

14. 2. 2005

Vezměte, prosíme, na vědomí, že text článku odpovídá platné právní úpravě ke dni publikace.

Úvod k rozpracovanému Desateru ke koncepci zdravotnictví ČR Milady Emmerové

Když jsem koncem července 2004 respektovala žádost nového premiéra české vlády JUDr. Stanislava Grosse a stala jsem se ministryní zdravotnictví, byla jsem si vědoma velkého „morálního rizika“, které mi tato funkce může přinést. Na druhé straně jsem to chápala jako příležitost konečně předložit koncepci zdravotnictví, což bylo vlastně mým hlavním přáním a cílem, když jsem v r. 1986 byla poprvé zvolena do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky.

Do vysoké politiky jsem přišla rovnou z medicínské praxe, z více než třicetiletého působení na interní klinice Fakultní nemocnice v Plzni. Za svou profesní dráhu jsem poznala mnoho pozitivního, ale i jevy negativní, a to jak před rokem 1989, tak i po něm. V 90. letech jsem jako velký pokrok ve zdravotnictví vnímala zejména počiny v investiční politice, v podpoře mladých lékařů při jejich progresivních aktivitách směrem do zahraničí a zpět, v pořízování nejmodernějších přístrojů, léků, ve změně financování zdravotní péče, apod. Mojí pozornosti však neuniklo, že **nemocný člověk** se dostával poněkud stranou intenzivního zájmu a že ve fázi „přístrojového narcismu“ nebylo vždy dostatečně zvažováno zejména hledisko humánní, kolegiální, etické, prognostické, forensní apod. Že důležitějším se stalo používání nové technologie než její výsledek, že někdy nebyly respektovány zkušenosti starších učitelů, neboť na scénu jednostranně nastoupily pojmy jako jsou svoboda člověka, svoboda slova, zkrátka demokracie... v určitém pojetí. Se svobodou se ale objevila i podivná profesní morálka a volnost, bohužel však u některých takřka ve všem. Někdo tyto jevy nazývá „naivním liberalismem“, někdo anarchií, někdo svobodou, ale ať už je to nazýváno jakkoliv, výsledek je stejný: naše zdravotnictví sice zůstává odborně zatím na výši, ale štedře a velkoryse poskytovaná péče prodělává různé změny. Ty nejméně účelné jsou určovány způsobem financování nebo spíše plýtváním:

- Někteří chtějí připlácet za nadstandarty, ale nevnímají, že dosud nejsou definovány standarty.
- Někteří zcela oficiálně tvrdí, že úplatek v obálce, předaný zdravotníkovi, je vlastně neoficiálně zvýšená spoluúcast, tak proč ji nedat do zákona a tím tuto novou „normu“ legalizovat.
- Jiní přicházejí s argumentem, že spoluúcast je ve všech zemích většinou vyšší než u nás, ale zapomínají přidat protiargument, jakou kupní sílu má např. tamější důchodce ve srovnání s naším. Přitom je známo, že jde o nejpotřebnější uživatele zdravotní péče jak u nás, tak za hranicemi.
- Někteří argumentují reformou v Německu, kde se zavedly poplatky a příplatky u lékařů a v lékárně a zapomínají dodat, že je mnozí obyvatelé v SRN neplatí, poněvadž na ně nemají.
- S oblibou je poukazováno na slovenský příklad, tj. zavedení reformy zdravotnictví podle doporučení Světové banky, kdy nápadně poklesla návštěvnost u lékařů v ambulantní péči (neboť je podmíněna poplatkem). Z toho jsou vyvozovány závěry, jak prospěšné kroky byly směrem k péči o zdraví vykonány. Slovenští lékaři však oproti ekonomům hovoří na oficiálních odborných fórech o „sociální eutanázii“.
- Zajímavý je údaj z Rakouska, kde celých 48% občanů je vyvázáno z povinnosti platit příplatky a poplatky jako formu příspěvků za poskytnutou zdravotní péči. (Nezdá se to administrativně náročné? A do jaké míry je to pak přínosem pro celý systém zdravotnictví?)
- Kuriózní, ale nikoliv ojedinělý argument jsem slyšela od jistého našeho „znalce“, který se zastával poplatku za vyřízení receptu v lékárně. Když uslyšel, že při vyřizování třech receptů by se mohlo jednat až o 100,- Kč, pak zajásal a vyslovil geniální dedukci, že takto se vlastně ušetří náklady na léky, neboť inkriminovaný nemocný si léky prostě

nevyzvedne! I tomu bychom chtěli říkat moderní zdravotní péče?!

- Hodně napoví i připomínky k návrhu „Koncepte zdravotnictví“, kterou jsem veřejnosti předložila k diskusi dne 15. listopadu 2004 a které jsou přiloženy v závislosti na jejich významu do podrobného materiálu z dílny IZPE (vedeného ředitelem MUDr. Petrem Hávou, CSc.). Tuto „Koncepti“ kritizují neoprávněně zejména ti, kteří tam chtěli vysledovat, že spoluúčast se bude v krátkodobém horizontu zvyšovat, že je v koncepci je především solidarita, ovšem podle jejich názoru příliš preferovaná, a tak pochopili, že větší profit hned tak nelze očekávat.

Zkrátka – dokud si nevyhraníme názor na to, zda je zdravotnictví veřejná služba anebo trh, potom budou zbytečné nejen veškeré koncepce, ale především i podrobné ekonomické úvahy a doplňky!

Předložený „Návrh koncepte zdravotnictví na léta 2005 - 2009“ tzv. Desatero zásad pro koncepci zdravotnictví je kolektivním dílem podle politického zadání, jež jsem publikovala dne 1. listopadu 2004, tj. přesně 14 dnů před zveřejněním vlastního vědecky zpracovaného elaborátu - koncepce. Jde o vyjádření pojetí zdravotní péče jako takové, s vytyčováním cílového stavu našeho zdravotnictví a s formulováním způsobů a prostředků k jeho dosažení. Jde o zásady, jakými cestami se bude ubírat zdravotnická politika v blízké i vzdálenější budoucnosti, aby byla trvale zajištěna pro všechny obyvatele tohoto státu **péče rovnocenná, dostupná a kvalitní**. A aby se nejdřív udělal v systému pořádek, když víme, že předchozí kroky vedly k nepořádku, a teprve poté promýšlely jiné způsoby financování. To není dirigismus, to je vědomí odpovědnosti ze strany této vlády a této ministryně zdravotnictví a jejích spolupracovníků. Návrh koncepce byl předložen k široké diskusi laické i odborné veřejnosti. Po zapracování připomínek jde o koncepční výhled, který je i nadále otevřen všem dalším podnětům a může být podle potřeby průběžně korigován. Základní filozofie koncepce však musí být zachována, pokud má splňovat naději na naplnění jejích cílů.

Klíčové období dosahuje do poloviny roku 2006 a jedním z hlavních cílů je finanční stabilizace českého zdravotnictví.

Jde o „koncepti“, jejíž většinové přijetí napříč politickým spektrem by znamenalo její realizaci prostřednictvím legislativních a exekutivních norem, a to bez ohledu na to, která politická strana vyhraje parlamentní volby. Vůle k jejímu přijetí tak představuje vyjádření kvalifikovanosti zástupců v Parlamentu, kteří by si měli plně uvědomovat, že **zdraví národa je nezbytným předpokladem pro vznik bohaté společnosti**. A toto krédo by mělo být považováno za klíčovou investici pro udržení ekonomického růstu a za jeden ze základních předpokladů lidského štěstí.

Desatero zásad pro koncepci zdravotnictví ČR

(Publikováno dne 1. listopadu 2004 prostřednictvím denního tisku)

Zásada č. 1

Zdravotnictví je veřejnou službou, poskytovanou občanům vzdělanými zdravotníky, kteří jsou odměňováni s ohledem na vysokou náročnost a odpovědnost jejich poslání a s ohledem na úroveň odměňování jejich kolegů v ostatních vyspělých zemích Evropské unie i světa.

Komentář: Zdravotnictví je veřejnou službou, nikoliv trhem, který se řídí principem nabídky a poptávky. Musí být vždy základní jistotou a zaručeným právem pro všechny, kdo je potřebují. Tyto jistoty garantuje stát (Listina základních práv a svobod) a vytváří pro ně právní, organizační a ekonomické prostředí. Tuto úlohu státu je nutno chápat jako vysokou odpovědnost, nikoliv jako nepřiměřeně přejaté právo „dirigovat“ úroveň zdravotní péče. Výrazem této iniciativy státu je i placení pojistného za nevýdělečně činné spoluobčany (důchodci, děti, nezaměstnaní). Úlohou státu je i péče o pracovníky ve zdravotnictví, o jejich náležité pregraduální i postgraduální vzdělávání, odměňování, sociální jistoty a důstojné vztahy ze strany veřejnosti. Zdravotnický systém musí fungovat tak, aby byl přátelský a lidsky důstojný pro pacienty a jejich blízké, a současně i pro ty, kteří se o ně kvalifikovaně a obětavě starají, tj. pro zdravotníky.

Zásada č. 2

Chci vytvořit moderně organizované zdravotnictví středoevropského typu se zohledněním dosavadních pozitivních zkušeností před a po listopadu 1989, s vyloučením plýtvání s finančními prostředky a tím i s vyloučením rizik ekonomických krizí.

Komentář: Naše zdravotnictví je srovnatelné co do odborné úrovně s pokrokovými státy v rámci Evropy, ale i státy celého světa. Ačkoliv výdaje ze strany státu na jeho fungování jsou zhruba poloviční oproti USA (rozumí se procenta odvozená z HPD), je efektivita obou systémů plně srovnatelná. Dokonalejší organizace našeho zdravotnictví by však vedla nejenom k tomuto efektu, ale i k zabránění periodických finančních krizí ve sféře dostatečnosti zdravotního a nemocenského pojištění. Pacient by nebyl vystaven občasným nejistotám a frustracím, zda nebude dlouhá čekací doba na některé výkony, zda nebude vystaven nepřiměřeným poplatkům v podobě vyšší spoluúčasti, zda nedojde ke krachu „jeho“ zdravotní pojišťovny, zda bude v „jeho“ nemocnici zaručená adekvátní péče apod.

Zaměříme se na zprůhlednění hospodaření nemocnic a zdravotních pojišťoven, event. i ostatních subjektů v systému zdravotnictví (polikliniky,

monooborová centra, systém léčení s rozdílným sortimentem nemocných dle oborového zaměření, fakultní nemocnice a jejich porovnávání, apod.).

Budeme se zabývat výsledky sběru dat a statistickými údaji, poskytovanými ÚZIS a zařazovat je mezi zdroje pro analýzy, výzkumy, kritéria kvality poskytované péče apod. Budou využívány statistické údaje zdravotních pojišťoven k vyhodnocování efektivity jednotlivých segmentů zdravotní péče.

Zásada č. 3

Chci rozvíjet zdravotnictví, postavené na zásadách humánní medicíny, založené na důkazech se zajištěním kvalitní péče, s přispěním standardů a s potlačením polypragmatie (nadužívání léků), zejména u seniorů. Nehodlám přitom vážným způsobem zasahovat do vlastnických práv ambulantních lékařských praxí ani nemocnic, převedených na obchodní společnosti.

Zdravotní péče v ČR je díky dobrým odborníkům v pedagogické oblasti na lékařských fakultách i klinikách a v neposlední řadě i díky odborníkům v lůžkových a ambulantních zařízeních na vysoké odborné úrovni. Ta je udržována nejen kvalifikačními atestacemi lékařů, ale i péčí ČLK a jiných profesních sdružení kultivována prostřednictvím seminářů, stáží a zahraničních kurzů stále na vysoké úrovni. Nižší finanční ohodnocení našich zdravotníků však představuje nebezpečí úniku těchto kvalifikovaných pracovníků do cizích zemí, zejména do zemí EU, kde se otevírají ve zdravotnickém sektoru zajímavé možnosti a až 5x vyšší finanční odměny. Nekonvenční medicína není oficiálně podporována z pozice Ministerstva zdravotnictví až na výjimky, tj. např. užití akupunktury, rehabilitačních metod apod. Ostatní způsoby nekonvenční (alternativní) medicíny jsou užívány v závislosti na vůli nemocného a řídí se zákony trhu, tj. nejsou hrazeny ze zdrav. pojištění.

Ačkoliv některé standardy byly postupně vypracovávány, stále chybí jednotně zadaný systém diagnostických a léčebných standardů, který představuje metodickou pomůcku, prostředek k ekonomickému vyhodnocování a srovnávání a v neposlední řadě i forensní hledisko. Není na místě, považovat je za neměnné direktivy. Jejich soubor je nutné periodicky revidovat, upravovat, doplňovat i měnit. Nejde o zákony, ale o doporučení.

Často zjišťovaná polypragmatie musí být rozhodně potlačována, a to zejména z pozice prospěšnosti pro nemocného. S narůstajícím počtem léků narůstá i výskyt nežádoucích účinků, interakcí a intoxikací. Řadu léků lze nahradit psychoterapií, a to zejména u seniorů. Jejich prodlužující se věk kalendářní musí být následován i prodlužujícím se kvalitním životem. To je věc nejen zdravotníků, ale i příbuzných a všech spoluobčanů, celé společnosti. Informovanost nemocných, lepší orientace, usnadněný kontakt se zdravotníkem, i kontroly ze strany bližních, lze zlepšit vydáním „zdravotní knížky“, nejdříve papírové, později elektronické. Následovat by měly i úspory (zejména u léčiv), odstranění duplicit (zdvojování vyšetření u málo informovaného nemocného i zdravotníka), pružnější předepisování léků, apod.

Pozornost bude soustředěna na účelnou farmakoterapii, cenotvorbu léků, úlohu distributorů léků, zavedení degresivní marže pro lékární, apod.

Bude vydán zákon o zdravotnických zařízeních, včetně úpravy neziskových lůžkových zdravotnických zařízení, který by měl racionalizovat převod bývalých okresních krajských nemocnic na nemocnice v rámci krajské sítě, s plánovanou restrukturalizací lůžek a s ustavením nové kategorie zdravotně-sociálního lůžka s vícezdrojovým financováním. Ve spolupráci s krajskými úřady bude pomocí krajských zdravotních plánů ustavena síť ambulantních i lůžkových zařízení se zřetelem na dostupnost, kvalitu a rovnocennost poskytované zdravotní péče. Bude vydán i zákon o zdravotní péči, který by měl definitivně nahradit zákon o péči o zdraví lidu ze šedesátých let minulého století.

Zásada č. 4

Chci zajistit rovnocennou zdravotní péči pro všechny občany na území ČR, neboť solidární princip v poskytování a financování zdravotní péče je významným předpokladem pro spokojenost lidí a pro sociální smír.

Komentář: Zajišťování kvalitní a přitom rovnocenné zdravotní péče pro všechny pojištěné občany je vedoucím principem v poskytování zdravotní péče v ČR a lze jej považovat i za rys vysoké humánnosti a kulturnosti naší společnosti. Ti jedinci, kteří by chtěli zpochybňovat význam solidárních principů, by jasně dokazovali jistý typ dekadence. Spravedlnost ze strany státu, ale i v jakémkoliv jiném vztahu, je jednou ze záruk sociálního smíru, tolerance a duševního zdraví společnosti.

Uplatnění těchto principů není jen otázkou určitého politického přesvědčení, ale vyplývá ze základních práv ústavně zaručených Listinou základních práv a svobod: práva každého na ochranu zdraví a práva každého občana na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění za podmínek stanovených zákonem.

Zásada č. 5

Chci zajistit dostupnost zdravotní péče po stránce vzdálenostní, časové a ekonomické všem občanům bez rozdílu.

Komentář: Ve spolupráci kompetentních subjektů, tj. MZ a jeho přímo řízených organizací, krajů, obcí i privátních ambulantních a lůžkových zařízení, bude dle přijatých zákonů doporučena síť zdravotnických zařízení a ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami budou s přispěním krajských odborníků doporučeny smluvní vztahy k zajištění péče v kraji a jeho regionech.

Bude pečováno o moderní vozový park ZZS z pozice kompetencí zřizovatele. Bude pečováno o kvalitní smlouvy s organizacemi letecké záchranné služby, která by měla být zajišťována především ze strany policie a armády, pro něž zajišťování zdravotnických potřeb představuje důležitou součást adekvátního výcviku, zejména s ohledem na předepsaný povinný počet letových hodin.

Ekonomická dostupnost zdravotní péče bude sledována prostřednictvím zvýšené kontroly hospodaření zdravotních pojišťoven, inovace lékové cenotvorby, úrovně spoluúčasti se zřetelem na její nezvyšování do konce IV. volebního období. Budou zaváděna stabilizační opatření (viz příloha IZPE) k nápravě chyb dosavadního systému, včetně jeho regulačních opatření někdy s kontraproduktivním dopadem.

Zásada č. 6

Chci vytvořit síť lůžkových zdravotnických zařízení v návaznosti na síť ambulantních zdravotnických zařízení, vyhovujících akreditačním podmínkám, a to ve spolupráci s krajskou samosprávou, na většinově přijatých principech, nastavených Ministerstvem zdravotnictví v souladu s jeho zákonem stanovenými kompetencemi.

Komentář: Chceme vybudovat zdravotnictví jako ucelený, otevřený systém, nadaný zpětnými vazbami včetně mechanismů autoregulace. Je třeba zajistit funkčnost a kooperaci všech složek, adekvátní reakce na změny a nové informace (kompatibilita se zeměmi EU, vazby na státní rozpočet, zdravotní plány krajů, zdravotně pojistné plány apod., vnitřní vazby subsystémů – nemocnice, ambulance, hospice, domácí péče).

Systém musí být ekonomicky únosný, vyvážený, stabilní: vstupy se musí dlouhodobě rovnat výstupům na makro i mikroúrovni, tj. v rámci národního hospodářství i v rámci jednotlivých subsystémů. Náklady musí být pod kontrolou a systém musí být budován co nejúsporněji. Systém musí být sociálně přijatelný a průchodný. Nesmějí být vyloučeny některé sociální skupiny, musí být podporováno sociální začlenění. Je třeba nastavit kompromis mezi mírou solidarity a spoluúčasti. Spoluúčast by se neměla zvyšovat, dokud nebude prokázáno, že finanční prostředky jsou vynakládány maximálně hospodárně a přesto je jich evidentní nedostatek, který znovu ohrozí ekonomickou rovnováhu, anebo nezaručuje rozvoj medicínských oborů a tím i rozvoj kvality zdravotní péče. z politického hlediska je nutno přijmout koncepci s maximálně možným konsensem. Je nanejvýš nutná spolupráce sdružení pacientů, odborů, profesních komor, zdravotních pojišťoven a krajských orgánů. Je nutno vést rozhovory a porady s politickými soupeři.

Zásada č. 7

Chci zajistit vyrovnané vícezdrojové financování zdravotní péče s co největším množstvím finančních prostředků ve veřejném solidárním zdravotních pojištění a rozvíjet další potenciální finanční zdroje, například sociální a individuální příspěvky u zdravotně-sociálních lůžek. Současně s tím musí fungovat regulátory spotřeby zdravotní péče.

Komentář: Je potřebná spolupráce s vedením zdravotních pojišťoven, společně s posilováním úlohy dozorčích a správních rad pojišťoven, s posilováním kontrolní činnosti nad pojišťovnami a uvnitř jejich systémů. Je nutné kontrolní činnosti v pojišťovnách a v rámci jejich systémů. Je nutné zlepšit informovanost nemocných o spotřebě zdravotní péče cestou periodických přehledů na vyžádání anebo 1x ročně spontánně zasílaných. Regulátory zdravotní péče nastavovat spravedlivě, vyváženě, s dopady mimo pacienta a jeho potřeby.

Bude přijat zákon o financování zdravotnictví, který vymezí zdroje financí pro jednotlivé segmenty zdravotní péče, respektive bude zahrnovat i některé reformní kroky ve financování zdravotní péče.

Zásada č. 8

Chci posílit prestiž a funkci praktických lékařů a ambulantních specialistů pomocí zásad týmové práce v ambulantních podmínkách, se zaváděním, rozvíjením a využíváním moderních telekomunikačních prostředků s ohledem na zákonnou ochranu osobních údajů.

Komentář: V ambulantní péči je nutné pěstovat primární prevenci, která povede k ochraně a zachování zdraví s tím, že většina nemocí vůbec nevznikne. Podpora preventivních programů se správou motivací poskytovatelů je jedním z prioritních přístupů ve zdravotní péči 21. století. Je třeba nastavit motivace zdravotníků tak, aby se vyplácela změna chování ve prospěch pacienta a nikoliv účelové vysávání systému. Je třeba klást důraz na profesní morálku a podporovat a zveřejňovat pozitivní příklady těchto přístupů. Praktický lékař by měl převzít bezvýhradně úlohu „ambulantního primáře“, který vede zdravotní knížku nemocného a působí jako zasvěcený, vzdělaný a přívětivý průvodce zdravotnickým systémem. Využívání moderních telekomunikačních prostředků zdokonaluje informovanost všech aktérů, a to vše pro zlepšení a racionalizaci péče o nemocného, což nakonec přináší i úspory v celém systému.

Zásada č. 9

Chci podporovat předávání užitečných smysluplných informací v celé struktuře zdravotnictví, především nemocným, ale i jejich rodinným příslušníkům, pro které systém existuje a slouží, musí však být trvale kultivován.

Komentář: Budeme usilovat o praktické naplňování práv pacienta zakotvených v Úmluvě o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně). Naplňování těchto práv souvisí též s výkonem lékařského povolání v souladu se zásadami lékařské etiky.

Chceme zachovat svobodnou volbu lékaře, ale na druhé straně vymezit ta zařízení, která jsou pro daného nemocného určena jako spádová v případě, že nezvolí zařízení jiné po náležitém projednání.

Zásada č. 10

Chci preferovat všechny kroky, které vedou nejen k prodloužení lidského věku, ale i k prodlužování důstojného lidského života, bez negativních vlivů sociální frustrace.

Komentář: Chci, aby byly zachovány základní hodnoty našeho zdravotnictví, s vysokou odbornou úrovní a rozvojovým potenciálem. Chci propojovat péči zdravotní a sociální ve spolupráci s rodinou nemocného. Chci využít restrukturalizaci lůžkové péče v stávajících lůžkových zařízeních i k umístění lůžek sociálně-zdravotních, kterých může být postupně narůstající nedostatek v souvislosti s přibýváním seniorů, s přírůstky střední délky života, s poruchami soběstačnosti některých seniorů a s obtížemi v rámci péče o ně v domácím prostředí (vysoká zaměstnanost žen v našich poměrech při jejich relativně vysoké vzdělanosti a budování kariéry, nízká porodnost v důsledku podobných důvodů, samostatné bydlení vícegeneračních rodin, rozdílné dožívání u mužů a žen a z toho plynoucí osamělost jedince ve vyšším věku, apod.). Zajištění pobytu seniora ve známém prostředí „jeho“ nemocnice, se známým personálem a s možností denního přístupu jeho blízkých má velký význam pro kvalitu života seniora.

Je nutné zlepšovat vztahy mladé generace směrem ke starším, zvýšit úsilí sdělovacích prostředků v předávání pozitivních příkladů. Nesmíme zapomínat na důležitost duševního zdraví ve vztahu ke zdraví somatickému.

Závěrem chci konstatovat, že přes složitost problematiky zdravotnictví, a to nejen u nás, ale na celém světě, a přes tendence o účelové zpolitizování této oblasti, je snahou předložené koncepce, vytvořit rámec pro dlouhodobé fungování zdravotnictví v České republice. Tento materiál má ambice stát se východiskem pro významné změny ve zdravotnictví, a to i pro další volební období.

Navrhované koncepční změny jsou obecným a dlouhodobým východiskem pro zabudování motivačních prvků k racionalizaci chování všech účastníků systému, tj. pacientů, poskytovatelů zdravotní péče i zdravotních pojišťoven.

Doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc., ministryně zdravotnictví ČR

Zdroj: MZ ČR