

ZMĚNY 2012

PRŮVODCE NOVINKAMI ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU V ROCE 2012



Posílení práv pacientů

Více na stranách 3 – 6



Stop nelegálnímu příplácení

Více na stranách 7 – 8



Změny ve financování zdravotnictví

Více na straně 10 – 11



Protikorupční kroky a úspory

Více na straně 16



20 modelových situací, jak se mění zdravotní systém

Vážení čtenáři,
**připravili jsme pro vás přehled významnějších změn ve zdravotním systému, které
 loni prosadila vláda České republiky, a které vstupují v platnost v roce 2012.**

Zdravotnictví změny potřebuje

V letošním roce zažívá české zdravotnictví malou revoluci. Nové reformní zákony přinášejí změny, které jsou přirozeným důsledkem vývoje medicíny 21. století, ale také nově vnímají postavení pacienta coby rovnocenného partnera lékařů. Proto reforma zdravotnictví kladě důraz nejen na ekonomickou stabilitu sys-

tému zdravotnictví, která je nezbytná v letech ekonomických hrozeb, ale zejména na posílení práv pacientů. Právě zákon o zdravotních službách, který nahrazuje zákon o zdraví lidu ze šedesátých let minulého století, zabezpečuje ve zdravotnictví všem pacientům silnější postavení, než měli doposud.

Posilujeme práva pacienta ve zdravotním systému

Do systému jsou uváděny novinky jako elektronické aukce, které významně snižují cenu například u léků. Díky novému systému platby pojišťoven nemocnicím jdou peníze přímo za pacienty. Nemocnice se tak bude více zajímat o naši spokojenost, protože je v jejím zájmu, abychom se do ní vraceli, nebo si ji zvolili v případě potřeby. Poprvé si můžeme vybrat, jestli si připlatíme na nákladnější variantu péče podle platných a známých ceníků nemocnic. Pokud ji nechceme, do-

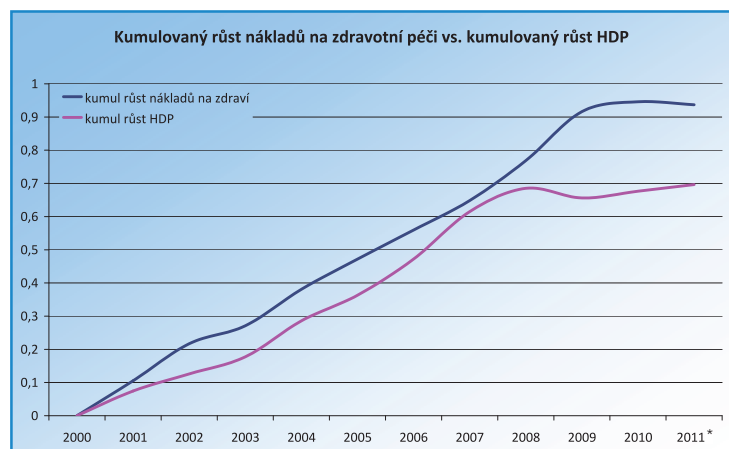
staneme dosavadní kvalitní péči z veřejného zdravotního pojištění. Někdy bohužel nejsme právem spokojeni se zdravotní péčí nebo s lékařem. Pro takové případy je stanoven jasný postup pro stížnosti, v oprávněných případech pak může zdravotnické zařízení dostat i pokutu. Nově bude pacient vyzbrojen arzenálem práv, a dokonce s sebou „ponese“ díl peněz ze systému zdravotního pojištění, čímž se stane vzácným. Zdravotnická zařízení budou bojovat, aby k sobě pacienty přilákala.



Demografický vývoj je výzvou nejen pro penzijní, ale i pro zdravotní systém

Za posledních dvacet let se u nás zvýšila průměrná délka života u mužů o 7 roků na 74 let, u žen o 5 roků na 80 let. Seniori starší 60 let dnes tvoří 22 % české populace, v roce 2030 to má být již třetina. Počet ekonomicky aktivních obyvatel, kteří prostřednictvím zdravotního pojištění přispívají do systému, se přitom snižuje. Naopak roste počet příjemců zdravotní péče. Systém přestává být dlouhodobě udržitelný, podobně jako systém důchodový. Vedle prodlužujícího se věku obyvatelstva

se také neustále rozvíjí medicína. Jsme schopni léčit stále obtížnější případy a různé vzácné choroby. I velmi nemocného člověka je možné udržet dlouho při životě. To je velmi dobře pro pacienty, ale zároveň náklady prudce rostou. Tento problém se nepřetržitě prohlubuje a již v současnosti se zdravotnický systém dostává do schodkového hospodaření. **Řešením je provést reformní změny co nejdříve. Čím déle se budou odkládat, tím tvrdší opatření budou muset být v budoucnu provedena.**



Prodlužování délky života ovlivňuje nákladnost zdravotní péče. Pro financování péče platí přímý vztah – čím starší člověk, tím vyšší jsou náklady na jeho uzdravení.

* Pro rok 2011 předběžný odhad.

Zdravotní péče prochází dynamickým vývojem

Pokud chceme udržet krok s vyspělým světem ve využívání nejmodernějších technologií a postupů léčby, a je-li naším cílem fungující a efektivní zdravotnictví, musí dojít k neodkladným změnám. Dnešní zdravotnictví trápí především stále se prohlubující schodek systému zdravotního pojištění, který by ve velmi krátké době mohl způsobit zhoršení dostupnosti a kvality zdravotní péče. Proto se zaměřujeme v neposlední řadě na „ucpání děr“ v systému, efektivnější vyna-

kládání výdajů a omezení korupčních příležitostí. Naším cílem je nedopustit, aby zdravotní systém zadlužoval budoucí generace. Musíme nastavit pravidla poskytování zdravotní péče tak, aby každý věděl, na co má ve zdravotnictví nárok. Sociálně citlivá spoluúčast pacientů na financování této péče přispívá ke zvýšení dostupnosti nejmodernější léčby vážných onemocnění. Její kvalita a dostupnost přitom nesmí být omezena sociálně potřebným.

Posilujeme práva pacientů

Práva pacientů byla bohužel v českém zdravotnictví dlouho opomíjena. Nebyla dobře zakotvena v zákonech a nebyla dobře a jasně vymahatelná. Proto byl zastaralý a nevyhovující zákon o péči o zdraví lidu z šedesátých let minulého století nahrazen moderní normou o zdravotních službách. Od 1. dubna 2012 tak dochází ke zce-

la zásadnímu posílení práv pacientů, kteří se stanou rovnocenným partnerem lékařů a zdravotních pojišťoven. Pacient už nebude pasivním účastníkem, který bude vláčen systémem bez možnosti se účinně ozvat. Zákon jasně vymezuje, na co má pacient nárok a jaké sankce čekají poskytovatele, pokud pacienta poškodí.

Nově je zaváděn systém pokut za porušení práv pacientů

Prioritou se stává důraz na informovanost pacientů, kteří se mohou odpovědně rozhodovat na základě

všech potřebných informací o svém zdravotním stavu, které jim lékaři musí poskytnout a vysvětlit.

Informovaný souhlas pacienta

Pacient musí být lékařem plně informován a poučen o poskytovaných zdravotních službách, a teprve poté vyjádří svůj souhlas, či nesouhlas s léčebným postupem či zákrokem. Musí být informován o možných variantách léčby a výši doplatku či jejich ceně, jsou-li varianty částečně

hrazené. Zdravotnické zařízení musí pacientovi poskytnout přehledný ceník a jasně informovat o tom, které zákroky jsou plně hrazené. Všechny fakultní nemocnice musí na svých internetových stránkách zveřejňovat průměrné čekací doby na jednotlivé výkony.



Právo na druhý názor

V situaci, kdy pacient lékaři nedůvěřuje či nesouhlasí s jeho názorem, má právo na bezplatné vyšetření u ji-

ného lékaře, má tedy právo na druhý názor. Tím se posiluje větší jistota pacienta a prevence případných chyb.

Pacient má právo znát svůj zdravotní stav i právo nebýt informován

Pacient má právo být lékařem plně a srozumitelně informován o svém zdravotním stavu a všech jeho důsledcích. Lékař nesmí zatajovat informace pacientovi vyjma situace,

kdy se pacient písemně vyjádří v tom smyslu, že některé aspekty svého zdravotního stavu znát nechce. Takové přání musí být lékařem respektováno.



Léčba musí být vysvětlena

Lékař je povinen srozumitelně vysvětlit celý problém a veškeré možné důsledky tak, aby pacient mohl učinit vědomé rozhodnutí. Nemusí se bát zeptat lékaře na všechny důsledky svého rozhodnutí. Lékař je povinen

ctít jeho přání a bez jeho písemného souhlasu nemůže provést žádný zákrok. Výjimku tvoří urgentní situace, kdy jde o rychlost jednání a je ohrožen život pacienta, jako například v případě úrazů či srdečního selhání.





Sankce jako pojistka práv pacientů

Aby pravidla mohla být vynutitelná, musí být podepřena systémem sankcí. Ten rozhodně nepředstavuje nástroj pro „šikanování“ zaměstnanců ve zdravotnictví. Lékařská profese je práce jako každá jiná a jako v každé profesi se v ní pohybují lidé odpovědní i méně odpovědní. A právě nový zákon pomůže pacientům proti prohřeškům méně odpovědné menšiny lékařů či provozovatelů zařízení. Za

porušení práv pacienta bude možné uložit pokutu v řádech desítek až stovek tisíc korun. Jejich konkrétní výše bude závislá na závažnosti chyby, přičemž nejdůležitější je ochrana zdraví pacienta a jeho důstojnosti. Stotisícové pokuty jsou odůvodnitelné, například pokud by se zdravotnická dokumentace pacienta dostala do denního tisku. Dosud žádné sankce neexistovaly.

Při porušení práv je potřeba si stěžovat

Pokud lékař či zdravotnické zařízení porušují zákonná práva pacienta, je možné si stěžovat. Mnozí pacienti dnes přecházejí excesy lékařů a zdravotnických zařízení a myslí si, že by stejně ničeho nedosáhli. To ovšem není pravda. Nový zákon věnuje rozsáhlou oblast stížnostem pacientů. Porušuje-li zdravotnické zařízení práva, pacient se může obrátit přímo na poskytovatele či příslušný správní orgán. Tím je v případě nemocnic krajský úřad toho kraje, kde zdravotnické zařízení působí. Krajský úřad musí stížnost posoudit a vyřešit

do lhůty dané zákonem. Ta je podle závažnosti a komplikovanosti případu 30, 90 či 120 dní. Záleží na tom, je-li nutný třeba posudek nezávislého odborníka, či příslušné komise, která by takovou žádost posuzovala. V případě nevhodného profesního chování lékaře je možné podat stížnost na Českou lékařskou komoru, a pokud jde pouze o individuální postup lékaře, nikoli celého zařízení, také přímo ve zdravotnickém zařízení. To se bude muset pod hrozbou pokuty od krajského úřadu stížnosti věnovat a vyřešit ji.

Právo na volbu zdravotního zařízení

Pacient má právo zvolit si konkrétní zdravotnické zařízení, kde má být ošetřen, stejně jako právo na volbu praktického lékaře. Není ale možné trvat na volbě konkré-

tního lékaře v daném zařízení. Veřejnost si bude moci informace o poskytovatelích zdravotních služeb vyhledat v Národním registru poskytovatelů.

Běžná péče co nejbližší bydlišti, vážné případy do specializovaných center

K dispozici bude seznam zdravotnických zařízení, kde pacienta ošetří v blízkosti jeho domova. V případě náročnější nemocniční péče a úrazů chceme, aby pacient směřoval do specializovaných center, která sice mohou být vzdálenější, ale pacientovi zde bude poskytnuta nejmodernější péče. Zlepšila se kvalita a dostupnost zdravotní péče zejména v onkologii, ale i v dalších oborech koncentrací

specializované a superspecializované péče. 3 miliardy korun ročně ušetřené za levné léky byly vynaloženy na úhradu nejmodernějších a neúčinnějších terapií, které byly dříve pro pacienty nedostupné. Koncentrace specializované péče, podpora vytváření specializovaných center a jejich dostatečné financování pokračuje. Přináší značné úspory a intenzivnější kvalitu péče díky kooperaci specialistů.



Stanovení maximální čekací doby

Každá nemocnice je nově povinna na internetu uvést, jak dlouho se u ní čeká na zákrok. Lidé si tedy mohou snadno zjistit délku čekací doby a podle ní si vybrat to zařízení, kde budou čekat nejméně. Ministerstvo zdravotnictví navíc připravuje závazný seznam maximálních čekacích dob na jednotlivé zákroky. Vyhláška o do-

stupnosti lékařské péče bude platit od roku 2013. Bude určovat, jak dlouho bude pacient čekat na operaci, a za jak dlouho se musí dostat k lékaři. Některé čekací doby se zkrátí. Například šedý zákal lékaři budou muset odoperovat do půl roku. Odpovědnost za dodržování lhůt ponese pacientova pojišťovna.

Rodiče již nebudou pouhá návštěva

Nezletilí pacienti a pacienti nezpůsobilí k právním úkonům mají nárok na nepřetržitou přítomnost rodičů nebo svého právního zástupce během ošetření či v době hospitalizace, pokud to není v rozporu s léčebným režimem. Lékař nemůže dítěti provádět zákroky bez souhlasu rodičů. Dětem starším patnácti

let může udělit rodič souhlas i písemně, předejde se tak případným komplikacím. Pokud ovšem je si dítě schopno uvědomit důsledky zákroku a má jiný názor než rodiče, bude ustanoven opatrovník, který konkrétní situaci posoudí. Pokud by šlo o týrané dítě, bude možné přístupu rodiče naopak zamezit.



Nároky na pacienta

V nových zákonech jsou kladeny nároky i na pacienta. Musí dodržovat léčebný postup, se kterým vyslovil souhlas. Dále je povinen informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o vývoji a aktuálním zdravotním stavu a zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli.

Během léčby nesmí pacient užívat návykové látky. Je povinen uhradit cenu neuhrazených či rozdíl v ceně částečně hrazených služeb. Musí se prokázat průkazem totožnosti, žádá-li si zdravotnickou dokumentaci (ochrana proti zneužití dokumentace třetí osobou).



Práva pro zdravotně postižené

Zdravotně postižení pacienti, kteří nejsou svéprávní, mají posílená práva, například právo na přítomnost svého právního zástupce. Práva postižených pacientů jsou obecně stanovena tak, aby došlo k maximaliza-

ci jejich bezpečí a komfortu. Pacient neschopný standardní komunikace (např. neslyšící) má například ze zákona právo na tlumočníka, pacient s asistenčním psem zase právo na přítomnost svého psa.

Novinkou písemná vůle

Člověk má právo sepsat takzvanou „living will“, tj. vůli, ve které stanoví, jakého postupu se mají lékaři držet v případě, kdy již nebude schopen komunikace. Toto přání musí mít úředně ověřený podpis. Vzhledem k rychlému pokroku v medicíně bude přání platné po dobu

5 let. Lékař musí brát ohled na to, jestli se přání vztahuje na danou konkrétní situaci a jestli se přání pacienta v průběhu času nezměnilo. Jediné omezení je takové, že žádaný postup nesmí vést k ukončení života pacienta lékařem. Opatření tedy nelegalizuje euthanasii.



JAK SE MĚNÍ ZDRAVOTNÍ SYSTÉM – MODELOVÉ SITUACE

1) Právo na informace o navrhované léčbě



Paní Jarmila (46 let) je objednána k lékaři s tím, že se mají domluvit na dalším postupu v léčbě. S největší pravděpodobností bude muset podstoupit operaci. V ordinaci, aniž by měla možnost hovořit s lékařem, dostane od sestry formulář (informovaný souhlas pacienta s léčbou), který má v čekárně podepsat. Toto chování je jí nepříjemné. Chce se přesně dozvědět, jak operace proběhne. Proto informovaný souhlas pacient nově podepisuje až poté, co ji lékař informuje o navrhované léčbě a rizicích.

3) Posílení práv dětí

Jakub (15 let) byl objednán na operační zákrok do nemocnice. Má právo na přítomnost rodičů po celou dobu jeho provádění, i na nepřetržitý kontakt s rodiči po dobu hospitalizace. Pokud je dítě starší 15 let, mohou dát rodiče souhlas se zákrokem a nemusí ho doprovázet. V případě zákroků, které mohou vést k poškození zdraví dítěte, musí dát souhlas oba rodiče. Pokud ho nedají, oznámí případ do 24 hodin lékař soudu a ten určí opatrovníka.



5) Prodloužení dojezdové doby zdraví neohrozí

Pan Lubomír (65 let) se dozvěděl, že nový zákon prodlužuje maximální dojezdovou dobu záchranné služby z 15 na 20 minut. Protože již prodělal několik infarktů, obává se, že příště



sanitka přijede pozdě. Jeho obavy jsou ovšem bezdůvodné, neboť sanitka vždy dorazila včas, 13 minut od zavolání. K prodloužení maximální dojezdové doby došlo z toho důvodu, že v mnoha odlehlých částech republiky, především v horských oblastech, nebylo možno kratší limit splnit.



2) Účinný způsob obrany proti nevhodnému jednání

Pan Luděk (38 let) je hospitalizován v nemocnici a očekává návštěvu své rodiny, která se má dostavit dvacet minut před koncem oficiální návštěvní doby. Sestra mu však stroze oznámí, že návštěvu již nemůže pustit, protože nemá čas. Zatímco se sestra ve sezení baví s kamarádkou po telefonu, příbuzní pana Ludka zůstávají za zavřenými dveřmi oddělení. Dříve za takové chování nehrozila sankce, nyní by zdravotnické zařízení mohlo dostat pokutu v řádu desítek tisíc korun.

4) Pokuty za neposkytnutí zdravotní péče

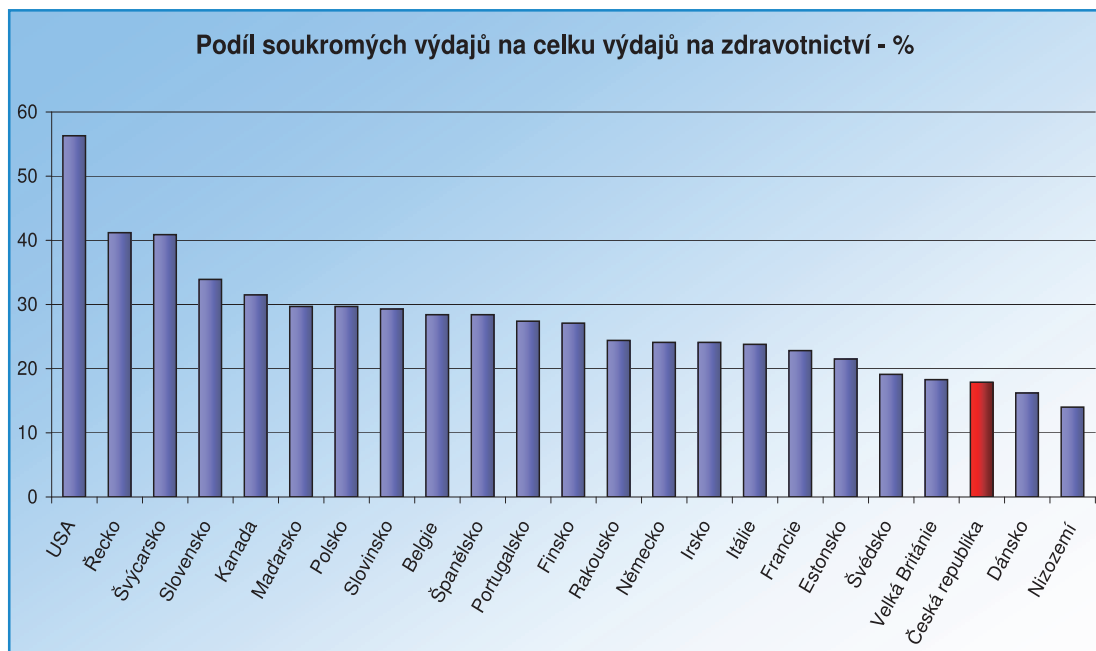
Paní Hana (54 let) uklouzla na ledě, zlomila si nohu a má podezření na otřes mozku. Sanitka ji odvezla do nejbližší nemocnice, která ji ovšem odmítla ošetřit. Pouze ji sdělila, že bydlí v jiné části města, která spadá pod jinou nemocnici. Sanitka ji tedy odvezla jinam. Paní Haně se takové chování nelíbí. Podá proto stížnost na krajský úřad, který zkoumá, z jakého důvodu ji nemocnice odmítla. Zjistí se, že v daném okamžiku nebyla kapacita nemocnice plně obsazena a k odmítnutí ošetření neexistoval žádný vážný důvod. Podle nového zákona může krajský úřad vyměřit nemocnici pokutu v řádu stovek tisíc korun. Příště si zaměstnanci nemocnice již rozmyslí své nežádoucí chování.



Stop nelegálnímu připlácení

Spoluúčast pacientů se bude postupně velmi pozvolna zvyšovat maximálně na průměr obvyklý ve vyspělých evropských zemích, přičemž se pečlivě zvažují dopady na všechny skupiny obyvatel. Revoluční zrušení zákazu připlácet si za kvalitnější péči se v roce 2012 projeví jen na několika položkách, jejichž okruh se bude v dalších letech rozšiřovat. Nikdo ale nemusí mít strach, že by se kvalita či dostupnost péče zhoršila. K placené péči bude vždy existovat varianta, která bude plně hrazena zdravotní pojišťovnou, tj. s pacientovou nulovou spoluúčastí.

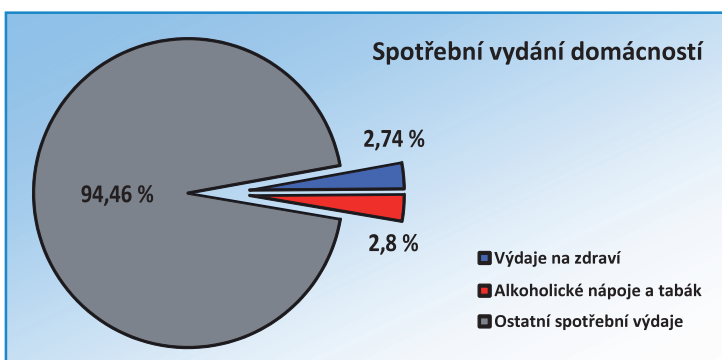
V zemích, které jsou pokládány za tradiční sociální státy, jako je například Švédsko, se spoluúčast pacientů pohybuje na vyšší úrovni než v ČR. Graf zobrazuje podíl výdajů, které jdou přímo „z kapes“ domácností, na celkových výdajích na zdravotnictví.



Lidé na své zdraví vydávají méně než za alkohol a cigarety

Spoluúčast ve zdravotnictví nepředstavuje pro naprostou většinu českých domácností zásadní položku. Tvoří v průměru necelá tři procenta všech spotřebních výdajů domácností, tedy o něco méně než za alkohol a tabák, které mají na zdraví přesně opačný efekt. Tento vztah platí i u desetin nejchudších domácností v zemi. O něco vyšší jsou výdaje na zdraví v domácnostech důchodců, kde dosahují přibližně

4,5 %. Přitom pouze necelá polovina z výdajů na zdraví jsou výdaje nutné, například za léky, zubaře či poplatky. Přibližně 53 % je zapláceno za různé vitamíny, doplňky stravy, homeopatie apod. Necelá čtvrtina výdajů jde na doplatky za částečně hrazené léky. Tuto část je možné zmenšit, pokud pacient bude po svém lékaři vyžadovat předpis plně hrazeného léku. Zbytek, tedy 12 %, představují regulační poplatky.



Struktura výdajů domácností ukazuje, že podíl nákladů na zdravotnictví dosahuje v průměru jen 2,74 % všech výdajů.

Připlácení za ekonomicky náročnější léčbu

Od roku 2012 si mohou lidé připlácet za ekonomicky náročnější léčbu v oblasti kontaktních čoček, fixace končetin při zlomeninách a některých vakcín. Nemocnice musí mít vyvěšené ceníky péče na svých internetových stránkách i přímo v zařízení. Pokud je

v konkrétním případě možné nabízet ekonomicky náročnější variantu, lékař o tom musí pacienta informovat včetně informace o ceně. Lékař v žádném případě nemůže pacienta nutit k rozhodnutí pro ekonomicky náročnější variantu.

Kvalitní péče bude zachována pro všechny

Obavy z nerovného zacházení o pacienty podle výše jejich příjmu jsou zcela zbytečné. Přijde-li pacient k lékaři s určitou nemocí, lékař musí vždy zvolit ten postup, který je k uzdravení ten nejlepší. Pokud k uzdravení vede více odlišných postupů se stejným kvalitním výsledkem, musí lékař zvolit ten nejlevnější. Roz-

díl mezi základní a dražší péčí není v léčebném efektu, ale jen například v pohodlnosti, jako v případě odlehčené a běžné sádry. Zároveň je jasně definován nárok pacienta, což umožní zlikvidovat prostor pro bujení korupce. Dříve totiž lékaři mohli za nadstandardní zákrok požadovat různé „obálky“ či „sponzorské dary.“

Zvýšení poplatku za hospitalizaci je sociálně únosné

Spoluúčast se zvýšila od prosince 2011 i tím, že vzrostl poplatek za den strávený v nemocnici z 60 na 100 korun. Náklady nemocnic na neléčebné účely, tedy za stravu, lůžkoviny, energie atd., však na jednoho pacienta a den dosahují cca 200 korun. Tyto činnosti tak musí dotovat na úkor péče a ohodnocení personá-

lu. Analýza nákladů nízkopříjmových domácností prokázala, že částka 100 korun na den představuje náklady, které musí pacient platit bez ohledu na to, zda se nachází doma či v nemocnici. Zároveň nemocnice nebudou muset tolik dotovat své hotelové služby na úkor potřebnějších činností.

JAK SE MĚNÍ ZDRAVOTNÍ SYSTÉM – MODELOVÉ SITUACE

6) Zrušení platby za položku na receptu

Pan Bedřich (62 let) při nákupu léků v lékárně v současné době zaplatí jednu cenu za recept, a to ve výši 30 korun. Ještě v minulém roce platil 30 korun za každou položku

na receptu. V tomto konkrétním případě zaplatil o 30 korun méně než loni, protože na receptu měl celkem 2 položky. Pacient tak ušetří a lékárny budou mít snazší administrativu.



7) Příplatek za kvalitnější čočky

Pan Karel (58 let) trpí šedým zákallem a musí se podrobit operačnímu zákroku. Po operaci hradí pojišťovna základní oční čočky a brýle. Pan Karel však nerad nosí brýle, je pro něj pohodlnější nosit čočky. Rozhodne se tedy připlatit si za kvalitnější čoč-

ku, která odstraní důsledky jeho oční vady a nebude muset nosit brýle. Zatímco dříve by si musel zaplatit plnou cenu, nyní pouze uhradí rozdíl mezi základní a hrazenou variantou. Dražší produkt bude nyní dostupný více lidem.



8) Vyšší spoluúčast neznamená zhoršení péče

Paní Světlana (74 let) pobírá starobní důchod ve výši kolem 10 tisíc korun. Její příjem pokryje základní životní potřeby, ale dražší věci už si dovolit nemůže. V televizi zaslechla, že pokud nebude moci zaplatit, lékařská péče se pro ni zhorší. Strach má zcela zbytečně, protože připlácení za nákladnější péči nebude v žádném případě znamenat zhoršení péče. Pokud si nebude moci dovolit připlatit za nákladnější variantu, vždy bude existovat varianta se stejným léčebným účinkem a bez nutnosti doplácení.



9) Kvalitnější péče legálně

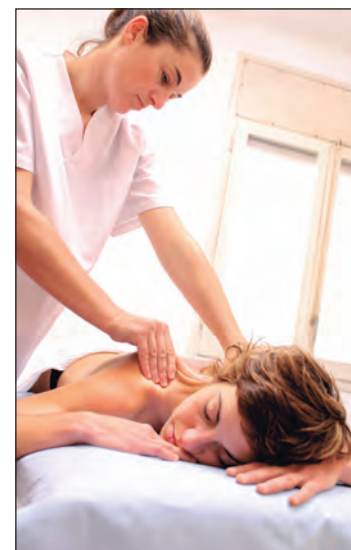
Pan Vladimír (35 let) v minulém roce utrpěl při pádu z kola zlomeninu pravé ruky. Lékař v nemocnici mu sdělil, že mu může sehnat speciální odlehčenou sádku, která je ovšem dražší. Musel by si připlatit 5 000 korun, ovšem hotově lékáři a bez dokladu. Lékař ani není schopen

předložit žádný ceník. Panu Vladimírovi se to zdálo divné, a proto takovou platbu odmítl. Od nového roku však nemocnice musí předem zveřejnit ceník a platba je oficiálním příjmem zdravotnického zařízení, které jej může použít například na výměnu dosluhujícího rentgenu.



10) Náklady na pobyt v nemocnici stejné jako doma

Paní Božena (32 let) dostává mzdu pouze o něco vyšší, než činí minimální mzda. Po operaci má zůstat na lůžku v nemocnici asi dva týdny. Obává se, že po zvýšení poplatku na 100 korun za den si to nebude moci dovolit. Zároveň si však uvědomí, že pokud nebude doma, sníží se její rodinné výdaje za jídlo, za spotřebu vody i elektrické energie. Nakonec uzná, že v nemocnici v podstatě utratí stejnou sumu, jakou by utratila bez své hospitalizace.



Odměňování pracovníků ve zdravotnictví

Nejdůležitějším prvkem zdravotnického systému je kvalifikace, schopnost a zkušenost personálu. Sebelepší přístroj nepovede ke zlepšení zdravotní péče, pokud jej nebude obsluhovat

vzdělaný a zkušený lékař. Proto je nutné dbát na adekvátní odměňování pracovníků. Není však možné, aby nepřiměřené nároky způsobily zhoršení dostupnosti a kvality péče pro pacienty.



Platy lékařů – vysoce nadprůměrné a rychleji rostou

V době, kdy stagnuje ekonomika a mnoho lidí se ocitá bez práce či s nižší mzdou, není možné na úkor pacientů neúměrně navýšovat platy lékařů. V loňském roce byl průměrný plat lékaře navýšen z 50 000 na zhruba 61 000 korun. V letošním roce již tak vysoké navýšení není možné. Vzhledem k nejistotě budoucího vý-

voje budou nejprve v prvním pololetí navýšeny platy lékařů na úroveň 64 500 korun a v druhé polovině roku, umožní-li to finanční situace, dále na 67 000 korun. Z tabulky je dobře patrné, že zatímco v roce 2011 průměrná mzda v podstatě nerostla, průměrný plat lékaře se skokově zvýšil. Podobný vývoj lze čekat i v roce 2012.

Rok	Průměrný plat lékaře	Průměrná odměna ambulantního lékaře s vlastní praxí	Průměrná mzda v celé ČR ve všech odvětvích
1995	15 860 Kč		8 307 Kč
1996	19 116 Kč		9 825 Kč
1997	20 258 Kč		10 802 Kč
1998	20 857 Kč		11 801 Kč
1999	23 692 Kč		12 797 Kč
2000	24 896 Kč		13 219 Kč
2001	28 826 Kč	31 896 Kč	14 378 Kč
2002	33 255 Kč	34 280 Kč	15 524 Kč
2003	35 828 Kč	36 456 Kč	16 430 Kč
2004	37 085 Kč	35 736 Kč	17 466 Kč
2005	38 651 Kč	34 417 Kč	18 344 Kč
2006	42 338 Kč	42 659 Kč	19 546 Kč
2007	43 422 Kč	39 972 Kč	20 957 Kč
2008	45 824 Kč	63 950 Kč	22 593 Kč
2009	48 778 Kč	69 933 Kč	23 488 Kč
2010	50 235 Kč	74 496 Kč	23 951 Kč
2011*	61 037 Kč		23 984 Kč

* Předběžný odhad

Státem řízené a ostatní nemocnice

Ministerstvo zdravotnictví může přímo ovlivnit platové podmínky pouze ve státem řízených, především fakultních nemocnicích nebo

specializovaných ústavech. Vedle nich však existuje řada krajských, městských a soukromých nemocnic.

Lepší hospodaření fakultních nemocnic

V nemocnicích přímo řízených ministerstvem byly díky jejich lepšímu hospodaření platy lékařům navýšeny. K tomu přispěla i některá opatření v oblasti nákupů a veřejných zakázek. V současné době přinesla úspory přesahující 800 milionů korun a předpo-

kládáme, že dále porostou. Kompetence k navýšování platů v nemocnicích, například vlastních krajů, mají hejtmani. Krajské nemocnice přitom dostávají dle nového systému úhrad více peněz (meziročně v průměru o 4,6 %), než nemocnice fakultní (o 2,6 %).

JAK SE MĚNÍ ZDRAVOTNÍ SYSTÉM – MODELOVÁ SITUACE

11) Lékař v krajské nemocnici

Pan doktor Matyáš (45 let) pracuje v krajské nemocnici. Nelíbí se mu, že dostal přidáno méně peněz než jeho žena, která působí ve fakultní nemocnici na stejné pozici. Zjišťuje, že jeho krajská nemocnice sice dostala podle nové úhradové vyhlášky přidáno více peněz, ale realizovala náročnou investici za desítky milionů korun, proto nemohl dostat přidáno více. Musí se tedy obracet nikoli na Ministerstvo zdravotnictví, ale na vedení své nemocnice, které bylo jmenováno krajskou samosprávou.



Větší motivace ke kvalitnější léčbě

Ke změně financování zdravotnictví nás vede demografický vývoj a zároveň rozvoj medicíny, který přináší stále kvalitnější, ale tím i nákladnější léčbu. Systém financování nemocnic měníme tak, aby pacienti mohli vyhledávat kvalitní nemocnice a ty byly za jejich zájem odměňovány. Chceme, aby se úspěšnost léčby a spokojenost pacientů odrazila ve finančním

ohodnocení. Kvalitní nemocnice tak již nebudou muset odmítat pacienty proto, že se jim jejich

růst, a které se zmenší či zanikne. Nemocnicím se už nevyplatí zbytečně držet pacienta na lůžku nebo mu

takové praktiky podporoval. Zvláště negativně se projevily v délce pobytu v nemocnicích, která u nás patří k nejdelším ve vyspělém světě. Naštěstí se u nás za posledních deset let průměrná délka pobytu neustále snižovala. Chceme v nastaveném trendu pokračovat, neboť mezi okolními zeměmi jsme stále na chvostu, jak zachycuje následující tabulka.

**Nemocnice budou motivovány,
aby léčily efektivně – dobře a rychle**

léčba nevyplatí, nebo že překročí stanovené limity. Zároveň at pacienti sami určí, které zařízení bude

nadměrně zvyšovat počet úkonů, které pro něj nemají žádnou přidanou hodnotu. Starý systém financování

Průměrná délka pobytu (ústavní péče) – počet dnů

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2009/1975
ČR	16,3	16,4	16,6	15,4	12,8	11,4	10,6	10,5	10,3	10	10	61 %
Dánsko	14,6	12,7	11,0	8,2	6,7	6,2	5,4	5,3	5,2	5,2	4,8	33 %
Finsko	23,2	21,6	19,9	18,2	11,8	10,3	9,9	10,0	10,1	9,7	9,7	42 %
Německo	–	–	–	–	13,5	11,4	10,2	10,1	10,1	9,9	9,8	–
Maďarsko	14,9	14,2	13,6	12,6	10,8	8,9	8,8	8,8	9,1	9,6	7,6	51 %
Polsko	14,6	14,0	13,1	12,5	10,8	8,9	7,7	7,2	7,1	6,7	6,6	45 %
Švédsko	25,8	23,2	21,2	18,0	7,8	6,4	5,9	6,0	5,8	5,9	5,8	22 %

Zdroj: data OECD; pozn.: tučně vyznačeny jsou nejvyšší hodnoty v daném roce

Důvody ke změnám financování

Zdravotní péče je placená z našich daní, a tak každé plýtvání odebírá peníze z naší peněženky. Proto je cílem reformy zdravotnictví nastavit v systému rovné podmínky a zprůhlednit ho. Žijeme déle a počet narozených dětí klesá. Jak tedy naše populace stárne, náklady na její léčbu jsou stále vyšší. Přitom se

snižuje počet pracujících lidí, kteří tyto náklady ze svých daní platí. Díky demografickému vývoji a prudkému rozvoji stále úspěšnější lékařské péče se s časem léčba stává dražší a dražší. Proto musíme dělat preventivní kroky už dnes, než problém přeroste do takové míry, že už nebude řešitelný.



Hlavní změny ve financování nemocnic

Od roku 2012 měníme principy, podle nichž platí zdravotní pojišťovny nemocnicím a dalším zdravotnickým zařízením. Nová metoda se nazývá DRG (diagnosis related groups) a díky ní bude činnost zdravotníků více transparentní. Její uplatnění postupně rozšiřujeme. Jaké výhody DRG přináší?

● Nastolení spravedlnosti

Nemocnice budou stejně placeny za stejnou službu a skončí dohadování mezi většími a menšími nemocnicemi kvůli vyšším úhradám.

● Peníze „půjdou za pacientem“

Protože platba za jeho vyléčení (a ne již na něm provedené výkony jako doposud) se stane pří-

jmem nemocnic, pacient při výběru pro sebe nejlepší nemocnice rozhodne o tom, která nemocnice získá prostředky jeho vyléčením. DRG tak napomůže změně postavení pacienta v nemocnicích z trpěného ve vítaného hosta.

● Vyšší transparentnost a možnost srovnávat a zlepšovat efektivitu i kvalitu nemocnic

DRG motivuje poskytovatele například k inteligentnějšímu a rychlejšímu zjištění problému, kratší čekací době mezi zjištěním tohoto problému a jeho řešením, nebo lepší organizaci mezioborové spolupráce.

Účelnější využití prostředků daňových poplatníků

Nová metoda přispěje k tomu, že nemocnice budou motivovány léčit účelně a lépe využívat své zdroje. Jejím cílem není snížit množství peněz pro nemocnice, ale působit

na jejich efektivnější využití, tj. „za stejné peníze více muziky.“ Zároveň bude možné transparentně porovnat úspěšnost léčby a hospodaření jednotlivých nemocnic.



Rovné podmínky pro všechny nemocnice

Budou sjednoceny sazby za jednotlivé diagnózy v celé republice. Ty byly dosud určovány na základě individuálních dohod s pojišťovna-

mi. Žádná nemocnice si tak již nebude moci stěžovat, že za stejnou léčbu dostává méně peněz než ostatní.

Léky bez předpisu nebude doplácet pojišťovna

Pacienti si musí sami hradit léky, které lze pořídit i bez receptu. V systému tak vznikne prostor pro

více peněz na úhradu drahých léků určených pro specializovanou léčbu vážně nemocných.

JAK SE MĚNÍ ZDRAVOTNÍ SYSTÉM – MODELOVÉ SITUACE

12) Tlak na efektivnější zdravotní péči

Nemocnice A je mezi pacienty velmi oblíbená a sjíždějí se do ní lidé z širokého okolí. Proto prosperuje, je adekvátně ohodnocena a snaží se nabírat další zaměstnance. Dokonce plánuje výstavbu nového pavilonu. Poblíž ní stojí druhá nemocnice, která oblíbená není a většina lidí raději míří do nemocnice A. Neoblíbené nemocnici tedy může hrozit, že bude

zrušena. Její vedení si naštěstí problém uvědomí a zjistí, že v regionu je nedostatek zařízení poskytujících péči pro dlouhodobě nemocné. Postupně se začne z akutní péče orientovat na péči následnou. Tím se podaří i dříve méně oblíbenou nemocnici zachránit, přičemž dojde ke specializaci obou nemocnic – jedna na následnou druhá na akutní péči.



13) Nový systém výhodný pro pacienta

Pan Josef (70 let) má problémy s prostatou a dočetl se, že nemocnice ve vedlejším kraji zvládá operace prostaty lépe než nemocnice v kraji, kde bydlí. Od souseda se také dozvěděl, že v místní nemocnici pracuje nepříjemný personál a není v ní dobré jídlo. Dříve se nemocnici ve vedlejším kraji nevyplatilo pana Josefa přijmout, a pokud ano, více výkonů a laboratorních vyšetření ho zdrželo na lůžku větší počet dnů bez ohledu na výsledek léčby. Nyní se situace změnila. Pana Josefa přijmou, protože jeho úspěšné vyléčení znamená pro každou nemocnici lukrativní příjem. Zároveň se budou snažit provést pouze ty zákroky, které zlepší jeho zdravotní stav.

Efektivnější lůžková péče

Česká republika má příliš mnoho lůžek ve zdravotnictví na jednoho obyvatele v porovnání s ostatními vyspělými zeměmi. Podle všech dostupných dat jsme nad průměrem Evropské unie, menší počet lůžek má drtivá většina západních států. Zvláště některá akutní lůžka nejsou často dostatečně využita a odčerpávají nemalé finanční prostředky ze zdravotního systému. Cílem je upravit strukturu akutní lůžkové

péče. To znamená, že některá nepotřebná lůžka budou zrušena, některá se naopak převedou například na lůžka

akutní péče je u nás jen 72 %, u novorozeneckých 81 %, u lůžek následné péče 89 %. Celkově dosahovalo využí-

potřeba. To má za následek například i delší čekací lhůty na operace. Navrhovaný systém platby za diagnózu (DRG) a podpora jednodenní chirurgie přinese do systému jasnější a rovná pravidla pro zdravotnická zařízení. To znamená, že v zájmu nemocnice bude pacienta co nejlépe a co nejrychleji vrátit do běžného života, nebo přemístit na lůžka následné či dlouhodobé péče.

Současný systém lůžkové péče je neefektivní

následné (dlouhodobé) péče, kterých je nedostatek. Podle dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR za rok 2010 se ukazuje, že využití lůžek

tí lůžkové kapacity v průměru 74,5 %. Současný systém úhrad podporuje nadprodukcí a pacienti často leží v nemocnicích mnohem déle, než je



V mezinárodním srovnání patří Česká republika mezi země s největší hustotou lůžkové péče.

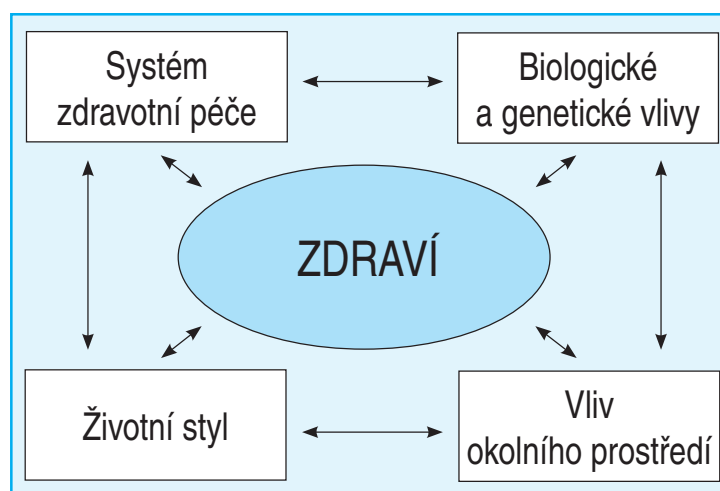
* Počet lůžek na 1000 obyvatel.

Základem zdraví je prevence

Zdraví začíná u nás všech

Při práci na reformě zdravotnictví samozřejmě nezapomínáme na podporu prevence, která i nadále tvoří významnou součást zdravotnictví. Sebelepší reforma nezajistí zdravější populaci. Proto si musíme uvědomit, že naše zdraví je vzácné a neměli bychom ho zbytečně vy-

stavovat rizikům. Z toho důvodu lze doporučit využívat preventivní programy a zbytečně nevystavovat svůj organismus zdraví škodlivým vlivům. Zdraví člověka stejnou měrou ovlivňují čtyři základní faktory, a to genetické předpoklady, životní styl, prevence a samotné zdravotní služby.



Nově budou hrazena tato očkování:

- **Očkování proti rakovině děložního čípku.** Dívky mezi třináctým a čtrnáctým rokem již nebudou muset platit za očkování proti lidskému papilomaviru, který způsobuje mj. rakovinu děložního čípku. Uhradí ho zdravotní pojišťovna.
- **Očkování dětí proti pneumokokovým nákazám.** Dětem od sedmi měsíců věku zaplatí pojišťovna vakcínu proti pneumokokové infekci.

Podpora prevence vybraných nádorových onemocnění

Nadále je nutné podporovat preventivní vyšetření. V České republice v současné době každoročně onemocní rakovinou prsu přibližně 6000 žen, rakovinou děložního hrdla přibližně 1500 žen a rakovinou tlustého střeva přibližně 8000 osob (zde Česká republika dokonce drží celosvětově smutné první místo). Smutným faktem dále je, že značné procento zjištěných karcinomů se nachází již ve třetím nebo čtvrtém (tedy nejtěžším) stádiu.

V takových případech jsou vyhlídky pacientů na úplné vyléčení výrazně nižší než v případě, kdy se onkologické onemocnění podaří zachytit v prvním či druhém stadiu, případně dokonce ve fázi tzv. prekancerózy. Léčba těchto těžce nemocných pacientů je navíc přirozeně extrémně nákladná, penězi neocenitelné jsou pak důsledky etické či sociální. Včasnou prevencí však můžeme včas odhalit situace, které je možné řešit, tedy úspěšně léčit.

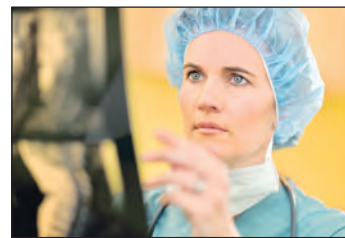
Screeningové programy hrazené pojišťovnou

Mezi screeningové programy, které jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, patří preventivní vyšetření tlustého střeva a konečníku (týká se preventivních vyšetření od 50 let věku), děložního hrdla (právo má každá dospělá žena) a prsu (vyšetření od 45 let věku).

Cíle screeningových programů:

- Odhalit včasná stadia nádorů, a tím zahájit léčbu co možná nejdříve
- Minimalizovat negativní účinky, která tato onemocnění způsobují

- Minimalizovat finanční zátěž zdravotního systému, kterou tyto nemoci představují

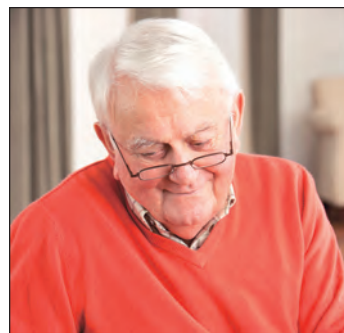


JAK SE MĚNÍ ZDRAVOTNÍ SYSTÉM – MODELOVÉ SITUACE



14) Očkování proti papilomaviru zdarma

Dcera paní Kavkové právě oslavila 13. narozeniny. Paní Kavková má nyní možnost nechat dceru zdarma očkovat proti viru, který způsobuje rakovinu děložního čípku. Dříve musela za toto očkování zaplatit. Očkovací proceduru je však potřeba naplánovat včas, neboť tato možnost končí oslavou 14. narozenin.



15) Včasné preventivní vyšetření

Panu Stanislavovi je 61 let. Právě prodělal úspěšnou operaci tlustého střeva. Díky tomu, že podstoupil preventivní vyšetření krve ve stolici, a onemocněl tak lékař mohl odhalit v raném stádiu, jsou jeho vyhlídky na uzdravení velmi dobré.

16) Více cyklů umělého oplodnění

Paní Ireně je 37 let a rozhodla se využít možnosti umělého oplodnění. Do svých 39 let má nyní nárok na čtyři pokusy hrazené ze zdravotního pojištění v případě, že se v prvních dvou pokusech zavede jedno embryo. Důvodem je předcházet riziku předčasných

porodů u dvoučetných či vícečetných těhotenství. Z veřejného pojištění bude nadále hrazena i varianta tří pokusů umělého oplodnění za život. Darovat vajíčko mohou ženy od 18 do 35 let. Muži se mohou stát dárce spermatu ve věku od 18 do 40 let.



17) Dobrovolná sterilizace od 21 let



Ženy mohou podstoupit dobrovolnou sterilizaci od 21 let věku. Sterilizaci ze zdravotních důvodů (třeba při onkologickém onemocnění) je možné provést po písemném souhlasu

od 18 let. Ženy mladší 18 let mohou zákrok podstoupit se souhlasem zákonných zástupců, kladném stanovisku odborné komise a souhlasem soudu.

18) Terapeutická kastrace od 25 let

Terapeutickou kastraci lze provést pacientovi, který dovršil věk 25 let, a který v minulosti spáchal násilný sexuální motivovaný trestný čin. Nutnou podmínkou je, aby odborné lékařské vyšetření prokázalo existenci specifické sexuální deviace a vysokou míru pravděpodobnosti, že v budoucnu by mohl opět spáchat sexuální motivovaný trestný čin v případě, že u něho

nebyly úspěšné jiné léčebné metody. Kastrace se provádí na základě písemné žádosti pacienta a kladného stanoviska odborné komise. Pacientovi, který je v ochranném léčení nebo výkonu zabezpečovací detence, se kastrace provede pouze ve zvlášť odůvodněných případech, a to na základě jeho písemné žádosti, stanoviska odborné komise a souhlasu soudu.



VÍTE, ŽE...

Jak je to se spoluúčastí v zahraničí

Naše zdravotnictví se může pochlubit skoro stejnou úrovní kvality jako v západních zemích. Všechny vyspělé země přitom mají vyšší míru spoluúčasti, než má Česká republika. I takové země, jako je Francie (22,8 %) nebo Švédsko (19,1 %) mají spoluúčast vyšší. U nás dosahuje 17,9 %, například ve Švýcarsku

a Řecku je více než dvojnásobná. Je sice pravda, že platy a důchody jsou v těchto zemích vyšší, ale jde o procentuální podíl. Právě díky tomu lze srovnat, kolik lidí platí, a zároveň vzít v úvahu i rozdílné příjmy. V absolutních hodnotách platí v těchto zemích za zdravotní péči mnohem víc.



Zdravotní péče nebyla nikdy bezplatná

Ačkoli levicové vlády sice deklarovaly bezplatné zdravotnictví, skrytě zvyšovaly spoluúčast pacientů za doplatky léků. Zatímco na jedné straně byly hrazeny velmi levné a pro všechny občany bez problémů dostupné léky, na druhé straně byla řada vážně nemocných pacientů ohrožena limity na využívání drahých léků. Kombinace doplatek na důležité léky u vážně nebo chronicky nemocných pacientů mohly dosahovat neúnosné výše přes 10 000 korun ročně. To už dnes díky

limitu není možné. V současné době v České republice existuje spoluúčast na léky a zdravotnické prostředky. Je nutné si přitom uvědomit nákladnost moderní kvalitní léčby, která je nejen daleko účinnější než v minulosti, ale také neporovnatelně dražší. Například biologická léčba stojí dnes přes 1 milion korun. Toto vše je placeno ze zdravotního pojištění a je zjevné, že tuto částku řada lidí nevládne do systému za celý život. Pro orientaci přikládáme náklady na léčbu vybraných nemocí.

Roční náklady na léčbu vybraných chorob

Bechtěrevova choroba	334 381 Kč
Crohnova chřoba	309 290 Kč
Nádory tlustého střeva a konečníku	376 408 Kč
Nádory ledvin	474 954 Kč
Nádory plic	252 667 Kč
Nádory prsu	507 557 Kč
Revmatoidní artritida	284 902 Kč
Roztroušená skleróza	257 172 Kč

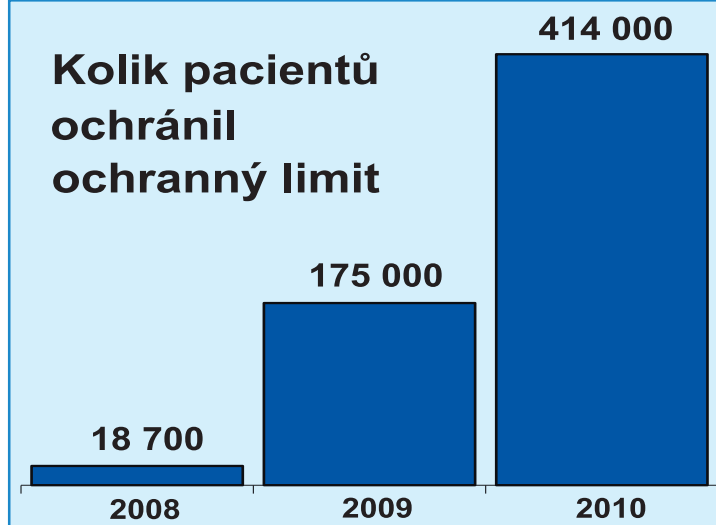


Ochranný limit u poplatků ve zdravotnictví se osvědčil

Poplatky ve zdravotnictví jsou jen jedním z nástrojů pro zefektivnění systému. Mohou do něj přinést dodatečné prostředky, ale nejen tím, že pacient vloží do systému několik desítek korun. Každá neuskutečněná (a zbytečná) návštěva lékaře přináší úsporu, která může být věnována do jiných oblastí, kde jsou prostředky akutně potřebné. Při zavedení regulačních poplatků byla stanovena horní

hranice celkové výše doplatek na léčbu i léky. Děti do 15 let a senioři platí maximálně 2500 korun za rok (ostatní 5000 korun), přičemž do limitu se nezapočítává pobyt v nemocnici. Limity výrazně omezily negativní sociální dopady regulačních opatření. Zatímco v roce 2009 tento limit ochránil celkem 175 000 lidí, v roce 2010 to bylo už 414 000 lidí. Za leden – březen 2011 limit využilo už 219 000 lidí.

Kolik pacientů ochránil ochranný limit



Dochází k prudkému nárůstu pacientů, které ochránil limit na doplatky na léčbu.



Co je standard a nadstandard ve zdravotnictví

Nadstandardem se rozumí odlišení základní zdravotní péče od ekonomicky náročnější varianty péče. Takové rozdělení jasně určuje, jaké služby jsou běžné, všem dostupné, a jaké se provádějí pouze za určený příspěvek. Pacient bude jasně vědět, co není hrazeno ze zdravotního pojištění. U nad-

standardu navíc ušetří proti původnímu stavu, bude hradit jen rozdíl mezi požadovanou cenou a tím, co hraď zdravotní pojišťovna za standard. Stanovení nadstandardu má své regulační účinky, které umožní vážně nemocným, aby se v rámci standardní péče (za ušetřené peníze) dostali k potřebné léčbě.

Podle čeho se bude určovat standardní a nadstandardní péče

Současnou úroveň zdravotní péče chce vláda zachovat jako standard. Ten bude postaven na třech základních principech: na místní dostupnosti péče, časové dostupnosti a seznamu výkonů s bodovými hodnotami. Nadstandardní péče se bude týkat pouze případů, kdy existuje standardní vari-

anta se stejným medicínským výsledkem. Jejich výčet se bude postupně rozšiřovat. Nadstandard si lze představit například v oblasti použitých materiálů nebo u některých velmi nákladných robotických operací. Naprosto nepodložené jsou tedy výhrady, že dojde ke zhoršení péče pro občany.



Zvýší se počet stanovišť zdravotnické záchranné služby

Nově jsou jasně určené povinnosti zdravotnické záchranné služby a časový limit je nastavený tak, aby nebyl v praxi v odlehlých částech České republiky porušován. Příkladem míst, kde patnáctiminutový limit mohl být jen stěží dodržen, jsou odlehlější oblasti Jesenicka, Beskydy, Šumavy atd. Tvzení, že prodloužením doby z 15 minut na 20 se zhoršuje péče, je nesmysl. Posádka musí vyjet vždy do 120 vteřin od vydání pokynu operátora a ubírat se k cíli nejrychlejší cestou. Mají právo vstupovat na cizí pozemky a budovy, přičemž tato pravomoc je nutná vzhledem k některým

naléhavým činnostem výjezdových skupin. Za případnou škodu při pomoci zodpovídá poskytovatel. Dojezdová doba záchranky nepřesáhne v 95 % případů výjezdů 20 minut. Příslušné kraje proto vypracovaly tzv. plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami, které mají zajistit dostupnost zdravotnické záchranné služby. Zároveň zákon předpokládá vybudování 40 nových stanovišť záchranné zdravotnické služby. Dále platí, že jste-li svědkem dopravní či jiné nehody, u které zasahuje zdravotnická záchranná služba, záchranáři vás mohou požádat o pomoc.

Jak měnit zdravotní pojišťovnu

Od 1. prosince 2011 je možno změnit zdravotní pojišťovnu pouze jednou za rok. Přihlášku k jiné zdravotní pojišťovně je nutné podat vždy do 30. června. Toto omezení bylo zavedeno především s ohledem na to, že zdravotní pojišťovny vydávaly nepřiměřené finanční prostředky na jednorázové a krátkodobé marketingové akce, kdy pacienti měnili pojišťovny i několikrát do roka jen na základě akčních nabídek.

Pro systém to znamenalo jen zbytečně vydané finanční prostředky a nejistotu v oblasti pojistných plánů, kdy se naprosto nepředvídatelně v průběhu jednoho období přesouvala báze pojištěnců. Jak zdravotní pojišťovny, tak pojištěnci i zdravotnická zařízení budou mít nově jistotu, že se udrží stabilita systému dané zdravotní pojišťovny v rámci období zahrnujícího jeden pojistný plán.



Lékaři budou mít nová pravidla oboru

Zákon usnadní život i lékařům. Přináší novou definici tzv. lege-artis (pravidel oboru). Jasně vymezí „hřiště“ lékařům tak, aby se nemuseli bát a nepohybovali se kvůli právní nejistotě na tenkém ledě. Budou lépe chráněni,

pokud budou poskytovat péči i za mimořádných podmínek. Pacientům nicméně v této souvislosti nehrozí žádná nová rizika, požadavky na personální i materiální obsazení zdravotnických zařízení nejsou tímto nijak dotčeny.

Protikorupční kroky a úspory

Aby bylo možno použít všechny prostředky pojištěnců na kvalitní léčbu, je potřeba zamezit unikům ze systému v podobě případné korupce. Z tohoto důvodu byla přijata řada opat-

ření, která přispějí ke zlepšení situace a pomohou předcházet předraženým nákupům. Další opatření mají zabránit korupčnímu chování, které se mohlo objevovat usamotných lékařů.

Elektronické aukce šetří stovky milionů korun

Především státní fakultní nemocnice začaly využívat tzv. elektronických aukcí. Jedná se o velmi průhledný systém nákupu různého vybavení či přístrojů, který probíhá přes internet. Zájemci

o zakázku, podobně jako v aukční síni, postupně snižují ceny nabídek. Zvítězí skutečně nejlevnější nabídka. Díky tomuto opatření se podařilo v roce 2011 uspořit stovky milionů korun.

Průhlednější veřejné zakázky

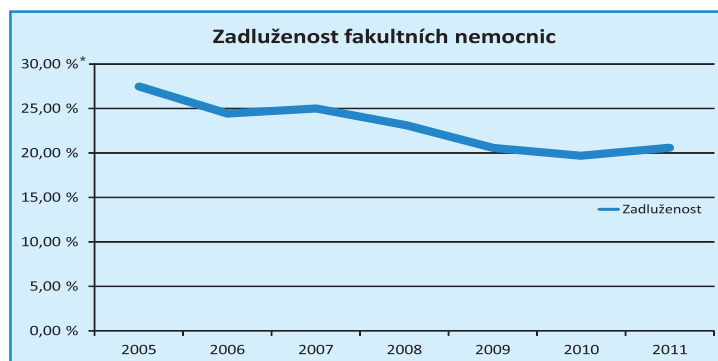
Veškerá dokumentace k zakázkám státem řízených nemocnic se zveřejňuje na internetu. Ty mají také povinnost vždy, když to zákon umožňuje, nakupovat od dílčích dodavatelů a zbytečně nezadávat zakázky tak, aby je mohl splnit pouze velmi omezený počet firem. Tímto krokem se rozšiřuje konkurence, což v koneč-

ném důsledku snižuje cenu. Zaměstnanci, podílející se na rozhodovacím procesu při zadávání zakázky, nesmí pro uchazeče o zakázku vykonávat za úplaty jakékoliv činnosti. Připravený systém referenčních cen umožní odhalit podezřelé předražené zakázky. Přísnější pravidla platí také pro samotné Ministerstvo zdravotnictví.

Ztížení „kongresové turistiky“

Reforma zdravotnictví přináší i opatření pro zamezení těchto nekalých praktik. Lékařům a farmaceutickému průmyslu se novelou zákona o regulaci reklamy ztíží „kongresová turistika“, během níž doktor vyjíždí za peníze tohoto průmyslu na lukrativní cestu oplátkou za předepisování ur-

čitého léku. Státem řízené nemocnice nesmějí přijímat sponzorské dary od dodavatelů – zejména ne účelově vázané sponzorské dary pro určitá oddělení, například na účast na zahraničních kongresech. Ostatní sponzorské dary musí zveřejňovat na internetu.



Mimo jiné i díky úsporným opatřením má zadluženost fakultních nemocnic z dlouhodobého pohledu klesající trend. Průměrná úroveň dluhu neohrožuje jejich finanční stabilitu.

* Obecně přijatelná zadluženost je do 30 %.

JAK SE MĚNÍ ZDRAVOTNÍ SYSTÉM – MODELOVÉ SITUACE

19) Elektronické aukce šetří peníze

Nemocnice využívají elektronické aukce např. při nákupu léků, speciálního zdravotnického materiálu a jiných zdravotnických pomůcek.

- Díky elektronickým aukcím na nákup potravin, léků a spotřebního materiálu ušetřila Fakultní nemocnice Královské Vinohrady 30,8 miliónu korun.
- Fakultní nemocnice Ostrava v roce využila tento typ aukce na dodávku

elektrické energie a zajištění distribučních a systémových služeb. Za období 2011 a 2012 může počítat s úsporou 26,1 miliónu korun.

- Úspory Fakultní nemocnice Brno za rok 2011 činí zhruba 72 miliónu korun.
- Fakultní nemocnice Plzeň v roce 2011 ušetřila až 44 % v případě nákupu stentů, balónkových katétrů a antiinfektiv přes 30 %.



20) Konec neprůhledného sponzoringu

Paní Růžena (58 let) je kardiak a pravidelně užívá léky, které jí předepisuje její lékař. Její sestra trpí stejným problémem, ale od jiného lékaře dostává odlišné léky. Začne se o situaci zajímat a zjišťuje, že její lékař se účastnil čtrnáctidenního kongresu na Bahamách, který plně hradila firma XY, jež zároveň vyrábí její léky. Navštívila proto léka-

ře sestry a zjistila, že oba druhy léků mají stejnou účinnost, ale za lék firmy XY platí paní Růžena vyšší doplatek, a také pro pojišťovnu je lék o pětinu dražší. Připravený Zákon o reklamě výrazně omezí vliv farmaceutických firem na lékaře. Například tím, že podobné formy sponzoringu lékaře budou zveřejňovat na internetu.

WEB: www.reforma.cz, www.mzcr.cz

březen 2012 © Úřad vlády České republiky
Externí spolupráce na přípravě přílohy pro tisk: PhDr. Jana Veselá. Foto: Ingimage
Výtisk je samostatně neprodejný