ve vztahu k segmentu nemocniční péče se projevila v procesu reformy veřejné správy odstartovaném rokem 2000. V rámci druhé fáze územní reformy veřejné správy převzaly krajské samosprávy k 1.1.2003 od zanikajících okresních úřadů do správy bývalé okresní nemocnice a staly se jejich zřizovateli a vlastníky. Převod zřizovatelské funkce a vlastnictví bývalých okresních nemocnic nebyl nijak speciálně právně upraven a znamenal otevření různých variant vývoje postavení nemocnic. Jedním z možných směrů vývoje postavení bývalých okresních nemocnic je zvyšování jejich autonomie převodem nemocnic do právní formy akciových společností založených kraji. Takové posílení autonomie nemocnic by znamenalo omezení či ztrátu vazby na veřejný sektor a s tím spojenou nemožnost státu ovlivňovat další vývoj nemocniční péče. Celý vývoj se navíc odehrává za nedostatečně propracované či dlouhodobě vůbec neexistující koncepce zdravotní politiky v ČR. (Ne)vývoj daňového práva ve vztahu k příspěvkovým organizacím krajů značně znevýhodnil jejich postavení a lze jej považovat za jednu z důležitých příčin organizačně právních změn nemocnic na akciové společnosti krajů. Východisko ze vzniklé problémové situace je navrhováno cestou vývoje nové právní úpravy pro nemocnice na principu veřejné neziskové organizace, tj. právnické osoby veřejného práva, která by vznikla zákonem. Neziskové organizace jsou z hlediska dlouhodobého záměru poskytování veřejných zdravotnických služeb vhodnější než nyní realizované změny postavení nemocnic jako akciových společností krajů. U této

alternativy je vnímáno jako vážné riziko poměrně snadná možnost prodeje akcií. Právní forma neziskové nemocnice je v zahraničí využívána jako převažující. Tato forma také umožňuje jasnějším způsobem chránit veřejné vlastnictví nemocnice a zajistit tak dlouhodobě stabilní dostupnost nemocniční péče ve veřejném zájmu.

Opakované snahy o změnu právního postavení fakultních nemocnic v ČR cestou univerzitních nemocnic bez předchozích hlubších analýz včetně mezinárodního srovnání vedly k výrazným rizikům. Zejména se však jednalo o možnost převažujícího prosazení zájmů samotných školských pracovníků lékařských fakult nad ostatními rolemi tohoto typu nemocnice (poskytování zdravotnických služeb). Mezinárodní srovnání s vývojem v sousedních státech (Rakousko, SRN) ukazují, že organizačně právní postavení nemocnic respektuje vyváženým způsobem realizaci všech tří rolí fakultních nemocnic (poskytování zdravotnických služeb, vzdělávání a výzkum).

Cesta k cíli K8: Řešení zásadních vzniklých problémů organizačně právního postavení bývalých okresních nemocnic a existujících problémů fakultních nemocnic.

- V říjnu 2004 posoudit a diskutovat možné alternativy řešení tohoto problému (náměty na zákon o nestátních neziskových nemocnicích, je však nutné řešit potřebné vazby na daňové právo, pravidla hospodaření, sběru a zpracování dat o hospodaření a výsledcích poskytovaných služeb, hodnocení efektivity, podmínky pro nákladové analýzy)
- 2004: návrh věcného záměru zákona o nestátních neziskových nemocnicích s důrazem na stabilitu hospodaření těchto nemocnic (lex specialis, součást zdravotnického práva),
- 2005: legislativní zpracování návrhu zákona v případě, že nedojde k rychlejšímu způsobu realizace tohoto legislativního záměru.
- Věcný záměr novely vysokoškolského zákona ve vztahu k fakultním nemocnicím. Všechny tři hlavní role fakultních nemocnic (poskytování zdravotnických služeb, vzdělávání a výzkum) musí být organizačně a hospodářsky oddělené. Využít v této oblasti mezinárodní zkušenosti v Evropě a znalost problémů, ke kterým došlo v USA.
- Poznámka: Nemůže dojít k realizaci snah o přesun výnosů za poskytované služby do oblasti podfinancovaného vzdělávání. Problémy resortu školství tedy nemohou být řešeny na úkor resortu zdravotnictví. V řízení fakultních nemocnic nemůže dojít k převaze vlivu zástupců jenom jedné ze tří základních rolí fakultní nemocnice. Ředitel nemocnice by se neměl stát rukojmím školských pracovníků.

POKRAČOVÁNÍ KOMENTÁŘE

Tvorba nové právní úpravy pro lékařské fakulty musí respektovat požadavky na zajištění potřebných kontrolních mechanismů a odpovídajícího právního rámce, který povede k odpovědnému jednání všech pracovníků. Inspirací v tomto směru jsou univerzitní nemocnice v SRN, které podléhají veřejnému právu a k významným prvkům patří jasně oddělený systém financování a hospodaření provozu nemocnice při poskytování zdravotnických služeb, výuky a výzkumu, ale při současném zajištění širokých možností kooperace zúčastněných subjektů.

Cíl K9: Analýza systému pražského zdravotnictví a návrhy na její řešení (do konce roku 2005).

Zdravotnické a sociální služby v Praze prodělaly po roce 1990 množství změn, jejichž kontext nebyl z hlediska koncepčního a právního vymezení na národní úrovni dostatečně zpracován a nereagoval ne četné existující problémy. Příčiny problémů existují: (1) na úrovni celého systému (právní rámec), (2) na úrovni organizačního uspořádání zdravotnických a zdravotně sociálních služeb.

Praha sama o sobě jako velké město představuje výrazně odchylnou situaci od krajů či menších geografických celků (např. bývalé okresy, obce, menší města). Ve vel-

kém městě je nutné objektivizovat skutečný zdravotní stav obyvatelstva ve vztahu k jeho specifickým determinantám a to především z hlediska vývojových tendencí a prioritních zdravotních problémů u různých skupin obyvatelstva.

- Možné rozdíly zdravotního stavu v porovnání s jinými částmi ČR, zdravotní problémy jednotlivých věkových či rizikových skupin.
- Demografická analýza a projekce, v členění podle územních celků (městské části, urbanistické obvody).
- Rozdílné spektrum determinant zdraví (např. problém ovzduší, bydlení, doprava, sociální kontakty).
- Uspořádání zdravotnických a sociálních služeb je odvozeno od předchozího historického vývoje a zejména jeho změn v první polovině 90. let („privatizace ve zdravotnictví). Kapacita nemocniční akutní lůžkové péče je silně naddimenzována (více jak 8 lůžek na 1000 obyvatel). V Praze jsou tři lékařské fakulty. Nemocniční péče je rozdělena do několika skupin vlastníků a zřizovatelů. Část akutní nemocniční péče v Praze kompenzuje sníženou kapacitu akutní nemocniční péče v některých okolních okresech ve Středočeském kraji.
- Struktura ambulantních zdravotnických služeb prodělala změny svého uspořádání bez zohlednění současných poznatků o systému primární zdravotní péče. Tyto služby jsou tak vytvářeny spíše na základě spontánního vývoje.
- Tvorba a realizace zdravotní politiky na regionální či lokální úrovni je poznamenána nevyváženým vývojem koncepčních a právních přístupů na národní úrovni.
- Tvorba zdravotní politiky na úrovni Prahy se zatím neodvíjela od vývoje zdravotního stavu obyvatelstva a jeho determinant. Dosavadní přístupy se soustřeďovaly na oblasti samotných zdravotnických služeb. Situace v této oblasti je však komplikována poměrně složitou zájmovou strukturou.

K10 Komplexní analýza dosavadního vývoje a struktury českého zdravotnického práva

Příčiny dosavadní klikaté cesty a častými problémy poznamenané cesty vývoje českého zdravotnického práva lze spatřovat v jeho chybějících koncepčních východiscích, ale také deficity jeho vztahů k ústavnímu právu, promítnutí důsledků přijatých mezinárodních úmluv, mezinárodnímu vývoji v oblasti práv pacientů, ale také nevyužitými možnostmi právní komparatistiky. Tuto existující mezeru nelze vyplnit jinak než pečlivou a odpovědnou „mravenčí“ prací, která by měla nabídnou k dalšímu využití některé chybějící poznatky a podněty.

Cesta k cíli K9: Analýza systému pražského zdravotnictví a návrhy na její řešení (do konce roku 2005).

- Analýza pražského zdravotnictví by měla být zpracována v průběhu roku 2005, aby se mohla stát podkladem pro tvorbu zdravotního plánu Prahy v návaznosti na krajské zdravotní plány.
- Struktura analýzy pražského zdravotnictví by měla být ve své základní podobě shodná s požadavky na analytická východiska krajských zdravotních plánů a měla by být doplněna o další specifické doplňující analýzy, zohledňující problematiku velkého města a jeho rozvoje, existenci více fakultních nemocnic a s nimi spojené otázky ohledně zvažovaných návrhů sloučení tří fakultních nemocnic.
- Analýza pražského zdravotnictví není možná bez současného zohlednění stavu zdravotnických služeb ve Středočeském kraji.
- Součástí analýzy pražského zdravotnictví musí být i analýzy vývoje hospodaření velkých pražských nemocnic včetně příčin problémů jejich hospodaření.

Cesta k cíli K10: Komplexní analýza dosavadního vývoje a struktury českého zdravotnického práva

- Analýza v kontextu ústavního práva, lidských práv, veřejného práva, mezinárodního srovnání, evropského práva a mezinárodních úmluv.
- Analýza procesu přípravy právního rámce reformy veřejné územní správy pro oblast zdravotnictví, ve vztazích k finančnímu právu (daně, účetnictví, účetní osnovy a postupy, odpisy, investice) a v kontextu procesu deetatizace v ČR.
- Analýza východisek pro přípravu chybějícího lex specialis pro oblast lůžkových zdravotnických služeb v ČR (mezinárodní srovnání odpovídajících právních norem a zkušeností s jejich aplikací).

Cesta k naplnění tohoto cíle bude vyžadovat spolupráci širšího okruhu reprezentantů různých disciplín. Zkušenosti ukazují, že tyto problémy nelze „hodit na hlavu" jenom právníkům, či legislativcům, ale je zapotřebí vytvořit vhodné podmínky mezioborové spolupráce. Dosavadní poměrně izolované pokusy o zvládnutí problémů rozvoje českého zdravotnického práva nevedly přes jejich četná opakovaní k úspěchu.

REHABILITACE ROLE OBČANA A STÁTU PŘI TVORBĚ A REALIZACI ZDRAVOTNÍ POLITIKY

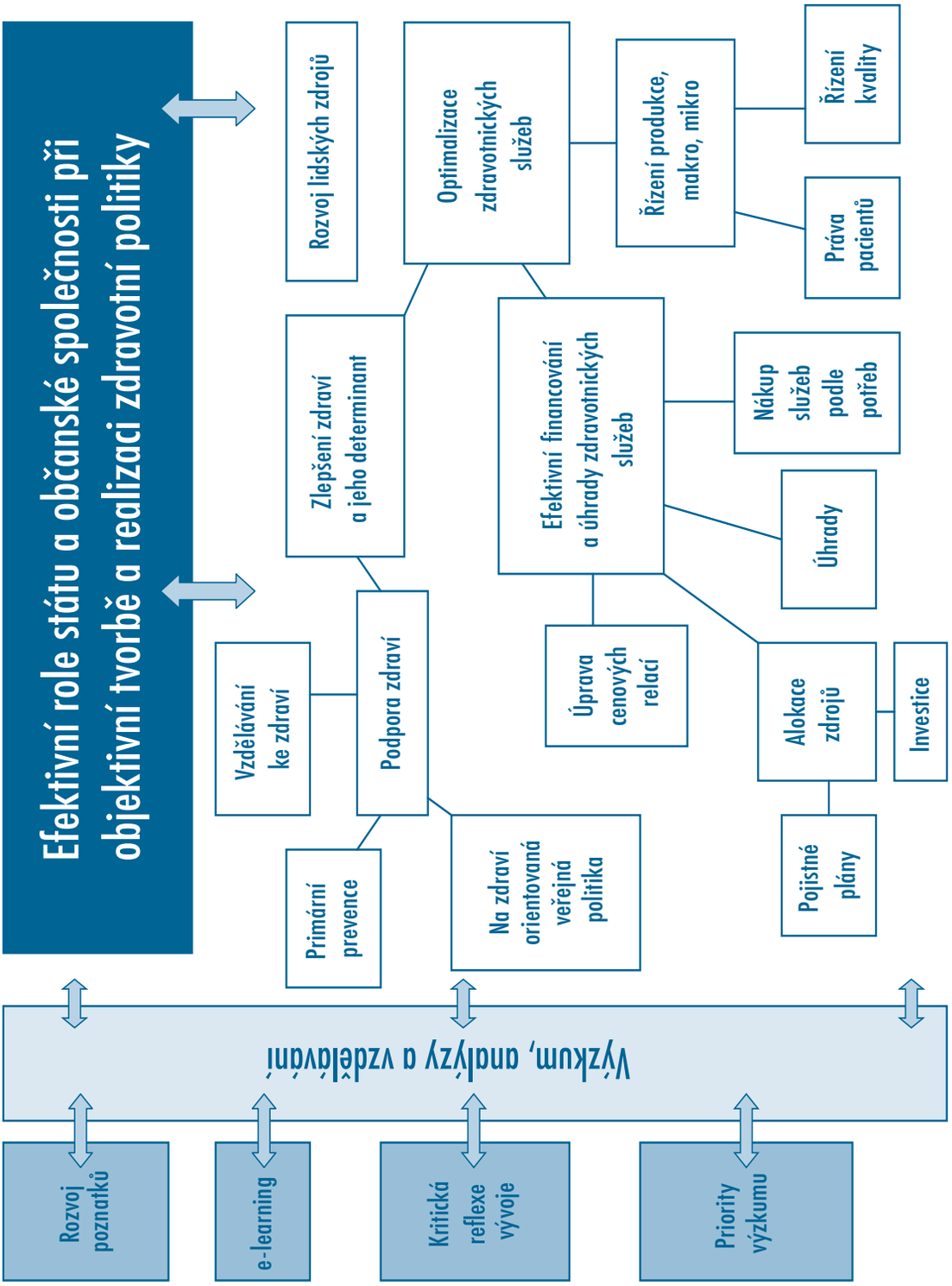
6.3 Střednědobé cíle (do voleb do PSP 2006)

Střednědobé cíle v horizontu voleb do PSP ČR v roce 2006 již nejsou jenom krizovými opatřeními a umožňují využít i nástroje zdravotní politiky v rámci standardních procedur legislativního procesu, tvorby projektů a programů. V rámci časového období téměř dvou let je možné již také využít podstatně lépe rozvoj poznatků získaný cestou mezinárodního srovnání, překladů zásadních monografií z oblasti zdravotní politiky do češtiny, atd. a jejich využití v rámci dalšího vzdělávání aktérů zdravotní politiky. Z hlediska konkrétních úkolů jde tedy o aktivity, které by měly být realizovány v průběhu následujícího roku a půl (2005- polovina roku 2006) s očekávanými výsledky již v rámci tohoto období.

Toto období je označeno jako „rehabilitace role občana a státu při tvorbě a realizaci zdravotní politiky". Rehabilitace role státu spočívá v důrazu na výkon jeho funkce jako regulátora, tvůrce koncepčních přístupů, pravidel (právních norem) a výkonu státní správy cestou kontroly dodržování stanovených pravidel. Všechny tyto funkce státu v uplynulém období utrpěly výraznou devalvaci. V žádném případě nelze tyto kroky označovat jako „znárodňování". To by bylo hrubé nedorozumění, neboť i v případě, že bychom chtěli ve zdravotnictví výrazně uplatnit tržní přístupy, musel by stát začít plnit svoji roli regulátora odpovědně. Selhání státu jako regulátora a tvůrce zdravotní politiky v minulých letech je bohužel jednou z významných příčin našich současných potíží.

O této smutné kapitole se veřejně příliš nehovoří. Stát je naopak předem diskvalifikován jako ten, kdo to za žádných okolností nedovede a proto je zapotřebí jej nahradit trhem a různými agenturami apod. To je zásadní omyl. Musíme hledat cesty, jak pošramocenou reputaci státu napravit. Má k tomu celou řadu příležitostí a úkolů, jež jsou obsahem střednědobých cílů. Jednou z cest zlepšení kapacity „vládnutí" či tvorby zdravotní politiky je modernizace založená na rozvoji dalšího vzdělávání. Podmínkou je však také rozvoj našeho poznání cestou výzkumu včetně efektivního využití zahraničních poznatků a zkušeností. V oblasti péče o zdraví ČR výrazně zaostala. Naše zdravotnictví drží s okolním světem krok v medicíně, ale nikoliv v oblastech řízení, správy a ekonomiky zdraví, či dalších souvisejících disciplín.

STRUKTURA STŘEDNĚDOBÝCH CÍLŮ



PŘEHLED STŘEDNĚDOBÝCH CÍLŮ (2005-6)

- **S1** Zlepšení zdravotního stavu a jeho determinanty
- **S2** Efektivní role státu a občanské společnosti při objektivní tvorbě a realizaci zdravotní politiky
- **S3** optimalizace zdravotnických služeb
- **S4** efektivní financování a úhrady zdravot. služeb
- **S5** řízení kvality
- **S6** práva pacientů, rozvoje nástrojů pro vyřizování stížností pacientů
- **S7** rozvoj lidských zdrojů
- **S8** rozvoj výzkumu, analýz a vzdělávání
- **S9** komunikativního jednání aktérů zdravotní politiky

Rehabilitace role občana

ve zdravotnickém systému spočívá v důrazu na jeho práva jako pacienta, efektivní možnosti vyřizování jeho problémů/stížností (ombudsman v nemocnici, spolupráce se zdravotní pojišťovnou při vyřizování stížností z oblasti poskytování zdravotnických služeb). Pro občana pacienta se otevírá v této koncepci příležitost ke koordinaci řešení jeho zdravotnických problémů ve spolupráci s praktickým lékařem koordinátorem, jehož role je významnější než dosud. Praktický lékař koordinátor se stává důležitým spolupracovníkem zdravotní pojišťovny při hodnocení a řízení spotřeby zdravotnických služeb. Jde tedy o alternativu k IZIPU nebo čipovým kartám. Je vhodné vyhodnotit dosavadní zkušenosti IZIPU, neboť jde o širší koncept, zahrnující i ambulantní specialisty. Namísto informačních technologií je kladen důraz na skutečný kontakt a spolupráci praktického lékaře s pacientem v rámci nové významnější role primární péče. Vybraným skupinám zdravotně ohrožených pacientů při této spolupráci stačí alternativa k čipové kartě v podobě zdravotní knížky. Pacient si tedy nemusí pořizovat nákladnou technologii na čtení čipových karet nebo se vystavovat riziku zneužití jeho osobních údajů z různých důvodů či. komerčních zájmů.

Národní referenční centrum

Stávající umístění Národního referenčního centra mimo subjekt, který by měl zajišťovat správu zdravotního pojištění, tj. vznik Národního referenčního centra jako relativně autonomního subjektu bez důrazu na jeho odpovědnost, postrádá v předchozích koncepčních návrzích odůvodnění. Tento postup lze vnímat jako projev partikulárního zájmu skupiny aktérů, kteří se touto cestou snaží vytvořit relativně autonomní, a přitom velmi významnou činnost. Mělo by jít o analytické činnosti, realizované jako nedílná součást správy zdravotního pojištění. „Agenturní pojetí“ zde nemá opodstatnění. Výkon správy v oblasti veřejného zdravotního pojištění by měl být realizován v rámci státní správy a samosprávy, přičemž jde o samosprávu pojištěnců.

Správa zdravotního pojištění

Správa zdravotního pojištění (SZP) byla v tézích ministra Kubiniyho charakterizována jako veřejnoprávní instituce a nikoliv jako veřejnoprávní korporace. Jde o poměrně zásadní problém, neboť celý systém veřejného zdravotního pojištění zatím není v ČR důsledně vytvářen na principu veřejnoprávní korporace, ale jakéhosi jiného hybridu veřejnoprávní organizace nebo instituce s jinými prvky, které popírají demokratický charakter veřejnoprávní korporace tedy samosprávné organizace na níž stát deleguje výkon správy veřejného zdravotního pojištění. Stát pak samozřejmě plní roli dozoru a regulátora nad takto delegovanou samosprávnou činností.

Návrh ministra Kubiniyho převádí celou řadu správních činností vykonávaných v současnosti na MZ do nově zřízené SZP. Část těchto činností je v současné době realizována v rámci VZP. Je zřejmé, že touto cestou by se MZ odbřemenilo od některých současných aktivit, které v důsledku personálních limitů není schopné efektivně vykonávat. Uvedené činnosti správy veřejného zdravotního pojištění jsou totiž poměrně komplikované a hlavně vyžadují četné analytické podklady.

Avšak diskuse o event. tvorbě SZP by nás neměla v současné době odvést od funkčnosti výkonu státní správy v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Tento výkon by měl být zajištěn co nejdříve, neboť je jednou z nutných podmínek dosažení finanční stability. Jestliže má být co nejdříve dosaženo finanční stability, pak je nutné se soustředit v krátkodobém či dlouhodobém časovém rozmezí na reálné naplnění takového cíle. A to lze dosáhnout také bezprostředním zlepšením činností státní správy v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Jinak by se snadno mohlo stát, že důležité příčiny finanční nestability budou působit ještě dlouhou dobu. Takový krok lze realizovat i v rámci stávajícího umístění výkonu správy zdravotního pojištění na MZ.

Součástí střednědobých cílů je okruh efektivního financování a úhrad zdravotnických služeb. Je zřejmé, že připravovaný nový systém úhrady nemocniční péče (DRG) nelze v příštím roce použít. Proto je nutné pro úhrady nemocniční péče zvolit alternativu. Diskuse o možnostech takové cesty se soustřeďují na úhradu v rámci globálních rozpočtů v kombinaci hodnocení produkce nemocničních služeb

pomocí výkonů (použít seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami), a spotřeby materiálu. Cenové relace seznamu zdravotnických výkonů jsou však, jak je dobře známo, nevhodně nastavené a proto je zapotřebí hledat co nejrychlejší cesty k jejich úpravě (např. využít modelování těchto cen s využitím dat VZP). Současně však musí tvůrci nástrojů dalšího vývoje úhrad flexibilně reagovat na různá negativní zneužití úhrad (unicitní pojištěnci, zkreslující údaje, administrativní spotřeba zdravotnických služeb). Podmínkou průběžného hodnocení produkce nemocniční péče je sběr dat o hlavních a vedlejších diagnózách, délkách ošetřovacích dob. Všechny tyto a další údaje lze použít pro rozvoj metodiky globálních rozpočtů, které lze dále rozvíjet mnohem jednodušší cestou než DRG úhrady, založené na množství nepřesných vstupních údajů s rizikem mnoha chyb a také zkreslení při vykazované léčbě. Stojíme tak samozřejmě před otázkami přínosů a rizik systému DRG a naopak jiných přístupů, které jsou postaveny na kombinaci globálního rámce, jednodušeji strukturovaného z hlediska objemu terapeutických a diagnostických služeb, ale současně s větším prostorem pro odpovědné jednání na straně samotných poskytovatelů služeb. Jejich jednání je ovšem pod významným vlivem dodavatelů technologií. Tento negativní vliv je vhodné vyvažovat do dlouhodobě udržitelných modernizačních mezí rozvojem poznatků v oblasti léčebných postupů a hodnocení technologií.

Řízení financování a úhrad je vhodné pečlivě vnímat ve dvou základních rovinách: (1) na makroúrovni jde o nutnost věnovat značnou pozornost zdravotně pojistným plánům pojišťoven, jako závaznému celkovému rámci dalšího vývoje. Základní rámec pro mikroúroveň je v současnosti vymezen především vyhláškou MZ ČR o úhradách, případně Věstníkem MZ a potřebou aktivního přístupu ze strany zdravotních pojišťoven a poskytovatelů služeb při řízení jejich výdajů a nákladů. V podmínkách probíhající reformy veřejných financí není možné, aby byl dále ze strany státu kryt další deficit. Zdroje pro stabilizaci hospodaření v systému veřejného zdravotního pojištění je zapotřebí hledat v rámci tohoto samotného systému. Ještě stále totiž přetrvává nespravedlivý systém přerozdělení pojistného mezi pojišťovnami za současných rozdílů ve struktuře pojištěnců. Pozornost je zapotřebí věnovat také celkovým nákladům na léčbu a analyzovat rozdíly mezi pojišťovnami. Četná upozornění poukazují na neopodstatněné rozdíly v postupu pojišťoven, tj. na odlišnou výši nákladů na léčbu. Ministerstvo zdravotnictví, resp. pracovníci vykonávající státní správu v oblasti zdravotního pojištění ve spolupráci s Ministerstvem financí tedy stojí před úkoly stabilizace hospodaření zdravotního pojištění. Jejich míra odpovědnosti je v tomto směru klíčová.

Významnou a citlivou oblastí zdravotní politiky jsou systémy odměňování pracovníků ve zdravotnictví. V oblasti veřejných služeb došlo v uplynulých letech ke značné diverzifikaci mzdových systémů. Jejich vývoj poněkud opomíjí disciplínu ekonomiky práce a vede tak tvorbě obtížně zdůvodnitelných rozdílů. Ve zdravotnictví jsou např. známy rozdíly mezi mladými lékaři, působícími ve školství nebo ve zdravotnictví. Samostatným problémem jsou mladí nastupující pracovníci, podmínky pro pracovníky, kteří se připravují na svoji další práci v doktorských programech. Ekonomice práce není ve zdravotnictví přisouzen odpovídající význam a není používána jako potřebný nástroj. Poslední vyhrocení požadavků ze strany LOK na adresu MZ ČR vedlo k ustavení meziresortní komise spolu s dalšími zástupci zúčastněných aktérů. Česká republika není první a zřejmě ani poslední zemí, která se snaží vypořádat s těmito problémy. Proto by bylo vhodné využít rozsáhlé zkušenosti v této oblasti v zahraničí ať již ve formě mzdových systémů pro oblast veřejných služeb nebo dlouholeté zkušenosti v USA při práci federální komise pro oblast odměňování lékařů.

Ekonomika práce a mzdové systémy musí být z hlediska dlouhodobé udržitelnosti dostatečně transparentně a analyticky propojena se systémy úhrad zdravotnických služeb a finančních zdrojů. K podmínkám změn a rozvoje v této oblasti patří také mimo jiné cesta vyšší efektivity např. v oblasti lékové politiky či proskripčního jednání. Lékaři si nemohou na jedné straně pod sebou uřezávat větev neefektivním jednáním v oblasti svých každodenních rozhodnutí při poskytování zdravotnických služeb a na druhé straně pak cestou vyjednávání navrhovat zvýšení svých příjmů. Taková úloha je snadno řešitelná v rámci jedné organizace fungující v režimu obchodní společnosti a tedy mimo rámec působnosti regulace státu. Etno rámec je však řešitelný také v rámci regulací. Dosavadní vývoj v ČR bohužel nedokázal takové cesty racionálně využít. Jakoby pro tuto oblast platilo pořekadlo, že musí být nejprve ještě hůře, než bude ochota k hledání konsensuální cesty.

Do obdobné skupiny problémů patří také cenové relace zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Snahou o rychlou cestu řešení je event. modelace existujících rozdílů a jejich korekce. Avšak dlouhodobě se náprava cenových relací v této oblasti neobejde bez průběžných ekonomických analýz včetně využití nástrojů ekonomiky práce. Většina lékařů se jakoby podvědomě brání rozvoji transparence a doufají, že formou vyjednávání s minimem analytických podkladů je větší šance čas od času zlepšit celkové parametry svých příjmů. Avšak požadavek na zvyšování celkové efektivity fungování zdravotnického systému a vývoj v oblasti reformy veřejných financí povedou ke zvýšenému tlaku na uplatnění ekonomických nástrojů.

Cíl S1: Zlepšení zdraví a jeho determinant

Cílové priority tohoto období jsou zaměřeny na rozvoj poznání, tvorba nabídky programů dalšího vzdělávání v oblasti podpory zdraví, zejména s využitím elektronických forem (e-learning)

Pro potřeby tvorby a realizace zdravotní politiky na úrovni krajů připravit a zahájit výzkum zdravotního stavu a jeho determinant ve vybraných okresech.

KOMENTÁŘ

V posledních několika desetiletích došlo postupně k formování nového paradigmatu v oblasti péče o zdraví – k rozšíření od předchozího bio-medicínského pohledu k empiricky podloženému sociálně-psychologicko-ekonomickému konceptu determinant zdraví. Tento koncept má význam zejména z hlediska našeho chápání a pohledu na spektrum příčin nemocí, či faktorů, které se na vzniku průběhu nemoci spolupodílejí. Zdraví v tomto pojetí je kategorií s mnohem širšími sociálními vazbami. Zdravotní stav je v rámci tohoto konceptu a poznání významně ovlivňován sociálním postavením osob (nezaměstnanost, výše příjmu, životní úroveň, vzdělání, pracovní zařazení a jeho vývoj v průběhu života). Průběh života jedince ve společnosti a jeho klíčové etapy jsou tedy významnou determinantou zdravotního stavu. Empirická zjištění těchto vztahů jsou poměrně bohatě dokumentována. V průběhu naší krátké historické zkušenosti a odlišnosti vývoje sociálních a ekonomických ukazatelů mezi Českou a Slovenskou republikou bylo doloženo, že došlo k významný odchylkám ve vývoji ukazatelů zdravotního stavu.

Minulé století přineslo rozvoj poznání pokud jde o kauzální vztahy vedoucí ke vzniku nemocí. Došlo k potřebnému propojení poznatků získaných prostřednictvím epidemiologických šetření, patofyziologie a jejich ověřením v klinických kontrolovaných experimentech při léčbě. Toto století bývá právem označováno jako století zdraví. Výrazného pokroku bylo dosaženo v poznání příčin vzniku u skupin nádorových a kardiovaskulárních nemocí. Pokroku bylo dosaženo v léčbě řady onemocnění. Současně však dochází v důsledku prodlužování lidského života k rostoucímu novému problému, představovanému „epidemií“ chronických nemocí. Chronické nemoci se však vyznačují z hlediska jejich vzniku komplexním charakterem, současným a dlouhodobým působením více faktorů. O vzniku nemocí rozhodují vlastnosti samotného člověka (genetické vlohy, míra adaptability na zátěž či působní různých rizikových faktorů, získané zkušenosti s předchozími nemocemi, imunologickými podněty, pohlaví, věk, různé životní etapy), vlivy prostředí, životní styl a účinnost systému péče o zdraví. K hlavním faktorům životního prostředí patří vzduch, voda, potrava, prostředí v němž člověk bydlí a pracuje, různé biologické vlivy (infekční onemocnění).

Cesty k dosažení cíle S1: Zlepšení zdraví a jeho determinant

- Rozvoj poznatků pro tvorbu a realizaci politiky podpory zdraví na úrovni krajů, koordinace těchto aktivit veřejnou správou na úrovni kraje a pověřených obcí.
- Koncepčně řešit role a postavení zdravotních ústavů krajů a krajské hygienické služby ve vztahu k veřejné správě na úrovni krajů.
- Výzkum determinant zdraví a zdravotního stavu obyvatelstva na úrovni krajů a jejich srovnání mezi kraji, v rámci ČR a EU.

POKRAČOVÁNÍ KOMENTÁŘE

V rámci současných lidských zdrojů zřejmě není ČR dostatečně připravena čelit úkolům, které ji na poli podpory zdraví čekají.

Možnosti posílení kapacity lidských zdrojů pro podporu zdraví populace:

1. Získat přehled o stávajících lidských zdrojích (znalosti, dovednosti nutné pro meziresortní tvorbu politiky, plánování programů, řízení projektů, komunitní rozvoj a hodnocení dopadů a efektivity v oblasti podpory zdraví populace) a tyto informace analyzovat.

2. Odhadnout požadovaný počet lidí (s potřebnými dovednostmi) k plnění klíčových úloh a se stávajícím počtem a rozmístěním takových odborníků.

3. Provést důkladné posouzení vzdělávacích možností v oblasti podpory zdraví populace, které existují v různých zemích, a na základě získaných informací navrhnout kurz odpovídající potřebám České republiky.

4. Vážně uvažovat o spolupráci a partnerství s několika členskými zeměmi EU, které se touto problematikou naplno zabývají.

Cíl S2: Efektivní role státu a občanské společnosti při objektivní tvorbě a realizaci zdravotní politiky – hledání rovnováhy

KOMENTÁŘ

Česká republika je svrchovaný, jednotný a demokratický právní stát založený na úctě k právům a svobodám člověka a občana. Státem založeným na demokratických hodnotách, který se neváže na výlučnou ideologii. Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení. Svoboda projevu a právo na informace jsou zaručeny. Každý má právo vyjadřovat své názory a svobodně vyhledávat, přijímat a rozšiřovat ideje a informace bez ohledu na hranice státu. Občané mají právo podílet se na správě veřejných věcí přímo a svobodnou volbou svých zástupců. Listina základních práv a svobod v článku 31 zaručuje, že každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Ústavní principy nedelegují práva a odpovědnost pouze na volené politiky nebo občany (protože každý z nás má více sociálních rolí). Také státní správa (jmenovaní úředníci) nese velkou odpovědnost vůči občanům, které se nelze zříci s odkazem na danou politickou reprezentaci. Odpovědnost k principům ústavy se týká ovšem také všech dalších aktérů zdravotní politiky.

Počátkem devadesátých let stály občané před strategickou volbou. Hledání nového regulačního mechanismu společenských vztahů. Cestu, kterou po zkušenostech s předchozím společenským uspořádáním zvolili a pro jejíž provedení dali ve svobodných volbách mandát svým voleným zástupcům byla cesta liberalizace a interakce nabídky a poptávky na volném trhu. Tato legitimizovaná volba vedla pak politickou reprezentaci i mnohé občany k tomu, že se jí přizpůsobili a to se všemi pozitivy i negativy, které přináší. Rozvoj tržního prostředí zastínil pak rozvoj dalších institucí, které jsou pro fungování společnosti přinejmenším stejně významné jako trh. Demokracie byla vnímána především jako bezmezná volnost, což je její pojetí odpovídající realitě předminulém století. Významně byla opomenuta dimenze odpovědnosti, kterou od svobody nelze oddělovat.Volba, která byla učiněna ovšem nebyla daná, jinou stejně legitimní cestou je rozvoj občanské společnosti, sociální soudržnosti a národní a občanské identity, což nevylučuje fungování trhu, ale snaží se omezit negativní dopady jeho vlivu a nepřipouští ho tam, kde z povahy věci nebo hodnoty jeho fungování není společensky přínosnou volbou.

Cesty k dosažení cíle S2: Efektivní role státu a občanské společnosti při objektivní tvorbě a realizaci zdravotní politiky

- Důraz na rozvoj výkonu státní správy a rozvoje platné právní úpravy, zpřesnění kompetencí pro přenesený výkon státní správy na úrovni krajů
- Tvorba podmínek a nástrojů pro jednotný výkon správy a poskytování zdravotnických služeb (standardy, léčebné postupy,….)
- Rozvoj pracovníků MZ a veřejné správy cestou programů dalšího vzdělávání
- Rozvoj metodik komunitního plánování zdravotně-sociálních služeb
- Spolupráce s MPSV na vývoji vazeb mezi zdravotnickými a sociální službami (organizace, řízení a financování sociálně zdravotní péče)
- Úprava organizačně právní formy nemocniční péče (veřejnoprávní charakter, neziskovost, rámec veřejného práva, právo veřejnosti)
- Rozvoj sekundární a terciární prevence – rozvoj programů tohoto typu (kolorektální karcinom, prostata, nádory prsu, včasná diagnostika, efektivní léčba – sledování výsledků)
- Tvorba standardů léčebných postupů

POKRAČOVÁNÍ KOMENTÁŘE

Občanská společnost zůstává fiktivním konceptem, pokud se na rozhodování o podstatných společenských otázkách nepodílí veřejnost. Ta může být přitom této možnosti zbavena politickým uspořádáním společnosti, nebo se ze spolurozhodování může vyloučit sama – pasivitou nebo kvůli neznalosti nástrojů, jež je nutné při podílu na rozhodování v moderním světě využít. Přitom problémů v oblasti péče o zdraví, k jejichž řešení může občan svojí aktivitou přispět, je mnoho. Model parlamentní, reprezentativní demokracie dává největší důraz na akt voleb, kdy občan, volí svobodně na základě svých preferencí své zástupce. Modernizace společnosti a zejména rychlý vývoj globalizující se ekonomiky učinil nutností daleko větší přístup občanů k informacím a vyžaduje širší angažovanost občanů při tvorbě a realizaci veřejných politik. Zrodily se tak koncepty participativní, deliberativní a diskursivní demokracie, které považují za nejvýznamnější podíl občanů na celém procesu demokratické tvorby politiky.

Cíl S3: Optimalizace zdravotnických služeb

KOMENTÁŘ

Po roce 1990 probíhají v ČR diskuse o různých modelových přístupech k tvorbě zdravotní a sociální politiky. Tyto přístupy lze v zásadě členit do dvou skupin: (1) liberální pojetí, odmítající plánování na straně státu či veřejné správy a vycházející z aplikace jednoduchého ekonomického modelu nabídky a poptávky v rámci působení „neviditelné ruky trhu“; (2) přístup založený na hodnocení potřeb a indikativním plánování v rámci výkonu veřejné správy s využitím analýz a predikce vývoje řízených procesů a s následným hodnocením dosažených výsledků. V oblasti tvorby sociální politiky převládal do jisté míry v ČR v prvních dvou třetinách 90. let liberální přístup, který byl následně zaměněn za orientaci na nástroje plánování (komunitní plánování). V současné době probíhají ve vybraných geografických celcích (některých bývalých okresech) pilotní projekty v oblasti komunitního plánování. Také ve zdravotnictví došlo ve druhé polovině 90. let k částečné změně přístupu v oblasti akutní nemocniční péče. Proces privatizace nemocnic na obchodní společnosti byl pozastaven a v letech 1997-98 došlo k výběrovým řízením (tj. plánování založeném na standardech). Avšak v oblasti nemocniční péče nebyly dostatečně aplikovány zejména ekonomické poznatky a nástroje, takže se nepodařilo tuto oblast optimalizovat. Stejně tak nebyly vyřešeny problémy podílu základní a specializované nemocniční péče a zdravotnictví velkých měst. Především však nebylo dosaženo zlepšení efektivity hospodaření nemocnic jako celku. V průběhu reformy veřejné správy převážil v oblasti zdravotnictví opět liberální přístup, jehož výsledkem je poměrně neurčitý právní stav s četnými možnostmi volby organizačně právního postavení nemocnic.

Tvorba zdravotních plánů krajů a jejich použití v procesu tvorby a realizace zdravotní politiky na úrovni krajů

a celé ČR představuje zatím jakousi počáteční fázi jejich vývoje. Pracovníci veřejné správy krajů se seznamují s tímto pro ně novým řídícím nástrojem a to za stavu, kdy není dostatečně promyšlena jeho metodologie a celkový význam pro realizaci veřejné správy v oblasti zdravotnictví. Další vývoj se neobejde bez obnovení procesu komunikace veřejné správy krajů a státní správy ústředních orgánů a otevřené diskuse nad přípravou národní koncepce péče o zdraví. Podmínkou efektivního vývoje je také rozvoj výzkumu, analýz a praktické aplikace takto získaných poznatků. Zásadní otázkou je dotvoření celé logické struktury zdravotních plánů tak, aby korespondovala s problematikou péče o zdraví ve všech podstatných a také vzájemně provázaných aspektech (viz schéma č. 5, str. 35).

Postupná optimalizace zdravotnických služeb zahrnuje celou její strukturu (primární, sekundární a terciární služby). Z dlouhodobého hlediska jde o proces, který je podmíněn změnami vnitřních a vnějších faktorů (demografické změny, rozvoj technologií, tlak na omezování růstu nákladů, požadavky na vyšší ekonomickou a medicínskou efektivitu, řízení kvality a produkce, měření výsledků poskytovaných služeb). V ČR došlo k významným změnám v důsledku působení ne vždy zcela promyšlených ekonomických motivací k výraznému rozvoji ambulantních specializovaných služeb, podcenění role primární péče. Otázce dlouhodobé lůžkové zdravotní a zdravotně sociální péče zatím nebyla věnována dostačující pozornost. Přes proběhlou restrukturalizaci lůžkové péče v letech 1997-98 probíhají v současné době diskuse o dalších změnách organizačního uspořádání zdravotnických služeb. Tyto diskuse je vhodné doplnit o přístup, zohledňující celostní pohled na komplexní vztahy mezi jednotlivými segmenty služeb z hlediska jejich potřeb a dosahovaných výsledků či sledovaných parametrů kvality. Pouze ekonomické faktory nemohou převážit. Tvorba zdravotních plánů krajů, Prahy a jejich syntéza do celonárodního souhrnu, budou představovat náročný úkol.

Cesty k dosažení cíle S3: Optimalizace zdravotnických služeb

- Optimalizace sítě zdravotnických služeb na základě tvorby zdravotních plánů krajů, Prahy a ČR
- Tvorba a využití celonárodních standardů pro oblast zdravotnických služeb
- Řízení a správa zdravotnických služeb s ohledem na jejich produkci a výsledky (správa, management, controlling)
- Zpracování konceptu PL jako koordinátora a rádce pacienta (náhrada čipových karet a IZIPU), spolupráce PL se zdravotní pojišťovnou, on-line hodnocení spotřeby, PL se angažuje také v oblasti podpory zdraví (vzdělávání ke zdraví), spolupráce PL se samosprávami na komunitní úrovni. Pilotní projekty ve vybraných krajích.

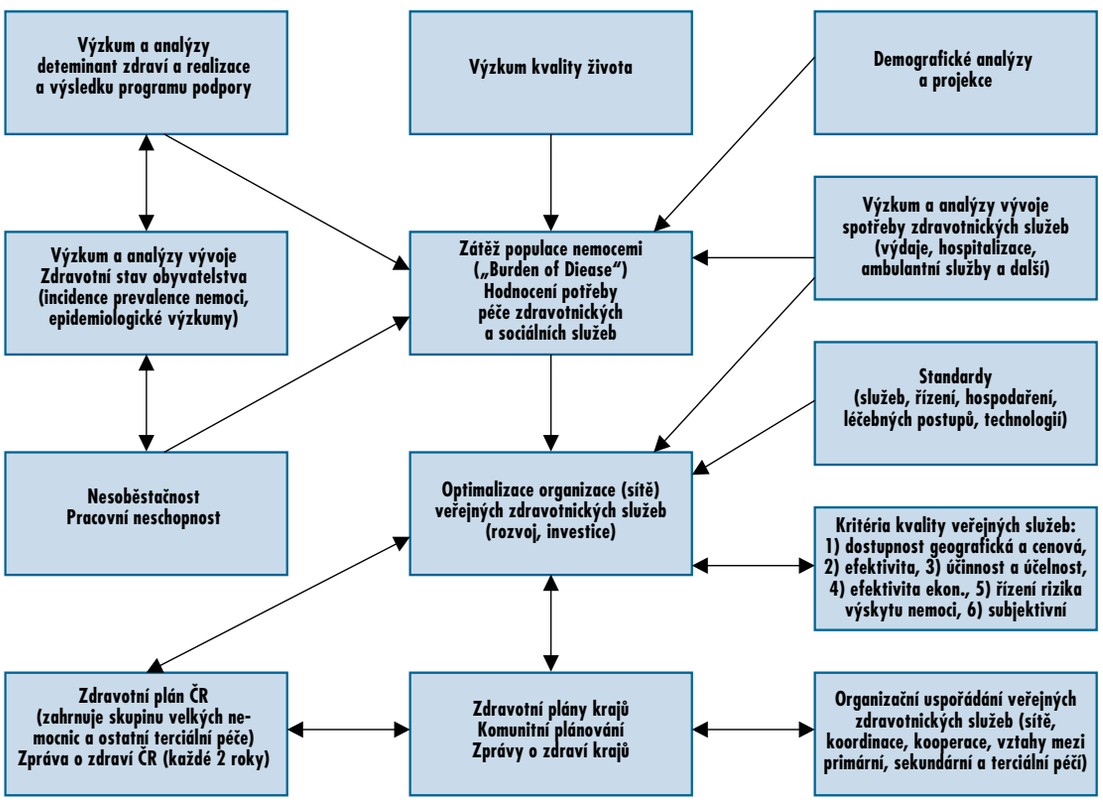
POKRAČOVÁNÍ KOMENTÁŘE

Systém primární zdravotní péče. Každý zdravotnický systém má dva hlavní cíle. Prvním je udržovat zdraví populace za využití nejnovějších poznatků o příčinách nemocí a maximalizovat zdraví populace. Druhým cílem, stejně významným, je minimalizovat nerovnosti mezi skupinami uvnitř populace zajištěním rovného přístupu ke zdravotnickým službám a možnosti dosažení optimálního stupně zdraví pro všechny skupiny v populaci.

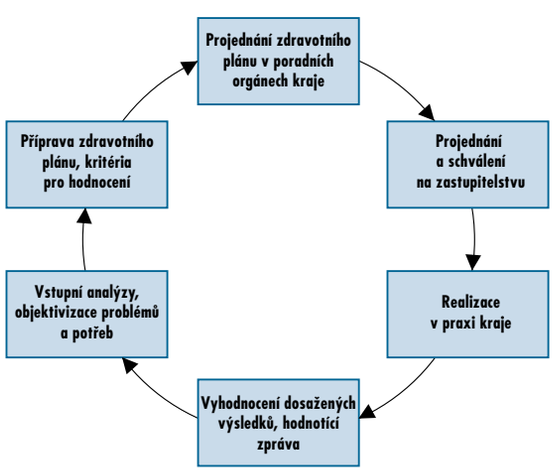
Spolu s rozvojem medicínských znalostí dochází k rozvoji specializací, protože postihnout širokou škálu onemocnění ze všech oblastí medicíny se stává nemožným. Specializovaná péče spotřebovává větší množství zdrojů, protože tato péče je náročnější na technologie než péče základní. Efektivní péče však není zaměřena pouze na léčbu nemoci jako takové, ale musí zohledňovat také kontext, ve kterém se nemoc objevila a ve kterém nemocná osoba žije. Nemoc totiž velmi zřídka existuje v izolaci, zvláště pak je-li déletrvající. Proto je jasné, že specializovaná péče je potřebná k poskytnutí nejvhodnější péče v případě specifického onemocnění, ale primární zdravotní péče je nutná k integrování péče v případě různých zdravotních problémů, se kterými se jedinec v průběhu času setká

Primární péče zaručuje rovnováhu dvou hlavních cílů zdravotnických systémů, a to optimalizaci zdraví a rovnost v distribuci zdrojů mezi skupiny populace. Je to základní úroveň péče, která je poskytována každému ve stejné míře. Ve srovnání se specializovanou péčí se primární péče zabývá širším okruhem zdravotních problémů. Primární péče integruje péči v případě, že jedinec trpí více než jedním zdravotním problémem. Tato péče zároveň zvažuje kontext, ve kterém nemoc vznikla a ovlivňuje způsoby, jakými lidé na své zdravotní problémy reagují.

MODEL VZTAHU VYBRANÝCH ASPEKTU PŘÍPRAVY ZDRAVOTNÍHO PLÁNU KRAJE



PROCES POŘÍPRAVY, REALIZACE A HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO PLÁNU KRAJE



Zařízení primární zdravotní péče mohou v místě svého působení funkčně propojit všechny poskytované zdravotní služby, a to včetně služeb dalších resortů. Skupinové lékařské praxe, polikliniky, zdravotní střediska a místa tzv. primárního kontaktu zdravotníků s pacienty, jsou základními nástroji primární zdravotní péče a plní jejich poslání, neboť sdružují zdravotníky různých specializací, nevládní organizace, školy, média a podniky v dané lokalitě a snaží se zvládnou dané zdravotní problémy z hlediska více odvětví.

Zdravotní plán kraje by měl být formulován jednoznačně na konkrétní období několika let (např. 3) a zároveň mít k dispozici také metodiku pro vyhodnocení dosažených výsledků, tj. analytického východiska tvorby dalšího navazujícího zdravotního plánu. Jde o dynamický proces (viz schéma č. 2), do kterého se promítá množství poměrně složitých vztahů a parametrů. Pracovníci veřejné správy, ale i systému veřejného zdravotního pojištění však musí dlouhodobě pracovat i s údaji charakterizujícími vývoj zdravotního stavu a jeho determinant. Bez těchto informací již v dnešní době nelze efektivně zvládat úlohy tvorby zdravotních plánů kraje, či zdravotně-pojistného plánu zdravotní pojišťovny – obecně tedy veřejné správy zdravotnictví.

Cíl S4 v oblasti financování a úhrad

- Zlepšení kvality a objektivity řídících procesů na jednotlivých úrovních:
  - Rozvoj metod pojistného plánování a hodnocení výsledků hospodaření (výročních zpráv), zvýšení odpovědnosti při výkonu státní správy v oblasti veřejného zdravotního pojištění (MZ, vláda, PSP).
  - Rozvoj odpovědnosti při výkonu státní správy a samosprávy (odpovědné jednání, vynutitelné a kontrolovatelné zákonem).
  - Optimalizace organizačního uspořádání a podmínek pro rozhodování v rámci VZP.
  - Zvýšit odpovědnost samosprávy ve vztahu k veřejnosti, k pojištěncům.
- Rozvoj aktivního nákupu a úhrady poskytovaných služeb:
  - Implementace metod pojistného plánování na úrovni jednotlivých pojišťoven
  - Rozvoj smluvních vztahů a nakupování služeb
  - Zpracování a aplikace metodiky globálních rozpočtů s výkonovými prvky
  - Další rozvoj kombinované kapitačně výkonové úhrady služeb PL
  - Analýza a vývoj úhrad péče ambulantních specialistů
  - Analýzy potřeby a spotřeby zdravotnických služeb jako nutných podmínek aktivního nákupu
- Léková politika (je řešena v samostatné příloze č. 3)

KOMENTÁŘ

Cíle vztahující se k financování a úhradám musí reagovat na několik zásadních problémů, jejichž společným jmenovatelem je bilanční nevyváženost hospodaření. V oblasti financování nejde jen o výběr pojistného, ale především o důležitá rozhodnutí o alokaci zdrojů mezi jednotlivé segmenty služeb v rámci pojistných plánů zdravotních pojišťoven a jejich celkového hodnocení. V současné době dochází k pozitivnímu kroku, který vede k souhrnnému hodnocení zdravotně pojistných plánů a tedy celostnímu přístupu k celému objemu výdajů zdravotního pojištění.

Závažným problémem samosprávy ve veřejném zdravotním pojištění je její značná izolovanost od veřejnosti (absurdní povinná mlčenlivost ze zákona). Veřejnost není dostatečně informována o výsledcích hospodaření zdravotních pojišťoven s využitím flexibilních možností internetových stránek např. MZ ČR. Dostupnost těchto údajů je z hlediska pojištěnců podstatně významnější než návrh na podepisování účtu při každé návštěvě lékaře. Snadno by nám tak pro detail mohly unikat zcela zásadní systémové nedostatky. A v současné době se tak skutečně děje. Jinak by nebylo možné, aby ve zdravotně pojistném plánu VZP na rok 2004 byla akceptována ze strany státu očekávaná výše závazků po lhůtě splatnosti až ve výši 10 mld.

S5 Cíle v oblasti řízení kvality („měření kvality je základem zlepšení" – OECD)

- Senzitivita zdravotnických systémů k potřebám pacientů
- Rozvoj standardů na celonárodní úrovni a jejich regionální a lokální aplikace
  - Standardy rozsahu služeb a lidských zdrojů (síť veřejných služeb)
  - Léčebné postupy (profesionální standardy)
  - Přístrojová vybavenost
  - Technické požadavky
- Hodnocení technologií
- Akreditace služeb
- Kontrola kvality veřejnou správou
- Měření výsledků

KOMENTÁŘ:

Pojem kvality zdravotní péče nabyl v průběhu vývoje v této oblasti různých pojetí a významů (viz glosář pojmů). Je to dáno jeho poměrně složitým předmětným zaměřením jak z hlediska užšího technicky zaměřeného přístupu (např. hodnocení technologií, normy ISO, akreditace), tak z hlediska širšího pojetí, jež zohledňuje aspekty dostupnosti služeb, léčebných postupů celonárodních standardů, či ještě v obecnější rovině např. efektivitu tvorby zdravotní politiky (Gladkij a spol, 2003).

Cesty k dosažení cíle S4 v oblasti financování a úhrad

Součástí střednědobých cílů je okruh efektivního financování a úhrad zdravotnických služeb, který je zapotřebí rozvíjet s využitím konceptu řízení rozhraní, tj. se zohledněním vazeb a nástrojů na makro a mikroúrovni. Analytická část tohoto přístupu musí zahrnovat údaje o vícezdrojovém financování včetně šedé ekonomiky a čistě soukromých výdajů. Snadno bychom totiž mohli podlehnout představě, že celkové výdaje na zdravotnictví se nyní v ČR pohybují jenom kolem 7% HDP. Zdravotnický systém v ČR se potřebuje vyrovnat s problémy „nabídkou vyvolané poptávky" a „nabídkou vynucené spotřeby". (nadbytečná péče), s důsledky plýtvání, ale i ztrát na příjmové straně (problémy v oblasti pracovní neschopnosti). V rovině makroekonomického přístupu jde o rozvoj a aplikaci systému národních účtů zdraví, rozvíjených v ČR ve spolupráci s OECD. Systém těchto účtů by měl umožnit lépe posuzovat produkci jednotlivých součástí (segmentů) zdravotnického systému.

Na mikroúrovni jde pak o nákladové analýzy, řízení nákladů, controlling, cenotvorbu, regulace, úhrady motivující k racionálnímu jednání poskytovatelů služeb a spojené s aktivním nákupem služeb v závislosti na jejich potřebě (senzitivita k potřebám pacientů) a zpětnovazebních analýz spotřeby. Nástrojem pro tlumení růstu nákladů je cesta vývoje a uplatnění různých typů standardů.

Cesty tedy spočívají v potřebném rozvoji spektra nástrojů a především pak v rozvoji poznání na straně jejich uživatelů, v jejich větší odpovědnosti. Pohled těchto pracovníků na zdravotnický systém by se měl rozšířit z roviny financování do oblastí nemocnosti, potřeb, hodnocení potřeb (promítnutí těchto parametrů do pojistných plánů a nákupu služeb), četných dalších analýz v oblasti spotřeby služeb, rozvoje spolupráce plátců služeb s jejich poskytovateli (nikoliv jen cestou striktních administrativních opatření a limitů), otevírají se možnosti spolupráce s praktickými lékaři koordinátory, jejich on line propojení s plátcem služeb. Pro realizaci takové perspektivy vývoje je však zřejmě vhodnější jiné organizační uspořádání stávajícího systému veřejného zdravotního pojištění, tj. ve vztahu k geografickým celkům. Jde o alternativní řešení ke sledování cíle konkurence, přetahování se o pojištěnce, tvorbu pseudokonkurenčních „preventivních" programů, jejichž výsledky nikdo nehodnotí a které sledují pouze cíl přesunu pojištěnců bez ohledu na přínosy pro jejich zdravotní stav. Nacházíme se tak na zásadním rozcestí. Pečlivě bychom měli zvažovat jak dosavadní přínosy a ztráty v důsledku pseudokonkurenčních her mezi zdravotními pojišťovnami, tak i rozvojové možnosti, které představuje kooperativní model, kladoucí důraz na rozvoj jiných nástrojů než jakým je stávající zjednodušený a mnohdy i netransparentní „konkurenční" pohled.

Cesty k dosažení cíle S5 v oblasti řízení kvality („měření kvality je základem zlepšení" – OECD)

Řízení kvality zdravotní péče není jen pouhým měřením vybraných ukazatelů. Jde o významnou součást řízení, roli manažerů, správu a spolupráci všech, kteří se podílí na poskytování zdravotnických služeb, výzkumu či tvorbě zdravotní politiky. Komplikovanost této problematiky vyžaduje rozvoj spolupráce jak v teoretické tak i praktické rovině. Řízení kvality je jedním z klíčových nástrojů cesty k efektivně fungujícímu zdravotnictví. Mezinárodní srovnání ukazuje na existenci alternativních přístupů ve strategické celonárodní úrovni. Jejich vyhodnocení by nám mělo napomoci při dalším rozhodování.

Cesty k dosažení tohoto komplexního cíle tedy existují v několika vzájemně propojených rovinách a v řízení kooperace a rozvoje jejich vztahů: tvorba standardů, léčebných postupů (zde jde o velkou míru uplatnění výsledků výzkumu či jejich metaanalýzy), rozvojové koncepce jednotlivých oborů v systému zdravotnických služeb (spolupráce státní správy s profesními organizacemi, odbornými společnostmi), praktická aplikace poznatků, standardů, nástrojů (procesy řízení a správy), měření výsledků (sledování vybraných problémů, evidence nevhodných postupů, využití indikátorů ve vztahu k jednotlivým oborům – např. frekvence reoperací, komplikací, nežádoucích událostí, analýzy jejich příčin, obecně lepší data a informace). Předmět hledání kvality souvisí také s možnostmi celostního propojení medicínského a populačně orientovaného přístupu (prevence nemocí, podpora zdraví, dispenzarizace chronicky nemocných, důsledky stárnutí populace na zdravotní stav a invaliditu).

Cíl S6: Koncept naplnění práv pacientů

- Rozvoj nástrojů pro naplnění práv pacientů (dostupnost, kvalita, spravedlnost, svobodná volba poskytovatele služeb)
- Funkční systém vyřizování stížností pacientů
  - Ukotvení v právních předpisech
  - Ombudsman v nemocnicích (garant práv pacientů)
  - Zapojení pojišťoven do hájení zájmů pojištěnců v oblasti ambulantních služeb
  - Příklady dobré praxe, provázání s kvalitou
  - Dostupnost léčby
- Rozvoj zdravotnického práva ve vztahu k rozvoji medicínských technologií (zákon o zdravotní péči, zákon o transplantacích)
- Kvalita života pacientů
- Vztah pacient-lékař a jeho faktory
  - Informovanost pacientů (zajištění přístupu k informacím, týkajících se pacientova zdravotního stavu, informace pacientům o svém zdraví, informační databáze pro pacienty o systému zdravotnických služeb, tvorba systému informování pacienta, zapojování pacientů v oblasti prevence, programy podpory zdraví)
  - Komunikační dovednosti na straně lékařů
  - Informovaný souhlas
  - Informování rodinných příslušníků (pozůstalých)
  - Informace o kvalitě zdravotnických služeb
  - Vývoj právního rámce

Cíl S7: rozvoje lidských zdrojů ve zdravotnictví

Lidské zdroje jsou rozhodujícím faktorem zdravotnických služeb. Úspěšná realizace jakékoliv zdravotní strategie závisí právě na nich. Mnoho států řeší problémy s vážným nedostatkem kvalifikovaných praktických lékařů, sester a dalších pracovníků v systému primární péče. Systém odborné přípravy často není dostatečně vyvážený. Výsledkem je pak nadměrný počet úzce specializovaných lékařů či nedostatek kvalifikovaných sester. Za takového přístupu je celý systém péče o zdraví orientován převážně na nemoci namísto celostního přístupu, který zohledňuje také podporu zdraví. Analýzy, výzkum a strategie přístupů k tvorbě zdravotní politiky se z těchto důvodů zabývají poměrně širokým spektrem otázek, které souvisejí s politikou a řízením lidských zdrojů ve zdravotnictví. I při řešení dílčích aspektů v této oblasti je však nutné mít na zřeteli celkový kontext (WHO´s Global Health Workforce Strategy, 2000). Mnoho států realizovalo v průběhu 90. let celou řadu reformních aktivit v oblasti péče o zdraví. Cíle těchto reforem se soustředily na otázky financování a úhrad a mnohdy opomenuly věnovat patřičnou pozornost právě oblasti lidských zdrojů. V současnosti se setkáváme s formulacemi rostoucího významu politik a řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví jako klíčovými determinantami efektivního vývoje zdravotní politiky.

Cesty k dosažení cíle S6: Koncept naplnění práv pacientů

Vývoj práv pacientů probíhá v obecném kontextu lidských práv a vzniku nových etických otázek, souvisejících s vývojem moderních léčebných technologií (např. transplantace, genová terapie). Pro Českou republiku je v tomto směru významným rámcem ratifikace Úmluvy o biomedicíně (Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny – 96/2001 Sb.). Tato úmluva je na našem území závazná od října 2001.

Vybraná ustanovení této úmluvy zahrnují:

- Rovná dostupnost zdravotní péče (čl. 3)
- Profesní standardy (čl. 4)
- Zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas (čl. 5)
- Ochrana soukromí a právo na informace (čl. 10).

K aktuálním problémům patří informovanost pacienta, rovný přístup k péči a nedostatečná soudní kontrola dodržování práv. Přijetím zákona o transplantacích byla vyplněna dlouhodobá zásadní mezera našeho zdravotnického práva. Další úpravy jsou připravovány v zákoně o zdravotní péči.

Nedořešenou oblastí zůstává problematika vyřizování stížností pacientů, která je poněkud paradoxně svěřena

České lékařské komoře. V tomto směru by bylo vhodnější vytvořit nové nástroje – např. ombudsman v nemocnici a vyřizování stížností v oblasti ambulantních služeb s pomocí zdravotních pojišťoven. Většina příčin stížností tkví v komunikačních potížích a je známo, že je lze poměrně rychle řešit co nejblíže a co nejrychleji místu jejich vzniku.

Prostor pro řešení těchto důležitých korků ve vývoji českého zdravotnického práva je v rámci připravovaného návrhu zákona o zdravotní péči.

Cesty k dosažení cíle S7: Rozvoj lidských zdrojů ve zdravotnictví

- Příprava nového vzdělávacího programu pro PL (jako koordinátory a představitele významného segmentu zdravotnických služeb – primární péče)
- Rozvoj vzdělávacích programů pro pracovníky zdravotních pojišťoven (ekonomika zdraví, správní právo, hodnocení potřeb a spotřeby zdravotní péče, epidemiologie, demografie,)
- e-learningové vzdělávací programy pro pracovníky veřejné správy, lékaře primární péče, pracovníky zdravotního pojištění a řídící pracovníky ve zdravotnictví

Cíl S8: Výzkum a analýzy

Jako východisko diskuse cílů výzkumu zaměřeného na podporu tvorby zdravotní politiky jsou uvedeny následující předmětné okruhy:

1. Výzkum v oblasti poznatkových východisek tvorby a realizace zdravotní politiky soustředit na (1)mezinárodní srovnání zdravotnických systémů ve vybraných zemích (Rakousko, Německo, Velká Británie, Kanada, Francie, Visegrádská skupina, Španělsko), (2) Nadnárodní trendy a spolupráce (EU, OECD, WHO, globalizace ve zdravotnictví) a (3) Průběžnou analýza vývoje české zdravotní politiky.

2. Vývoj zdravotního stavu a jeho determinant
- Analýza podpory zdraví na krajské úrovni
- Determinanty zdraví ohrožených skupin na úrovni kraje
- Sociální soudržnost/sociální vyloučení ve vztahu ke zdraví
- Determinanty zdraví populace ve vybraných okresech krajů

3. Potřeba a spotřeba zdravotní péče
- Vývoj spotřeby ve věkových skupinách ve vztahu k vývoji zdravotního stavu
- Dlouhodobé demografické procesy a projekce ve vztahu k vývoji nemocnosti a potřeby zdravotní péče
- Rozdíly ve spotřebě zdravotnických služeb mezi poskytovateli a geografickými celky

4. Ekonomika zdraví
- Integrovaný výkon veřejné správy v oblasti zdravotního pojištění a veřejných rozpočtů, rozvoj souvisejících nástrojů
- Vztahy zdravotnictví a národního hospodářství, národní zdravotní účty
- Řízení a analýzy nákladů na mikroúrovni
- Efektivnost v oblasti zdravotnictví, alokace zdrojů, pseudokonkurence a dílčí konkurence

5. Rozvoj lidských zdrojů ve zdravotnictví
- Politiky lidských zdrojů ve zdravotnictví v ČR a mezinárodním kontextu
- Vztahy mezi pacienty a poskytovateli zdravotnických služeb
- Lidské zdroje ve zdravotnictví a sociálních službách v rozšířené Evropě

6. Modernizace společnosti a demokracie ve zdravotnictví
- Řídící a správní procesy ve zdravotní politice krajů, plánování, akční rozvojové plány
- Vztahy veřejného a soukromého sektoru
- Vztah státu a občanské společnosti v modernizující se demokracii
- Rozvoj komunikativního jednání aktérů zdravotní politiky

Cíl S9: Komunikativní jednání aktérů zdravotní politiky

Péče o zdraví (zdravotní stav a jeho determinanty) představuje poměrně komplexní souhrn aktivit, teoretických východisek a náročně praxe. Při existujícím rozsahu dělby práce vzniká potřeba multidisciplinární spolupráce nejen v rámci samotného zdravotnictví, ale také na různých úrovních politicky volených představitelů, občanů, a aktivit občanské společnosti.

Již jen samotná diskuse nad cíli zdravotní politiky v koncepční rovině nás staví před požadavky vztahovat tyto cíle k existujícím problémům, rozvojovým šancím, formulovat důvěryhodná konkrétní řešení (nikoliv jen politické proklamace) s možností jejich měřitelného hodnocení společenských důsledků a dosahovaných výsledků. Musíme být schopni rozeznat závažnost existujících problémů, nalézt odvahu k otevřené a často nepochybně i nepříjemně kritické diskusi jejich příčin.

V rámci komunikativního jednání se pro nás otevírají možnosti k objektivnímu hodnocení situace na základě využití vědeckých metod a přístupů. Formulace cílů zdravotní politiky by pro aktéry zdravotní politiky měla představovat příležitost komunikačního prostředku. Cíle mohou působit jako body na mapě, která umožňuje zúčastněným lépe chápat danou oblast a rozvoj diskuse nad existujícími problémy by nás společně měla vést k odpovědnějšímu jednání, jehož jediným cílem není zajištění existence nebo partikulárních zájmů.

Cesty k dosažení cíle S8: Výzkumu a analýzy

- Průběžné hodnocení dosahovaných výsledků zdravotní politiky (zprávy o stavu zdraví)
- Objektivizace problémů a rozvojových příležitostí
- Rozvoj poznání s využitím mezinárodního srovnání strategií reforem péče o zdraví
- Hodnocení důsledků vstupu ČR do EU
- Diskuse o prioritách dalšího výzkumu, mezinárodní srovnání přístupů

Cesty k dosažení cíle S9: Komunikativní jednání aktérů zdravotní politiky

- Rozvoj komunikace s aktéry zdravotní politiky
- Spolupráce s ostatními důležitými resorty a subjekty MPSV, MF, ČLK, odbory, pacienty, médii.
- Rozvoj spolupráce státní správy a výzkumu při využití výsledků a poznatků, získaných cestou nezávislého výzkumu.

CESTA K EFEKTIVNÍMU FUNGOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU

6.4 Dlouhodobé cíle

Záměrem této části je koncepční představa uspořádání a základních funkcí zdravotnického systému v časovém horizontu 2006-9. Význam takového dlouhodobého pohledu spočívá ve vztahu k navrhovaným krátkodobým a střednědobých cílům a reformním krokům. Je nutné objasnit širší logiku celkového přístupu vlády ke zdravotnictví. Druhým podstatným důvodem je potřeba objasnit pro účely celospolečenské diskuse významné rozdílu v přístupech vlády (vládní koalice), formulovaných v programovém prohlášení vlády, ale také v dalších dokumentech koaličních stran v porovnání se zásadně odlišným přístupem ODS (Modrá šance).

Naše společnost se v probíhající diskusi o hodnotách a námětech organizace zdravotnických služeb a jejich financování ocitá na významné křižovatce mezi alternativou skutečně veřejných zdravotnických služeb, financovaných z veřejných prostředků a alternativou tržního nebo v jeho počátečních změnách zatím jen pseudoveřejného zdravotnictví. Jde o naprosto zásadní moment, kterému je zapotřebí věnovat pozornost nejen na odpovídající úrovni složitosti tohoto tématu, ale zejména pak v rovině odpovědného a objektivizovaného posouzení společenských důsledků politického rozhodování a pozadí různých her, které jsou rozehrány.

Dlouhodobé cíle návrhu koncepce péče o zdraví (MZ ČR) jsou vztaženy nejen k existujícím problémům a rozvojovým příležitostem, ale zaměřují se na návrhy řešení problémů a možnosti měřitelného hodnocení jejich dlouhodobých společenských (politických a ekonomických) důsledků. Tyto cíle jsou v relevantním vztahu k dokumentu Světové zdravotnické organizace Zdraví 21. Cíle jsou formulovány tak, aby je bylo možno diskutovat s širokou veřejností, exekutivou, profesionály a volenými politickými představiteli.

Doplňujícím potřebným zdrojem poznatků jsou definice důležitých pojmů v glosáři pojmů. Ty by měly napomoci větší srozumitelnosti a konsenzuálnímu pohledu na některé složitější aspekty. Diskuse o přístupech k uspořádání a hodnotovému zaměření českého zdravotnictví nutně musí brát v úvahu vývoj v rámci EU, přístupy k charakteru zdravotnických služeb (jako veřejných služeb), ale také musí brát v úvahu rozdílnost evropského kontinentálního práva k právu angloamerickému. V rámci evropského práva jde pak především o rozlišení práva veřejného a soukromého. Tento aspekty není dosud v ČR veřejností dostatečně vnímán a zbytečně tak vznikají četná nedorozumění.

Předmětné zaměření této části se zabývá: (1) Poznatkovými východisky zdravotní politiky, (2) Návrhem hlavních charakteristik zdravotnického systému ČR v časovém období do roku 2009, (3) Formulací souvisejících cílů a cest jejich realizace.

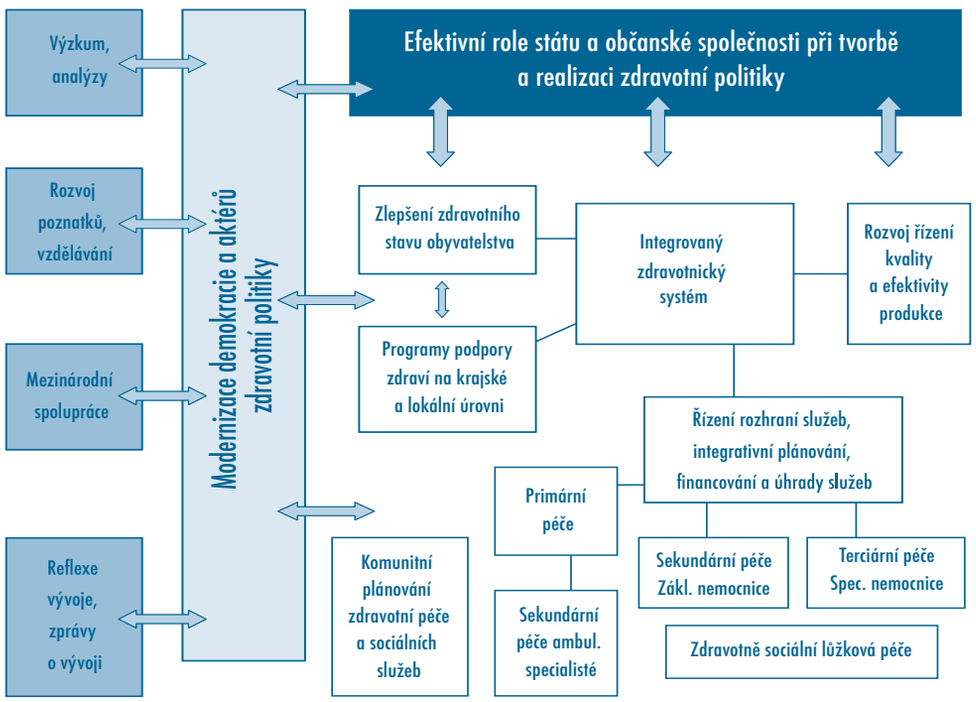
Poznatková východiska

- Dostupné zahraniční poznatky (dokumenty), publikované OECD, WHO, European Observatory on Health Care Systems, EU,
- Zkušenosti jednotlivých států získané metodou mezinárodního srovnání (HITs, Highlights, monografie),
- Další odborné publikace, zabývající se analýzou a diskusí strategií reforem zdravotní péče

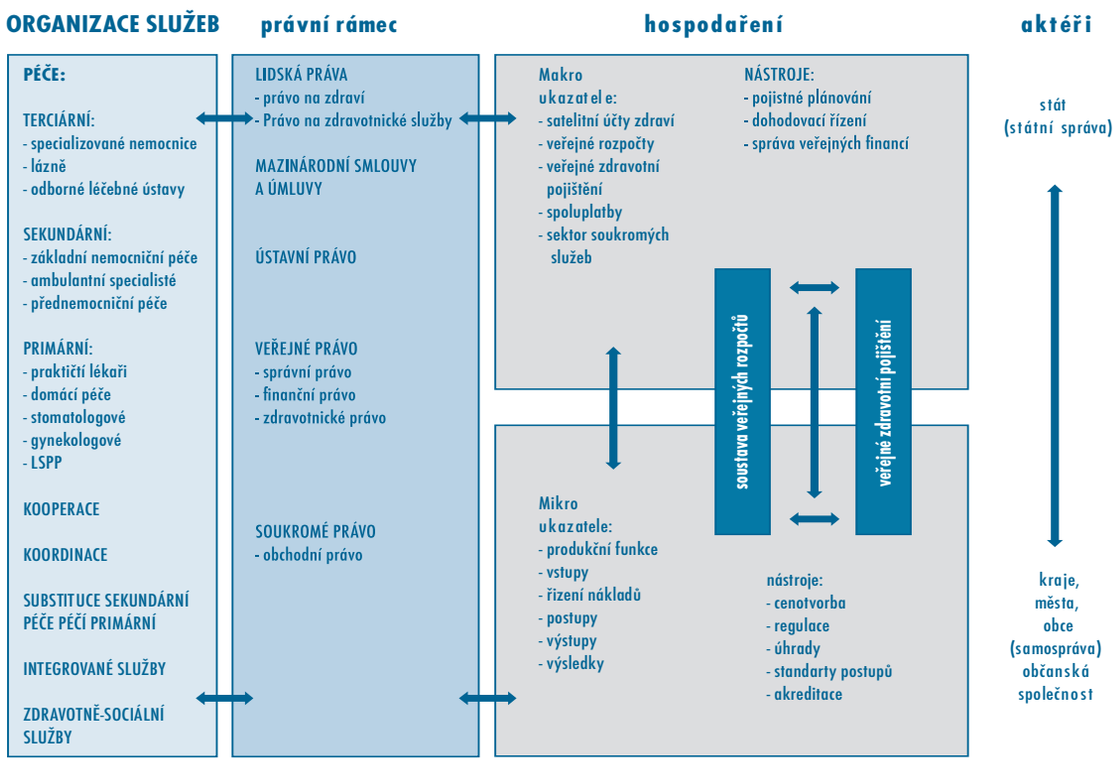
Návrh hlavních charakteristik zdravotnického systému ČR v časovém období 2006 – 2009

- K základním principům zdravotnického systému patří lidská důstojnost a efektivní fungování
- Organizační uspořádání zdravotnických služeb je založeno na existenci smíšené ekonomiky, tj. na vzájemných vztazích mezi veřejným a soukromým sektorem a na uplatnění subjektů soukromého a veřejného práva. Návrh tedy není založen na znárodnění nebo odkupu zdravotnických zařízení státem.
- Ve vývoji zdravotnického práva je ovšem zapotřebí vymezit přesněji než dosud postavení právnických a fyzických osob ve vztahu k veřejnému právu, ve vztahu k veřejným financím, dispozicím veřejnoprávními oprávněními (např. právo veřejnosti). Stát si tak nutně musí prostřednictvím nástrojů veřejného práva vytvořit potřebné regulační a kontrolní nástroje, které umožňují efektivní hospodaření s veřejnými prostředky.
- Proces deetatizace vede z mezinárodního hlediska k mnohem většímu rozvoji právních forem neziskových nestátních organizací v rámci veřejného práva.

CESTA K EFEKTIVNÍMU FUNGOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU – PŘEHLED DLOUHODOBÝCH CÍLŮ V OBDOBÍ 2006-9



ŘÍZENÍ ZÁKLADNÍCH VZTAHŮ ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU (MANAGEMENT ROZHRANÍ)



Tyto právní formy nejsou v českém zdravotnictví zatím využity. Těmto formám je v návrhu dlouhodobého uspořádání českého zdravotnického systému proto věnována pozornost

- Předložený návrh není založen na široké aplikaci trhu ve zdravotnictví jako je tomu např. v Modré šanci zdravotnictví, předložené občanům ČR ve formě koncepčního návrhu Občanskou demokratickou stranou.
- Vládní návrh sleduje cíl ochrany veřejného vlastnictví převažující části nemocnic, tj. jejich organizačně právního uspořádání s využitím právnické osoby nestátního neziskového typu v působnosti veřejného práva (vznik ze zákona, dispozice veřejnoprávními oprávněními, dispozice veřejnými finančními zdroji, uplatnění nástrojů veřejné kontroly).
- V rovině financování a úhrad zdravotnických služeb jde v oblasti nemocniční péče o úhrady cestou globálních rozpočtů, doplněných o výkonové prvky. Cílem tohoto nástroje je především dlouhodobě udržitelná regulace vývoje hospodaření.
- Návrh klade důraz na rozvoj regulační role státu, resp. v přenesené a vlastní působnosti veřejné správy na úrovni krajů.
- Návrh vychází ze skutečnosti konvergence řady používaných poznatků a nástrojů v oblasti organizace a financování zdravotnických služeb, které sledují cíle zvýšení efektivity fungování, namísto omezování rozsahu poskytovaných služeb a masivního zavádění spoluplateb.
- Zdraví a péče o zdraví jsou pojaty jako hodnota zvláštního významu. Právo na zdraví a zdravotní péči nelze společensky efektivně realizovat v tržním uspořádání. Hlavním důvodem je selhání trhu v této oblasti. Zdravotnické služby nelze dlouhodobě produkovat v ziskovém komerčním prostředí bez rizika snížení jeho společenského užitku.
- Důraz je kladen na využití poznatků o vývoji zdraví a jeho determinant a nástrojů podpory zdraví.

ZÁKLADNÍ STRUKTURA OBLASTÍ DLOUHODOBÝCH CÍLŮ

D1	Zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva ČR
D2	podpora zdraví, důraz na prevenci a vzdělávání ke zdraví
D3	integrovaný zdravotnický systém
D4	Zvýšení kapacity k tvorbě a realizaci společensky odpovědné zdravotní politiky
D5	řízení kvality péče
D6	financování zdravotnických služeb
D7	rozvoj lidských zdrojů
D8	výzkum a poznatky pro zdraví
D9	rozvoj odpovědnosti a informovaného jednání aktérů zdravotní politiky
D10	rozvoj občanských aktivit, práva a informovanost pacientů, vztahy P-L

6.5 Cesty k dosažení dlouhodobých cílů

Cíl D1: Zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva ČR

- Zlepšit celkový zdravotní stav obyvatelstva
  - Úmrtnost (celková, specifická)
  - Nemocnost ve vybraných skupinách nemocí
  - Celkovou zátěž obyvatelstva důsledky nemocnosti, nesoběstačnosti, pracovní neschopnosti
- Snížit rozdíly zdravotního stavu mezi jednotlivými skupinami obyvatel v závislosti na jejich sociálním a ekonomickém statusu
- Přiblížit úroveň zdravotního stavu obyvatelstva ČR úrovni EU15, vyspělých evropských států, snížit existující rozdíl oproti EU15 o 30-50%.

Cíl D2 Zlepšení aktivit v oblasti podpory zdraví

Podpora zdraví

„proces, který lidem umožňuje zvyšovat kontrolu nad determinantami svého zdraví, a tak zlepšovat svůj zdravotní stav".

(Glosář podpory zdraví, WHO, Ženeva, 1998)

- Zvýšení rozsahu a efektivity cílených preventivních programů ve vztahu k vybraným nemocem a jejich determinantám
- Rozvoj vzdělávání ke zdraví
- Investice do zdraví v rámci dalších veřejných a sociálních politik

Cesta k dosažení cíle D1: Zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva ČR

Uvedené cíle zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva představují dlouhodobě nasměrované úsilí, jehož výsledky se ve významné formě projevují v rámci několika let. Nelze zde tedy počítat s rychlými změnami během jednoho či dvou let. S výjimkou rozsáhlých a rychle působících katastrof či válečných konfliktů nebo nezvladatelných epidemií. Pochopení vývoje a kauzálních vztahů v této oblasti nám umožňuje koncept determinant zdraví (viz glosář). Ten nám také umožňuje pochopit příčiny rozdílů zdravotního stavu mezi jednotlivými skupinami obyvatelstva s různým uplatnění determinant zdraví.

Cíle zdravotní politiky, formulované na mezinárodní úrovni Světovou zdravotnickou organizací v kontextu lidských práv se zaměřují na vyrovnání rozdílů zdravotního stavu nejen uvnitř jednotlivých zemí a jejich skupinami obyvatel, ale z mezinárodního hlediska reflektují také skutečnost výrazných rozdílů mezi jednotlivými státy nebo kontinenty. Tento srovnávací přístup je další cestou, jak můžeme na příkladech různých extrémů sledovat sílu kauzálního vztahu zdraví k jeho determinantám.

V souhrnu výchozích problémů je kladen důraz na existující rozdíl zdravotního stavu obyvatelstva ČR v porovnání s vyspělými státy. Tato „mezera ve zdraví" je pro nás zřetelným motivem k zaměření našich aktivit zdravotní politiky a to jak v oblasti předcházení nemocem a jejich důsledkům (primární prevence), tak i cestou jejich včasné diagnostiky (sekundární prevence) a efektivní léčby ať již akutních nebo chronických onemocnění. Problém a možnosti jeho nápravy jsou tedy zřejmé. Otázkou je jaké všechny poznatky, nástroje a cesty k řešení máme k dispozici (viz např. Drbal, 2004).

Cesta k dosažení cíle D2: Zlepšení aktivit v oblasti podpory zdraví

- Rozpoznávat a systematicky sledovat základní sociální a ekonomické determinanty zdraví i názory a způsoby chování populace související se zdravím.
- Zajistit vývoj metodiky pro účinné politické koncepce a praktické postupy v oblasti podpory zdraví populace, včetně dovedností potřebných k hodnocení dopadu a účinnosti těchto koncepcí a postupů.
- Provádět intervence založené na důkazech prostřednictvím institucí na celostátní, regionální a místní úrovni, které dokáží navazovat a udržovat meziresortní partnerství umožňující podnikat účinné kroky k podpoře zdraví populace.
- Aktivně zapojit populaci jako celek i specifické „klíčové hráče" do všech aspektů podpory zdraví populace – od tvorby celostátní politiky po místní záležitosti.
- Vzdělávat, připravovat a udržovat nezbytné lidské zdroje kvalifikované pro všechny aspekty podpory zdraví populace.
- Formulovat a realizovat agendu výzkumu a vývoje na základě nejlepší mezinárodní praxe.

Cíl D3: Integrovaný zdravotnický systém

Optimalizace objemu a struktury zdravotnických služeb ve vztahu k jejich
- potřebě,
- změnám zdravotního stavu obyvatelstva,
- demografickému vývoji,
- rozvoji technologií,
- dosahovaným výsledkům,
- ekonomickým možnostem.

Integrovaná zdravotní péče. Zdravotní služby jsou velmi nákladné. Současně se zvyšujícím počtem starších lidí se zvětšuje počet osob v chudších vrstvách a rozvíjí se nové technologie. Všechny tyto skutečnosti budou vyžadovat v budoucnu více prostředků určených pro zdravotnictví. Existují však přijatelná řešení, která mohou zlepšit jak kvalitu tak efektivitu zdravotních systémů. Rozhodující je vůle posílit celý systém a věnovat větší pozornost programům podporujícím zdraví a současně dosáhnout lepší kvality a efektivity zdravotnických služeb. ČR patří k zemím, které mají ještě nevyužité možnosti pro rozvoj zdravotnictví s větším důrazem na primární péči a tedy na větší horizontální propojení aktivit mezi zdravotnickými službami a podporou zdraví.

Komunitní zdravotní politika a programy by měly zaručit systematické zapojení místních struktur a nevládních organizací na prosazování zdravějšího životního stylu, zdravějšího prostředí a účinných zdravotních a sociálních služeb na místní úrovni. Takový systém výrazně zlepší prevenci onemocnění a úrazů a zajistí včasnou a efektivní diagnostiku a léčbu všech pacientů, kteří nepotřebují bezpodmínečně nemocniční péči. Rozvoj institucionalizované formy zdravotně sociálních služeb by měl vycházet vstříc zachování autonomie a společenských vazeb starších občanů, aby nebyli v situaci snížené soběstačnosti vytrženi ze svého přirozeného prostředí a od svých blízkých.

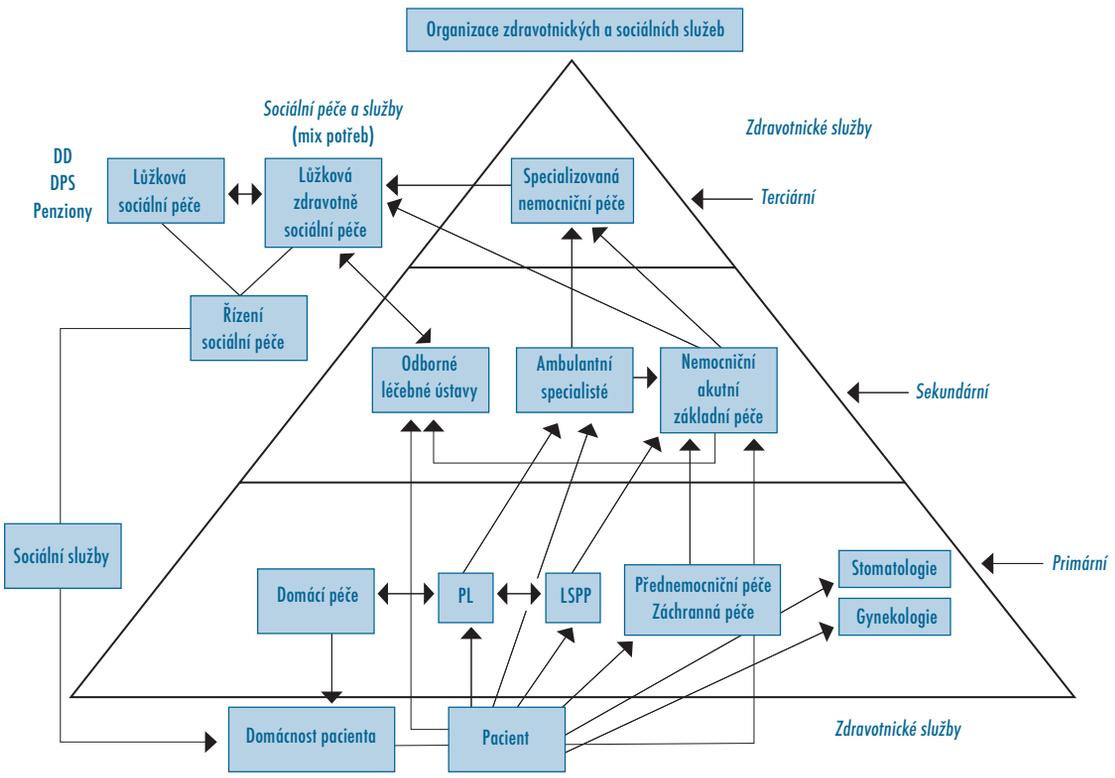
Potřebná a klíčová východiska je nutno spatřovat v pečlivě uvážené organizačně právní formě nemocnic. V této fázi je nutno vymezit vztah nemocnic k právu veřejnosti na poskytované služby, řešit otázku povahy jejich vlastnictví a zejména pak způsob jak nakládat s tímto nedávno ještě státním a nyní veřejným majetkem. Pečlivou pozornost je nyní zapotřebí v ČR věnovat odpovědnosti a kontrole hospodaření s tímto majetkem z hlediska veřejného zájmu, jímž je především dostupnost poskytovaných nemocničních služeb.

V evropském kontextu převažuje v přístupech k organizaci a rozvoji nemocniční péče systém plánování, rozvoje a rozmístění nemocnic podle potřeb této péče a se zohledněním dvou základních typů této péče na základní a specializovanou akutní nemocniční péči. Základní nemocniční péče představuje v porovnání se specializovanou péčí podstatně efektivnější formu díky své nižší nákladovosti. V oblasti nemocniční péče neplatí jednoduchá představa, čím větší nemocnice, tím lepší. K dalšímu rozvoji nemocniční sítě v ČR je proto zapotřebí přistupovat velice uvážlivě. Předchozí historický vývoj této sítě služeb představuje nemalé investice a její dostupnost by se neměla stát předmětem neuvážených rychlých změn.

Cesty k dosažení cíle D3: Integrovaný zdravotnický systém

Přínosy z kvalitní péče orientované na výsledek. Hlavní problém současných zdravotních systémů spočívá v nedostačujícím hodnocení skutečného významu alternativních strategií a postupů z hlediska jejich přínosu k řešení existujících zdravotních problémů. Dostupné nástroje a informace z této oblasti nám umožňují posoudit relativní efektivitu a cenu jednotlivých metod v oblasti prevence, diagnostiky a léčby různých typů onemocnění. Měření zdravotních výsledků tedy představuje jednotící prvek.

ORGANIZACE ZDRAVOTNICKÝCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB



Cíl D4: Zvýšení kapacity k tvorbě a realizaci společensky odpovědné zdravotní politiky

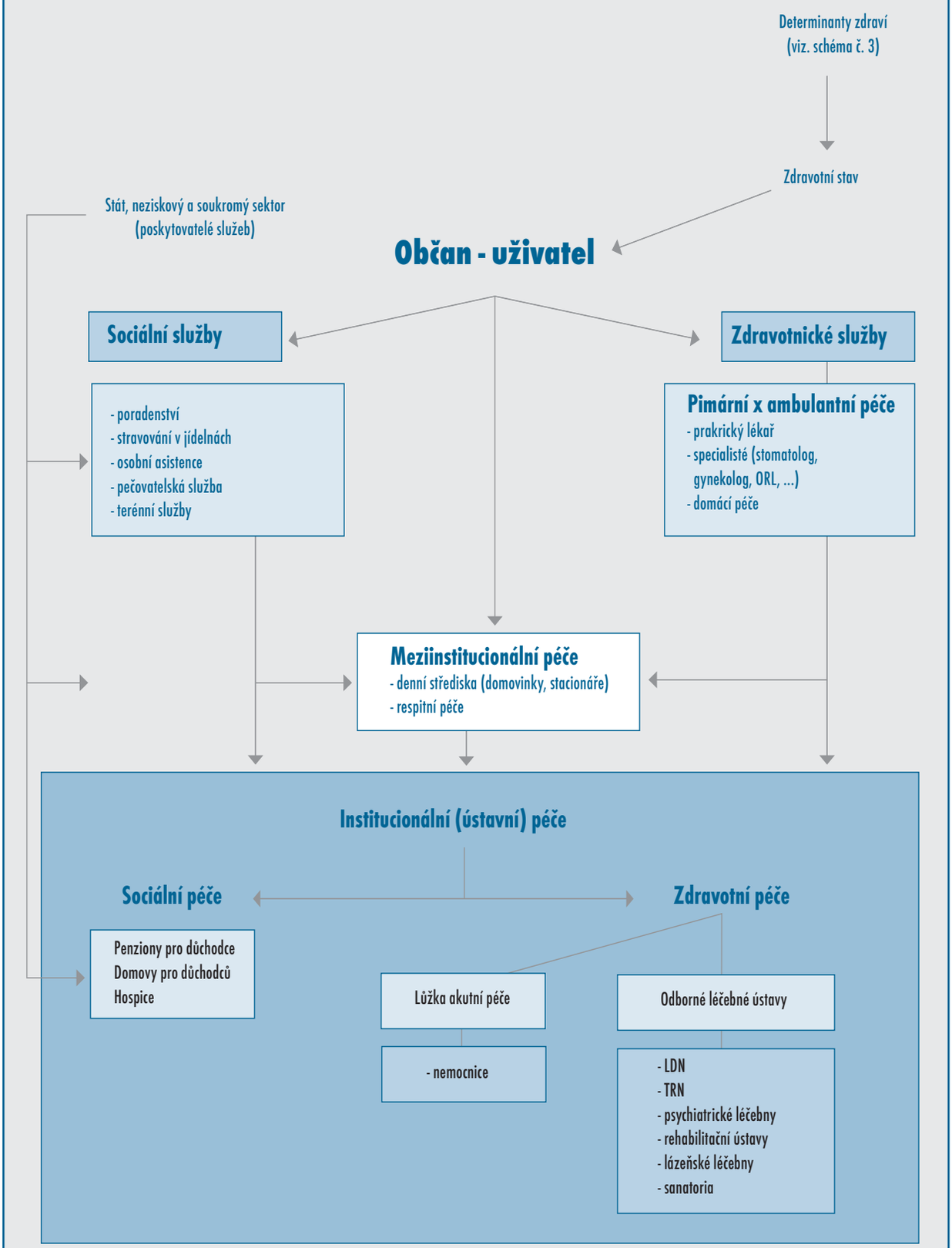
- Efektivní role státu, rozvoj regulačních nástrojů
- Rozvoj občanských aktivit v oblasti samosprávy, informovanost veřejnosti
- Rozvoj programů dalšího vzdělávání pro aktéry tvorby a realizaci zdravotní politiky
- Efektivní přenos moderních zahraničních poznatků a zkušeností
- Priority výzkumu a rozvoje poznání
- Analytická východiska
- Spolupráce s OECD, WHO, European Observatory on Health Care Systems
- Bilaterální zahraniční spolupráce s vybranými státy

Cíl D5: Řízení kvality péče

Orientovat řízení a správu zdravotnictví na dosažené výsledky

- Národní strategie s cílem trvalého zvyšování kvality
- Péče založená na prokázaných skutečnostech (evidence-based care)
- Cílově orientované programy a jejich hodnocení
- Nástroje řízení zacílené na co nejlepší výsledky
- Plánování vstupů s cílem dosažení co nejlepších výsledků

SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY V ČR



Databáze a sledované parametry v rámci evropského programu zdraví pro všechny, ale také v rámci dalších databází představují jedinečnou možnost, spočívající v mezinárodní výměně zkušeností a poznatků. Přestože ještě mnohé musí být uděláno, existuje již takové množství poznatků, že jeho efektivní využití by nám v současné době mělo umožnit zvýšit výrazně efektivitu našeho zdravotnického systému. Systematické sledování zdravotních výsledků v klinické praxi. Při použití mezinárodních standardizovaných ukazatelů kvality umožňuje srovnávat jednotlivé poskytovatele zdravotnických služeb a využít tak tento nástroj pro kontinuální sledování rozvoje kvality péče o pacienty. Základním nástrojem pro rozvoj našeho poznání jsou však objektivní vědecké metody bez jejichž využití nelze spoléhat, že samotný rozvoj informačních technologií a sběr velkého množství dat nám vyřeší samovolně většinu problémů. Zvyšování kvality se rozvíjí s využitím různých nástrojů v několika rovinách (standardizace veřejných služeb, akreditace nemocniční péče, procesy řízení, veřejné kontroly, certifikace, udělování licencí, atd.). Proces řízení v zájmu kvality péče tedy představuje poměrně komplikovaný vývoj a jeho vývoj není možný bez řady zpětných vazeb spočívajících v nezávislých analýzách a výzkumu.

Cesty k dosažení cíle D4: Zvýšení kapacity k tvorbě a realizaci společensky odpovědné zdravotní politiky

Nedostatek znalostí a informací, jejich nedostupnost či rozptýlenost bez logického uspořádání do určitých celků, to vše způsobuje významný deficit při tvorbě zdravotní politiky a rozhodování o zásadních ekonomických otázkách ve zdravotnictví. V praxi může tento stav snadno vést k nesprávným a vědecky nezdůvodněným rozhodnutím. Důsledkem je nízká efektivnost hospodaření s veřejnými prostředky a jejich nedostatečné využití pro zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

Řešením je snížení rizik nedostatečně podložených rozhodnutí cestou tvorby dostupné databáze poznatků, která bude obsahovat nejnovější informace z domácích zdrojů i ze zahraničí (např. nadnárodní organizace typu OECD, WHO).

- integrovat znalosti oboru Sociálního lékařství a souvisejících společenskovědních disciplín do jednoho databázového systému a ten zpřístupnit všem odborníkům a zájemcům pro účely jejich dalšího vzdělávání,
- připravit základní a pomocné texty a vzdělávací materiály ve struktuře vybraných předmětů (zdravotní politika, ekonomika zdraví, sociologie medicíny, správní právo v oblasti zdravotnictví, řízení, metody analýzy a tvorby politik, sociálně-zdravotní politika, komunitní plánování zdravotně-sociálních služeb),
- rozvíjet přenos poznatků výzkumu do praxe formou přístupných souhrnů publikací,
- rozvoj časopisu Zdravotnictví v České republice v tištěné a elektronické formě s možností využití pro účely dalšího vzdělávání,
- vývoj a certifikace e-learningového vzdělávání řídících pracovníků ve zdravotnictví, které by spolu s využitím vytvořené znalostní databáze, bylo jedním z nových produktů tohoto projektu
- analýzy dostupných statistických a výzkumných dat a jejich zprostředkování pro další využití v praxi,
- vytvoření on-line knihovny specializované na oblast sociálního lékařství a souvisejících společenskovědních oborů,
- knihovnické služby: zpřístupnění článků odborných zahraničních časopisů a databází, které IZPE odebírá odborné a širší veřejnosti,
- poznatková podpora kooperace a koordinace vztahů mezi kraji a MZ ČR

Cesty k dosažení cíle D5: Řízení kvality péče

- Rozvoj standardů na celonárodní úrovni a jejich regionální a lokální aplikace
  - Léčebné postupy
  - Standardy rozsahu služeb a lidských zdrojů (síť veřejných služeb)
  - Technické požadavky na poskytování zdravotnických služeb
  - Přístrojová vybavenost
- Hodnocení technologií
- Akreditace služeb
- Kontrola kvality veřejnou správou
- Měření výsledků

Cíl D6: Efektivní financování a úhrady zdravotní péče

- Obecné cíle:
  - Financování a rozdělování zdrojů na základě efektivity, solidarity a optimální kvality
  - Výdaje na zdravotnické služby ve vztahu k jejich potřebám
  - Rozdělení zdrojů mezi podporu zdraví a zdravotnické služby
  - Systémy úhrad služeb, umožňující dlouhodobou udržitelnost, objektivitu a dynamické kalkulace
- Cíle v oblasti financování zdravotnických služeb:
  - Řízení rozhraní více zdrojového financování
  - Společenské důsledky spoluplateb u vybraných skupin (osoby bez vlastních příjmů)
  - Spravedlnost, daňová zátěž
  - Rozvoj metody národních účtů zdraví
  - Efektivita alokace v segmentech zdravotnických služeb (např. substituce nemocniční péče péčí primární)
- Cíle v oblasti úhrad:
  - Dlouhodobě udržitelné
  - Vztažené k produkci
  - Dynamická kalkulace
  - Nákladová kalkulace
  - Cena práce, ekonomika práce
  - Modelování
  - Smluvní vztahy, regulace

Celý systém financování a úhrad musí mí vytvořenu kapacitu pro řízení udržitelného růstu nákladů. Rozpor mezi dalším vývojem technologií a demografickými změnami na jedné straně a event. poklesu ekonomicky aktivních musí být řešen cestami zvyšování efektivity v oblasti zdravotnických služeb a zlepšení zdravotního stavu (snížení potřeb, nemocnosti) obyvatelstva (podpora zdraví, řízení determinant zdraví). Údaje z mezinárodního srovnání ukazují, že existuje prostor pro zvyšování efektivnosti zdravotnických systémů. V podmínkách ČR je tento prostor ještě zvýšen o zdroje, které jsou v současné době ztraceny v důsledku plýtvání nebo přenosem nákladů z oblasti sociální (vývoje pracovní neschopnosti se ztrátami plateb pojistného na zdravotní pojištění, důsledky nezaměstnanosti, sociální vyloučení u ohrožených skupin a zvýšená potřeba péče, negativní vlivy vybraných veřejných politik – doprava, životní prostředí, atd.).

Jedním z dalších východisek pro řešení rozporu je očekávaný vývoj molekulární medicíny a v jejím rámci pak genové terapie. Na tento trend vývoje je zapotřebí reagovat prioritami v oblasti výzkumu, rozvoje a aplikace těchto nových technologií. Není tedy vhodné predikovat další vývoj jenom v rámci současných technologických možností. Uplatnění molekulární medicíny může také výrazně změnit naše přístupy k mechanismům financování péče o zdraví a řízení rizika výskytu nemoci (zdravotní pojištění).

Cesty k dosažení cíle D6: Financování

Financování zdravotnických služeb a alokace zdrojů. Financování zdravotnictví, založeno na principu solidarity je podmínkou spravedlnosti z hlediska zajištění všeobecného geografického a cenového přístupu ke zdravotní péči. Odpovídající financování zdravotnických služeb je základní podmínkou činnosti zdravotnictví a poskytování zdravotní péče. Za základní obecný princip rozdělování prostředků je všeobecně přijímán vztah k hodnocení potřeby obyvatelstva z hlediska jejich zdravotního stavu, tj. jinými slovy nemocnosti a úzce související demografické struktuře.

Při vynakládání zdrojů a vymezování priorit se musí postupovat podle určité strategie, aby rozhodování na různých úrovních bylo koordinované. Na začátku by měla být diskuse a rozhodnutí, jaké hodnoty a principy budou použity při určování potřeb a výběru priorit. Každému rozhodnutí o přidělování zdrojů musí předcházet debata o etických, politických a sociálních otázkách, které je v souvislosti s tím třeba řešit. Debaty se musí účastnit veřejná správa, zdravotničtí pracovníci, veřejnost a pacienti. Každé vymezení přístupu k potřebným službám musí následovat až po podrobném prozkoumání celé organizace, nákladů a účinnosti zdravotnických služeb. Některé státy v západní části Evropského regionu zavedly systém alokace zdrojů na základě potřeb. Ke stejnému systému přistupují v současné době i některé státy na východě regionu, hlavně při rozhodování o geografické alokaci zdrojů a služeb.

Úhrady poskytovaných služeb musí sledovat v oblasti primární péče vyvážený objem podpory zdraví, prevence nemocí, léčby a rehabilitace; možnost svobodné volby poskytovatele péče pro každého, strukturu spravedlivých odměn pro zdravotníky, odrážející jak jejich výkonnost, tak ohodnocení profesionálních kvalit, odpovědnost vůči obyvatelstvu a služby, které budou odpovídat potřebám společnosti, rodiny a jednotlivce, spolupráci těch, kteří péči poskytují a demokratický systém rozhodování. Systém úhrad by měl umožňovat účelné a flexibilní řízení zaměřené na trvalé zvyšování kvality. V systému primární péče se ukazuje jako úspěšný způsob kontroly nákladů (na makro úrovni) kombinovaná odměna za registrované pacienty, doplněná úhradou za definované výkony. Současně je však nutné tento systém doplnit sledováním potřebného souboru ukazatelů, které umožňují vyhodnocovat strukturu a kvalitu poskytovaných služeb.

Úhrady sekundární a terciární péče lze dlouhodobě udržitelným způsobem realizovat s využitím kombinovaného přístupu prospektivních globálních rozpočtů, sledováním vývoje efektivity produkce.

Cíl D7 Rozvoj lidských zdrojů

- Lidské zdroje jako rozhodující faktor zdravotnických služeb
- Odborná příprava zohledňující ve větším rozsahu poznatky a dovednosti v oblasti determinant zdraví, podpory zdraví, zásad Zdraví 21, ekonomiky zdraví, sociologie medicíny, řízení a správy, zdravotnického práva, etiky
- Rozvoj lidských zdrojů pro primární péči
- Plánování a řízení lidských zdrojů (v rámci zdravotních plánů krajů)

Cíl D8 Výzkum a znalosti pro zdraví

- Vyplnění mezer v poznání, které je nezbytné pro tvorbu odpovědných zdravotně-politických rozhodnutí, tvorba mechanismů, vedoucích k poskytování a rozvoji vědecky podložených zdravotnických služeb.
- Informace o zdraví by měly být snadno dostupné pro politiky, manažery, odborníky z oblasti zdravotnictví stejně jako pro širokou veřejnost.
- Výměna zkušeností získaných při naplňování cílů v oblasti zvyšování efektivity fungování zdravotnických systémů.
- Rozvoj výzkumných programů v oblastech zdraví a jeho determinant, diagnostiky, léčby a rehabilitace nemocí, tvorba databází, hodnocení vývoje zdravotního stavu (zprávy o stavu zdraví), výzkum potřeb zdravotní péče.

Cíl D9: Rozvoj odpovědnosti a informovaného jednání aktérů zdravotní politiky

- Na mezinárodní, národní, regionální a místní úrovni by se měly rozvíjet instituce a aktivity usnadňující harmonickou spolupráci občanů, organizací a všech odvětví při úsilí o rozvoj zdraví
- Zdravotnictví by mělo zdůraznit význam a hodnotu zdraví, měl by vyzvat ostatní sektory (jiné veřejné a sociální politiky) ke společným aktivitám a sdílení společných cílů i zdrojů.

KOMENTÁŘ

Rozvoj partnerství pro zdraví je nutný na více úrovních – mezinárodní, národní, regionální a lokální. Tato partnerství jsou významná pro tvorbu a realizaci zdravotní politiky, zvýšení zájmu o zdraví, pochopení podstaty zdravotních problémů, posílení politické vůle ke stanovení cílů, realizaci konkrétních aktivit, tvorbu a optimalizaci systému zdravotnických služeb, rozhodování prioritách, alokaci zdrojů.

Cesty k dosažení cíle D7: Rozvoj lidských zdrojů

Problematika lidských zdrojů ve zdravotnictví rovněž úzce souvisí s otázkami zlepšení výsledků poskytovaných služeb v kontextu jejich organizačního uspořádání, restrukturalizací, řízením, novými rolemi jednotlivých segmentů zdravotnických služeb (primární péče, akutní nemocniční péče, dlouhodobá lůžková péče, domácí péče, přístupy na komunitní úrovni, komunitní plánování, zdravotně-sociální péče).

Také WHO se dlouhodobě a systematicky zabývá problematikou lidských zdrojů, uvědomuje si klíčovou roli lidských zdrojů pro zajištění zdravotní péče včetně skutečnosti, že špatná politika v oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví vede ke snižování kvality a šíře poskytované péče. Svá stanoviska jasně formulovala v dokumentech Zdraví pro všechny do roku 2000 a nově ve Zdraví 21. V roce 1978 byla ve WHO publikována práce Halla a Mejía „Health manpower planning". Dlouhodobě publikuje WHO řadu zásadních nových poznatků a diskusí ve svém Bulletinu. V současné době dominuje ve WHO aktivitách „Workshop on Global Health Workforce Strategy Objectives", jež se uskutečnil koncem roku 2001.

V pracovní skupině WHO zaměřené na problematiku lidských zdrojů ve zdravotnictví participuje také Mezinárodní organizace práce. Dalším významným aktérem ovlivňujícím rozvoj poznání v oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví je OECD. V rámci této organizace vznikla v posledních 2 letech („ad hoc") pracovní skupina, která se také touto problematikou intenzivně zabývá. Z hlediska mezinárodního vývoje, aktivit WHO, OECD a dalších lze usuzovat, že problematice integrovaného plánování lidských zdrojů ve zdravotnictví a s ním souvisejících dalších aktivit (pregraduální a další vzdělávání, řízení lidských zdrojů, výzkum, analýzy) je v zahraničí ze strany tvůrců zdravotní politiky věnována podstatně větší pozornost než je tomu v současnosti v ČR. Příčiny četných vznikajících problémů v ČR (problémy mladých pracovníků, průběh transformačních a reformních kroků, vztahy mezi poskytovali služeb a jejich plátci, vzájemné vztahy uvnitř těchto dvou skupin aktérů, vztahy mezi zdravotníky a pacienty, nestability ve financování a úhradách, hodnotové a morální změny, vývoj podpory zdraví) naopak mnohdy tkví v úrovni vývoje lidských zdrojů v českém zdravotnictví.

Realizace uvedených cílů a řešení existujících problémů je podmíněno větším využitím zahraničních poznatků, cestou spolupráce státní správy, samosprávy krajů, vybraných zdravotnických zařízení, vzdělávacích organizací a výzkumu. Zahraniční spolupráce byla navázána s rakouským spolkovým institutem ÖBIG (metodiky plánování zdravotnických služeb).

Cesty k dosažení cíle D8: Výzkum a znalosti pro zdraví

Využití poznatků výzkumu je cestou k realizaci změn. Rozhodující roli v šíření a dostupnosti poznatků mají informační systémy, urychlující komunikaci, umožňující rozvoj dalšího vzdělávání (e-learning). Výzkum a kvalitnější informační systémy vedou ke zlepšení vědomostí potřebných pro plánování, realizaci a hodnocení zdravotní politiky. Hierarchicky uspořádané organizační systémy a metody řízení jsou nahrazeny novým typem spolupráce a koordinace více sektorů. Okruh informovaných aktérů se rozšiřuje na celou veřejnost, řadu organizací a odvětví, což má význam v aktivitách vedoucích ke zlepšení zdraví (podpora zdraví). Rostoucí je význam mezinárodní spolupráce, rychlého přenosu a výměny poznatků a zkušeností.

Cesty k dosažení cíle D9: Rozvoj odpovědnosti a informovaného jednání aktérů zdravotní politiky

Vlády (ministerstva) jednotlivých států nesou odpovědnost za hodnocení společenského vývoje, návrhy opatření na řešení vzniklých problémů a využití rozvojových příležitostí. Hospodářský růst by měl být v rovnováze s ostatními důležitými cíli (např. vztah silniční doprava – zdraví, trvala udržitelnost životního prostředí, společenská sounáležitost). Odpovědnými a informovanými aktéry jsou politici, veřejná správa, odborná veřejnost, nevládní organizace, školy, pracoviště, soukromý sektor, jednotliví občané.

Cíl D10 Rozvoj občanských aktivit

- Nevládní organizace jako důležitý partner pro zdraví
- Nevládní organizace jako nepostradatelná složka moderní občanské společnosti
- Nevládní organizace jako poskytovatelé doplňujících zdravotnických a sociálních služeb
- Potřeba koordinace činnosti nevládních organizací

Cíl D11: Hodnocení dosahovaných výsledků

- Zpráva o stavu zdraví
- Hodnocení programů podpory zdraví (primární prevence, vzdělávání ke zdraví,
- Hodnocení specifických preventivních programů (sekundární a terciární prevence)
- Ročenka financování zdravotnictví
- Národní účty zdraví

Cesty k dosažení cíle D10 Rozvoj občanských aktivit

Partneři pro zdraví. Mají-li společná opatření a aktivity různých odvětví uspět a být přínosem pro zdraví, je nutné zapojit celou řadu partnerů. Možnost využívání prostředků mediálního a komunikačního sektoru (internetu, odborných a popularizujících publikací, televize, rozhlasu a novin) je příležitostí jak informovat, vzdělávat a přesvědčovat lidi o individuální a kolektivní potřebě zdraví. Když se podíváme na determinanty zdraví novým způsobem, zjistíme, že zde působí mnoho účastníků, kteří zatím nejsou vždy považováni za partnery usilující o zdraví.

Mnozí z nich si neuvědomují, jaký užitek by jim mohly přinést jak investice do zdraví, tak spolupráce se zdravotnickým sektorem. Je proto nezbytné překonat omezený sektorový přístup a jednostrannou orientaci na úzce resortní organizační cíle, rozpočet a aktivitu. Do realizace strategie zdraví by tedy měli být zapojeni jednotlivci, skupiny a organizace jak veřejného, tak soukromého sektoru, občanských společností a sdružení pro zdraví.

Cesty k dosažení cíle D11: Hodnocení dosahovaných výsledků

Hodnocení dosahovaných výsledků veřejných politik, založené na využití rutinních statistických ukazatelů v kombinaci s výzkumy je jejich nezbytnou součástí. Takové hodnocení vede k rozvoji odpovědnosti. Zprávy o vývoji a dosažených výsledcích jsou k dispozici nejen různým voleným aktérům a pracovníkům veřejné správy, ale především široké veřejnosti. V tomto směru máme v ČR ještě vůči veřejnosti mnoho dluhů. Naše veřejnost není informována dostatečně např. o vývoji veřejného zdravotního pojištění, jeho hospodaření, ale ani o celkovém vývoji výdajů na zdravotnictví. Zde před námi stojí možnost využití metodologie národních zdravotních účtů. Zlepšuje se rychlá dostupnost základních ukazatelů prostřednictvím Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Stojíme však před potřebným dalším rozvojem dostupnosti těchto informací na úrovni jednotlivých krajů. Celostně pojaté zprávy o vývoji zdravotního stavu (zpráva o stavu zdraví) a celého zdravotnického systému by se měly stát běžným analytickým podkladem koncepčních aktivit jako východiska tvorby a následné realizace zdravotní politiky.

7. Kritéria hodnocení výsledků reformy

Viz také Report WHO 2000 a diskuse k němu. Materiály OECD.

Celospolečenské důsledky
Sociální začlenění vs. vyloučení, kvalita života, hodnota zdraví, geografická a cenová dostupnost zdravotnických služeb, bariéry v dostupnosti služeb)

Naplnění základního lidského práva na zdraví
Realizace sociálních práv na zdravotnické služby v rámci ekonomických možností daného státu (článek 31 Listiny základních práv a svobod v ČR)

Zdravotní stav obyvatelstva
Vývoj zdravotního stavu obyvatelstva v kontextu demografického vývoje, vývoje v oblasti řízení determinant zdraví, životní styl, životní prostředí, vývoj genofondu obyvatelstva, zdravotnické služby jako determinanta zdraví, technologie zdraví a zdravotnických služeb). Zdraví ohrožených skupin obyvatelstva, ekvita.

Účelnost
Znamená, že organizace zdravotnických služeb je řízená a není výsledkem chaosu či nákladné konkurence. Řídícím nástrojem je např. plánování v podobě krajských zdravotních plánů. Využití různých typů standardů, které umožní racionálně a s právními zárukami využít dostupné finanční prostředky.

Zdravotnické služby osobně přijatelné z hlediska pacienta
Řeší jeho potřeby lidsky důstojným způsobem, umožňují pružně řešit jeho problémy v průběhu poskytování služeb, rychlé vyřizování stížností, ochrana práv pacientů.

Dostupnost zdravotní péče (geografická, cenová)
Cenová dostupnost znamená, že neexistuje taková bariéra, která by znemožnila naplnění základní potřeby.

Řízení rizika výskytu nemoci.
Úspěšně bývá realizováno cestou zdravotního pojištění. V kombinaci se solidárním principem plní takové pojištění také sociální funkce přerozdělení zdrojů na zdravotnické služby.

Národohospodářská
Stabilita financování zdravotnictví v rámci národního hospodářství, mikroekonomická efektivita, alokační efektivita, zátěž obyvatelstva spoluplatbami a přímými platbami – ztráta jiných příležitostí.

Ekonomická účinnost
Ekonomická efektivita, hospodárnost, léčebné postupy, které oplývají nejlepším vztahem mezi jejich cenou/náklady a výsledkem.

Ekonomická udržitelnost
Zohledňuje vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v rámci ekonomických možností daného státu. Průběžné hodnocení reformy cestou nezávislého výzkumu a analýz.

8. Rámec postupu přípravy a uskutečňování reformních změn

Analytická východiska

V rámci přípravy koncepce péče o zdraví je nutné především analyzovat aktuální vývoj hospodaření nemocnic a zdravotních pojišťoven v průběhu roku 2004. Tyto úkoly není možné realizovat v rámci skupiny poradců či zdravotního výboru ČSSD a je nutné je zadat co nejdříve příslušným odborům MZ, umožnit flexibilní předání veškerých dat, které mají MZ a ÚZIS ve vztahu k roku 2004 k dispozici pro analytickou činnost v Institutu zdravotní politiky a ekonomiky. Institut zdravotní politiky a ekonomiky by měl spolupracovat s Krajskými úřady, diskutovat validitu údajů, metody analýzy a výsledky. O spolupráci je nutné požádat také Ministerstvo financí. Existující výsledky a analýzy MZ, MF, IZPE, krajů, VZP by měly být společně diskutovány formou pracovního semináře

Specifikace dalších navazujících úkolů, projektů a programů.

Plány legislativních prací.

Rozpracování dalších potřebných koncepčních dokumentů (např. koncepce některých medicínských oborů, koncepce péče o duševně nemocné, starší věkové skupiny, rozvoj úhradových mechanismů zdravotnických služeb). Vzhledem k vymezenému časovému limitu zpracování koncepce péče o zdraví prakticky do konce listopadu nebude možné zpracovat tyto další navazující koncepční materiály a bude zapotřebí s nimi pracovat následně.

Spolupráce s ostatními resorty a dalšími subjekty.

Ve skupině orgánů ústřední státní správy jde zejména o Ministerstvo financí a Ministerstvo práce a sociálních věcí.

9. Závěry

Dlouhodobé cíle návrhu koncepce péče o zdraví MZ ČR jsou vztaženy nejen k existujícím problémům a rozvojovým příležitostem, ale zaměřují se na návrhy řešení problémů a možnosti měřitelného hodnocení jejich dlouhodobých společenských (politických a ekonomických) důsledků. Tyto cíle jsou v relevantním vztahu k dokumentu Světové zdravotnické organizace Zdraví 21. Cíle jsou formulovány tak, aby je bylo možno diskutovat s širokou veřejností, exekutivou, profesionály a volenými politickými představiteli.

Předložený návrh není založen na široké aplikaci trhu ve zdravotnictví jako je tomu např. v Modré šanci zdravotnictví, předložené občanům ČR ve formě koncepčního návrhu Občanskou demokratickou stranou.

Tento návrh sleduje cíl ochrany veřejného vlastnictví převažující části nemocnic, tj. jejich organizačně právního uspořádání s využitím právnické osoby nestátního neziskového typu v působnosti veřejného práva (vznik ze zákona, dispozice veřejnoprávními oprávněními, dispozice veřejnými finančními zdroji, uplatnění nástrojů veřejné kontroly).

Návrh klade důraz na efektivní roli státu a občanské společnosti při tvorbě a realizaci zdravotní politiky (tvorba právních norem, jejich aplikace, veřejné programy v oblasti podpory zdraví, veřejná kontrola a reflexe vývoje zdravotnického systému).

10. Literatura

ABRAHAM, J. Making regulation responsive to commercial interests: streamlining drug industry watch dogs. In British Medical Journal. 16 November 2002, vol. 325, p. 1164-1169.

ARROW, K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. Amer. Econ. Rev. 1963; 53(5): 941-973

BARDELAY, D., KOPP, CH. Commentary: Concern over drug industry´s influence on reguratory policy in Europe. In British Medical Journal. 16 November 2002, vol. 325, p. 1167-1168.

BARTÁK, M. a kol. Rakousko I. Sborník č. 6/2003 IZPE. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad. Černými lesy 2003

BLENKINSOPP, A., BRADLEY, C. Over the Counter Drugs: Patients, society, and the increase in self medication. In British Medical Journal. 9 March 1996, vol. 312, p. 629-632.

BODLÁKOVA, L. Národní účty zdraví. Nástroj ekonomické analýzy financování zdravotní péče. Sborník IZPE 4/2002, Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec n. Černými lesy 2002

BOHATÁ, M.: Teorie zájmových skupin – možnosti a limity. In Politická ekonomie, 1998, č. 5, s. 733-740

BROKL, B. & kol. Reprezentace zájmů politickém systému České republiky. SLON: Praha 1997. ISBN 80-85850-48-6.

BRUGHA, R., VARVASOVSZKY, Z. Stakeholder analysis: a review. In Health Policy and Planning. 2000, vol. 15, no. 3, 239-246.

CHAWLA, M. Fiscal Optimization of the Health Systém – Is there a light at the end of the tunnel? Konference „Reforma systému zdravotnictví – je opravdu krokem do neznáma? Praha, hotel Pyramida 21.6.2004

CULYER, A.J., NEWHOUSE, J.P. (edit.). Handbook of Health Economics. Elsevier, Amsterdam, 2001

DETELS, R., HOLLAND, W.W., et al. Oxford Textbook of Public Health. 3rd edit. Vol. I-III. Oxford Medical Publications, Oxford University Press 1997.

DRBAL, C. Nová zdravotní politika. Škola veřejného zdravotnictví. IPVZ, Praha 2001

DRBAL, C. Posttransformační stav a možnosti jeho řešení. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ, Praha 1998

DRBAL, C. Naše zdraví a jeho otazníky. Studie 1/2004. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky. Hlávkovo nadání, Praha 2004

DRUMMOMD, M.F. et al. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 2nd edit. Oxford Medical Publications, Oxford University Press 1999

DURDA, L. Analýza procesu tvorby a realizace lékové politiky v České republice. In: Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky II. Sborník č. 1/2003 IZPE. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec n. Černými lesy 2003

European Union. European Commission. Pharmaceutical legislation. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities, 1998. ISBN 92-828-2032-7.

European Union. European Commission. Pharmaceutical products. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities, 1997. ISBN 0-7494-2306-4.

FIALA, P., SCHUBERT, K. Moderní analýza politika. Uvedení do teorií a metod policy analysis. Brno: Barrister & Principal, 2000. ISBN 80-85947-50-1.

FLOOD, C.M. International Health Care Reform. A legal, economic and political analysis. Routledge, London 2003

FUCHS, V.R. The Future of Health Economics, J. Health Economics, 2000, č. 19:141-157.

FUCHS, V.R. The Future of Health Policy. Harvard University Press, Cambdridge 1993.

GREEN, J., THOROIDGOOD, N.: Analysing Health Policy. A Sociological Approach. Longman, Essex 1998

GUNNING-SCHEPERS, L.J., van HERTEN, L.M. Targets in health policy. European Journal of Public Health 2000; 10(4), Supplementum, 2-6 (český překlad tohoto článku je k dispozici ve sborníku IZPE č. 1/2003, str. 49-54 v příloze příspěvku Bodláková, L., Durda, L. Scénáře vývoje systému zdravotní péče v ČR se zaměřením na oblast financování (střednědobý výhled)

FREEMANTLE, N., BLOOR, K. Lessons from experience in controlling pharmaceutical expenditure. In British Medical Journal. 8 June 1996, vol. 312, p. 1469-1471.

GARATTINI, S., BERTELE, V. Adjusting Europe´s drug regulation to public health needs. In Lancet. 7 July 2001, vol. 358, p. 64-67.

GLADKIJ, I a kol. Management ve zdravotnictví. Computer Press, Brno 2003

GRAF, J. Ani VZP nesouhlasí s názory ministerstva financí. In Zdravotnické noviny [online], 26.4.1999. Dostupné z www.zdn.cz

GRUND, J. The Societal Value of Pharmaceuticals. Balancing Industrial and Healthcare Policy. In PharmacoEconomics. July 1996, vol. 10, no. 1, p. 14-22.

Guidance note on how to do a stakeholder analysis of aid projects and programmes. London: Overseas Development Administration, July 1995.

HANUŠOVÁ, P. Studie k otázce záměru a tvorby nové organizačně právní úpravy fakultních nemocnic v ČR. In: Nemocnice I, sborník IZPE 7/2003. Institutu zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec n. Černými lesy 2003

HANUŠOVÁ, P. Problémy organizačně právního postavení nemocnic (zejména bývalých okresních nemocnic) v kontextu reformy veřejné správy. In: Nemocnice II. Sborník 3/2004 IZPE. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec n. Černými lesy 2004

HÁVA, P. Analýza návrhu zákona o veřejném zdravotním pojištění v roce 2000. In Zdravotní politika a ekonomika. Sborník č. 4/2001. Kostelec nad Č. l.: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, prosinec 2001, s. 31-70.

HÁVA, P., MATĚJKA, M. Alokační efektivita při rozhodování o podílech výdajů na léčiva z celkových výdajů na zdravotní péči. In Lékoá politika: soubor přednášek ze semináře konaného 18.-19. 12. 1995 v Poslanecké sněmovně ČR v Praze. Praha: Nadace pro výzkum zdravotnické soustavy, 1996, s. 152-165.

HÁVA, P. Vývoj institucionálního rámce veřejného zdravotního pojištění v ČR v 90. letech. Příspěvek na konferenci „Globální svět, evropská integrace, české zájmy a institucionalizace (ne)odpovědnosti". 30.11.-2.12. 2000 FSV UK.

HÁVA, P. (edit.) 1. Souhrn teoretických poznatků a analytické koncepty v oblasti financování zdravotnictví, 2. Ekonomicko-právní analýza vývoje financování zdravotnictví v ČR, 3. Diskusní náměty pro práce na koncepci financování zdravotnictví v ČR. In: Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad. Sborník IZPE č. 8/2003. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec n. Černými lesy, 2003

HÁVA, P. Zdravotní plány krajů. Plánování založené na potřebách, standardech, cílech a úkolech nebo zájmech a improvizacích? Zdravotnictví v ČR 2004, 7(2): 56-63

HÁVA, P. Výzva k diskusi nad Základními tezemi koncepce zdravotnictví ČR. Zdravotnictví v ČR 2004, 7(1): 5-13

HENDRYCH, D. a kol. Právnický slovník. C.H.Beck, Praha 2003

HEPELL, S. Evropská farmaceutická politika a její důsledky pro měnící se ekonomiky východoevropských zemí. In Kurz farmaceutické ekonomie pro řídící pracovníky ve zdravotnictví. Londýn, 26 – 31. října 1998. Bratislava: FELP 1999. Dostupné z http://www.zzpsr.sk

HOFMARCHER, M.M, RIEDEL, M. Vliv reformy úhrady nemocniční péče typu Case-Mix na zdravotnictví (překlad z originálu Impact of Case-Mix Hospitál Payment Reforms on Health Systéme – Case Study Austria, Research Report, Institute of Advanced Studies, April 2003) The World Bank, Czech Edition, Kostelec nad Černými lesy 2004

HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A., KOUPILOVÁ I.: Zdravotní reformy jako historický a kulturně politický proces. In Zdravotnictví v České republice. 1999, č. 2-3, s. 54-58.

How to develop and implement a national drug policy. Second editon. Geneva: World Health Organization, 2001. ISBN 92 4 154547 X.

HOWLETT, M., RAMESH, M. Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems. Oxford: Oxford Univesity Press, 1995. ISBN 0-19-540976-0.

HURDÍK, J. Právnické osoby (Obecná právní charakteristika). Acta Universitatis Brunensis. IURIDICA No. 232. Masarykova univerzita, Brno 2000

JAKOBZONE, S. Pharmaceutical policies in OECD countries: Reconciling social and industrial goals. Labour market and social policy – occasional papers no. 40. Paris: OECD, 2000.

JEANOTTE, S. at al. Social Cohesion: Insights from Canadian Research. Gatineau: Strategic Planning and Policy Coordination Department of Canadian Heritage, 2003.

JOHN, P. Analysing Public Policy. London: PINTER, 1998. ISBN 1-85567-587-0.

KAVANOS, P. (a) Financing Pharmaceuticals in Transition. In Croatian Medical Journal. March 1999, vol. 40, no. 6, p. 244-259.

KAVANOS, P. (b) Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe – 1999 Edition. Scrip Reports, PJB Publication, 24 August 1999.

KAVANOS, P. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe – 2002 Edition. Scrip Reports, PJB Publication, 31 May 2002.

Koncepce zdravotnictví. Dlouhodobý program vlády. 16.3.1999

KNAPPOVÁ, M., ŠVESTKA, J. a kol. Občanské právo hmotné 1. ASPI, Praha 2002

LABOUTKOVÁ, Š. Zájmové skupiny, lobby. In Acta Oeconomica Pragensia 3/1999, s. 36-44.

LINEK, L. Zájmové skupiny: jejich typologie a metody lobbování. In Parlamentní zpravodaj, 2001, č. 5, s. 45-48

LUKÁŠ, A. Přehled lékové politiky v ČR po roce 1990. In Léková politika: soubor přednášek ze semináře konaného 18.-19. 12. 1995 v Poslanecké sněmovně ČR v Praze. Praha: Nadace pro výzkum zdravotnické soustavy 1996, s. 18-29.

MACEK, M. Návrh reformy zdravotnictví. Březen 2000.

MCKEE, M., HEALY, J. Hospitals in a changing Europe. Open University Press, Buckingham 2002

MCKEE, M. Epidemiology in the 21st century. The challenges ahead. Eur.J.Public Health 2001; 11: 241-242

MLČOCH, L. Institucionální ekonomie. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-270-2.

MLČOCH, L. Úvahy o české ekonomické transformaci. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-389-2.

Modrá šance ODS, zdravotnictví

MOSSIALOS, E., LE GRAND, J. (ed.) Health Care and Cost Containment in the European Union. Aldershot: Ashgate, 2002. ISBN 1-84014-403-3

MOSSIALOS, E. Regulating expenditure on medicines in European union countries. In SALTMAN, R. B., FIGUERAS, J., SAKELLARIDES, C. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Oxford University Press, 1998, p. 261-286. ISBN 0-335-19970-4.

MOSSIALOS, E. et al. The Influence of EU Law on the Social Character of Health Care Systems in the European Union: Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union. Brussels, 2001.

MOSSIALOS, Elias, McKEE, Martin. EU Law and the Social Character of Health Care. Travail & Société – Work & Society, Vol. 38, PIE-Peter Lang, 2002, 259 pp. ISBN 90-5201-110-9.

MOSSIALOS, E., DIXON, A., FIGUERAS, J., KURTIN, J. Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. Open University Press, Buckingham 2002.

MOUGEOT M. Régulation du systéme de santé, Paris, Conseil d´Analyse Economique, La documentation Francaise, 1998

MÜLLER, K. Politická sociologie. In Cabada, L, Kubát, M. a kol. Úvod do studie politické vědy. Praha: Eurolex Bohemia, 2002. s. 324 – 339. ISBN 80-86432-41-6.

NORTH, D. C. Institutions, institucional change and economic performance. Cambridge: Cambridge University press, 1990. ISBN 0-521-39734-0.

OECD: A System of Health Accounts for International Data. Paris 2000.

OECD (2004) Towards High-Performing Health systems. The OECD Health Project. OECD, Paris 2004

OROSZ, E., BURNS, A. The Health Care system in Hungary: Economics Departement Working Papers no. 241. Paris: OECD, 2000

PALFREY, C. Key Concepts in Health Care Policy and Planning. Macmillan Press, Houndmills 2000

PARSONS, W. Public policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis. Edward Elgar, Cheltenham 1995.

PATON, C. The Impact of Market Forces on Health Systems. A Review of Evidence in the 15 European Union Member States. European Health Management Association. Dublin 2000

POTŮČEK, M. Nejen trh. Role státu, trhu a občanského sektoru v proměnách společnosti. Praha: SLON, 1997. ISBN 80-85850-26-5.

POTŮČEK, M. Veřejná politika jako sociální praxe a jako vědní disciplína. In Veřejná politika. Studijní texty ke stejnojmennému kursu magisterského studia oboru „Veřejná a sociální politika. Praha: FSV UK, Institut sociologických studií, listopad 1996, s. 4-13.

Problematika patentů. Klíč k medicínskému pokroku a průmyslovému rozvoji. Geneva: International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations, 1998.

PROKEŠ, M. Léková politika v České republice. Příspěvek na semináři Léková politika a racionální používání léčiv. Praha 1.-3. září 1999. [cit. 2001-05-09] Dostupné z www.zdrav.cz/lek_pol/prokes/regulace.htm

PROKEŠ, M (2002a). Lékové limity pro lékaře – jak do budoucna? In Zdravotnické noviny [online], 14.3.2002. Dostupné z http://www.zdn.cz

PROKEŠ, M (2002b). Nová léková vyhláška – staré problémy? In Zdravotnické noviny [online], 11.7.2002. Dostupné z www.zdn.cz

PROKEŠ, M. Léková politika České republiky. Sborník č. 1/2003 IZPE. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy 2003

Průvodce krajinou priorit pro Českou republiku. Praha: Gutenberg, 2002, ISBN 80-86349-06-3.

Public-private roles in the pharmaceutical sector. Implications for equitable access and rational drug use. Geneva: World Health Organization, 1997. WHO/ DAP/97.12.

PURKRÁBEK, M. a kol. Centrální politické rozhodování v České republice. 2. díl. Praha: FSV UK, 1999. ISBN 80-238-5082-2.

PURKRÁBEK, M. a kol. Rozhodování, financování a komunikace ve veřejné politice v České republice. Praha: FSV UK, 1997.

PURKRÁBEK, M. Veřejné zájmy a veřejná politika. In Veřejná politika. Studijní texty ke stejmennému kursu magisterského studia oboru „Veřejná a sociální politika“. Praha: FSV UK, listopad 1996, s. 74-118.

REICH, M. Applied political analysis for health policy reform. In Current Issues in Public Health, 1996, no. 2, p. 191-96.

RICHARDSON, J., J., (ed.): Pressure groups. Oxford: Oxford University Press, 1993. ISBN 0-19-878052-4

ROMANOW, R.J. Building on Values. The Future of Health Care in Canada. Final Report, Commission on the Future of Health Care in Canada, November 2002

ROSŮLEK, P. Politika jako předmět zájmu politické vědy. In Cabada, L, Kubát, M. a kol. Úvod do studie politické vědy. Praha: Eurolex Bohemia, 2002. s. 41 – 56.

ŘÍCHOVÁ, B. Přehled moderních politologických teorií. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-461-3.

ŘÍCHOVÁ, B. Úvod do současné politologie. Srovnávací analýza demokratických politických systémů. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-628-4.

SACHS, J. D. (ed.). Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development,Geneva: WHO, 2001.

SALTMAN, R. B., FIGUEREAS, J. European health care reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization, 1997. ISBN 92-890-1336-2.

SALTMAN, R. B., FIGUERAS, J., SAKELLARIDES, C. Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Oxford University Press, 1998, p. 261-286. ISBN 0-335-19970-4.

SCHWEITZER, S. O. Pharmaceutical Economics and Policy. Oxford: Oxford University Press, 1997. ISBN 0-19-510524-9.

SOLICH, J. Historický přehled tvorby a realizace lékové politiky v ČR před r. 1989. In Léková politika: soubor přednášek ze semináře konaného 18.-19. 12. 1995 v Poslanecké sněmovně ČR v Praze. Praha: Nadace pro výzkum zdravotnické soustavy, 1996, s. 2-18.

STAŇKOVÁ, B. Analýza vztahů mezi plátci a poskytovateli zdravotní péče. In Zdravotní politika a ekonomika. Sborník č. 1/2001. Kostelec nad Č. lesy: IZPE, 2001, s. 53-114.

STARFIELD, B. Primary Care. Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press, New York, Oxford 1998

Střednědobá koncepce sociálního a ekonomického rozvoje. Rada vlády České republiky pro sociální a ekonomickou strategii. Leden 2002

Střednědobá koncepce resortní politiky Ministerstva zdravotnictví ČR v letech 2000-2003 (29. června 2001)

SUCHOPÁR, J., ŠVIHOVEC, J. Současné problémy lékové politiky v České republice. Příspěvek na semináři Léková politika a racionální používání léčiv. Praha 1.-3. září 1999. [cit. 2001-05-09] Dostupné z www.zdrav.cz/lek_pol/who/program.htm

SVENSSON, P. Demokracie. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1995. ISBN 80-85959-02-X.

ŠTIKA, L. Význam sledování spotřeby léčiv. In Léková politika. Soubor přednášek ze semináře konaného 18.-19. 12. 1995 v Poslanecké sněmovně ČR v Praze. Praha: Nadace pro výzkum zdravotnické soustavy, 1996, s. 108-122.

ŠVIHOVEC, J., SUCHOPÁR, J. Nejde jen o zajištění léčiv a hledání úspor. In Zdravotnické noviny [online], 26.9.2002. Dostupné z http://www.zdn.cz

The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform. Presented to Parliament by the Secretary of State for Health By Command for Her Majesty. July 2000

TŮMOVÁ-KŘEČKOVÁ, N. Primární zdravotní péče. Zdravotnictví v ČR 2004, 7(2): 90-95

VARVASOVSZKY, Z., BRUGHA, R. How to do (or not to do)… A stakeholder analysis. In Health Policy and Planning, 2000, vol. 15, no. 3, p. 338-345.

VARVASOVSZKY, Z., McKEE, M. An analysis of alcohol policy in Hungary. Who is in charge? In Addiction. December 1998,vol. 93, no. 12, p. 1815-27.

VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., JANDA, J. Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra. Praha: Grada Publishing, 2002.

VETTER, N. The Hospital. From Centre of Excellence to Community Support. Chapman and Hall. 1995

WALLEY, T. et al. An integrated national pharmaceutical policy for the United Kingdom? In British Medical Journal. 16 December 2000, vol. 321, p. 1523-1526.

WALT, G. Health Policy: An Introducion to Process and Power. London: Zed Books, 1994. ISBN 1-85649-263.

WEINBERGER, O. Alternativní teorie jednání. Filosofia, Praha 1997

WEINBERGER, O. Norma a instituce. Úvod do teorie práva. Masarykova univerzita, Brno 1995

WHO´s Global Health Wokrforce Strategy Meeting in Annecy, Francem December 2000 (www.who.int/health-services-delivery/human/workforce/index.htm)

Williamson, Ch. Whose Standards? Consumer and professional standards in health care. Open University Press, Buckingham 1998

ZIGLIO, E. at. al. Health Systems Confront Powerty. Copenhaven: WHO, 2003.

ZIGLIO, E. at. al. Investmanet for Health: a discussion of the role of economics and social determinants. Copenhagen: WHO, 2002

11. Glosář vybraných pojmů

Cíl

Představuje konečný stav, ke kterému směřují různé činnosti. Cíle udávají konečné výsledky, celkové cíle vyžadují podporu dílčích cílů. Obyčejně tedy nepracujeme s jedním cílem, ale se soustavou cílů (síť cílů, strom cílů). S rozmanitostí cílů se setkáváme v řadě souvislostí a to především pokud jde o jejich významnost z hlediska jejich hierarchického uspořádání (strategie, koncepce, procesy řízení podle cílů, obecné cíle, operacionalizované dílčí úkoly). Podobně i v oblasti zdravotní politiky a podpory zdraví má pojem cíle více praktických významů, různou míru důležitosti. Ve strategických a koncepčních dokumentech se často setkáváme s obecnými cíli, které vymezují obecný směr – např. zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. S těmito cíli se setkáváme např. v dokumentech Světové zdravotnické organizace (např. Zdraví 21). Obecné cíle jsou základními směry orientace pro rozpracování strategií zdraví na národní úrovni. Tyto cíle se objevují v programovém prohlášení vlády, v dlouhodobých a střednědobých koncepcích rozvoje jednotlivých resortů. Obecné cíle jsou také součástí rozvojových plánů na regionální úrovni. Cíle tedy používáme jak při dlouhodobém plánování (strategie, koncepce, projekty, programy) tak v průběhu řídících procesů na úrovni jednotlivých organizací nebo při realizaci projektů a jejich řízení. Klíčovým kritériem této určité klasifikace cílů tedy je jejich přiřazení k různým procesům. Ale i v rámci určitého konkrétního procesu jde většinou o komplikované struktury cílů s řadou vzájemných vztahů. Každá strategie je obvykle sledem postupných kroků od obecných formulací až po realizační aktivity, programy a úkoly. Odpovídající cíle mají charakter kvalitativně nebo kvantitativně formulovaných konečných stavů. Klíčovou zásadou po tvorbu cílů je jejich ověřitelnost. Cíle musí být měřitelné, abychom mohli na konci sledovaného procesu nalézt odpověď na otázku, jak bylo cíle dosaženo.

Demokracie

V současné době se nejčastěji pojem demokracie používá jako souhrnný název takových forem vlády, jejichž moc vychází z lidu. V tzv. reprezentativních demokraciích volí občané své zástupce, kteří pak prostřednictví orgánů parlamentu a vlády vykonávají vůli lidu. V systémech přímé demokracie přebírá lid moc na sebe, např. prostřednictvím lidového hlasování, kooperativního plánování apod. K výkladu demokracie v „západním světě“ patří mimo podílu všech občanů na moci, také pojmy právní stát a vysoká pozornost věnovaná zajištění (přirozených) lidských a sociálních práv.

Problém nejednotného chápání pojmu demokracie (procesní a obsahové aspekty)

Lincoln: vláda lidu, prostřednictvím lidu a pro lid

Podrobnější diskuse lincolnovských složek:

1. “vláda lidu“ je mocí lidu, a to nejenom v tom smyslu, že zahrnuje celý lid, ale rovněž proto, že získává legitimitu díky podpoře lidu (vláda se souhlasem lidu);
2. „vládu prostřednictvím lidu“ lze chápat ve smyslu výkonu moci lidem, tj. ve smyslu široké účasti lidu na procesu vládnutí;
3. „vláda pro lid“ proto, že se snaží působit pro společné blaho všech lidí a zajištění práv jednotlivců

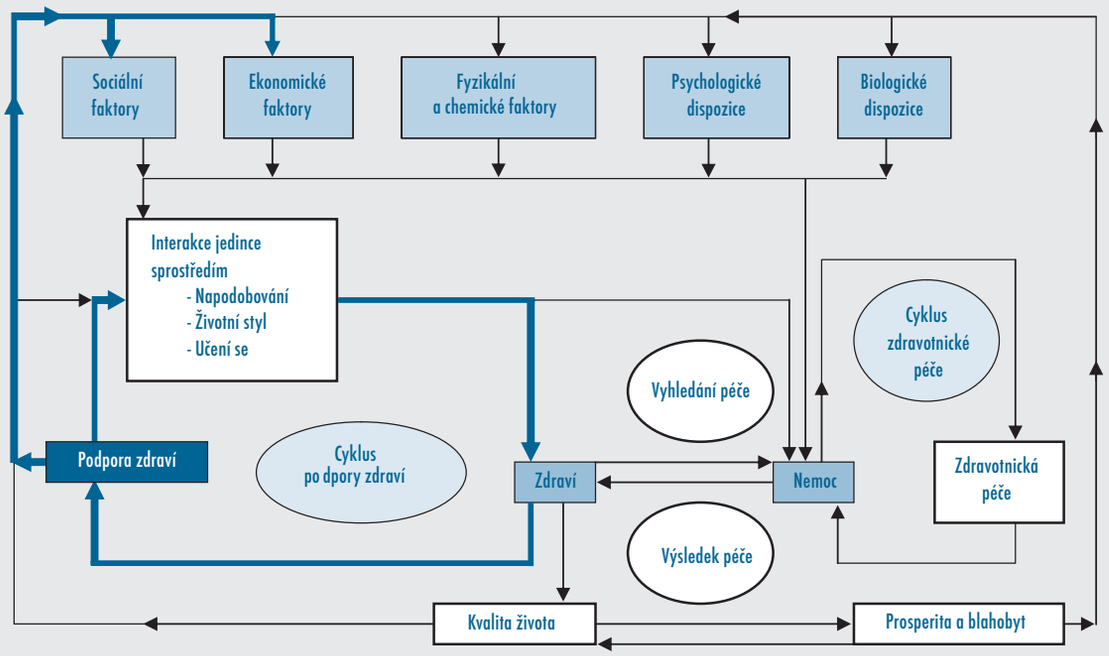
Demokracie je současně (Weinberger 1997):

- forma vlády – sebeurčování lidu prostřednictvím procesů kolektivního utváření vůle
- světový názor, který může být charakterizován jako otevřený systém zásad, standardu hodnot, hodnotových stanovisek a preferencí
- široký systém společenských diskurzů, které jsou neseny funkčně odlišnými vrstvami společnosti a které mají probíhat v podmínkách otevřené společnosti

Determinanty zdraví

Soubor osobních, sociálních, ekonomických a environmentálních faktorů, ovlivňujících zdravotní stav jedince nebo společnosti. Tento soubor je nejen rozsáhlý, ale navíc se jednotlivé faktory navzájem ovlivňují, jejich vliv je synergický. Proto také při působení zaměřeném na podporu zdraví je nutno sledovat nejen odděleně jednotlivé faktory související s činností jednotlivce, jeho životním stylem a chováním ve vztahu ke zdraví, ale celou šíři sociálních aspektů, které tvoří životní podmínky a ovlivňují zdraví.

MODEL DETERMINANT ZDRAVÍ A PODPORY ZDRAVÍ



Financování zdravotnických služeb

Financování – je funkce zdravotnického systému, která je zaměřena na mobilizaci, shromáždění a alokaci peněz na pokrytí zdravotních potřeb lidí, individuálně nebo kolektivně, ve zdravotnickém systému. Financování zdravotnických služeb ve zdravotnických zařízeních je v ČR realizováno z několika zdrojů. Hlavní část finančních prostředků tvoří prostředky veřejného zdravotního pojištění podle příslušných zákonných ustanovení, dále prostředky státního rozpočtu, pojistné ze smluvního zdravotního pojištění a konečně i přímé platy pacientů za výkony, na něž se nevztahuje na základě zákona pojištění.

Hrazená a nehrazená péče

Hrazená péče je péče, poskytovaná ze zdravotního pojištění pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Hrazena je péče, poskytnutá na území ČR v případě náhlé potřeby lékařské péče při pobytu pojištěnce v zahraničí, hradí se z pojištění částky, vynaložené na nutné a neodkladné léčení, a to do výše, stanovené pro úhrady takové péče na území ČR. Vzhledem k výši úhrad za zdravotní péči v zahraničí je proto nezbytné při cestě do zahraničí uzavření pojistky v rámci cestovního zdravotního pojištění.

Nehrazené jsou výkony, provedené v osobním zájmu pojištěnce nebo na žádost fyzických nebo právnických osob, u nichž nejde o zachování nebo zlepšení zdravotního stavu pojištěnce, (např. některé výkony kosmetické povahy, vystavení vysvědčení k přijetí do zaměstnání nebo k žádosti o řidičský průkaz apod.). Dále pojišťovna nehradí vyšetření, prohlídky a jiné výkony na žádost soudu, orgánů státní správy apod., kdy náhradu platí požadující orgán. U některých výkonů a u předepisovaných léčiv se pojištěnec podílí na úhradě ceny tzv. spoluplatbou (např. některé stomatologické výkony, poskytované zdravotní pomůcky, lázeňská péče). Ve výjimečných případech může pojišťovna hradit i některé výkony, jejichž poskytnutí je z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností. Podrobnosti, konkretizující některé případy jak u hrazené, tak nehrazené péče stanoví zákon č. 48/1997 Sb.

Instituce

– (zde chápány jako) pravidla hry ve společnosti, jež regulují lidskou interakci a strukturují ekonomické, politické, sociální a další jednání účastníků (D.G.North). Největší omezení vyplývá z právního řádu, který lze označit za instituci formální. Podstatný význam mají ustálené způsoby jednání (morálka), nazývaní jako instituce neformální.

V sociologickém i antropologickém smyslu je to v zásadě každé obecně praktikovaný a v dané kultuře předávaný způsob jednání. Funkcionální pojetí považuje instituce za schválené a sankcemi podepřené vzory jednání. (Velký sociologický slovník, Karolinum, Praha 1996). Moderní poválečná

institucionální ekonomie rozumí institucí každé omezení, které formuje jednání účastníků hospodářského života. Největší omezení vyplývá přirozeně z právního řádu, který můžeme nazvat institucí formální, ale podstatný význam mají i ustálené vzorce jednání, určitá etika ekonomických subjektů. Ty nazýváme institucemi neformálními (Mlčoch, L.: Pirátství české privatizace, EKONOM 6/1999, str. 12)

Integrovaný zdravotnický systém

Současné zdravotnické služby jsou často fragmentované, a to jak horizontálně, tak vertikálně. Péče je často spíše epizodní a rozdělená mezi několik specialistů – lékařů, sester a dalších zdravotníků, místo aby byla výsledkem společné práce skloubeného pracovního týmu, který poskytuje integrované zdravotnické služby. Vertikální návaznost mezi primární, sekundární a terciární péčí bývá mnohdy nedostatečná. V integrovaném zdravotnickém systému je primární péče schopna řešit problémy, které jí náleží, a nemocnice se starají o ty případy, kde primární péče nestačí. Při takovém přístupu se zdůrazňuje prioritní postavení primární péče a snaha využít společenské zdroje tak, aby to vedlo k co největšímu zdravotnímu přínosu. Takový přístup posiluje integraci primární, sekundární a terciární zdravotní péče a měl by odpovídat konkrétním ekonomickým, politickým a sociálním podmínkám dané společnosti.

Kapitace/Kapitační platba

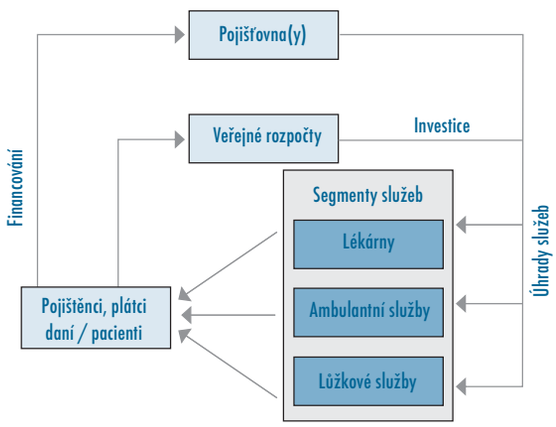
– prospektivní platba, kterou obdrží poskytovatel na hrazení nákladů spojených se zdravotní péči o jednoho registrovaného pojištěnce během určitého časového období. Platba bývá upravena podle demografických či jiných charakteristik pojištěnce. (2)

Kvalita zdravotní péče

Kvalita zdravotní péče patří mezi tradiční hodnoty zdravotní péče. Na kvalitu zdravotní péče lze nahlížet objektivem mnoha různých aspektů a perspektiv. Proto existuje řada definic kvality od úzce zaměřených až po komplexní a mnohorozměrné. Jednou z komplexně pojatých definic kvality zdravotní péče je například definice WHO, která říká: „ Kvalita péče je souhrnem výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.“ Komise expertů WHO definovala následující hlediska kvality zdravotní péče: vysoká míra profesionality, hospodárnost vynaložených prostředků, minimalizace rizik pro pacienty, vysoká míra spokojenosti pacientů, medicínsky dobrý výsledek.

Pojem kvality v sobě zahrnuje i konkrétní měřitelné parametry poskytovaných zdravotnických služeb a zdravotní

FINANCOVÁNÍ A ÚHRADY ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB



péče, vztahující se především k osobě pacienta samotného. Jsou to cenová a územní dostupnost, přijatelnost z hlediska samotného pacienta, účinnost a účelnost služeb projevené především ve výsledcích (Maxwell, 1984). Faktory, které ovlivňují tyto měřitelné parametry jsou členěny z hlediska procesu zdravotní péče na (1) vstupní (vzdělání pracovníků, přístrojové vybavení, prostory), (2) samotné diagnostické, léčebné či rehabilitační postupy/technologie (vztah pacienta s lékařem, řízení celého procesu) a (3) výsledkové (Donabedian, 1978).

Významným trendem v řízení zdravotnictví je v dnešní době ve vyspělých zemích světa orientace na kvalitu zdravotní péče. Součástí zdravotní politiky v každé zemi by se podle doporučení Světové zdravotnické organizace měl stát požadavek zajišťování kvality zdravotní péče. Proto již v roce 1985 bylo programové sledování a zvyšování kvality zdravotní péče ustanoveno jako jeden z 38 cílů evropské strategie programu Zdraví pro všechny do r. 2000. Také Lublaňská charta o reformách zdravotní péče (1996) řadí zaměření na kontinuální zvyšování kvality k základním principům zdravotnických reforem v evropských zemích. Soustavný rozvoj kvality a péče založené na důkazech je jedním z cílů evropské strategie Zdraví pro všechny pro 21. století, podle níž by do roku 2010 měly mít členské státy celonárodní mechanismus pro soustavné zvyšování kvality.

Kvalita zdravotnických služeb se v posledních dvou až třech desetiletích celosvětově stala jednou z priorit nejen z hlediska výzkumu, ale i její praktické realizace ve zdravotnictví. Přístupy různých škol se liší ve svých východiscích a důrazech ve vztahu k existujícím konkrétním problémům jednotlivých států. Jednotlivé teoretické koncepty v oblasti kvality péče se liší zejména ve volbě parametrů kvality:

a) Maxwell 1992: dostupnost, relevance k potřebám, účinnost z hlediska pacienta, spravedlnost, společenská přijatelnost, ekonomická účinnost.

b) Donabedian 1990: účinnost z hlediska pacienta, ekonomická účinnost, dostupnost, spravedlnost, legitimnost, ideální účinnost
c) HSRG 1992: dostupnost, přístup orientace na pacienta (patient- centrednes), účinnost z hlediska pacienta, ekonomická účinnost, kontinuita/koordinace, rozsah
d) O´Leary & O´Leary 1992: dostupnost, ekonomická účinnost, účinnost z hlediska pacienta, kontinuita, ideální účinnost, hledisko pacientů.

Díky šířce tohoto tématu a samotného pojmu kvalita, dochází v této oblasti k dynamickému vývoji, zasahujícím do celého spektra zdravotnických služeb.

Koncepce

– způsob pojetí, chápání výkladu určitého jevu; základní hledisko, vedoucí idea, myšlenková osnova, vysvětlení jevu; vůdčí záměr nebo konstrukční princip při různ. druzích činnosti. V oblasti tvorby zdravotní politiky jde o určitý druh strategického plánu v poměrně obecné rovině, která vychází z analyzovaných společenských problémů a rozvojových příležitostí, věcných návrhů jejich řešení. Koncepce zejména vymezuje cíle tvorby zdravotní (či jiné veřejné) politiky a cesty k jejich dosažení při respektování obecných principů a lidských hodnot, základních lidských práv, morálních kodexů dané společnosti.

Lidské hodnoty

Je možné chápat jako komplexní významy, které určují a vyjadřují významy různých objektů, činností, možností pro nás, naši činnostní orientaci a činnost samotnou, pro jednání. Hodnoty ovlivňují naši „zaměřenost“, volbu cílů a prostředků, způsoby činnosti. Vyjadřují se ve stanoviscích, postojích, které k věcem zaujímáme. Procesy hodnocení jsou ve srovnání s jinými psychosociálními mentálními procesy značně složité (zahrnují poznávací, citové a volní procesy a soustavnou interakci těchto procesů). Hodnoty s sebou nesou vždy určité procesy zobecňování, v tom smyslu jsou to koncepce. Hodnoty představují jednu ze základních složek kultury, umožňují integraci kultury samotné i její sepětí se systémem osobnosti a se sociálním systémem.

Modernizace

Modernizace je pojem, který představuje racionální přizpůsobování procesů a metod vědy, techniky a společnosti na nároky současnosti nebo budoucnosti. Modernizace představuje protiklad tradicionalismu. V současné době je spojována se společenskými procesy souvisejícími s přechodem společnosti ke společnosti vědění, se změnami charakteru výroby i změnami hodnotových orientací.

Národní účty zdraví

Národní účty zdraví (NHA – National health accounts) jsou analytickým nástrojem, který může významným způsobem pomoci při analýzách a tvorbě zdravotní politiky. Tvoří soustavu komplexních, konzistentních a flexibilních účtů, které se snaží zachytit statky (zboží a služby) vztahující se ke zdravotní péči a popsat finanční toky, které při produkci a spotřebě těchto statků probíhají. Jako další analytické dimenze využívají také demografické a geografické údaje. NHA vycházejí z metodologie systému národních účtů, využívají stejný základní rámec a používají stejnou klasifikaci aktivit, transakcí, produktů a institucí v ekonomice.

Hospodářská činnost je v rámci Systému národních účtů evidována na základě klasifikace oborů. Problém nastává, chceme-li sledovat takové oblasti, jako je vzdělávání nebo zdraví. V těchto případech není v rámci SNÚ zachována jednota produkce a financování. Jinak řečeno, výdaje na zdravotnictví v rámci Ministerstva obrany (např. vojenské nemocnice) jsou evidovány podle konvencí SNÚ jako výdaje na obranu. Podobně je tomu u fakultních nemocnic nebo zdravotnických škol, které jsou evidovány jako výdaje na školství.

Důsledkem potřeby vypořádat se také s těmito problémy byly další revize národního účetnictví. V 60. a 70. letech byly rozpracovány metodologie národních účtů podle oblastí, které umožnily zkoumat danou oblast při zachování koherence s ústředním rámcem národních účtů. V 70. a 80. letech vznikly první satelitní účty v oblasti zemědělství, vzdělávání, výzkumu a vývoje, bydlení, sociálních služeb, cestovního ruchu apod. Řada zemí vytvořila satelitní účet i pro zdraví, často ovšem jen s částečnými úspěchy z důvodu dostupnosti potřebných dat.

V současné době existují dva přístupy k satelitním účtům zdraví:

- Satelitní účet zdraví definovaný jako ucelený systém informací o finančních tocích a výdajích v oblasti zdraví. Tento systém je koherentní se SNÚ, používá stejné definice, stejné koncepty a stejné názvosloví. Čerpá z údajů roztroušených v celých národních účtech a provádí odhady pro chybějící ukazatele.
- Satelitní účet zdraví, který pracuje s pojmem zdraví jako komplexní veličiny. Využívá nejen ústřední rámec národních účtů, ale zahrnuje také další prvky a činnosti, které v nich chybí nebo jsou opomenuté. Příkladem takových prvků jsou individuální a společenské náklady příležitosti, ztráta produktivity, volný čas, cena života, kvalita života apod. Tyto koncepty však nejsou dosud dostatečně vyjasněny či operativně rozpracovány.

Satelitní účty se většinou zaměřují spíše na srovnání tabulek systému národních účtů a seskupení údajů, které se týkají zdraví a jsou zařazeny na různých místech národního účetnictví (ve výdajích na sociální zabezpečení, školství, obranu apod.). O něco širším konceptem jsou národní

účty zdraví, které se neomezují pouze na data, která lze najít na různých místech systému národních účtů, jako je tomu u satelitních účtů zdraví. Jejich záběr je větší a využívají všech dostupných zdrojů dat, které mohou být použity při analýzách financování a poskytování zdravotní péče. Čerpají mimo jiné ze statistických ročenek, výročních zpráv zdravotních pojišťoven – veřejných či komerčních. V dalších částech této práce se budeme zabývat tímto širším pojetím zdravotního účetnictví. Rozdíl mezi národními účty zdraví a satelitními účty zdraví není zásadní. Spočívá spíše v prioritách a pořadí řešených úkolů.
Mezi významné požadavky na zdravotní účetnictví, ať už se jedná o národní nebo satelitní účty zdraví, patří přesnost a mezinárodní srovnatelnost údajů. Jsou proto nezbytné precizní definice, které pomáhají zabránit dvojímu započtení, případně vynechání některých položek.

Platba/Úhrada za ošetřovací den

– fixní částka, kterou nemocnice obdrží od pojišťovny na výdaje spojené s jednodenním pobytem pacienta na lůžku. Tento způsob úhrady je kritizován pro motivaci poskytovatele ponechat pacienta na lůžku déle než je medicínsky nutné.

Platba/Úhrada za případ

– roztřídění poruch zdraví do diagnostických skupin s určením jejich nákladové náročnosti. Na jeden případ dostává nemocnice pevně stanovenou částku. Nejznámější verzí platby za případ jsou ve Spojených státech zavedené DRGs, používané veřejným programem Medicare.

Platba/Úhrada za výkon

– poskytovatel je odměňován za každou jednotlivou službu podle seznamu hrazených výkonů. Slabinou platby za výkon je motivace poskytovatelů k provádění nadbytečných zdravotnických služeb.

Podpora zdraví

– proces, který umožňuje jednotlivcům i celým společenstvím zvyšovat kontrolu nad determinantami zdraví a tím i zlepšovat jejich zdraví. Jde o vyvíjející se systém, zaměřený na úpravu životního stylu i ostatních sociálních, ekonomických, environmentálních i osobních faktorů působících na zdraví.
Podpora zdraví se v současné době přes své těsné vztahy k veřejnému zdravotnictví stává samostatným oborem, zaměřeným především na: (1) vliv procesu tvorby vybraných veřejných politik, (2) prevenci a (3) vzdělávání.
Vývoj konceptuálních přístupů v oblasti podpory zdraví je možné sledovat prostřednictvím aktivit Světové zdravotnické organizace a národních programů zdraví jednotlivých členských států SZO.
Vývoj veřejné diskuse na mezinárodním fóru lze v této oblasti sledovat prostřednictvím závěrů několika konferencí, zaměřených na oblast podpory zdraví: Alma-Ata (1978), Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundswall (1991), Edinburgh (1998) a Jakarta (1997).

Pojištění

– způsob, kterým jedinec zmenšuje riziko nahodilých finančních výdajů sdružováním velkého počtu stejným rizikem ohrožených jedinců. Jde tedy obecně o způsob řízení rizika. **Soukromé zdravotní pojištění** – pojištěnec se účastní pojištění dobrovolně, pojistné se stanovuje na základě rizika výskytu nemocnic v závislosti na jeho zdravotním stavu a věku. Soukromé pojištění nabízí pojištěnci různé programy podle míry jeho schopnosti hradit míru rizika nákladů na léčení nemoci. Snadno tak může dojít k situaci, kdy pojištěnec není dostatečně pojištěn a nemá možnost si např. hradit nákladnou léčbu (např. onkologická onemocnění). Systém dobrovolného komerčního pojištění bez současně existujícího povinného zákonného pojištění vede snadno k situaci, kdy může být významná část populace daného státu bez pojištění nebo nedostatečně pojištěná (příklad USA). **Pojištění veřejné, všeobecné, zákonné či sociální** – pojištěnec se účastní pojištění povinně, pojistné se stanovuje na základě výše příjmu. Toto pojištění je vytvořeno na principu solidarity a plní tak současně vedle pojištění výskytu nemoci o sociální funkci cestou solidarity osob s vyššími příjmy s osobami s příjmy menšími nebo bez vlastních příjmů. Rozsah poskytované péče je vymezen zákonem v návaznosti na lidská práva stanovená ústavním právem.
Potřeba zdravotnických služeb – je primárním faktorem determinujícím jejich spotřebu. Vedle objektivně stanovené diagnózy (nemocnost) jsou pro hodnocení potřeby zdravotnických služeb používány proměnné jako celkový pocit zdraví, výskyt příznaků, schopnost realizace určitých aktivit (fyzické, sociální, pracovní, emoční).
Vedle pojmu potřeby zdravotnických služeb je zapotřebí rozlišovat také pojem **potřeby zdraví.** Rozlišení potřeby zdraví a potřeby zdravotnických služeb je založeno na konceptu determinant zdravotního stavu. Za těchto okolností jsou zdravotnické služby pouze jednou z determinant a potřeba zdraví se pak vedle zdravotnických služeb dotýká socioekonomických a kulturních faktorů (životní styl, životní prostředí), ale také kvality genetické informace daného jedince. Jeden ze způsobů definice potřeby zdraví uvádí: „potřeba zdraví nastává u lidí, kterým přináší určitá konkrétní intervence užitek za podmínky přijatelné ceny a přijatelného rizika“.

Poněkud obecnější definice Culyera a Wagstaffa (1991) o potřebě zdravotní péče uvádí, že o této potřebě můžeme hovořit tak dlouho, dokud je poskytován pozitivní užitek. Z ekonomické reality vyplývá celá řada omezení s nutností stanovit priority poskytovaných služeb. Hodnocení potřeby zdravotnických služeb je odvozováno od celé řady objektivních ukazatelů (demografie, nemocnost, spotřeba), ale dochází k němu také při zcela odlišných situacích (hodnocení potřeb populace, potřeb jedince). Nelze se obejít také bez informovanosti o užitku (měření výsledků), které zdravotnické služby přináší. Důležitým předpokladem je úsilí, které vede k překonání informační asymetrie ve vztahu pacient-lékař. To znamená, že potřeba zdravotnických služeb může být adekvátně naplněna za situace, kdy jsou dostupné vhodné informace a nejsou účelově zkreslovány (např. komerční důvody, nabídkou vyvolaná poptávka). Tyto poruchy je nutné vyvažovat ochranou zájmů a práv pacientů.

Právnické osoby veřejného práva a právnické osoby soukromého práva

V podmínkách kontinentálního systému práva jsou diference mezi pojetím právnických osob veřejného práva a právnických osob soukromého práva založeny zpravidla na pozici veřejného prvku ve vztahu k těmto právnickým osobám. Z tohoto hlediska bývají zdůrazňovány následující odlišnosti:

- Soukromá či veřejná iniciativa, na základě které vzniká právnická osoba určitého typu.
- Vznik právnické osoby veřejného práva zákonem, resp. jiným individuálním aktem veřejné moci právnických osob soukromého práva soukromoprávním úkonem, který je případně doplněn v závislosti na typu ingerence zákonodárce do vzniku právnických osob veřejnoprávním aktem schvalovacím, registračním, apod.
- Dispozice veřejnoprávními oprávněními, které náležejí právnické osobě veřejného práva, či absence veřejnoprávních pravomocí, kterou je charakterizována právnická osoba soukromého práva.
- Z hlediska dispozice veřejnými či soukromými fondy, resp. z hlediska možné vazby na veřejné finance.

Právo soukromé

Dělení práva na soukromé a veřejné zdůvodňované tzv. zájmovou teorií vycházející z římského právníka Ulpiana, že se týká zájmů jednotlivých osob a veřejné právo zájmů státu, v soudobém z více důvodu neobstojí. Jedná se zejména o koncepci lidských práv a dělby moci, která v recentním právu ovlivňuje zdůvodnění této distinkce. V současnosti je uplatňována zejména teorie organická, podle níž veřejnoprávní povahu mají právní vztahy a regulující právní normy, v nichž jedním z právních subjektů je orgán veřejné moci, který na základě zákona a v jeho mezích rozhoduje o právních povinnostech fyzických a právnických osob. Ostatní právní vztahy a právní normy mají soukromoprávní charakter. Soukromoprávní norma se vyznačuje rozsáhlým používáním dispozitivních právních norem, smluvní autonomií právních subjektů atd., což se projevuje i v řešení konfliktů mezi nimi zpravidla třetím subjektem (orgánem veřejné moci) opět na základě zásady dispoziční. Soukromoprávní vztahy mají převážně majetkový charakter a z tohoto pohledu se sem tradičně řadí občanské, obchodní, rodinné, pracovní a také mezinárodní soukromé a obchodní právo.

Právo veřejné

V kontinentálním typu právní kultury jedno ze dvou velkých právních odvětví, opak práva soukromého. Veřejnoprávní metoda se vyznačuje používáním výlučně kogentních právních norem, nerovným postavením právních subjektů a uplatněním zásahů oficiality a legality. Mezi právními odvětvími považovanými za veřejnoprávní (zejména ústavní, správní a trestní právo, jakož i finanční právo a právo sociálního zabezpečení) jsou distinkce větší než v obdobném dělení práva soukromého. Veřejnoprávní charakter mají vždy odvětví práva procesního; soukromoprávní charakter hmotného práva občanského, obchodního, rodinného a pracovního však ovlivňuje i občanské soudní řízení (Hendrych a spol., 2003).

Právo veřejnosti

Nemocnice veřejné jsou ústavy léčebné, jimž bylo uděleno právo veřejnosti, a které na základě tohoto práva veřejnosti přijímají osoby stižené nemocí zhojitelnou, bez ohledu na jejich příslušnost, vyznání a platební schopnost, a poskytují jim po dobu nemoci lékařskou službu a plné ošetření.
Budiž připomenuto, že není nároku na udělení práva veřejnosti, nýbrž, že úřady rozhodující postupují dle volného uvážení. Ovšem žadatelé za udělení práva veřejnosti musí předložiti průkazy o tom, že jsou splněny určité podmínky pro udělení práva veřejnosti (potřeba veřejné nemocnice, vhodnost budov nemocničních, úhrada všech výloh zřizovacích a zařizovacích zakladatelem ústavu, možnost přijímati nemocné bez ohledu na příslušnost atd.). (Slovník veřejného práva Československého, II/918. Eurolex Bohemia 2000). Tato citace je zde uvedena jako podklad pro diskusi pojmu právo veřejnosti, které je udělováno např. v sousedním Rakousku nemocnicím, jež jsou součástí veřejných zdravotnických služeb a jimi poskytované veřejné služby jsou tedy hrazeny z veřejných prostředků. Z uvedené definice pojmu právo veřejnosti zejména vyplývá vazba na splnění definovaných požadavků z hlediska kvality („určitých podmínek“) poskytovaných služeb. Právnímu institutu práva veřejnosti by tedy bylo vhodné věnovat pozornost z hlediska dalšího vývoje českého zdravotnického práva.

Prevence

Prevence – V nejširším slova smyslu předcházení nějakým (zpravidla škodlivým) vlivům. Nejčastěji se pojem používá ve vztahu k poruchám zdraví jedinců a populací, kde je prevence souborem činností, které vedou k zabránění vzniku nemocí, vad, zranění a jejich následků a pomáhají udržet optimální stav zdraví, posilovat je a rozvíjet.

Prevence chorob – Opatření, která vedou nejen k prevenci výskytu chorob, jako je imunizace nebo kontrola vývoje choroby nebo aktivity zaměřené proti kouření, ale také zastavení postupující choroby a oslabení jejích důsledků poté, co došlo ke stabilizaci stavu.

Prevence primární – Zaměřená jednak obecně, nespecif. na posilování zdraví s očekáváním, že se tak zesílí i obranyschopnost jedince a sníží potenciální výskyt poruch zdraví, jednak na specif. nebezpečí, což je nazýváno profylaxí snižující riziko výskytu poruchy (očkování, fluorizace vody apod.).

Prevence sekundární – Orientovaná na včasné vyhledávání latentních stadií nemocí či rizikových osob s cílem předejít rozvoji onemocnění, komplikacím, chronicitě apod. a při které se používá depistáž, což jsou techniky a metody cílené k diagnostikování nemoci ve fázi prepatogeneze a subklinických projevů, kdy je porucha ještě reverzibilní.

Prevence terciární – Je srovnávána s termínem zdravotní rehabilitace, tedy s obnovením fyzických, psych. a soc. funkcí člověka. Synonymem terciární prevence je také pojem dispenzarizace, tj. zdravotní péče, jejímž cílem je udržet nebo zlepšit zdravotní stav již nemocného jedince. Dispenzarizace se týká zejména chronických nemocí nebo vrozených poruch. Dispenzární péče má značný význam v oblasti péče o starší populaci.

Primární péče

je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky, a to jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, diagnostikou, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejblíže sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby.

Řízení rozhraní

(Aj. Interface management, Nj. Schnittstellenmanagement) – souhrnný pojem označující procesy řízení vztahů mezi jednotlivými segmenty zdravotnického systému i jeho návaznost na další oblasti (např. sociální). Zvládnutí řízení rozhranní je základní podmínkou pro realizaci integrovaného zdravotnického systému a efektivně fungujícího zdravotnického systému obecně.

Sociální vyloučení

Jedinec je sociálně vyloučený, jestliže nemůže participovat na klíčových aktivitách společnosti ve které žije. Sociální vyloučení neznamená, že práva neexistují nebo nejsou garantována, ale že na nich jedinec nemůže participovat, přes jejich existenci a garanci. Tam, kde představuje solidarita významnou společenskou hodnotu, představuje existence skupin sociálně vyloučených závažné ohrožení hodnot na kterých je společnost budována.

Společenský problém

– sociální stav nebo situace, o níž se určitá skupina lidí nebo sami zúčastnění domnívají, že vyžaduje řešení, obvykle prostředky vnějšího institucionalizovaného zásahu. Tři odlišné přístupy k vymezení a pojetí společenského problému: (1)pojetí objektivní pokládá za společenský problém takové stavy nebo takové druhy chování, které komplikují dosahování společenských cílů, poškozují plynulé fungování společnosti a narušují sociální rovnováhu, (2) pojetí subjektivní – společenským problémem je to, co je za problém pokládáno (označeno) samotnými aktéry, (3) kombinace objektivního a subjektivního pojetí – kombinace obou pohledů, společenským problémem je sociální stav, který značná část společnosti pokládá za narušení norem nebo za zásah do hodnot, jimž je přisuzován zvláštní význam.

Sociální soudržnost

je založena na ochotě jednotlivců společně kooperovat a pracovat na všech společenských úrovních pro dosažení společných cílů. Sociální soudržnost je dynamickým procesem na který působí celá řada vnějších a vnitřních faktorů.

Standardizace

Souhrn vzájemně podmíněných činností a opatření, která vedou k účelnému sjednocování opakujících se řešení, a to jak používaných, tak připravovaných k realizaci. Medicína je postavena v každém oboru na množině opakujících se modelových situací – standardizace se tedy přímo nabízí. Účelem standardizace je: (1) vybrat z používaných nebo možných řešení nejvhodnější alternativu z hlediska technicko organizačního, (2) omezovat počet různých řešení, tím přispívat ke specializaci a dosahovat tak úspory, (3) stabilizovat parametry normalizovaných předmětů a procesů, (4) stanovit a stabilizovat podmínky výrobních a jiných procesů z hlediska bezpečnosti, hygieny a kultury práce. Vedle vnitřní standardizace existuje také mezinárodní standardizace, která se díky značné složitosti a množství léčebných postupů stále více také prosazuje ve zdravotnictví, neboť není v možnostech jednoho malého státu řešit problémy spojené se standardizací (optimalizací) tisíců léčebných postupů. Faktory vynucující standardizaci:

Vnější

- Rostoucí celkové výdaje bez odpovídajících výsledků
- Tlak na veřejný sektor redukovat výdaje
- Plýtvání ve zdravotnictví, alokované zdroje nejsou optimálně využívány
- Demografické změny
- Vývoj technologií
- Např. během 10 let v ČR zdvojnásobený počet přežívajících nemocných s nádorovými nemocemi (prevalence)
- Roste frekvence výskytu nových chronických nemocí
- Roste očekávání na straně pacientů

Vnitřní

- Potřeba kontroly kvality ze strany plátců, ze strany veřejné správy
- Komplikovanost řízených procesů vyžaduje vnitřní standardy použitelné pro manažery na úrovni organizace a jejích složek
- Standardy pro účely udělení licence, registrace, bezpečnosti práce, požárních předpisů, energetického auditu, nakládání s odpady, atd.

Technologie

v oblasti péče o zdraví jsou reprezentovány léčivy, léčebnými postupy, přístrojovou technikou, novými materiály, ale také postupy v oblasti primární prevence – ovlivnění rizikových faktorů při vzniku nemocí.

Veřejná politika

je poměrně složitým procesem četných na sebe navazujících rozhodovacích kroků, jejichž předmětem je řešení společenských problémů nebo využití rozvojových příležitostí. Na přípravě politického rozhodnutí (politicky odpovědní aktéři v případě zákonodárného procesu) se podílí řada dalších aktérů nebo jejich skupin/sítí. V řadě případů je rozhodnutí delegováno také na nižší úroveň (prováděcí právní normy, decentralizace, samospráva). Výstupem rozhodnutí jsou právní normy nebo různé veřejné programy.

Jednání

lze charakterizovat jako informací určené, záměrné (volní) chování určitého subjektu (jednajícího, nositele jednání). Jednání je pojmově závislé na dvou kategoriích informací: na kognitivních informacích a na informacích praktických. Každou z těchto dvou kategorií informací lze dále dělit na různé druhy: (1) Kognitivní (popisné) informace popisují skutečnost jsou tudíž vhodné pro kognitivní orientaci jednání. Vzhledem k této (orientační) funkci je lze dělit na informace situační, informace o příčinných vztazích, informace o programech jednání, o způsobech řešení nějakého úkolu nebo informace o postupu, jímž může být něčeho dosaženo (technologické poznatky). Informace o situaci jsou pro jednání nezbytné. Jednající musí být informován o prostředí, do něhož zasahuje a o zdrojích, které má k dispozici. (2) Charakteristickým rysem praktické informace je její funkce, tj. určování rozhodnutí na základě volby. Praktické informace jsou závislé na určitém, jednajícím subjektu, vlastním postoji. Vyjadřují hodnotící stanoviska. Rozlišujeme tyto tři druhy: teleologické informace, vyjadřující účely a určující cíle jednání; normativní informace, vyjadřující mětí nebo dovednost, případně pravidla určující za jakých podmínek jistý způsob chování (druh jednání) má být nebo může být; hodnotící informace vyjadřují hodnocení určitých předmětů nebo stavů.

Veřejný zájem

Charakteristické znaky veřejného zájmu:

- Veřejný zájem se týká zajištění a rozdělování veřejných statků, které jsou dostupné všem (základní a střední vzdělání, obrana státu, bezpečnost, zdravotnické služby), spotřebovávají je buď všichni nebo jen někteří
- Příčiny existence/vzniku: nutnost spolupráce při řešení existujících potřeb a rozvojových příležitostí (obrana, doprava, voda/odpad, nemoci, chudoba, veřejné projekty)
- Závislost na stupni společenského rozvoje (proměny spektra v čase: starověk, průmyslová revoluce, moderní společnost)
- Segmentace, kategorizace (složitost, nutnost členění na resorty: vzdělání, výzkum, zdraví, obrana, spravedlnost, průmysl, zemědělství, životní prostředí)
- Časové vymezení (krátkodobé, dlouhodobé, střednědobé)
- Nejsou jen záležitostí veřejných organizací, mohou být formulovány i jedinci

Pojem veřejný zájem vyjadřuje:

- Potřeby, jež se týkají větších společenských kategorií (skupin či celé společnosti).
- Hodnoty, na jejichž uskutečnění společnost aspiruje.
- Obranu před ohrožením těchto potřeb a hodnot.

Zdravotní politika

– soubor rozhodnutí nebo závazků ke sledování určitých postupů zaměřených na dosažení definovaných cílů a úkolů v zájmu zlepšení zdraví.

Výstupem rozhodnutí jsou právní normy nebo různé veřejné programy (fáze tvorby zdravotní politiky), které jsou následně v praxi realizovány.

Nutnou součástí procesu tvorby a realizace zdravotní politiky (politického procesu) je hodnocení dosažených výsledků.

Příloha 1: Ljublanská Charta

KONFERENCE WHO O REFORMĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE V EVROPĚ LUBLAŇ, SLOVINSKO, 17. – 20. ČERVNA 1996

Lublaňská charta o reformě zdravotní péče

18. června 1996, Evropská regionální úřadovna WHO

PREAMBULE

1. Účelem této charty je artikulovat jak principy, které jsou nedělitelnou částí současných systémů zdravotnictví, tak principy, které by mohly ve všech členských státech evropského regionu SZO tuto péči zlepšit. Tyto principy vycházejí ze zkušeností zemí, které usilují o reformu svého zdravotnictví, a z těch cílů evropské strategie Zdraví pro všechny, které se vztahují ke zdravotnickém systémům.

2. Tato charta se obrací k reformě zdravotních systémů v kontextu, který je specifický pro Evropu a současně vychází z principu, že zdravotní péče má především vést ke zlepšení zdraví a kvality života lidí.

3. Zlepšení zdravotního stavu populace je indikátorem vývoje společnosti. Jakkoliv jsou zdravotní služby důležité, nejsou jediným sektorem, který by výlučně ovlivňoval lidskou pohodu: také jiné sektory musí přispět ke zdraví a nést za něj odpovědnost, a proto jejich vzájemná propojenost je při reformě zdravotnictví naprosto nezbytná.

4. Uznávajíce tyto zásady, zavazují se ministři zdravotnictví či jejich reprezentanti z členských států evropského regionu SZO (účastníci lublaňské konference) podporovat dále uvedené principy a vyzývají jak všechny občany, tak naléhají na vlády, instituce a veškerá společenství, aby se k tomuto úsilí připojili. Dále žádají, aby evropská regionální úřadovna SZO vyvíjela potřebnou činnost na podporu členských států v jejich úsilí naplnit tyto principy.

ZÁKLADNÍ PRINCIPY

5. V evropském kontextu zdravotní systémy musí být:

5.1 Vedeny hodnotami

Reforma zdravotnictví musí být vedena zásadami lidské důstojnosti, spravedlnosti, solidarity a odborné etiky.

5.2 Zaměřeny na zdraví

Reforma zdravotnictví by vždy měla mít jasně formulované cíle v přínosu pro zdraví. Ochrana a podpora zdraví musí být prvním zájmem celé společnosti.

5.3 Zaměřeny na lidi

Reforma zdravotnictví musí být obrácena k potřebám lidí a demokratickým způsobem musí vzít v úvahu jejich očekávání v oblasti zdraví a zdravotní péče. Reforma by měla zajistit, aby občané mohli rozhodujícím způsobem ovlivnit zdravotnický systém a jeho činnost. Občané ovšem musí přijmout svou odpovědnost za své vlastní zdraví.

5.4 Zaměřeny na kvalitu

Reforma zdravotnictví musí vždy usilovat o neustálé zlepšování kvality zdravotní péče i hospodárnosti jejího poskytování a k tomu cíli musí obsahovat jasně vyjádřenou strategii.

5.5 Založeny na solidním financování

Financování zdravotních systémů by mělo umožnit, aby péče byla poskytována trvale všem občanům. To znamená univerzální pokrytí celé populace a spravedlivý přístup všech lidí k nezbytné péči. To na druhé straně vyžaduje efektivní využívání zdrojů pro zdravotní péči. Aby byla zajištěna solidarita, vlády musí hrát rozhodující roli při regulaci financování zdravotnických systémů.

5.6 Orientovány na primární péči

Reforma vycházející ze základních úvah o primární péči by měla zajistit, aby zdravotní služby na všech úrovních ochraňovaly a podporovaly zdraví, zlepšovaly kvalitu života, předcházely chorobám a léčily je, rehabilitovaly pacienty a poskytovaly péči trpícím a nevyléčitelně nemocným. Reforma by měla posílit společné rozhodování pacienta a poskytovatele péče a napomáhat úplnosti a nepřetržitosti péče ve specifickém prostředí té které kultury.

PRINCIPY ŘÍZENÍ ZMĚN

6. Má-li být změna systému řízena efektivně, hrají dále uvedené principy klíčovou roli

6.1 Rozvoj postoje ke zdraví

6.1.1 Reforma zdravotnictví musí probíhat jako nedílná část celkové politiky zdraví pro všechny, která je v souladu se sociálně ekonomickými podmínkami dané země. Vývoj prostoje vůči zdraví musí být založen na širokém souhlasu všech důležitých sociálních činitelů.

6.1.2 Jak rozhodnutí o základním směru, tak i řídící a technická rozhodnutí o vývoji zdravotnického systému by měla být založena na všech dostupných údajích. Reforma musí být průběžně monitorována a vyhodnocována způsobem, který je srozumitelný veřejnosti.

6.1.3 Vlády musí upozorňovat na hodnotové aspekty a překládat je veřejné debatě a dbát o spravedlivé rozdělování zdrojů a o rovnoprávný přístup ke zdravotním službám. Vlády se též musí ujmou legislativní a regulační iniciativy. Kdekoliv je vhodné uplatnit tržní mechanismus, vlády musí podporovat konkurenci, a to jak v oblasti zajišťování kvality péče, tak i při využívání omezených zdrojů.

6.2 Nepřeslechnout hlasy občanů a respektovat jejich volbu

6.2.1 Hlasy občanů a jejich volbu je třeba chápat jako stejně významný příspěvek k uspořádání zdravotních služeb jako jsou rozhodnutí, k nimž se dospělo na půdě ekonomické, řídící či odborné.

6.2.2 Hlasy občanů by měly být vyslyšeny právě v otázkách po obsahu zdravotní péče, jejích smluvních úprav, kvalitě služeb ve specifickém vztahu poskytovatele péče a pacienta a v případě sestavování pořadníků na speciální úkony a při vyřizování stížností.

6.2.6 Úkon volby a výkon práv pacienta vyžaduje rozsáhlou, přesnou a včas podanou informaci, jakož i celkové vzdělání v těchto otázkách, a proto všeobecný přístup k ověřitelným informacím o výkonnosti zdravotních služeb je nezbytný.

6.3 Nacházet novou podobu poskytování zdravotní péče

6.3.1 Péče o vlastní zdraví, rodinná péče a další neformální péče, stejně tak jako činnosti nejrůznějších sociálních institucí, musí dosáhnout co nejblíže k formálním zdravotním službám. To vyžaduje nepřetržitou komunikaci a rozvoj systému informací a doporučování ke specializovaným vyšetřením.

6.3.2 Je třeba navrhovat strategie pro přesun pracovní kapacity z akutní péče v nemocnicích do sféry primární péče, do komunitní péče, do denních stacionářů a do domácí péče.

6.3.3 Regionální sítě zdravotních služeb je třeba nově uspořádat tak, aby se dosáhlo vysoké efektivnosti využití nákladů, umožnila se lepší organizace lékařských pohotovostních služeb a dosáhlo se spolupráce mezi nemocnicemi a primární péčí.

6.3.4 Neustálý rozvoj kvality zdravotní péče vyžaduje informační systémy založené na vybraných indikátorech kvality, které nejsou ovlivněny stavem rutinní práce, mají zpětný vliv na jednotlivé lékaře, sestry a ostatní poskytovatele péče.

6.4 Nově zaměřit školení pro zdravotní péči

6.4.1 Zdravotní služby vyžadují, aby se nadále věnovala větší pozornost vymezení a podpoře těm odbornostem, které mohou tvořit část multidisciplinárních týmů zdravotních systémů zítřka.

6.4.2 Potřeba základního výcviku, specializace a dalšího vzdělávání zdravotnického personálu musí být nahlížena v širších souvislostech, než je obvyklé v tradiční léčebné péči. Kvalita péče, prevence chorob a podpora zdraví by měla být nedílnou součástí výuky.

6.4.3 Je třeba napomoci iniciativám, které chtějí, aby zdravotníci měli na zřeteli kvalitu, náklady a výsledky péče. Odborné organizace a instituce financující péči by měly aktivně spolupracovat se zdravotními úřady, aby takový vývoj podpořily.

6.5 Posílit řízení

6.5.1 Je nezbytné rozvinout řadu řídících funkcí a infrastruktury veřejného zdraví, které budou pověřeny vedením a ovlivňováním celého systému tak, aby se skutečně dosáhlo žádoucích zlepšení zdraví populace.

6.5.2 Jednotlivým zdravotním zařízením by se mělo dostat co největší samostatnosti v řízení jejich zdrojů, které ovšem musí být v souladu se zásadami spravedlnosti a výkonnosti celého systému zdravotnictví.

6.5.3 Rozvoj řízení jednoznačně vyžaduje, aby byly posilovány jak schopnosti jednotlivců vést, vyjednávat a komunikovat, tak i institucionální nástroje pro hospodárnější a účinnější poskytování zdravotní péče.

6.6 Učit se ze zkušeností

6.6.1 Je třeba uvést do života národní a mezinárodní výměnu zkušeností s reformou zdraví a s podporou reformních iniciativ.

6.6.2 Tato podpora musí vycházet z důkladně vyhodnocených znalostí o reformě zdravotnictví a brát v úvahu správně pochopené národní a kulturní rozdíly.

Příloha č. 2 – Analýza vybraných ukazatelů hospodaření zdravotnického systému ČR

Obsah:

1. Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR

Tabulka č. 1: Výdaje na zdravotnictví – časové řady v mld. Kč (z hlediska subjektů a zdrojů finančního krytí) 81

2. Veřejné zdravotní pojištění

2.1 Pojištěnci

Graf č. 1: Věková struktura pojištěnců VZP a ZZP v letech 1997, 2002 a 2003 v % 82
Graf č. 2: Vývoj věkové struktury pojištěnců Hutnické ZP v roce 1997, 2001 a 2003 82
Graf č. 3: Vývoj věkové struktury pojištěnců Oborové zdravotní pojišťovny v letech 1997, 2001 a 2003 83
Graf č. 4: Vývoj věkové struktury pojištěnců Zaměstnanecké pojišťovny Škoda v letech 1997, 2001 a 2003 83
Graf č. 5: Vývoj věkové struktury pojištěnců ZP MVČR v letech 1997, 2001 a 2003 84
Graf č. 6: Vývoj věkové struktury pojištěnců Revírní bratrské pokladny v letech 1997, 2001 a 2003 84
Graf č. 7: Vývoj věkové struktury zdravotní pojišťovny Metal-Aliance v letech 1997, 2001 a 2003 85
Graf č. 8: Vývoj věkové struktury České národní zdravotní pojišťovny v letech 1997, 2001 a 2003 85
Graf č. 9: Vývoj věkové struktury Vojenské zdravotní pojišťovny v letech 1998, 2001 a 2003 86
Graf č. 10: Vývoj věkové struktury pojištěnců VZP v letech 1997, 2001 a 2003 86
Graf č. 11: Věková struktura pojištěnců zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v roce 2003 87

2.2 Příjmy zdravotních pojišťoven

Graf č. 12: Vývoj příjmů bez přerozdělení v Kč/1 pojištěnce zdravotních pojišťoven v letech 1998-2003 87
Graf č. 13: Vývoj příjmů po přerozdělení v Kč/1 pojištěnce zdravotních pojišťoven v letech 1998-2003 88

2.3 Náklady na zdravotní péči

Tabulka č. 2: Náklady zdrav. pojišťoven na zdrav. péči celkem čerpané ze ZFZP (oddíl A) v letech 1998-2003 88
Tabulka č. 3: Indexy meziročního růstu celkových nákladů ZP v letech 1998-2003 89
Tabulka č. 4: Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na 1 pojištěnce dle věkové struktury 89

Graf č. 14: Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči
na 1 pojištěnce dle věkové struktury v Kč v roce 2003 90
Tabulka č. 5: Podíly nákladů vybraných segmentů zdrav. péče v poměru
k celkovým nákladům na zdrav. péči zdravotních pojišťoven (v %) v letech 1998-2003 90
Graf č. 15: Podíly nákladů vybraných segmentů zdrav. péče v poměru
k celkovým nákladům na zdrav. péči zdravotních pojišťoven (v %) v letech 1998-2003 91

2.4 Hospodaření zdravotních pojišťoven

Tabulka č. 6: Závazky zdrav. pojišťoven po lhůtě splatnosti v letech 1998-2003 a očekávaná skut. v roce 2004 92
Graf č. 16: Závazky VZP po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým
zařízením v letech 1997-2003 a očekávaná skutečnost v roce 2004 92
Tabulka č. 7: Kumulované saldo příjmů a výdajů v hospodaření systému
veřejného zdravotního pojištění v letech 1996-2003 (v mil. Kč) 93
Graf č. 17: Kumulované saldo příjmů a výdajů v hospodaření systému
veřejného zdravotního pojištění v letech 1996-2003 (v mil. Kč) 93
Tabulka č. 8: Roční vývoj salda příjmů a výdajů v hospodaření systému
veřejného zdravotního pojištění v letech 1996-2003 (v mil. Kč) 93
Graf č. 18: Roční vývoj salda příjmů a výdajů v hospodaření systému
veřejného zdravotního pojištění v letech 1996-2003 (v mil. Kč) 94

3. Hospodaření nemocnic

Tabulka č. 9: Náklady, výnosy a hospodářský výsledek k 30.6.2004 (v mil. Kč) 94
Tabulka č. 10: Rozložení nemocnic podle dosaženého výsledku hospodaření 95
Tabulka č. 11: Struktura nákladů k 30.6.2004 (v mil. Kč) 95
Tabulka č. 12: Nákladová rentabilita nemocnic podle zřizovatele 95
Tabulka č. 13: Nákladová rentabilita v % 96
Tabulka č. 14: Pohledávky z obchodního styku 96
Tabulka č. 15: Vývoj pohledávek z obchodního styku u nemocnic jednotlivých zřizovatelů (v mil. Kč) 96
Tabulka č. 16: Závazky z obchodního styku 97
Tabulka č. 17: Závazky z obchodního styku v členění podle zřizovatele nemocnic (v mil. Kč) 97
Graf č. 19: Vývoj hospodářského výsledku rezortu zdravotnictví 98
Graf č. 20: Vývoj pohledávek a závazků z obchodního styku nemocnic rezortu zdravotnictví 98
Graf č. 21: Vývoj podílu jednotlivých nákladových položek nemocnic rezortu zdravotnictví v letech 99
Graf č. 22: Struktura nákladů nemocnic rezortu zdravotnictví k 30.6.2004 podle zřizovatele (v %) 99

4. Výdaje na léčiva

Graf č. 23: Vývoj celkových výdajů na léčiva v ČR (mld. Kč.) 100
Graf č. 24: Meziroční indexy vývoje HDP a celkových výdajů na léčiva 100

Stručná interpretace vybraných údajů o hospodaření zdravotnického systému ČR

Uvedené údaje poskytují orientační pohled na některé problémy hospodaření českého zdravotnictví a vedou také k formulaci souvisejících otázek. Podkladem pro zpracování této přílohy jsou údaje Ministerstev zdravotnictví a financí a Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Uspořádání údajů sleduje logiku pohledu přes celkové výdaje zdravotnictví, systému zdravotního pojištění, nemocnic a léčiv. Je zde tedy zachycen celek a jeho základní komponenty. Vztah vývoje výdajů k HDP je součásti tabulky s celkovými výdaji. Z metodického a datového hlediska je nutné zdůraznit, že ČR nemá k dispozici údaje o celkových výdajích v plném rozsahu, neboť není zahrnuta celá část, kterou lze označit pojmem šedá ekonomika. Jde o vztahy mezi pacienty a poskytovateli zdravotnických služeb při úhradách služeb, které nejsou zatím promítnuty do statistických ukazatelů. V ČR zatím nebyla objektivizace této části výdajů provedena. V sousedním Polsku bylo zjištěno, že se šedá ekonomika podílí na celkových výdajích na zdravotnictví až 30%. Pro ČR můžeme například uvažovat o tomto podílu ve výši 10 až 20% celkových výdajů, což by představovalo v roce 2004 18-36 mld. Kč. Podíl celkových výdajů na zdravotnictví by se pak pohyboval v rozmezí 7,3 až 8,0%.

Údaje o hospodaření veřejného zdravotního pojištění jsou doplněny v grafech č. 1 až 11 informací o věkové struktuře pojištěnců a srovnání mezi jednotlivými pojišťovnami. Jde o zásadní informaci a to zejména v grafu č. 1, z kterého vyplývá rozdíl v počtu pojištěnců vyšších věkových skupin mezi VZP a ZZP. I přes tradovaná sdělení o přesunu pojištěnců od ZZP k VZP zůstává u VZP výrazně vysoký podíl pojištěnců vyšších věkových skupin. To samozřejmě při existenci nespravedlivého systému přerozdělení příjmů pojišťoven znamená pro VZP výrazné roční ztráty, které lze hodnotit jako jednu ze základních příčin jejího problémového hospodaření.

Průměrné celkové náklady zdravotních pojišťoven na jednoho pojištěnce se přiblížily. Rozdíly jsou patrné pouze ve vyšších věkových skupinách. V členění na jednotlivé segmenty zdravotnických služeb však existují významné rozdíly mezi ZZP a VZP v podílu nákladů na ústavní a ambulantní služby. U ZZP je vyšší % podíl na ambulantní služby a nižší na ústavní péči. V případě VZP je tomu naopak. Příčiny tohoto rozdílu mohou spočívat v jiné strategii ZZP, které se snaží získávat ve spolupráci s ambulantními lékaři pojištěnce, a proto vynakládají více prostředků na tuto oblast. Zároveň je poukazováno ze strany nemocnic na skutečnost, že ZZP hradí za stejnou nemocniční péči méně než VZP. Na další rozdíly v této oblasti upozorňují některá zatím jen ústní sdělení o rozdílech struktury pojištěnců mezi ZZP a VZP z hlediska jejich nemocnosti a tedy i ve spotřebě a nákladovosti.

Dalšími významnými údaji jsou v tab. 7 a 8 a grafech č. 17 a 18 údaje o rozdílech příjmů a výdajů (saldo) zdravotních pojišťoven ve druhé polovině 90. let. V tomto období došlo u ZZP k pozitivnímu saldu ve výši kolem 7 mld. Kč (nejsou zahrnuta předchozí období). V případě VZP pak došlo z pochopitelných důvodů nespravedlivého přerozdělení příjmů k zrcadlovým negativním saldům. V posledních letech udávají ZZP, že již k tvorbě pozitivního salda nedochází. Avšak výše jejich negativního salda v posledních třech letech dosahuje celkem výše 1 mld., takže lze uvěřit, že přebytek těchto pojišťoven by se měl na jejich účtech pohybovat ve výši minimálně kolem 6 mld. Kč. Jistě nepotřebuje dalšího komentáře.

Signalizací zásadního problému je tab. 6 a související graf č. 16, který dokumentuje skutečnost výše závazků po lhůtě splatnosti vůči poskytovatelům zdravotnických služeb. Očekávaná výše těchto závazků VZP je koncem roku 2004 8,5 mld. Největší absurditou ovšem je, že tato výše závazků po lhůtě splatnosti byla schválena ve zdravotně pojistném plánu VZP na rok 2004. Vzniká tak otázka, jak k tomuto rozhodnutí došlo?

V oblasti hospodaření nemocnic došlo k vyrovnanějšímu stavu v důsledku štědré dotace (3 mld. Kč) státu koncem roku 2003 a odkupu pohledávek u plátců pojistného Českou konsolidační agenturou počátkem roku 2004 ve výši dalších cca 3 mld. Kč. Zrcadlovým důsledkem závazků VZP u nemocnic po lhůtě splatnosti jsou pak pohledávky nemocnic u VZP.

Posledním okruhem informací je upozornění na dynamiku vývoje celkových výdajů na léčiva. Zejména problémovou skutečností je meziroční tempo růstu, které od roku 2001 převyšuje možný ekonomický rámec růstu HDP a lze jej tedy vnímat jako vážný problém.

Uvedené orientační údaje jsou jenom velice skromným výběrem, který koresponduje s omezenými možnostmi statistických šetření a výzkumu v této oblasti. Nedostatečné využití těchto nástrojů informací lze považovat za jednu z příčin stavu bilanční nevyváženosti financování českého zdravotnictví. Chudost těchto údajů je příčinou potřebných zpětných vazeb a podkladů pro rozhodovací procesy, které se tak pohybují v pásmu značné míry neurčitosti. Paradoxem ovšem je, že v praxi nejsou využívána bohužel ani dostupná data (viz např. pojistné plánování, investiční politika, léková politika, hospodaření nemocnic).

1. Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR

Tabulka č. 1: Výdaje na zdravotnictví – časové řady v mld. Kč (z hlediska subjektů a zdrojů finančního krytí)

		1991 skut.	1992 skut.	1993 skut.	1994 skut.	1995 skut.	1996 skut.	1997 skut.	1998 skut.	1999 skut.	2000 skut.	2001 skut.	2002 skut.	2003 skut.	2004 predikce
1	Celkové výdaje (4+5+6+7+8)	40,3	46,5	72,8	89,6	102,3	112,2	121,5	130,6	136,2	142,4	159,9	166,7	177,9	182,5
2	Výdaje bez plateb v hotovosti občanů (1-8)	39,0	44,4	69,0	84,2	94,9	103,9	111,6	120,0	125,0	130,4	146,2	156,0	164,2	168,5
3	Výdaje ze státního rozpočtu	13,7	38,8	29,4	28,9	30,0	31,5	35,2	39,8	44,1	43,7	50,7	55,9	63,9	58,9
3.1.	v tom: Kapitola Ministerstva zdravotnictví	12,9	38,0	6,6	7,7	7,8	6,2	5,6	6,0	5,9	5,6	5,3	6,4	10,3	9,1
3.1.1.	• • z toho dotace na regonální zdravotnictví (inv. programy)													3,6	1,8
3.2.	• Kapitola Okresní úřady					0	0	0	0	0	0	6,4	7,5	0,0	0,0
3.3.	• Ostatní rozpočtové kap. (MO,MV,MŠMT aj.)	0,8	0,8	0,9	1,0	1,4	0,9	0,8	1,5	1,2	1,1	1,2	1,6	1,6	1,7
3.4.	• Kapitola Všeobecná pokladní správa	0,0	0,0	18,2	15,5	15,2	18,0	22,1	25,6	29,9	29,8	29,2	31,1	37,8	36,8
3.4.1.	• • v tom: Platba pojistného za nevýděl.činné pojištěnce	0,0	0,0	16,0	14,3	13,3	16,4	18,3	23,5	27,4	27,5	29,0	30,6	32,3	33,4
3.4.2.	• • Jiné dotace a n. fin. výpomoci do zdr.pojištění	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3.4.3.	• • Ostatní přímé i nepřímé výdaje do zdravotnictví			0,0	0,0	0,4	0,1	1,1	0,3	0,6	0,1	0,1	0,5	0,2	0,1
3.5.	• Dotace do územních rozpočtů *)			1,2	1,2	1,5	1,5	2,2	1,7	1,9	2,2	0,1	0,0	5,3	3,3
	v tom: účelové zdrav. zařízením obcí												0,03	0,03	0,03
	převod zřiz. funkcí z MZ a OkÚ na kraje a obce													2,4	2,6
	mimořádná dotace krajům dle usn.vlády č. 1153/2003													2,9	0,7
3.6.	• Pojistné zdravotního pojištění za státní zaměstnance	0,0	0,0	3,7	4,7	5,6	6,4	6,7	6,7	7,1	7,2	8,6	9,3	9,5	9,5
3.7.	• Splacení ručitelského závazku jistiny úvěrů FNMotol a VFN													1,1	0,0
	Podíl 3 na celkových výdajích na zdravotnictví v %	34,0	83,4	40,4	32,3	29,3	28,1	29,0	30,5	32,4	30,7	31,7	33,6	35,9	32,3
4	Přímé výdaje ze st. rozpočtu (očištěné o přesuny do jiných VR)	13,7	38,8	7,5	8,7	9,6	7,2	7,5	7,8	7,7	6,8	13,0	16,0	9,6	9,1
	Podíl 4 na celkových výdajích na zdravotnictví v %	34,0	83,4	10,3	9,7	9,4	6,4	6,2	6,0	5,7	4,8	8,1	9,6	5,4	5,0
	Výdaje z rozpočtů samospráv (krajů a obcí***)	25,3	5,6	6,4	6,1	7,3	6,5	5,9	5,8	7,2	8,1	2,3	2,7	12,4	10,4
5	Výdaje z rozpočtů samospráv (očištěné o přesuny ze SR)												2,7	7,1	7,0
	Podíl 5 na celkových výdajích na zdravotnictví v %	62,8	12,0	8,8	6,8	7,1	5,8	4,9	4,4	5,3	5,7	1,4	1,6	4,0	3,8
6	Výdaje v systému zdravotních pojišťoven	0,0	0,0	55,1	69,4	78,0	89,9	97,3	105,8	110,0	115,5	130,9	137,3	147,5	152,4
6.1.	• v tom: Výdaje na věcné dávky zdravotní péče			52,3	65,5	74,1	86,1	92,9	101,5	106,4	111,4	126,7	132,5	142,2	146,6
6.2.	• Provozní výdaje (běžné i kapitálové)			2,8	3,9	3,9	3,8	4,4	4,3	3,6	4,1	4,2	4,8	5,3	5,8
	Podíl 6 na celkových výdajích na zdravotnictví v %	0,0	0,0	75,7	77,5	76,2	80,1	80,1	81,0	80,8	81,1	81,9	82,4	82,9	83,5
7	Odkup pohledávek zdrav. zařízení za likvid. ZP						0,3	0,9	0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	2,1	0,9
	Podíl 7 na celkových výdajích na zdravotnictví v %						0,3	0,7	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	1,2	0,5
8	Platby v hotovosti občanů (tzv.spoluúčast) **)	1,3	2,1	3,8	5,4	7,4	8,3	9,9	10,6	11,2	12,0	13,7	10,7	13,7	14,0
	Podíl 8 na celkových výdajích na zdravotnictví v %	3,2	4,5	5,2	6,0	7,2	7,4	8,1	8,1	8,2	8,4	8,6	6,4	7,7	7,7
9	Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v %	5,4	5,5	7,3	7,6	7,4	7,2	7,2	7,1	7,2	6,6	6,9	6,9	7,0	6,7
10	Výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele v Kč	3911	4507	7047	8669	9902	10877	11792	12686	13244	13886	15647	16336	17424	17855
	Počet obyvatel – průměr roku (z koncových stavů)	**10305**	**10318**	**10331**	**10336**	**10331**	**10315**	**10304**	**10290**	**10278**	**10266**	**10 224**	**10203**	**10211**	
	HDP v b. c. v mld. Kč	**753,8**	**842,6**	**1020,3**	**1182,8**	**1381,0**	**1567,0**	**1679,9**	**1839,1**	**1902,3**	**2146,2**	**2323,1**	**2408,4**	**2532,4**	**2735**

*) ***do roku 2000:*** *dotace ze st. rozpočtu do územních rozpočtů – okresních úřadů a obcí, od roku 2001: dotace ze st. rozpočtu do rozpočtů obcí,*
v letech 2001 a 2002 *rozpočty OkÚ=samostatná kapitola státního rozpočtu, dotace jen do rozpočtu obcí*
od roku 2003 *dotace do rozpočtu krajů a obcí*

**) *jaké budou v roce 2004 autonomní výdaje z rozpočtů krajů a obcí (nad rámec zdrojů z dotací ze státního rozpočtu) nelze spolehlivě odhadnout uvádí se proto odhadovaná úroveň výdajů v roce 2003+ souhrnná dotace na zřiz. funkce převáděné na kraje + dotace z kap. M+B17Z*

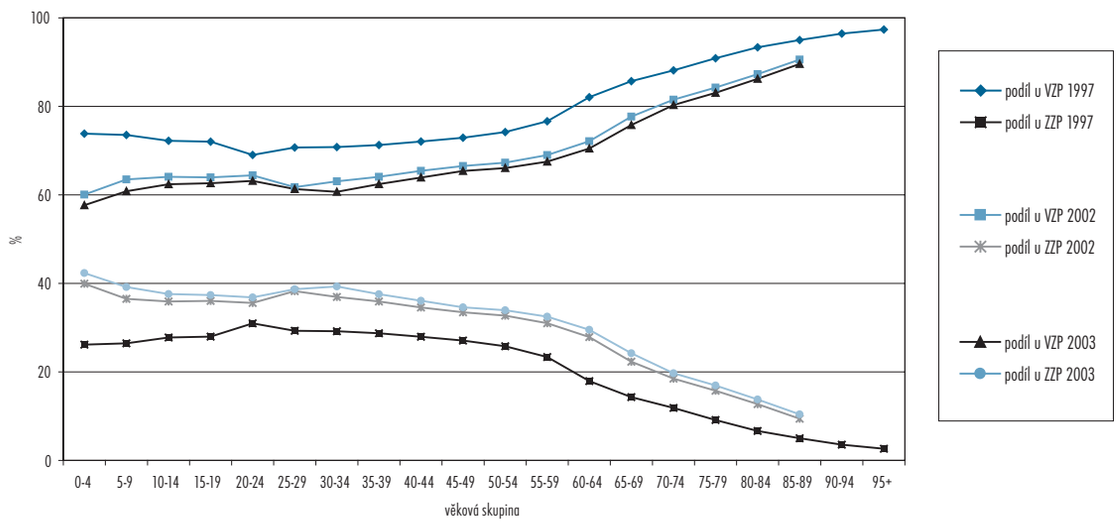
***) *odhady výdajů z výsledků výběrových statistických šetření rodinných účtů*

počet obyvatel – průměr roku (z koncových stavů)	*10305*	*10318*	*10331*	*10336*	*10331*	*10315*	*10304*	***10290***
HDP v b.c.	*749,6*	*846,8*	*1002,3*	*1182,8*	*1381,1*	*1567*	*1679,9*	

2. Veřejné zdravotní pojištění

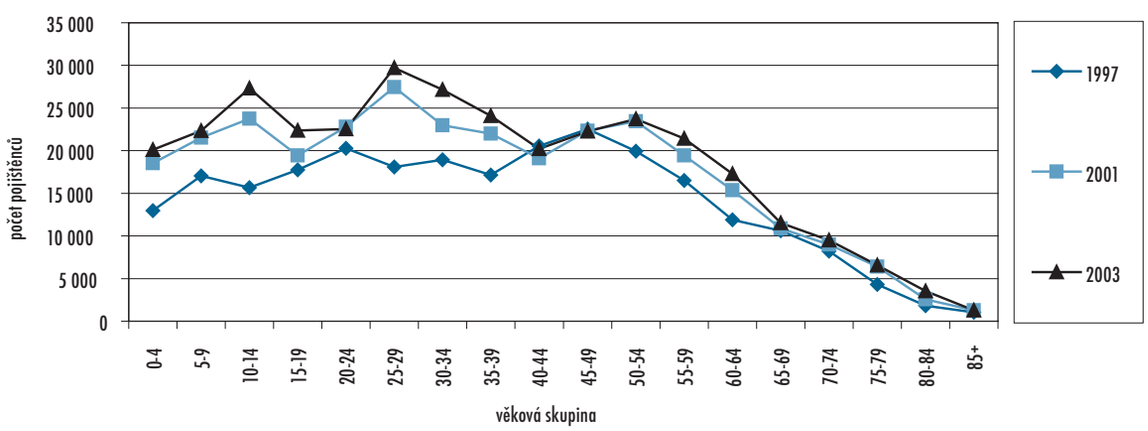
2.1 POJIŠTĚNCI

Graf č. 1: Věková struktura pojištěnců VZP a ZZP v letech 1997, 2002 a 2003 v %



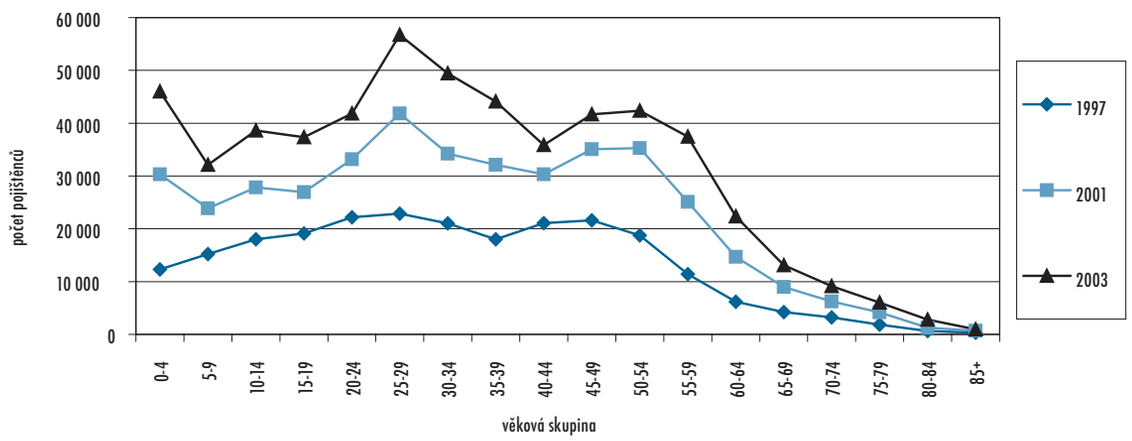
Zdroj: *Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet*

Graf č. 2: Vývoj věkové struktury pojištěnců Hutnické zaměstnanecké pojišťovny v roce 1997, 2001 a 2003



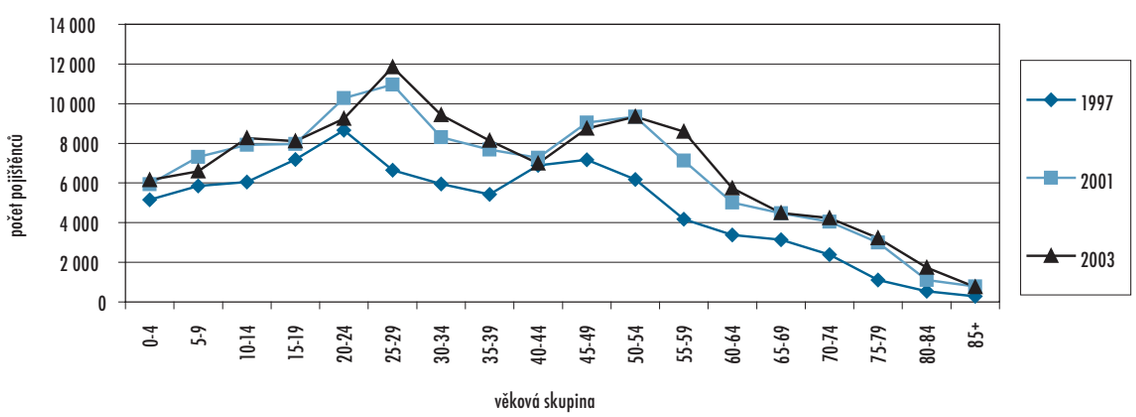
Zdroj: *Výroční zprávy HZP za roky 1998, 2001 a 2003*

Graf č. 3: Vývoj věkové struktury pojištěnců Oborové zdravotní pojišťovny v letech 1997, 2001 a 2003



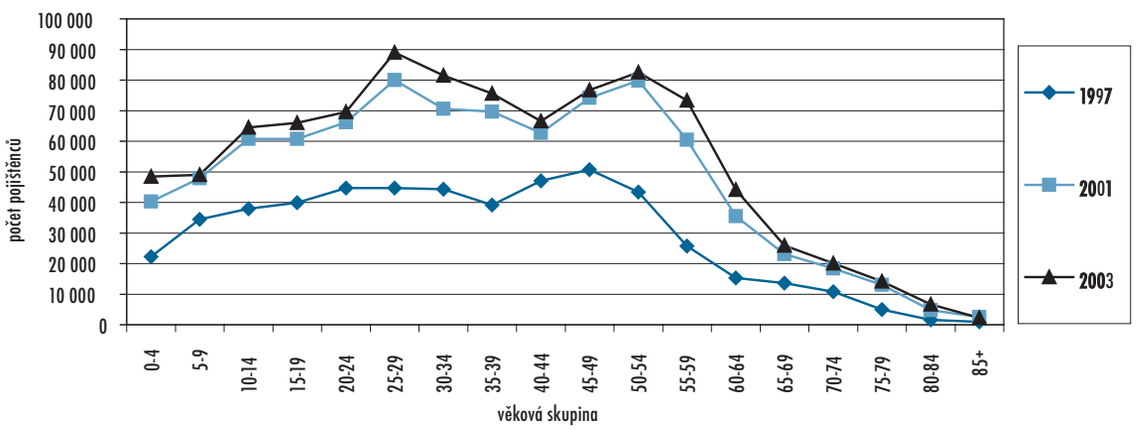
Zdroj: Výroční zprávy OZP za roky 1998, 2001 a 2003

Graf č. 4: Vývoj věkové struktury pojištěnců Zaměstnanecké pojišťovny Škoda v letech 1997, 2001 a 2003



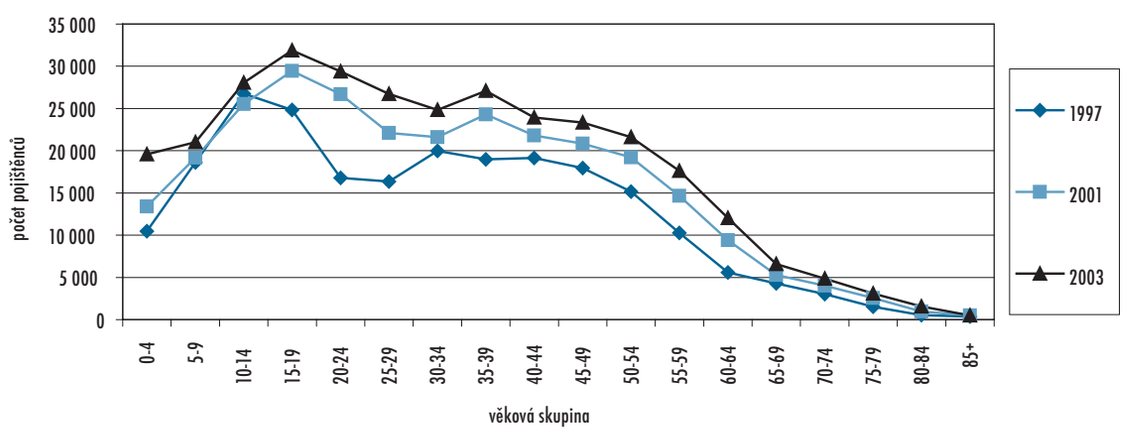
Zdroj: Výroční zprávy ZPŠ za roky 1998,2001 a 2003

Graf č. 5: Vývoj věkové struktury pojištěnců ZP MVČR v letech 1997, 2001 a 2003



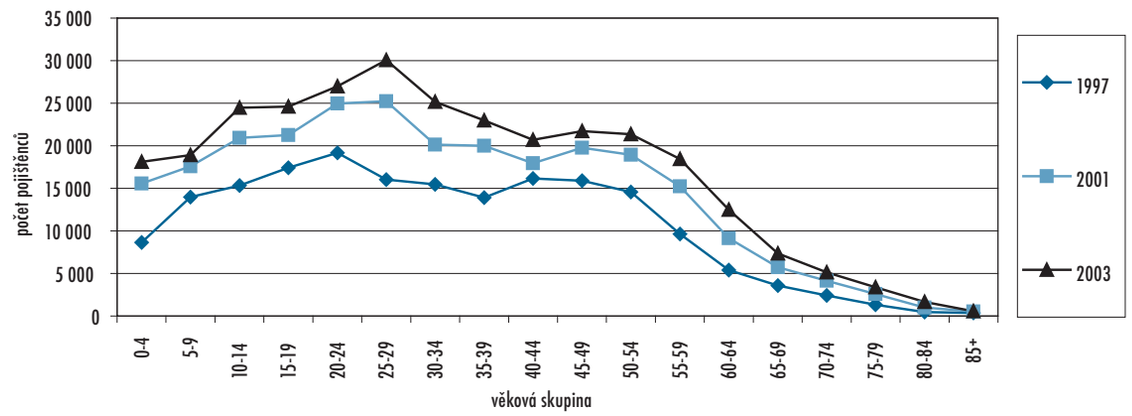
Zdroj: *Výroční zprávy ZP MVČR za roky 1998, 2001 a 2003*

Graf č. 6: Vývoj věkové struktury pojištěnců Revírní bratrské pokladny v letech 1997, 2001 a 2003



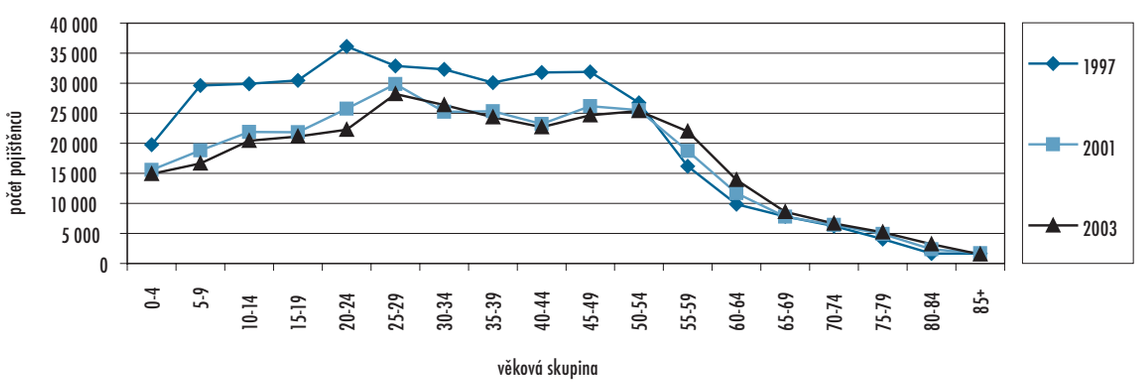
Zdroj: *Výroční zprávy RBP za roky 1998, 2001 a 2003*

Graf č. 7: Vývoj věkové struktury zdravotní pojišťovny Metal-Alliance v letech 1997, 2001 a 2003



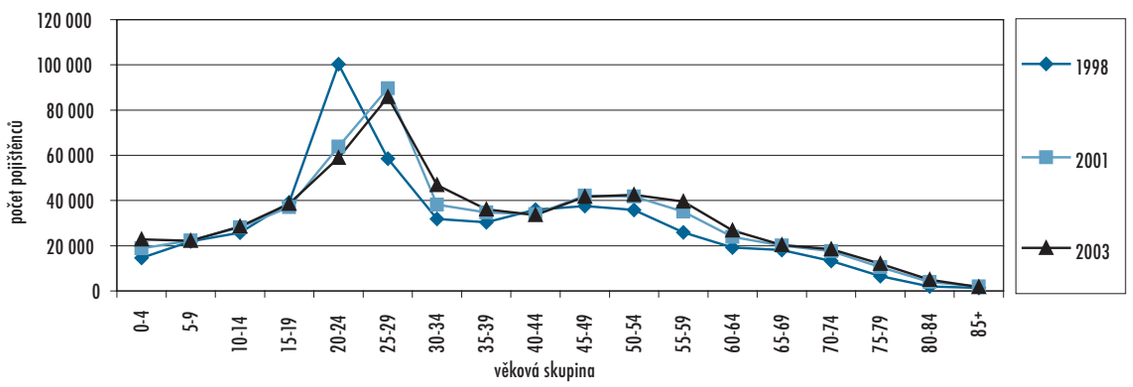
Zdroj: *Výroční zprávy ZP Metal-Alliance za roky 1998, 2001 a 2003*

Graf č. 8: Vývoj věkové struktury České národní zdravotní pojišťovny v letech 1997, 2001 a 2003



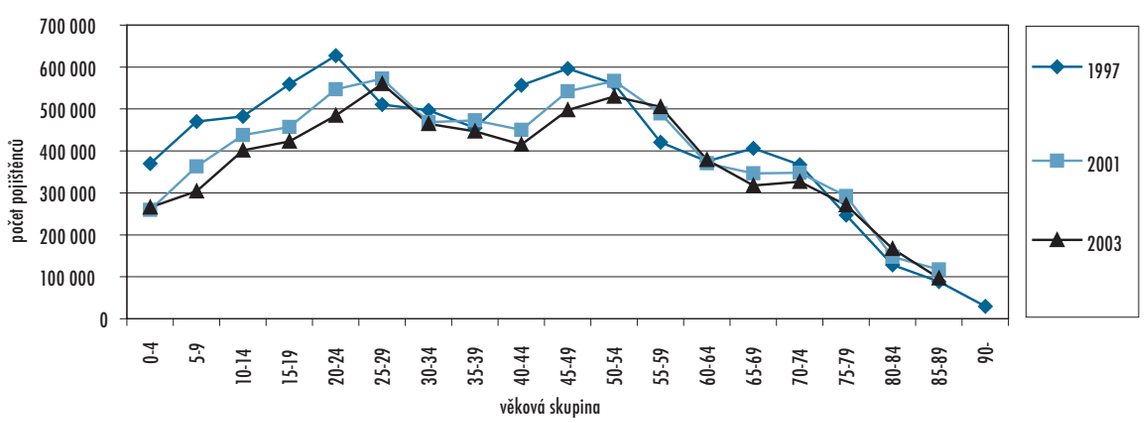
Zdroj: *Výroční zprávy ČNZP za roky 1998, 2001 a 2003*

Graf č. 9: Vývoj věkové struktury Vojenské zdravotní pojišťovny v letech 1998, 2001 a 2003



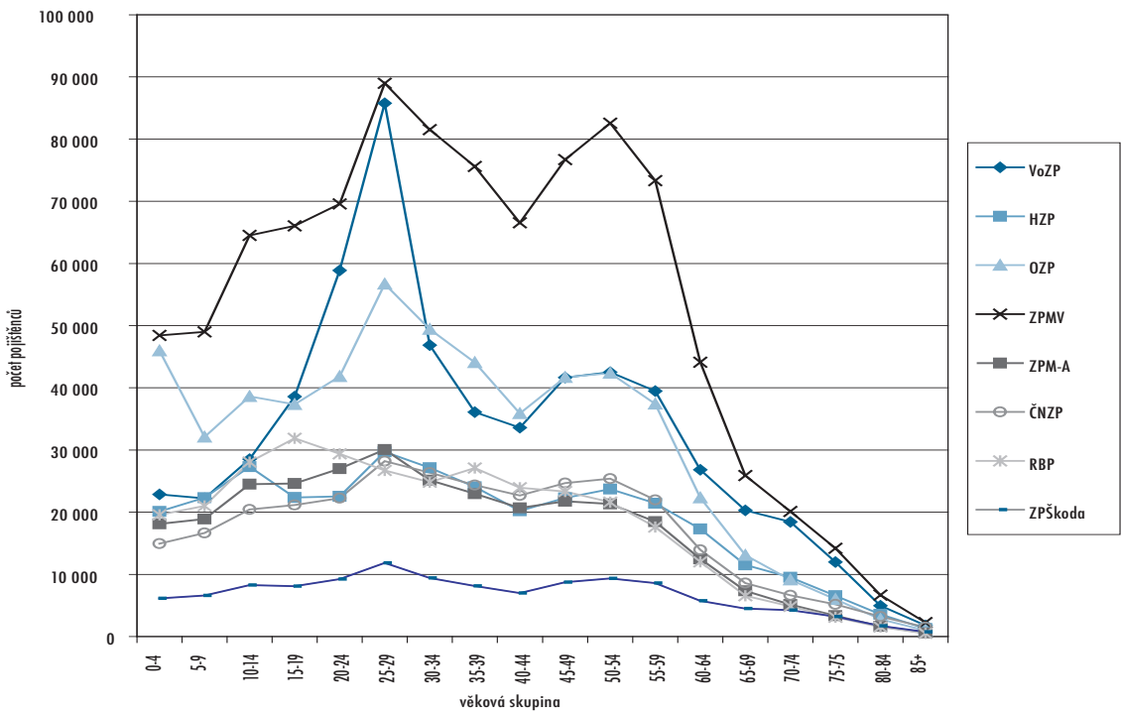
Zdroj: *Výroční zprávy VoZP za roky 1999, 2001 a 2003*

Graf č. 10: Vývoj věkové struktury pojištěnců VZP v letech 1997, 2001 a 2003



Zdroj: *Výroční zprávy VZP za roky 1998, 2001 a 2003*

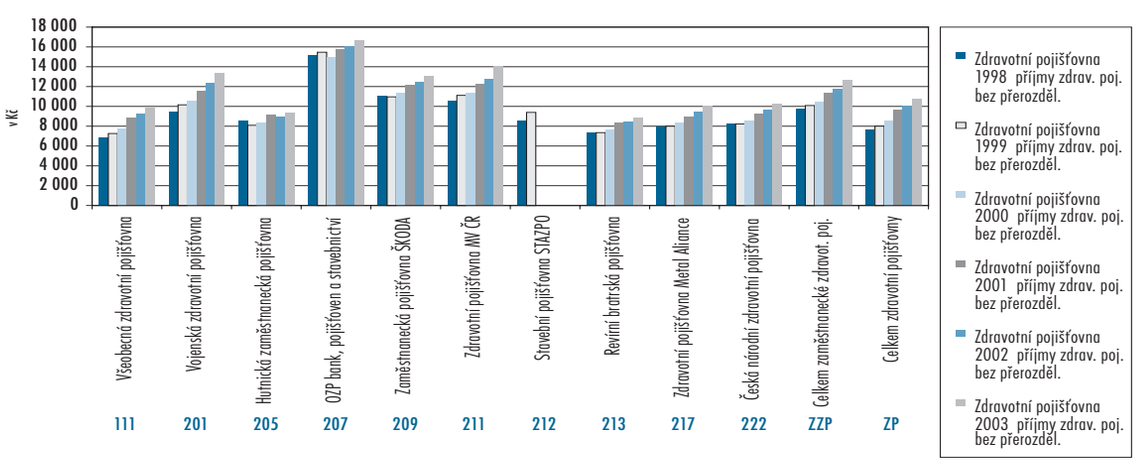
Graf č. 11: Věková struktura pojištěnců zaměstnaneckých zdr. pojišťoven v roce 2003



Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za rok 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za rok 2003, MZ ČR a MF ČR

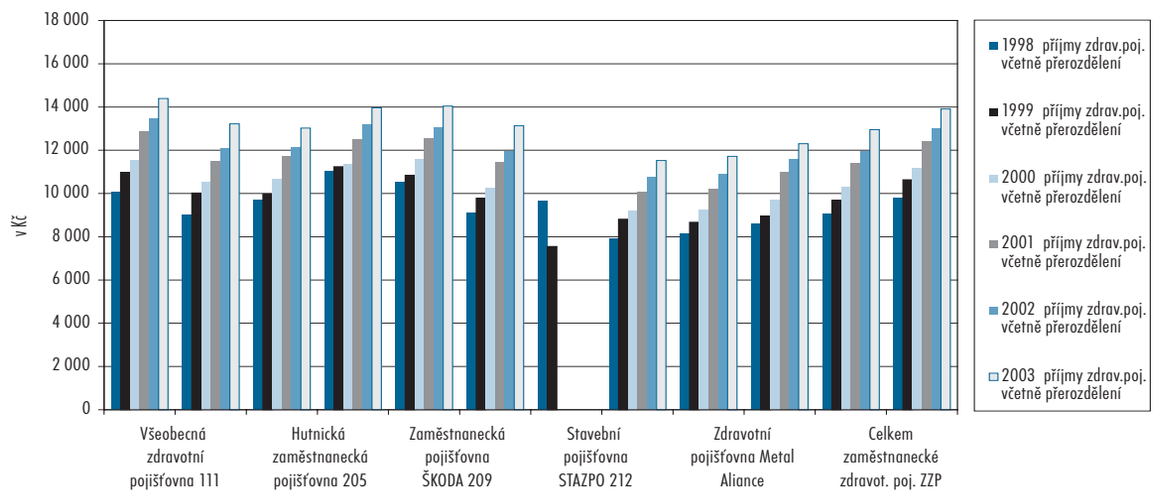
2.2 PŘÍJMY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Graf č. 12: Vývoj příjmů bez přerozdělení v Kč/1 pojištěnce zdravotních pojišťoven v letech 1998-2003



Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet

Graf č. 13: Vývoj příjmů po přerozdělení v Kč/1 pojištěnce zdravotních pojišťoven v letech 1998-2003



Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet

2.3 NÁKLADY NA ZDRAVOTNÍ PÉČI

Tabulka č. 2: Náklady zdrav. pojišťoven na zdravotní péči celkem čerpané ze ZFZP (oddíl A) v letech 1998-2003

kód	Zdravotní pojišťovna	1998	1999	2000	2001	2002	2003
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	79 128 448	83 595 069	83 807 319	89 492 369	97 193 564	100 032 415
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	4 267 666	4 769 602	5 274 246	6 050 705	7 115 809	7 971 416
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	2 290 379	2 427 402	2 822 321	3 187 123	3 790 770	4 183 628
207	OZP bank, pojišťoven a stavebnictví	2 238 836	2 510 529	3 493 696	4 645 382	6 056 897	7 583 415
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	835 214	1 074 757	1 216 552	1 385 434	1 586 179	1 729 704
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	5 645 674	6 598 050	7 598 211	9 574 384	11 055 138	12 396 326
212	Stavební pojišťovna STAZPO	583 468	514 628				
213	Revírní bratrská pojišťovna	1 586 128	1 787 787	2 029 030	2 460 272	3 119 252	3 628 827
217	Zdravotní pojišťovna Metal Aliance	1 442 056	1 609 921	1 899 951	2 466 956	3 030 125	3 426 845
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	2 777 628	2 639 536	2 858 726	3 184 368	3 465 925	3 753 231
	Celkem zaměstnanecké zdravot. poj.	**21 667 049**	**23 932 212**	**27 192 733**	**32 954 624**	**39 220 095**	**44 673 392**
	Celkem zdravotní pojišťovny	**100 795 497**	**107 527 281**	**111 000 052**	**122 446 993**	**136 413 659**	**144 705**

Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003, MZ ČR a MF ČR.

Tabulka č. 3: Indexy meziročního růstu celkových nákladů ZP v letech 1998-2003

kód	Zdravotní pojišťovna	Meziroční změny v %					Změna 03/98 v %
		99/98	00/99	01/00	02/01	03/02	
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	105,6	100,3	106,8	108,6	102,9	126,4
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	111,8	110,6	114,7	117,6	112,0	186,8
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	106,0	116,3	112,9	118,9	110,4	182,7
207	OZP bank, pojišťoven a stavebnictví	112,1	139,2	133,0	130,4	125,2	338,7
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	128,7	113,2	113,9	114,5	109,0	207,1
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	116,9	115,2	126,0	115,5	112,1	219,6
212	Stavební pojišťovna STAZPO	88,2					
213	Revírní bratrská pojišťovna	112,7	113,5	121,3	126,8	116,3	228,8
217	Zdravotní pojišťovna Metal Aliance	111,6	118,0	129,8	122,8	113,1	237,6
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	95,0	108,3	111,4	108,8	108,3	135,1
	Celkem zaměstnanecké zdravot. poj.	**110,5**	**113,6**	**121,2**	**119,0**	**113,9**	**206,2**
	Celkem zdravotní pojišťovny	**106,7**	**103,2**	**110,3**	**111,4**	**106,1**	**143,6**

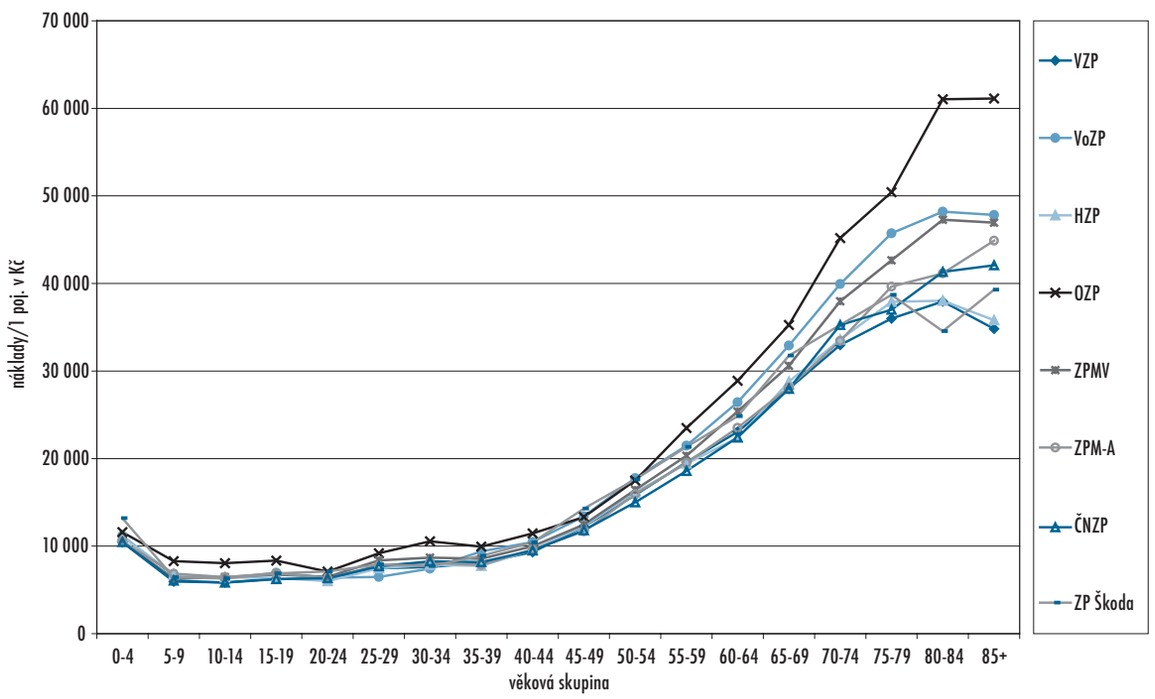
Zdroj: *Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet.*

Tabulka č. 4: Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na 1 pojištěnce dle věkové struktury

věková skupina	VZP	VoZP	HZP	OZP	ZPMV	ZPM-A	ČNZP	ZPŠkoda
0-4	10 456	11 182	11 095	11 610	10 532	10 565	10 475	13 192
5-9	5 967	6 605	6 779	8 280	6 275	6 852	6 056	6 439
10-14	5 849	6 317	6 442	8 060	6 458	6 451	5 841	6 305
15-19	6 277	6 972	6 376	8 351	6 750	6 894	6 234	6 881
20-24	6 287	6 399	6 008	7 095	6 484	6 383	6 339	7 121
25-29	7 458	6 487	7 461	9 187	8 360	7 788	7 695	7 906
30-34	7 623	7 434	7 868	10 552	8 678	8 127	8 271	7 722
35-39	8 090	9 401	7 745	9 949	8 554	7 846	8 188	8 885
40-44	9 321	10 472	9 562	11 452	9 975	9 634	9 513	10 422
45-49	12 241	13 406	12 299	13 313	12 462	11 692	11 812	14 276
50-54	15 838	17 765	16 127	17 502	16 416	15 943	14 992	17 629
55-59	19 596	21 479	19 428	23 492	20 324	19 518	18 582	21 328
60-64	23 055	26 436	22 360	28 881	25 386	23 515	22 425	24 838
65-69	27 987	32 914	28 770	35 267	30 612	28 128	27 971	31 754
70-74	32 985	39 947	33 590	45 184	37 978	33 433	35 253	35 267
75-79	36 004	45 740	37 912	50 419	42 643	39 645	37 009	38 694
80-84	37 956	48 208	38 023	61 046	47 284	41 153	41 330	34 548
85+	34 831	47 831	35 818	61 120	46 953	44 895	42 082	39 300
Celkem	**14 595**	**13713**	**12 565**	**14 132**	**12 967**	**11 421**	**12 183**	**14 227**

Zdroj: *Výroční zprávy jednotlivých zdravotních pojišťoven za rok 2003*

Graf č. 14: Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na 1 pojištěnce dle věkové struktury v Kč v roce 2003



Zdroj: Výroční zprávy jednotlivých zdravotních pojišťoven za rok 2003

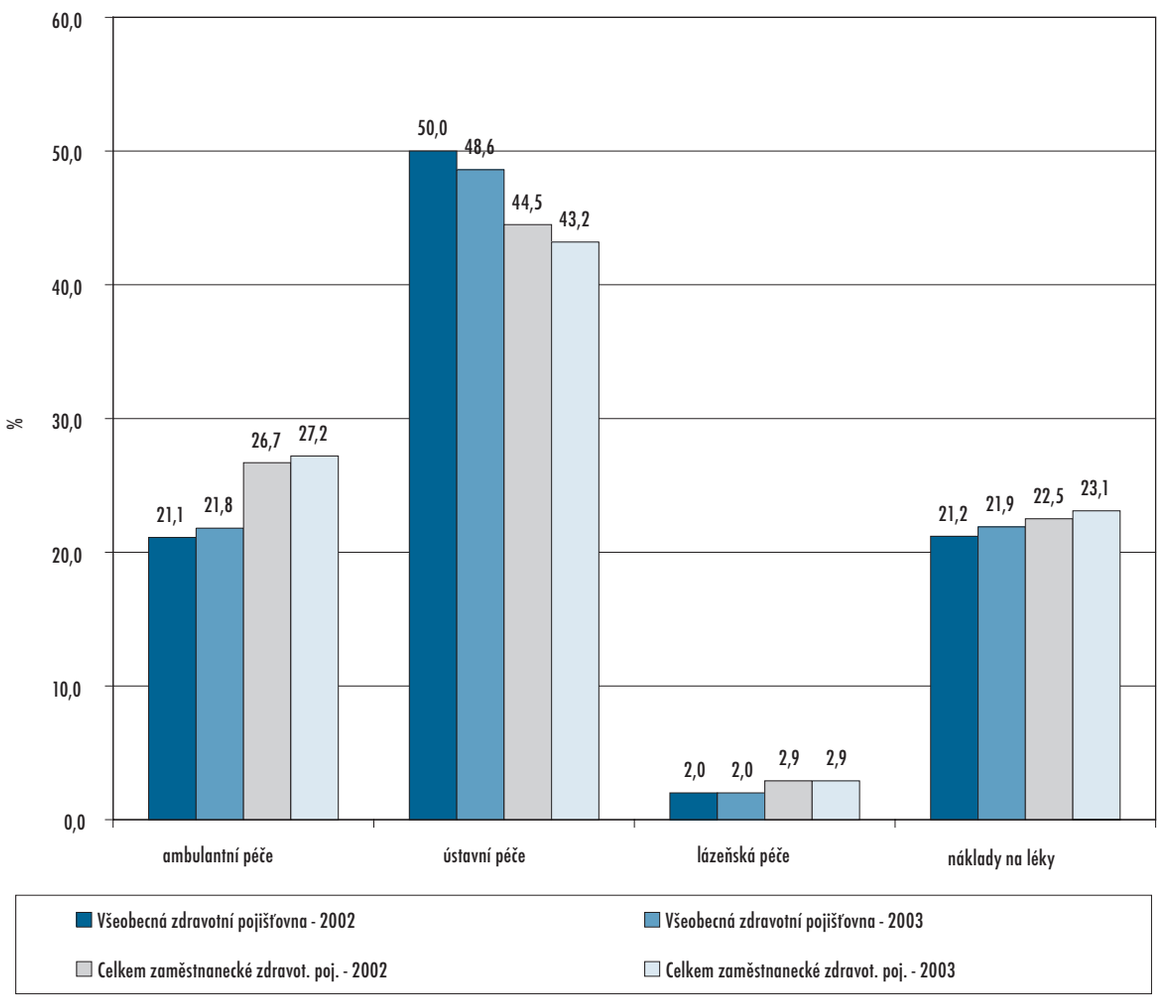
Tabulka č. 5: Podíly nákladů vybraných segmentů zdrav. péče v poměru k celkovým nákladům na zdrav. péči zdravotních pojišťoven (v %) v letech 1998-2003

Pojišťovny	Vybrané segmenty péče	Rok					
		1998	1999	2000	2001	2002	2003
VZP	Náklady na ambulantní péči	21,5	21,3	21,6	20,9	21,1	21,8
	Náklady na ústavní péči	49,3	49,2	49,4	50,1	50,0	48,6
	Náklady na lázeňskou péči	2,3	2,2	2,1	2,0	2,0	2,0
	Náklady na léky vydané na recepty	22,2	22,1	21,4	21,5	21,2	21,9
ZZP celkem	Náklady na ambulantní péči	28,5	27,9	27,7	27,0	26,7	27,2
	Náklady na ústavní péči	40,7	41,4	42,2	43,6	44,5	43,2
	Náklady na lázeňskou péči	3,2	3,0	3,1	3,0	2,9	2,9
	Náklady na léky vydané na recepty	23,8	24,0	23,4	22,8	22,5	23,1
Náklady na zdravotní péči celkem		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet.

Graf č. 15: Podíly nákladů vybraných segmentů zdrav. péče v poměru k celkovým nákladům na zdrav. péči zdravotních pojišťoven (v %) v letech 2002-2003

(Náklady na zdravotní péči celkem v jednotlivých letech 100 %)



Zdroj: *Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet*

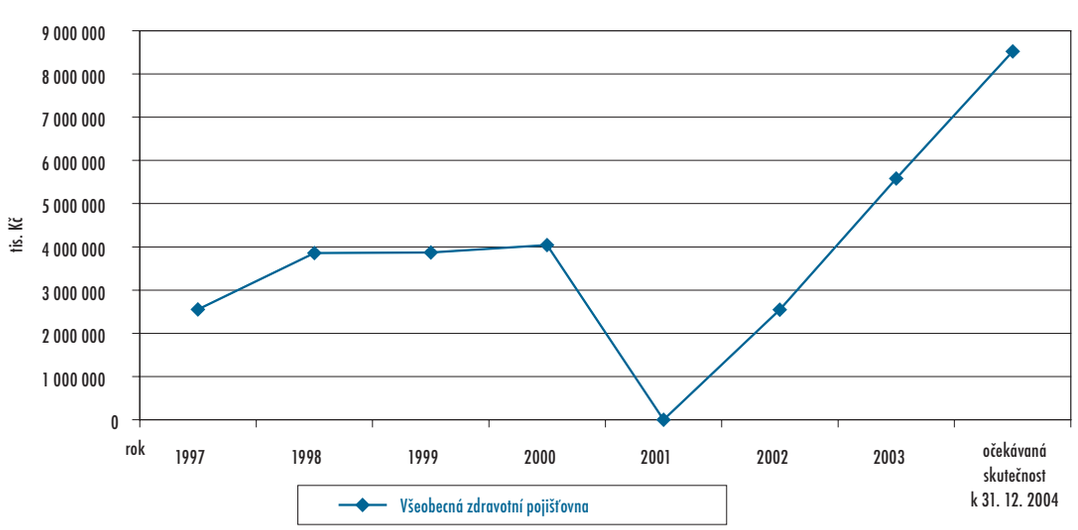
2.4 HOSPODAŘENÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Tabulka č. 6 Závazky zdrav. pojišťoven po lhůtě splatnosti v letech 1998-2003 a očekávaná skutečnost v roce 2004

Zdravotní pojišťovna	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	očekávaná skutečnost k 31. 12. 2004
Všeobecná zdravotní pojišťovna	**2 554 000**	**3 854 404**	**3 872 071**	**4 039 594**	**0**	**2 545 881**	**5 578 867**	**8 521 727**
Vojenská zdravotní pojišťovna	23 740	0	0	0	0	0	0	0
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	0	0	0	0	0	0	0	0
OZP bank, pojišťoven a stavebnictví	74	21	0	0	0	0	0	0
Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	0	0	0	0	0	0	0	0
Zdravotní pojišťovna MV ČR	132 364	548	0	0	0	0	0	0
Stavební pojišťovna STAZPO	0	0	0	0	0	0	0	0
Revírní bratrská pojišťovna	0	0	0	0	0	0		
ZP REZAPO	54 104						0	0
Zdravotní pojišťovna Metal Aliance	0	0	0	0	0	0		
Česká národní zdravotní pojišťovna	1 684	302		0	0	0	0	0
Celkem ZZP	**211 966**	**871**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Celkem ZP	**2 765 966**	**3 855 275**	**3 872 071**	**4 039 594**	**0**	**2 545 881**	**5 578 867**	**8 521 727**

Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003; Informace o výsledcích hospodaření zdrav. pojišťoven a o kontrolní činnosti MZ a MF v oblasti veř. zdrav.pojištění za 1.pol.2004 s výhledem do konce roku 2004 (pracovní materiál připravený pro poradu vedení 9.11.2004); MZ ČR a MF ČR.

Graf č. 16: Závazky VZP po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením v letech 1997-2003 a očekávaná skutečnost v roce 2004



Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003; Informace o výsledcích hospodaření zdrav. pojišťoven a o kontrolní činnosti MZ a MF v oblasti veř. zdrav.pojištění za 1.pol.2004 s výhledem do konce roku 2004 (pracovní materiál připravený pro poradu vedení 9.11.2004); MZ ČR a MF ČR.

Tabulka č. 7: Kumulované saldo příjmů a výdajů v hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění v letech 1996-2003 (v mil.Kč)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Kumulované saldo – celkem	-3 007	-4 675	-5 751	-3 287	-1 166	258	-941	-817
Kumulované saldo – VZP	-3 511	-6 117	-8 903	-8 693	-8 904	-8 631	-9 245	-9 321
Kumulované saldo – ZZP	504	1 442	3 152	5 406	7 738	8 889	8 304	8 504

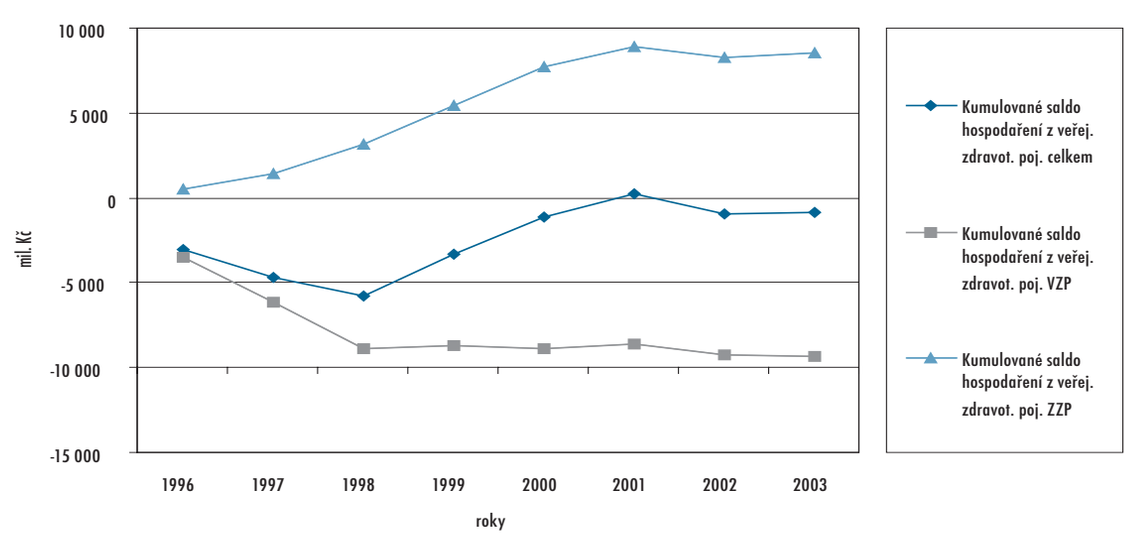
Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet

Tabulka č. 8: Roční vývoj salda příjmů a výdajů v hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění v letech 1996-2003 (v mil Kč)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Saldo hospodaření z veřej. zdravot. poj. celkem	-3 007	-1 668	-1076	2 464	2121	1424	-1199	124
Saldo hospodaření z veřej. zdravot. poj. VZP	-3 511	-2 606	-2 786	210	-211	273	-614	-76
Saldo hospodaření z veřej. zdravot. poj. ZZP	504	938	1 710	2 254	2332	1151	-585	200

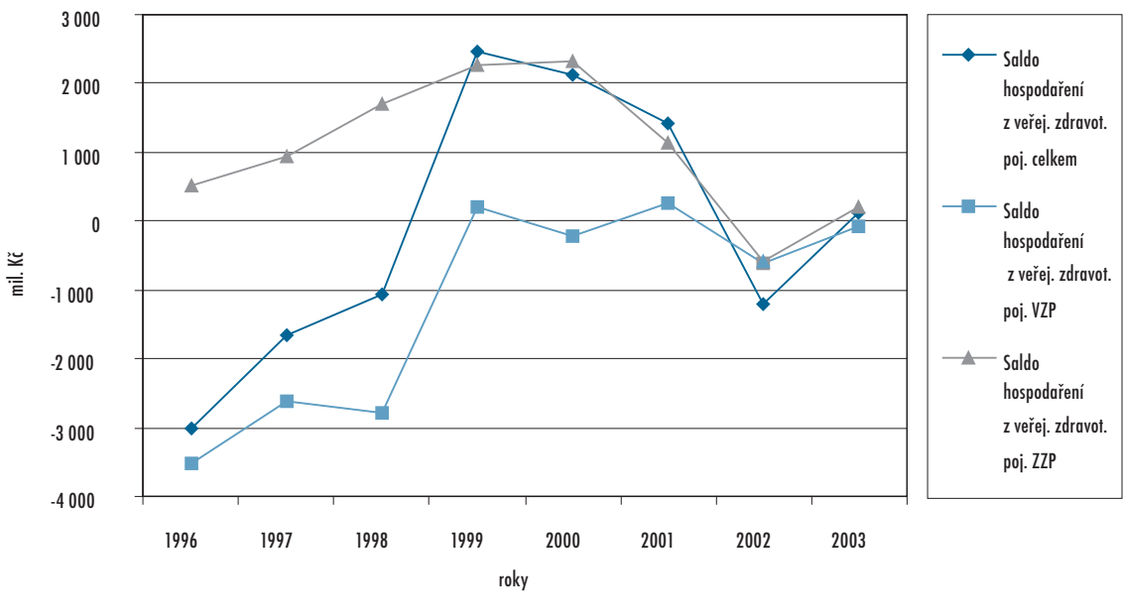
Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet

Graf č. 17: Kumulované saldo příjmů a výdajů v hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění v letech 1996-2003 (v mil.Kč)



Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet

Graf č. 18: Roční vývoj salda příjmů a výdajů v hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění v letech 1996-2003 (v mil Kč)



Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001, 2002 a 2003, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet

3. Hospodaření nemocnic

Tabulka č. 9: Náklady, výnosy a hospodářský výsledek k 30.6.2004 (v mil.Kč)

Nemocnice	Počet	Náklady	Výnosy	Hospodářský výsledek
Přímo řízené MZ	19	18 755	18 742	-13
Krajské	64	13 541	13 737	195
Obecní a městské	27	2 478	2 457	-21
Soukromé a církevní	67	4 982	5 216	234
Celkem rezort zdravotnictví	**177**	**39 757**	**40 152**	**395**
Řízené ostatními centrálními orgány x)	4	1 242	1 295	53
Celkem	**181**	**40 998**	**41 447**	**448**

Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR, *x) ministerstvo obrany*

Tabulka č. 10: Rozložení nemocnic podle dosaženého výsledku hospodaření

Nemocnice s hospodářským výsledkem	Počet nemocnic			Podíl na celkovém počtu v %		
	1. pololetí 2002	1. pololetí 2003	1. pololetí 2004	1. pololetí 2002	1. pololetí 2003	1. pololetí 2004
kladným	108	78	122	56,3	41,9	67,4
záporným	84	108	59	43,7	58,1	32,6
v tom:						
do -10 mil. Kč	55	64	45	28,6	34,4	24,9
-10,1 až -50 mil. Kč	26	39	10	13,5	21,0	5,5
více než -50 mil. Kč	3	5	4	1,6	2,7	2,2
Celkem	**192**	**186**	**181**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR

Tabulka č. 11: Struktura nákladů k 30.6.2004 (v mil.Kč)

Nemocnice	Náklady celkem	Náklady na								
		léčiva	zdravot. prostředky	krev	potraviny	energie	služby	osobní náklady	odpisy	ostatní náklady
Přímo řízené MZ	18 755	1 855	3 351	317	150	474	1 337	7 063	1 285	2 923
Krajské	13 541	810	1 777	206	211	521	1 101	6 523	667	1 725
Obecní a městské	2 478	125	258	24	57	93	229	1 271	155	267
Soukromé a církevní	4 982	329	608	71	98	180	562	2 418	167	549
Celkem rezort zdravotnictví	**39 757**	**3 120**	**5 994**	**618**	**516**	**1 268**	**3 229**	**17 275**	**2 274**	**5 464**
Řízené ostat. centrál. orgány	1 242	129	153	13	13	49	203	424	108	150
Celkem	**40 998**	**3 249**	**6 147**	**631**	**529**	**1 317**	**3 432**	**17 699**	**2 382**	**5 614**

Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR

Tabulka č. 12: Nákladová rentabilita nemocnic podle zřizovatele

Nemocnice	Nákladová rentabilita v %	
	k 30. 6. 2003	k 30. 6. 2004
Přímo řízené MZ	-1,3	-0,1
Krajské	-5,6	1,4
Obecní a městské	-3,6	-0,9
Soukromé a církevní	4,1	4,7
Celkem rezort zdravotnictví	**-2,9**	**1,0**
Řízené ostatními centrálními orgány x)	-0,6	4,3
Celkem	-2,9	1,1

Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR, x) ministerstvo obrany

Tabulka č. 13: Nákladová rentabilita v %

Nákladová rentabilita v %	Podíl z celkového počtu nemocnic v %	
	k 30. 6. 2003	k 30. 6. 2004
více než 10	11,3	16,6
5 až 9,9	9,7	16,0
0 až 4,9	21,0	34,8
-2 až -0,1	10,8	6,6
-5 až -2,1	20,4	15,5
-10 až -5,1	16,7	7,7
horší než -10,1	10,3	2,8
Celkem	100,0	100,0

Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR

Tabulka č. 14: Pohledávky z obchodního styku

Pohledávky z obchodního styku	k 30. 6. 2003		k 31. 12. 2003		k 30. 6. 2004	
	mil. Kč	podíl v %	mil. Kč	podíl v %	mil. Kč	podíl v %
celkem	10 292	x	9 871	x	11 529	x
celkem po splatnosti	3 178	100,0	2 838	100,0	3 457	100,0
do 30 dnů	2 109	66,4	1 929	68,0	2 403	69,5
31 - 90 dnů	202	6,4	190	6,7	274	7,9
91 - 180 dnů	108	3,4	65	2,3	102	3,0
181 - 360 dnů	93	2,9	83	2,9	86	2,5
nad 360 dnů	665	20,9	571	20,1	593	17,2

Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR

Tabulka č. 15: Vývoj pohledávek z obchodního styku vu nemocnic jednotlivých zřizovatelů

Nemocnice	Pohledávky z obchodního styku					
	k 30. 6. 2003		k 31. 12. 2003		k 30. 6. 2004	
	celkem	po splat.	celkem	po splat.	celkem	po splat.
Přímo řízené MZ	4 837	1 524	4 971	1 459	6 009	1 998
Krajské	3 965	1 198	3 536	902	3 215	789
Obecní a městské	603	190	537	183	596	209
Soukromé a církevní	629	193	590	217	1 379	380
Celkem rezort zdravotnictví	10 033	3 105	9 635	2 761	11 200	3 377
Řízené ostatními centrálními orgány x)	259	73	236	78	329	81
Celkem	10 292	3 178	9 871	2 838	11 529	3 457

Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR, *x) ministerstvo obrany* *v mil Kč*

Tabulka č. 16: Závazky z obchodního styku

Závazky z obchodního styku	k 30. 6. 2003		k 31. 12. 2003		k 30. 6. 2004	
	mil. Kč	podíl v %	mil. Kč	podíl v %	mil. Kč	podíl v %
celkem	12 225	x	12 516	x	12 319	x
celkem po splatnosti	6 576	100,0	5 951	100,0	5 451	100,0
do 30 dnů	1 487	22,6	1 414	23,8	1 388	25,5
31 - 90 dnů	1 864	28,3	1 680	28,2	1 615	29,6
91 - 180 dnů	1 666	25,3	1 509	25,4	1 307	24,0
181 - 360 dnů	1 081	16,4	1 116	18,8	902	16,5
nad 360 dnů	478	7,3	231	3,9	238	4,4

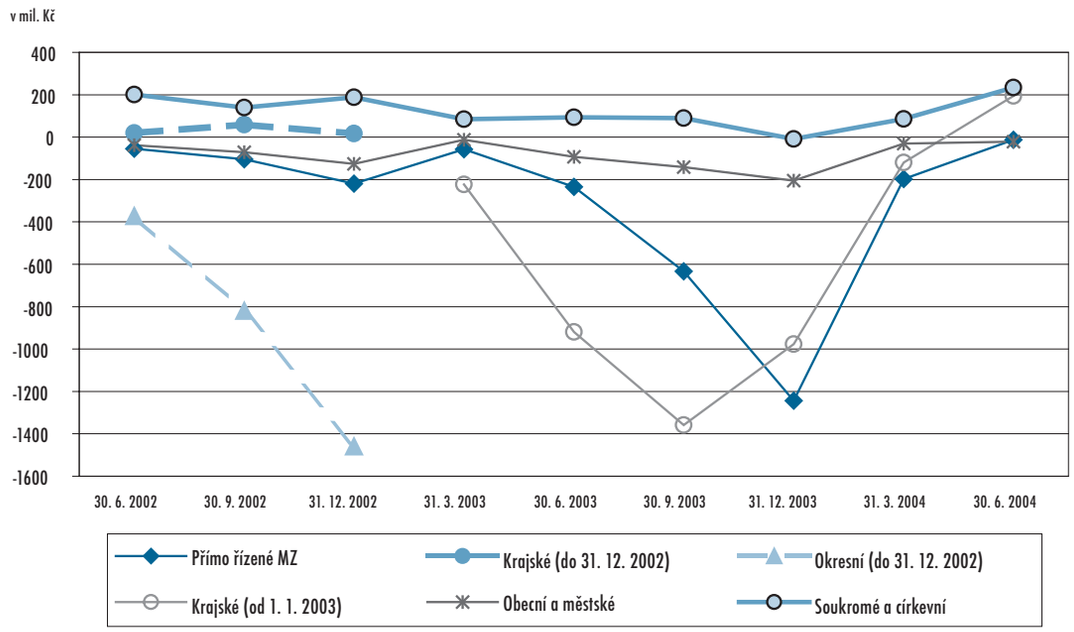
Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR

Tabulka č. 17: Závazky z obchodního styku v členění podle zřizovatele nemocnic

Nemocnice	Závazky z obchodního styku					
	k 30. 6. 2003		k 31. 12. 2003		k 30. 6. 2004	
	celkem	po splatnosti	celkem	po splatnosti	celkem	po splatnosti
Přímo řízené MZ	5 332	2 375	6 660	2 846	6 703	2 783
Krajské	5 252	3 461	4 243	2 335	3 542	1 816
Obecní a městské	656	340	592	296	559	257
Soukromé a církevní	786	346	844	386	1 246	537
Celkem rezort zdravotnictví	12 026	6 522	12 338	5 863	12 051	5 393
Řízené ostatními centrálními orgány x)	199	54	178	88	268	58
Celkem	12 225	6 576	12 516	5 951	12 319	5 451

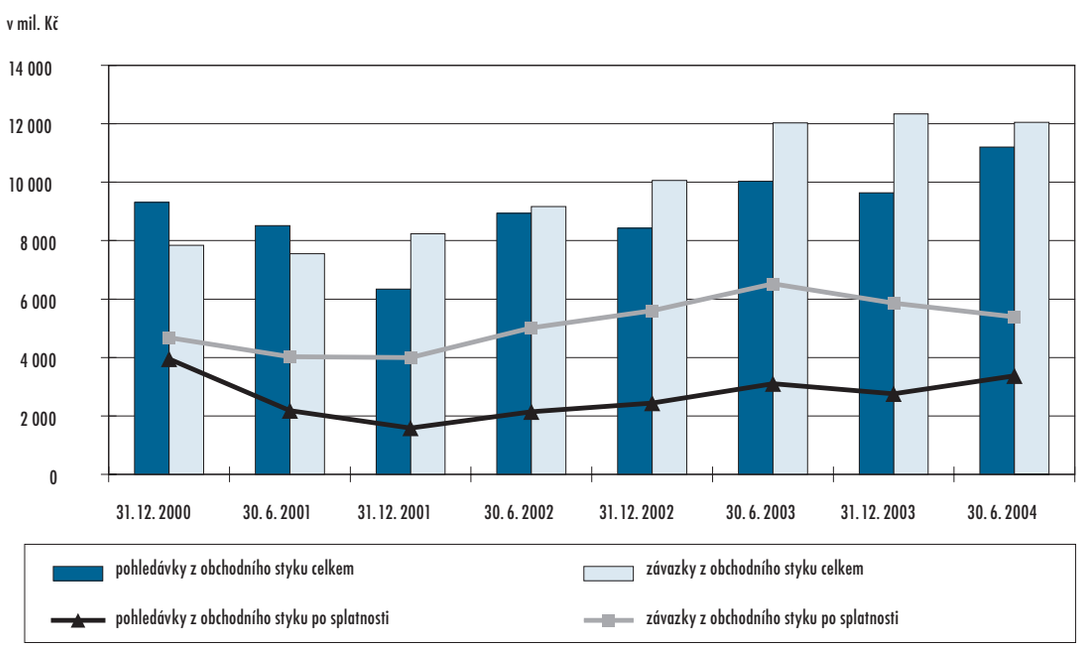
Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR, x) ministerstvo obrany v mil Kč

Graf č. 19: Vývoj hospodářského výsledku rezortu zdravotnictví



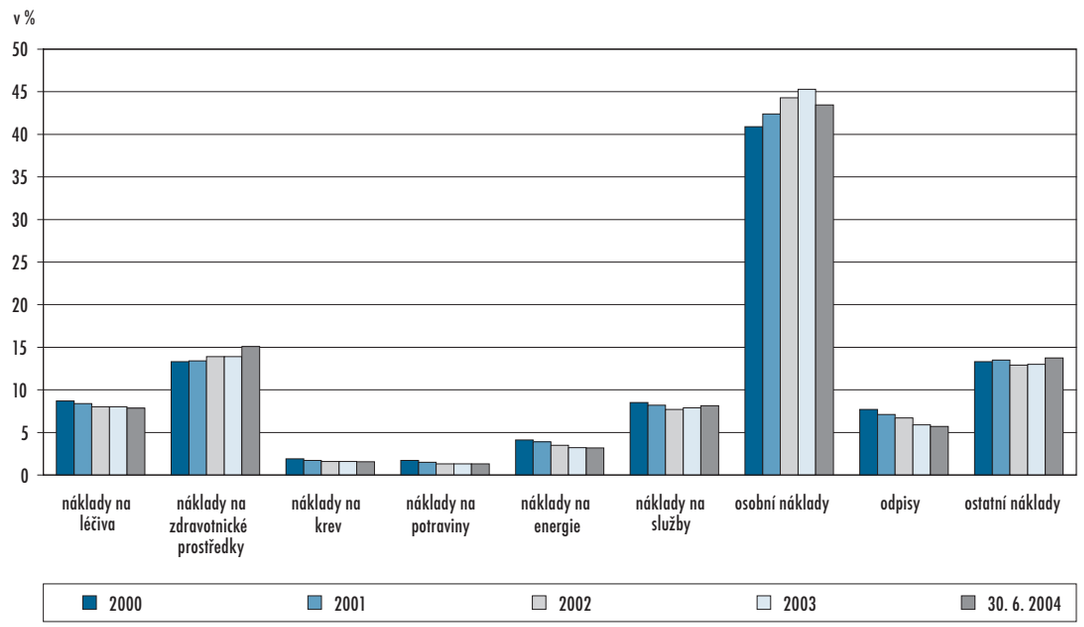
Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR

Graf č. 20: Vývoj pohledávek a závazků z obch. styku nemocnic rezortu zdravotnictví



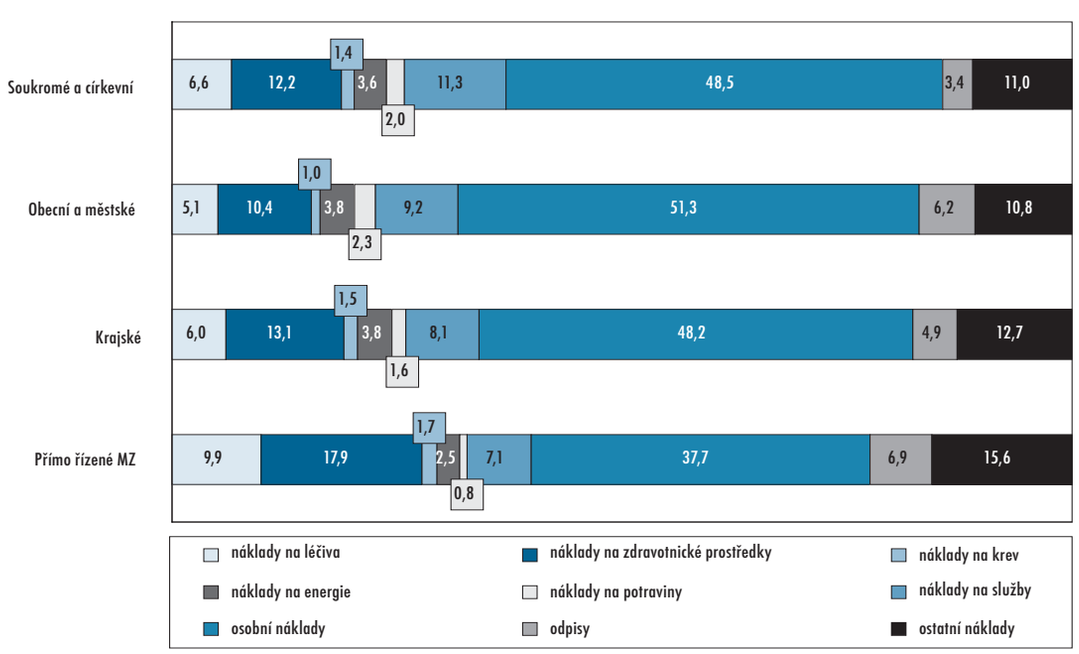
Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR

Graf č. 21: Vývoj podílu jednotlivých nákl. položek nemocnic rezortu zdravotnictví



Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR

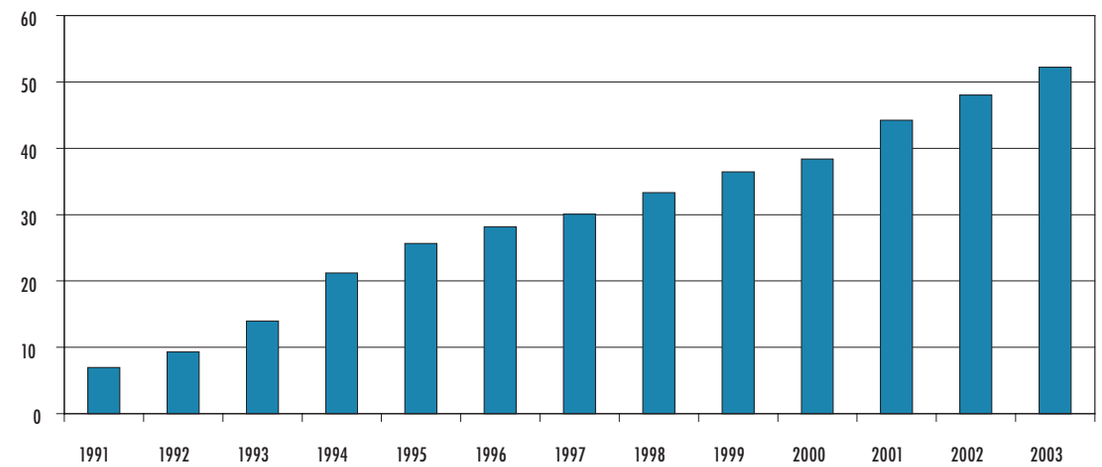
Graf č. 20: Vývoj pohledávek a závazků z obchodního styku nemocnic rezortu zdrav.



Zdroj: Aktuální informace ve zdravotnictví č.60/2004 – ÚZIS ČR

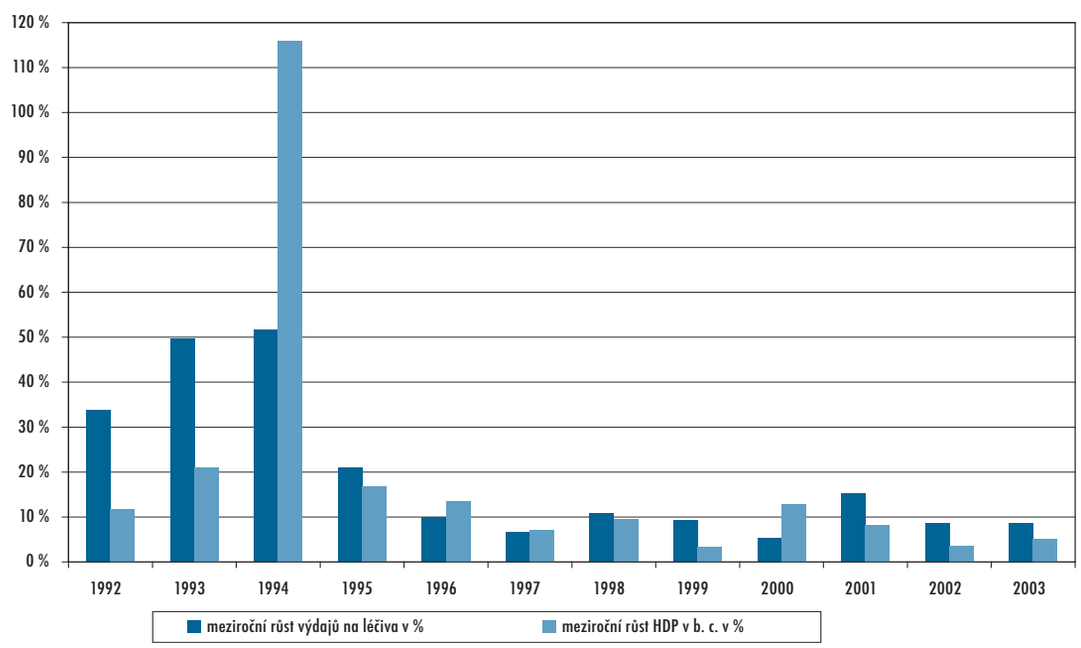
4. Výdaje na léčiva

Graf č. 23: Vývoj celkových výdajů na léčiva v ČR (mld. Kč.)



Zdroj dat: SÚKL

Graf č. 24: Meziroční indexy vývoje HDP a celkových výdajů na léčiva



Zdroj dat: SÚKL

Příloha č. 3: Léková politika České republiky

Cíle lékové politiky státu:

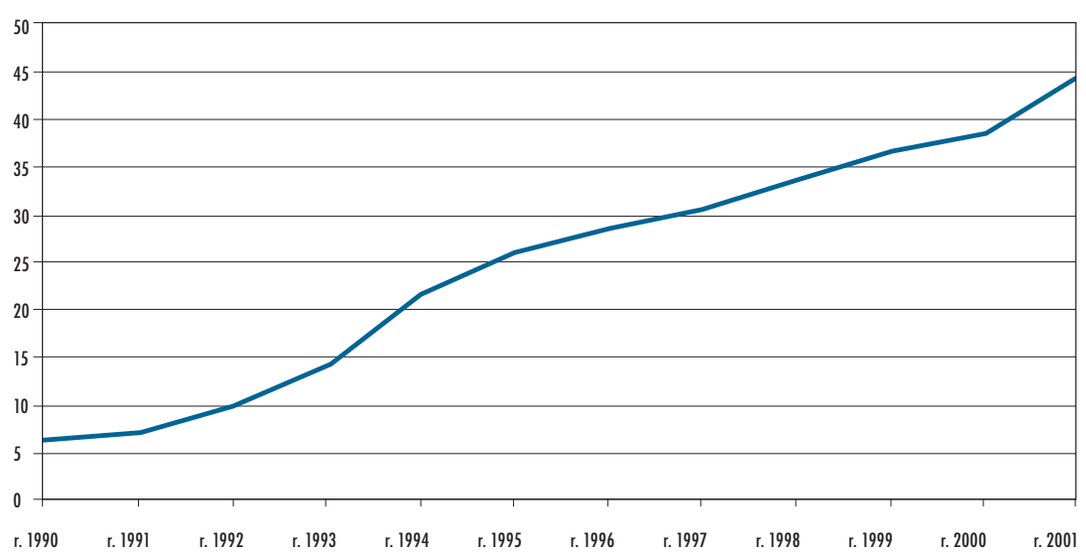
1. Zajištění bezpečných, účinných a kvalitních léčiv pro své občany.
2. Za limitovaný objem financí zabezpečit maximální objem péče, od které lze očekávat zvyšování kvality života lidí.
3. Tuto péči poskytnout lidem, kteří ji skutečně potřebují.

Mnoho zemí si stanovuje výše zmíněné cíle, ovšem každý stát má svůj vlastní plán, jak je dosáhnout a své regulační metody, kterými jsou spotřeba, náklady a v neposlední řadě kvalita zdravotní péče ovlivňovány. V úvahu je třeba brát množství veřejných finančních prostředků, určených na zdravotnictví, národní zvyklosti, celkovou zdravotní politiku státu a mnoho dalších aspektů.

Historie a současný stav

Léková politika se v České republice v zásadě ubírá správným směrem, ale existují zde značné nedostatky. Pod vlivem raketového nárůstu nákladů na léky v 90. letech (viz graf č. 1) je totiž kladen důraz na uplatňování restrikčních nástrojů, které mají zamezit neúměrnému zvyšování nákladů na léky, přičemž je přehlížen fakt, že jednotlivá úsporná opatření mohou mít negativní dopady na dostupnost potřebných léčiv pro pacienty.

Graf č. 1: Náklady na léčivé přípravky v České republice celkově (mld. Kč)



Zdroj dat: SÚKL

Stručný přehled regulačních opatření v ČR

1992 omezení preskripce nákladných léčiv na specialisty, neboť ti nejlépe určí účelnost indikace, a omezení vysoce nákladných léčiv na předchozí souhlas revizního lékaře

1995 zavedení systému referenčních úhrad, kdy léčivé přípravky obsahující stejnou účinnou látku jsou hrazeny stejnou finanční částkou, nezávisle na značce výrobce

1997 omezení preskripce určitých léčiv na diagnózu jako prevence jejich neúčelného užití v jiných případech

1998 stanovení finančních limitů na preskripci pro jednotlivé lékaře

1999 pokutování zdravotnických zařízení za překročení výše uvedených limitů

Všechny výše uvedené metody jsou v souladu s normami EU. Každé z výše uvedených opatření má v lékové politice své místo a význam, ale je třeba brát v úvahu i negativní stránky každého opatření a těmto předcházet, což se v minulých letech vždy nedařilo.

Dostupnost léčivých přípravků na trhu v ČR

Po prokázání bezpečnosti, účinnosti a kvality léčivého přípravku je prováděna registrace Státním ústavem pro kontrolu léčiv. V poslední době se podařilo zkrátit dobu registrace z průměru 27 měsíců na 18 měsíců v roce 2001, přičemž zvláštní místo získává centralizovaná procedura (soulad se státy EU).

Negativní jevy

Ve srovnání s první polovinou 90. let by se mohlo zdát, že léková politika je v České republice prováděna uspokojivě, neboť nárůst nákladů na léky již není tak strmý. Nutno však zdůraznit, že nejpalčivějším problémem zůstává rozpor mezi rychle rostoucí nabídkou nových drahých léčiv, zatímco možnosti úhrady z veřejných prostředků rostou pomaleji. Žádná země nevyřešila tento rozpor definitivně.[1] Dále je třeba upozornit na závažné negativní jevy, které narušují reálnou dostupnost léčiv občanům ČR a které mohou mít i závažné následky na zdraví:

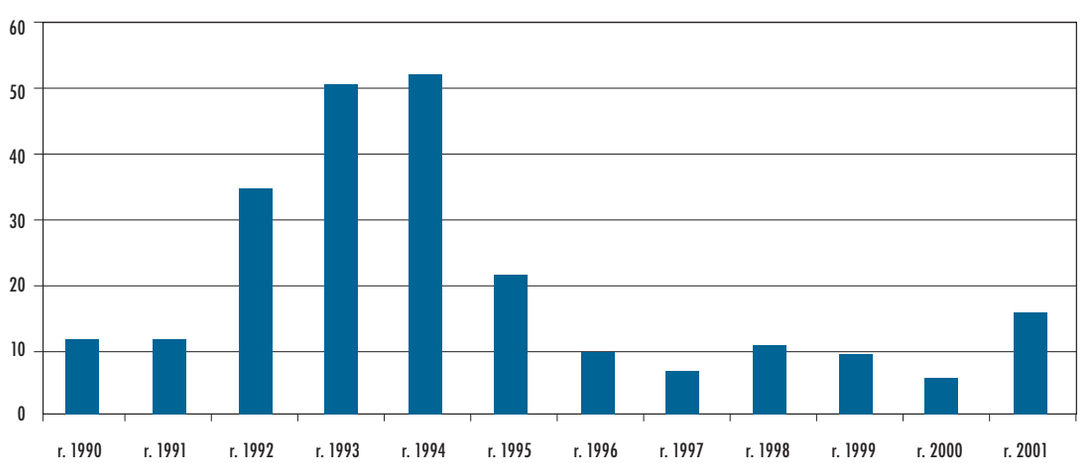
1. Uplatňováním čistě restrikčních opatření může vést k závažným negativním důsledkům:

a) nepředepisování léčiv, odkazování pacienta k jiným lékařům či do nemocnice,

b) neposkytování drahých léčiv, která v určitých případech mohou výrazně zkrátit onemocnění a jejichž podání může v určitých případech zamezit vznik nákladů v jiných segmentech zdravotní (či sociální) péče.[2]

Tyto nežádoucí jevy nejsou v České republice sledovány ani není vyhodnocován jejich výskyt. To, že náklady na léky byly stabilizovány, neznamená, že peníze na léčení jsou vynakládány účelně a efektivně.

Graf č. 2: Index meziročního nárůstu nákladů na léky v ČR



Z grafu č. 2 je patrné, že nárůst nákladů na léky je v posledních letech v ČR srovnatelný s inflací, ovšem v roce 2001 tuto značně převýšil.

2. Předepisování léčiv je stále prováděno neracionálně, což vede k poškozování pacientů i ke zbytečným ekonomickým nákladům.[3] Zdravotní pojišťovny o tomto data shromažďují, ale až na výjimky nevyhodnocují. Pojišťovny ani stát nepodporují racionální předepisování léčiv.

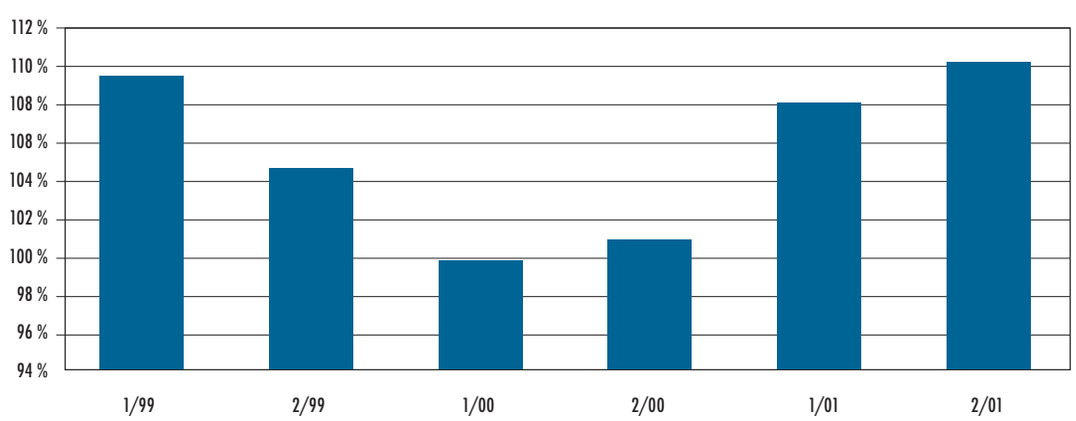
3. Vlivem informační převahy „patentových" firem jsou lékaři systematicky vedeni k předepisování nákladných léčiv i v případech, kdy lze využít kvalitních generických přípravků, které znamenají skutečnou úsporu.[4] Zdravotní pojišťovny ani stát nejsou připraveny k solidní oponentuře příliš jednostranného využívání výsledků klinických studií. Důsledky:
a) Peníze vynakládané zbytečně na drahé léky pak citelně chybí jinde.
b) Domácí farmaceutický průmysl je postupně vytlačován z trhu,[5] což hrozí nejen postupnou ztrátu kvalitních levných léčiv, ale i zánikem pracovních příležitostí, snížení výběru daní atd.

4. Pacientům jsou mnohdy předepisovány léky dražší, na které si pacient musí připlácet, i když pacient dává přednost lékům bez nutnosti jejich úhrady v okamžiku spotřeby.

5. Během deseti let se počet přípravků na našem trhu téměř zdesetinásobil a zároveň bylo drasticky omezeno poskytování nezávislých informací o lécích. Odborníci se obávají, že lékaři ztrácí přehled o jednotlivých přípravcích, což vede nejen k jejich nehospodárné preskripci, ale spolu se zvyšující se účinností léčiv může vést i k dramatickým lékovým interakcím, které mohou pacienty ohrozit na životě.

6. Antibiotika mnohdy nejsou předepisována účelně, což vede ke zvyšování rezistence mikrobů na tato léčiva.

Graf č. 3: Index meziročního nárůstu nákladů na léky na recept zdravotních pojišťoven v ČR v jednotlivých pololetích 1999–2001 vždy oproti srovnatelnému pololetí minulého roku



Graf č. 3 ukazuje, že v roce 2000 bylo dosaženo prakticky nulového nárůstu nákladů zdravotních pojišťoven na léky na recepty, ale že náklady opět narůstají o více než 10%. Podíl nákladů na léky předepsané na recept a hrazené z veřejného zdravotního pojištění je zatím stabilní, což bylo dáno atypicky vysokým nárůstem výběru pojistného v roce 2001. Podíl nákladů na léky na celkových nákladech na zdravotní péči činí 22,5% – 24 % (viz výroční zprávy zdravotních pojišťoven), což je ve srovnání s jinými státy považováno za vcelku adekvátní, vzhledem k levnější pracovní síle zdravotníků v ČR a vzhledem k tomu, že v řadě evropských zemí se do celkových nákladů započítávají i dávky v nemoci. Nejvíce financí bylo v roce 1999 vynaloženo na léčbu hypertenze, poruch lipidového metabolismu a diabetes mellitus. Na rozdíl od těchto vysoké náklady na antibiotickou terapii v posledních letech nenarůstají. Od roku 1999 rychle narůstají náklady na onkologické léky. Podíl doplatků pacientů na léky[6] se pohyboval v roce 2000 mezi 7,3 a 8%.[7]

Není možno přehlížet i tyto zdánlivě podružné záležitosti:

Silně poklesl počet klíčových distributorů léčiv z mnoha desítek na 6, což hrozí zánikem konkurenčního prostředí v této oblasti. Distribuční přirážka (marže) je stanovena špatným způsobem. Jedná se o stejné procento ceny výrobce, a to u levného i drahého přípravku. Tím jsou lékárníci vedeni k upřednostňování dražších léčivých přípravků, neboť pak mají vyšší zisky. Pro úplnost nutno dodat, že občané ČR tradičně spotřebují značné množství léčiv (vyjádřeno v denních definovaných dávkách) a jsou spolu se Slovenskou republikou na světové špičce v počtu kontaktů na lékaře za rok (13,2 kontaktů pacient/lékař v roce 1999). Prakticky každý kontakt s lékařem končí předpisem léku (návštěva u praktického lékaře v ČR – 97% pravděpodobnost předpisu v roce 1997, na rozdíl např. od Holandska, kde 40% pacientů odchází od lékaře bez receptu). Není sledováno, kolik korun pacienti na které léky skutečně doplácí (a to ani formou studií).

Očekávaný další vývoj

Zdravotní pojišťovny již nyní přestávají uplatňovat pokuty za překročení finančních limitů na preskripci (obava z odlivu pojištěnců). To povede k dalšímu zvyšování nákladů zdravotních pojišťoven na léky. Zejména bude zvyšována preskripce nových, drahých přípravků (viz výše – bod 3), přičemž hrozí, že nerovnost v dostupnosti péče bude zvyšována, neboť na všechny pacienty se prostě nedostane. Nedobrovolná spoluúčast pacientů na platbách za léčivé přípravky pozvolna narůstá. I malý nárůst spotřeby denních definovaných dávek nových, drahých léčiv vede k významnému finančnímu nárůstu nákladů. Proto je důležité, aby tato léčiva byla poskytnuta pacientům, u kterých lze očekávat jasně definovaný užitek (prodloužení života, zkvalitnění života). Lze očekávat významnější poškozování pacientů nevhodnými lékovými kombinacemi a dávkováním a nárůst rezistence mikrobů na antibiotika.

Úkoly lékové politiky pro následující období

vychází z výše uvedeného. Je třeba mířit na všechny 3 cíle lékové politiky, nesoustředit se pouze na zadržování nákladů na segment léčiv. Úkoly rozděleny podle jednotlivých cílů.

1. cíl: zajištění bezpečných, účinných a kvalitních léčiv

Obsahuje tyto složky:
1. složka dostupnosti – aby léky byly v ČR reálně k dispozici „na trhu“,
2. složka bezpečnosti, účinnosti a kvality – aby všechny léčivé přípravky, které jsou k dispozici, splňovaly tyto atributy.
Dotýká se výroby léčiv, registrace, distribuce, lékárenství, péče o maloobjemové léky.

Nedostatky a návrh řešení:

1. Dostupnost na trhu – u naprosté většiny léčiv nejsou problémy, stát však musí aktivně dbát o dostupnost maloobjemových léčiv (kde výrobce nemá zájem o registraci a distribuci). Příklady: vzácná antibiotika, antidota, séra.[8]
Plnění úkolu je možné v horizontu jednoho roku. Jedná se o jednoduché organizační opatření – pověřit jediného pracovníka centrálního orgánu o přehledu o těchto lécích, zásobách v jednotlivých zdravotnických zařízeních krajského charakteru. Dále je třeba vyčlenit určité minimální množství financí na nákup nových zásob (neboť nutno předpokládat, že část antidot i specifických sér nebude spotřebována a tedy nebude uhrazena pojišťovnami).

2. Bezpečnost – Státní ústav pro kontrolu léčiv je spolehlivým garantem při registraci léčiv, soulad s normami EU je plánovitě plněn. Jediné, co je třeba vytknout, je nedostatečné sledování nežádoucích účinků léčiv. Plnění úkolu bude postupné. Organizační opatření bude třeba podpořit nevelkou finanční odměnou za hlášení. Do systému bude třeba též zapojit lékárníky.[9]

Další body

Lékárenství je důležitou součástí zdravotní péče, kdy současně s výdejem kvalitně vyrobeného a kvalitně uchovávaného přípravku je podávána kvalitní informace o způsobu užití. Je vhodné podporovat zvyšování kvality této péče (podpora spolupráce lékárník – lékař, identifikace nesprávných kombinací léčiv, bonifikace za tuto ztrátovou činnost[10]). Je třeba ochránit lékárny před závislostí na monopolu velice malého množství distributorů, a to oddělením obchodní přirážky lékárníků od obchodní přirážky distributorů. Odměnu lékárníka za výdej léku je třeba změnit na spravedlivější způsob.
Domácí průmysl je producentem kvalitních levných léčivých přípravků, které dokáží uspokojit značnou část potřeb pacientů. Systematickou podporou účelné farmakoterapie (viz dále) bude podporována i preskripce takových léčiv a tedy i domácí výrobci.

2. cíl: Za limitovaný objem financí zabezpečit maximální objem péče, od které lze očekávat zvyšování kvality života pacientů

Úkolem je zajistit co nejširší spektrum potřebných přípravků na trhu za ceny dostupné pro zdravotní pojišťovny a pro občany.
Obsahuje tyto složky:
Stanovování cen, výše úhrady[11], podněty k hospodárnosti nakládání s léčivy hrazenými z veřejných zdrojů, informovanost lékařů o ekonomických aspektech léčby.

Stanovování cen

Populární požadavek na zajištění „stálých cen léků" je sice možné splnit, ovšem je otázka, kdo tyto ceny určí a v jaké výši. Stálá cena by totiž mohla znamenat nežádoucí zafixování vyšší cenové úrovně léčivých přípravků. Případné odstranění konkurence (která v řadě oblastí ceny snižuje) by mohlo vést ke zvýšení výdajů na léky jak pojišťoven, tak i pacientů. Nutno si uvědomit, že konečná cena léčivého přípravku = cena výrobce + distribuční přirážka distributora + 5% DPH + distribuční přirážka lékárny.

Stanovování cen výrobce

Současný systém stanovování maximálních cen výrobce je do značné míry nefunkční, neboť:
a) zbytečně reguluje cenu tam, kde to není zapotřebí, čímž zabraňuje konkurenci,
b) nefunguje tam, kde konkurence neexistuje a kde bychom uvítali možnost cenu upravit administrativně.

Je třeba důkladně prozkoumat pro a proti zavedení pevných cen pro pacienta a po veřejné diskusi tento krok provést či zavrhnout.

V kladném případě by bylo postupováno následujícím způsobem:
Výrobci by zaregistrovali pevné ceny svých výrobků. Po tomto kroku (se znalostí pevných cen) je třeba stanovit úhradu. Jedná se o postup administrativně náročnější. Riziko je v tom, že výrobky s vyšší cenou, na které bude pacient povinně doplácet, může výrobce z trhu stáhnout, neboť je nebude moci zlevnit. Nejlevnější přípravek tak ztratí konkurenci a o rok později může výrobce cenu nadiktovat na vyšší úrovni. Nutno upozornit, že zajistit „stálou cenu" znamená též zafixovat distribuční přirážku, nejen cenu výrobce.

Nebude-li přijat systém pevných cen, je vhodné ponechat princip úředního stanovování maximální ceny výrobce,
ale pouze pro léčivé přípravky, které významným způsobem ovlivňují zdravotní stav pacienta a to v oblastech, kde není dostatečná konkurence mezi výrobci na trhu:
c) inovativní přípravky, kde neexistují alternativy,[12]
d) léčiva určená pro zvláštní, vzácně se vyskytující onemocnění.

Je nezbytné prostřednictvím cenové komise pro léčivé přípravky takové skupiny léčiv identifikovat a racionálním způsobem maximální ceny stanovovat[13] za transparentních podmínek v souladu s normami EU.[14]

U ostatních léčivých přípravků hrazených z veřejného zdravotního pojištění vyžadovat pouze registrace závazné maximální ceny.[15] Znalost této hodnoty je nezbytná pro stanovování úhrad přípravků.[16]

V každém případě musí být odepřena úhrada přípravku, u kterého výrobce překročí (jím) stanovený limit ceny, přičemž je třeba definovat sankce vůči takovému výrobci (jedná se o účinnou ochranu pacientů, kteří mají nárok na poskytování určité péče bez doplatků). Vyskytnou se i případy, kdy výrobce aktivně zvolí možnost volně upravovat ceny v průběhu roku s tím, že jeho přípravek nebude hrazen, pak je třeba tuto vůli respektovat, neohrozí-li toto dostupnost plně hrazených přípravků pro pacienty.[17]
Pro změnu systému cenotvorby je třeba sestavit kolektiv ekonomicky vzdělaných úředníků, přičemž výsledky možno očekávat cca za 3 roky.

Stanovování distribuční přirážky

je vhodné změnit následujícím způsobem:
1. Zvlášť stanovit maximální výši distribuční přirážky pro distributora a zvlášť pro lékárníka. Toto opatření chrání lékárny před závislostí na malém, stále se zužujícím počtu distributorů.
2. Stanovit sestupnou výši distribuční přirážky (nejlépe podle německého vzoru). Toto opatření odstraní motivaci lékárníků před upřednostňováním nabídky dražších léčiv (za jejichž dispenzaci nyní zcela legálně pobírají vyšší odměnu). Práce lékárníka za uchovávání a dispenzaci léčiva bude tímto ohodnocena spravedlivějším způsobem. Vhodnou alternativou je i stanovení pevné odměny za výdej léku.
Realizace výše zmíněných opatření si vyžádá cca 2 – 3 roky.

Stanovování úhrad

V současné době je v ČR využíván systém referenčních úhrad. Léčivý přípravek je hrazen podle obsahu účinné látky, nezávisle na tom, která firma jej vyrobila. Tento systém je užíván v mnoha zemích EU a lze jej považovat

za optimální. Je však vhodné zprůhlednit proces rozhodování tím, že budeme definovat lékové skupiny, v rámci kterých jsou přípravky srovnávány mezi sebou. Tyto je třeba definovat na základě srovnatelného klinického účinku jednotlivých léčiv.

Z hlediska plné úhrady je třeba definovat dva druhy lékových skupin, ve kterých jsou léčiva hrazená z veřejného zdravotního pojištění:

e) Kde je třeba alespoň jeden přípravek plně hradit (léčiva základní, nezbytná a léčiva terapeuticky významná).

f) Kde taková potřeba není stanovena, přesto je vhodné stanovit částečnou úhradu (léčiva ostatní, která vykazují zřetelný terapeutický efekt).

Vedle těchto se, stejně jako dnes, bude vyskytovat řada léčivých přípravků nehrazených, které z hlediska účinku a potřebnosti nebudou zařazeny ani do jedné z výše uvedených skupin. Jedná se například o antikoncepční přípravky, léky na spaní.

Při rozhodování o úhradě skutečně inovativních přípravků, které nemají terapeutickou alternativu a které tedy nemají svou „skupinu", je třeba důsledně zkoumat jejich skutečný medicínský přínos společně s ekonomickým vyhodnocením, kolik peněz je třeba zaplatit za definovaný přínos pro pacienta (např. QALY).[18]

Realizace výše zmíněného opatření si vyžádá cca 2 roky, pak bude třeba systém průběžně zdokonalovat.[19]
Definování skupin je třeba provádět podle návrhu lékové komise MZ (odborníci, pojišťovny) za případné oponentury výrobců léčiv. Při tomto procesu je vhodné definovat i pravidlo stanovení úhrady ve skupině.[20] Léková komise bude dále doporučovat výši úhrad léčivých látek v jednotlivých skupinách.[21]

Je třeba provádět pravidelná přehodnocování, a to 1x ročně. Zároveň je třeba přehodnocovat potřebnost úhrady z veřejného zdravotního pojištění u léčiv, která jsou určena k samoléčení a která pacient nakupuje, a dále u léčiv, jejichž podání nemá významný terapeutický efekt. Vynakládat peníze veřejných zdrojů na takové léky není efektivní, tyto prostředky pak chybí na úhradu léků skutečně účinných a nezbytných.

Nutno připomenout, že pro racionální rozhodování o úhradě léčiv je třeba novelizovat současnou přílohu č. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která definuje skupiny hrazených léčiv zcela nevyhovujícím způsobem a která dále zcela nevhodně definuje ryze odborné parametry léčby.

Podněty vedoucí lékaře k hospodárné léčbě

Je třeba postupně přecházet od zadržování nákladů v jednotlivých segmentech zdravotní péče k podpoře hospodárného vynakládání financí na léčbu s přihlédnutím k nepřímým nákladům na péči o pacienta a k podpoře kvality procesu rozhodování lékaře.
Je třeba řídit se zásadou, že vynakládat veřejné finance nehospodárně je neetické, neboť jejich plýtvání na jednom místě zákonitě vede k nedostatku na místě druhém.

V současné době jsou lékaři motivováni k zadržování nákladů na léky následujícími způsoby:

1. Ambulantním lékařům jsou stanovovány limity pro preskripci odvozené

- od průměrných nákladů na preskripci lékařů stejné odbornosti,
- od nákladů, které konkrétní pracoviště lékaře vynaložilo na preskripci v uplynulém roce.[22]

Zdravotní pojišťovny jsou oprávněny při překročení limitu vyměřit zdravotnickému zařízení pokutu – regulační srážku.

2. Nemocničním ambulancím jsou stanovovány rozpočty na preskripci, přičemž při úspoře je nemocnice odměněna, při překročení pokutována.
Pozitivní je, že lékaři jsou motivováni k hospodárné preskripci. Pokud však nebudou zavedena další, korigující opatření, hrozí odmítání drahé léčby (která může být účinnější než levná a která v některých případech bude nezbytná) a k předávání „drahého" pacienta mezi lékaři.[23]

3. cíl: Tuto péči poskytnout lidem, kteří ji skutečně potřebují

Mnoho lidí se domnívá, že dostatečné množství plně hrazených léčivých přípravků v číselníku je zárukou dostupnosti těchto léčiv pro pacienty. Bohužel tomu tak není. Lékaři totiž bývají zvyklí předepisovat stále stejné přípravky (které nemusí být plně hrazené) a číselník léčiv ani „nepotřebují".

Pokud se týká hospodárnosti: I když sestavíme maximálně úsporný číselník léčiv, stále není zajištěno, že tato léčiva budou lékaři předepisovat hospodárně a účelně.[24] Hospodárnost a účelnost není zajištěna ani stanovením limitů na léky, neboť tyto mohou vést k vyššímu vynakládání financí v jiných segmentech (výkony specialistů, hospitalizace, atd.).
Ve skutečnosti je třeba lékařům poskytovat kromě finančních stimulů (finanční limity či bonifikace za hospodárnou léčbu) i návody, jak mají postupovat, chtějí-li léčit účelně s ohledem na dostupné prostředky a lege artis postupy. Jinak

hrozí, že mnozí lékaři budou postupovat cestou „nejmenšího odporu“ a drahé léky prostě nepředepíší. Stejně důležité je poskytovat lékařům zpětnou vazbu, jak se jim ve srovnání s kolegy daří vylepšovat preskripční návyky.

Podceňovaným nebezpečím jsou nežádoucí účinky léčiv a zejména jejich kombinací. Odborníci odhadují, že v ČR zemře ročně z těchto příčin 3000 – 4000 lidí a další utrpí závažné újmy na zdraví. Narůstá rezistence mikrobů na antibiotika. Tato je způsobena především jejich nesprávnou preskripcí. V zahraničí jsou přijímána opatření, která umožní lékařům zkvalitnit rozhodovací proces při preskripci, je v zájmu našich občanů postupovat stejným směrem.

Podpora účelné farmakoterapie

Je nezbytné plnit tyto úkoly:

1. Informovat lékaře o lécích a jejich skutečné terapeutické hodnotě u jednotlivých onemocnění – tvorba „guidelines“ léčby lege artis s přihlédnutím k dostupným prostředkům.

2. Informovat lékaře o epidemiologické situaci, o citlivosti mikrobů k antibiotikům, o celospolečensky prospěšných programech.

3. Sledovat dodržování „guidelines“ lékaři, upozorňovat na chybné předepisování.

4. Poskytovat lékařům statistické přehledy jak o nákladech na jednotlivé segmenty péče, tak zejména rozbory farmakoterapie podle důležitých skupin léčiv.

5. Poskytovat lékařům i pacientům nezávislé informace o skutečném účinku léčiv s důrazem na nové přípravky.

6. Podporovat preskripci levných generik všude tam, kde je možno tyto poskytnout, aby finanční prostředky byly ušetřeny pro preskripci dražších patentových přípravků v situacích, kde nelze poskytnout levnější léčbu.

7. Vypracovat antibiotickou politiku a prosazovat ji u jednotlivých lékařů.

K plnění výše uvedených úkolů je třeba po vzoru řady vyspělých zemí zřídit komise pro podporu účelné farmakoterapie na centrální a na krajské úrovni. Komise by měly být složeny ze zástupců lékařů a zdravotních pojišťoven, pracovat by měly pod určitým minimálním dozorem státní správy, která poskytne i nezbytné administrativní zázemí.

Na centrální úrovni:
Centrální komisi pro účelnou farmakoterapii je třeba zřídit za účelem:

g) vytváření guidelines s ohledem na léčbu lege artis a množství dostupných prostředků,

h) poskytování stanovisek k novým léčivům ohledně jejich využití v praxi,

i) šíření nezávislých informací o lécích,[25]

j) dohody mezi lékaři a pojišťovnami na způsoby práce krajských komisí.

Administrativní zázemí poskytne MZ.

Na úrovni kraje:

k) Na krajském úřadě je třeba zřídit statistické a administrativní pracoviště nejen jako administrativní zázemí této komise, ale především ke sledování statistiky preskripce a k šíření informací o účelné farmakoterapii:

a) sběr dat od pojišťoven,

b) vyhodnocování podle pokynů zdravotního rady a komise účelné farmakoterapie,

c) informační centrum pro lékaře i laickou veřejnost: šíření informací o tom, co je to v jednotlivých případech účelná farmakoterapie (brožury, semináře), a to jak po stránce léčby onemocnění, tak po stránce vyhodnocení jednotlivých léčebných postupů vč. nezávislých informací o nových léčivech. Podává též informace o úhradách léčiv, napomáhá při nalézání plně hrazené terapie (možnosti záměny léčiv). Informuje nelékaře o volně prodejných léčivech a jejich skutečném přínosu pro terapii,

d) zasílání výsledků vyhodnocení lékařům spolu s event. upozorněním na prohřešky medicínské či ekonomické).

l) Při krajském úřadě je třeba zřídit Krajskou komisi pro účelnou farmakoterapii, která bude mít za úkol:

a) poskytovat podněty pro statistické vyhodnocování preskripce, dozor nad tímto i na poskytování informací lékařům i pojišťovnám,

b) je smírčím místem pro řešení sporů mezi lékaři a pojišťovnami ohledně pokut za překročení finančních limitů na léky.

Pro práci je třeba využít stávající léková informační centra, SÚKL a další orgány.
Realizace zavádění komisí pro účelnou farmakoterapii si vyžádá zhruba 1–2 roky pro započetí „zkušebního provozu“ a poté cca 1 rok na rozšíření na všechny kraje.

Podpora účelného samoléčení pacientů

Je třeba uznat samoléčení pacientů jako složku systému a vhodným způsobem toto podporovat. Zejména je třeba:

m) zajistit dostupnost vhodných informací o léčivech pro samoléčení (prostřednictvím lékařů, lékárníků i krajských center),

n) zajistit dostupnost informací o chorobách a stavech, které laik může sám rozeznat a léčit,

o) uvolnit pro samoléčení vhodná léčiva pro choroby, kde kontroly lékařem nejsou nezbytné,

p) umožnit pacientům samoléčbu pro omezenou dobu i pokud se týká dávek v nemoci,

q) podpora zdravého způsobu života občanů, vč. opakované informace, že více léků neznamená více zdraví.

Realizace opatření bude postupná, závisí mimo jiné na množství prostředků uvolňovaných pro poskytování informací občanům.

Závěr

Lékovou politiku je možno provádět pouze v rámci zdravotní politiky jako celku a v souladu s nástroji, které tato politika využívá. Obecně je třeba vycházet ze zásad, kterými se řídí vyspělé evropské země, což znamená rozhodovat na základě objektivních údajů, zvýšit transparentnost rozhodovacích procesů, větší informování veřejnosti (a to na profesionální úrovni), decentralizace rozhodovacích pravomocí na regiony, spolupráce pojišťoven a lékařů na společných, celospolečensky prospěšných úkolech (jako např. vyhodnocování a podpora účelné farmakoterapie). Z výše uvedených zásad vychází i tento návrh lékové politiky.

---

1 *např. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe – 1999 edition, by Panos Kanavos, Scrip Reports*
2 *E. Mossialis, LSE, Kurz farmaceutické ekonomie pro řídící pracovníky ve zdravotnictví, Londýn 1998*
3 *Např. Druhy chyb v lékařské praxi. Abstrakta JAMA January 22/29, 1997. Doporučená medikamentozní léčba geriatrických pacientů, Urbánek a kol., LF UP Olomouc, příloha ZdN č. 51-52, 1998.*
4 *Např. zveličování přínosu nových léků, přičemž existuje nepoměr přínosu a nákladů nového léčiva, pořádání soutěží v preskripci a další metody.*
5 *Podíl domácího průmyslu poklesl z 62% v roce 1992 na 30% v roce 1997 a pod 26% v roce 2000 (podle SÚKL).*
6 *Nepočítány platby pacientů za léky zakoupené v lékárnách a platby za léky, které byly předepsány na recepty, ale které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (např. hypnotika, antikoncepce)*
7 *Podle studie prof. Švihovce (Farmakologický ústav FVL UK v Praze) 7,3%, podle odhadu doc. Němečka (VZP ČR) je málo pod 8%.*
8 *Viz široce publikovaný případ, kdy po uštknutí zmijí bylo podáno prošlé sérum pacientovi, který poté zemřel.*
9 *Nežádoucí účinky volně prodejných léčiv, která pacient kupuje, nemá jinak kdo hlásit.*
10 *Ve výjimečných případech, kdy by pacient byl poškozen výdejem léčiva, lékárník léčivo nevydá a patřičným způsobem informuje pacienta i ošetřujícího lékaře. Tímto ovšem kvalitně pracující lékárník inančně ztrácí (brzdí svůj obchodní obrat), což je vhodné kompenzovat.*
11 *Pod pojmem „úhrada" je vždy nutno rozumět „úhrada z veřejného zdravotního pojištění"*
12 *Alternativy typu „mee-too" léky či generický ekvivalent*
13 *Srovnávání cen téhož léčiva v zemích se srovnatelnou ekonomikou, hodnocení přínosu nového léčiva a další metody.*
14 *Direktiva 89/105 ES*
15 *Jedná se o registraci ceny na určité časové období – doporučuji 1 rok*
16 *I při konkurenci více výrobců by se mohlo stát, že cenu nastaví nad stanovenou úhradu v případech, kdy je třeba zajistit alespoň jeden plně hrazený přípravek, proto je třeba při stanovování úhrady znát cenovou hranici, přes kterou výrobce nesmí jít*
17 *Takové situace nastanou u volně prodejných léčiv, která jsou zároveň hrazena z veřejného zdravotního pojištění*
18 *Rok získaného kvalitního života*
19 *Nutno upozornit, že v České republice prakticky neexistují pracoviště schopná farmakoekonomického výzkumu ani kvalitní oponentury takových studií dovážených ze zahraničí výrobci léčiv. Toto zpoždění oproti vyspělým zemím budeme dohánět mnohem déle.*
20 *Např. úhrada = cena nejlevnějšího přípravku, či cena druhého nejlevnějšího přípravku dostupného na trhu*
21 *Na první pohled by se mohlo zdát, že stačí obecné stanovení pravidla. Není tomu tak vždy, protože referenčním a tedy plně hrazeným by se mohl stát přípravek, který je sice nejlevnější, ale jehož dostupnost v ČR kolísá. Nesmí být ohrožena péče o pacienta!*
22 *Přesněji řečeno „ve srovnatelném období", což většinou bývá odpovídající čtvrtletí či pololetí uplynulého roku*
23 *Obě možnosti by vedly k poškozování pacienta a ke zvyšování celkových nákladů na péči*
24 *Jistě je vhodné hradit širokospektré penicilíny. Není však v moci číselníku, aby zabránil lékaři tyto předepisovat u tonsilitidy. Tento prohřešek je dnes běžný.*
25 *V podstatě by se jednalo o posunutí Farmakoterapeutických informací SÚKLu na vyšší úroveň.*

Vydalo
Ministerstvo zdravotnictví ČR
Praha 8. 11. 2004
Editace: Krilin & V.I.T.