

Chtít zdraví



pro zdravotnictví

Tomáš Julínek – stínový ministr zdravotnictví ODS



číslo 7

Tomáš Julínek

stínový ministr zdravotnictví ODS

MUDr. Tomáš Julínek se narodil 7. 11. 1956 v Brně, kde žije dodnes. Vystudoval Lékařskou fakultu Masarykovy univerzity v Brně. Nastoupil do plicní léčebny v Jevíčku a praxi anesteziologa získával v nemocnici ve Svitavách. Poté pracoval jako sekundární lékař na Anesteziologicko-resuscitační klinice Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně. V roce 1991 se stal primářem ARO nemocnice v Ivančicích, v letech 1992–1994 zde pracoval rovněž ve funkci náměstka ředitele a v letech 1994–1998 ve funkci ředitele. Od roku 1998 je senátorem v senátním obvodu Brno-venkov. Od roku 2003 je stínovým ministrem zdravotnictví.

Je ženatý, má dva syny.



OBSAH

1. CO ZPŮSOBUJE KRIZI ZDRAVOTNICTVÍ?	105
1.1. Celosvětový problém	105
1.2. Český problém	105
1.3. Východiska	106
2. NÁVRH ODS NA ZMĚNU SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	107
3. POPIS NOVÉHO ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU	108
3.1. Reforma institucí	108
3.2. Návrh změny financování	109
4. SHRNUTÍ	114
5. SLOVO NA ZÁVĚR	114

Tento materiál není politickou proklamací, ale návrhem schématu funkčního modelu zdravotního systému. Na základě nejprogressivnějších světových reformních trendů a s přihlédnutím k českým specifikům ho vypracovala skupina expertů stínového ministra zdravotnictví ODS, MUDr. Tomáše Julínka.

Návrh je podkladem pro diskusi expertů, politiků i občanů, která umožní dotvořit změnu systému do podoby zákonů budoucí vlády České republiky.



1. CO ZPŮSOBUJE KRIZI ZDRAVOTNICTVÍ?

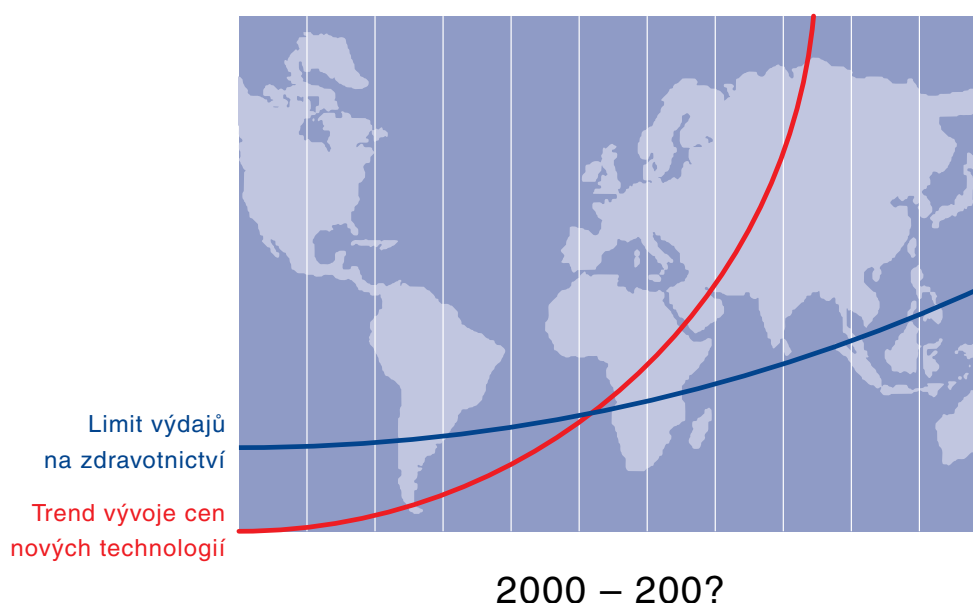
1.1. CELOSVĚTOVÝ PROBLÉM

Základním problémem, a to v celosvětovém měřítku, je odtržení občanů od ekonomické reality zdravotnictví. Lidé jsou ovlivněni trendem tzv. zdravého života, a proto dnes požadují maximální nabídku zdravotnických služeb. Ta však už dávno přímo nesouvisí s nutnou a neodkladnou zdravotní péčí zachraňující život, kvůli níž zdravotní systémy původně vznikaly.

Kolaps zdravotních systémů je možné odvrátit pouze jejich novým nastavením, tak aby byly schopny odolávat neustále narůstající nabídce „zdravotního průmyslu“.

Náklady na tzv. maximální zdravotní péči v současné době již výrazně překračují možnosti ekonomik i těch nejvyspělejších států.

Světová krize zdravotnictví



PARADOXY:

- cena nových technologií roste daleko rychleji než užitek z nich,
- zdravotnická zařízení věnují stále více energie využití nových technologií než péči o pacienta.

1.2. ČESKÝ PROBLÉM

Řešení příčin celosvětové krize je v České republice navíc komplikováno nefunkčním nastavením institucí. Vzájemné postavení státu, zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení a občanů nemotivuje ani jednoho z nich k hospodárnému chování.

Charakteristickým rysem českého zdravotnického prostředí je odmítání reality. Fakta jsou nahrazována moralisticko-populistickými hesly, která zneužívají vysoce etické poslání zdravotnictví.

Občané sice vnímají všechny nepravosti současného zdravotního systému, ale přirozený strach v případě onemocnění a absence jakéhokoliv nástroje k vymáhání jejich práv, která navíc nejsou definována, z nich dělají snadnou oběť.

Brdou pro řešení krize zdravotnictví v ČR je také dlouhodobě zakořeněná mytizace lékařské profese. Zdravotnictví je bezdůvodně vytrženo z přirozeného ekonomického prostředí ostatních lidských činností.

ALARMUJÍCÍ FAKTA O ČESKÉM ZDRAVOTNICTVÍ

- Náklady na léčbu stejné nemoci se liší v různých zdravotnických zařízeních ČR až několikanásobně. Z toho plyne, že jeden pacient je buďto několikanásobně zanedbáván, nebo se v průběhu léčby druhého několikanásobně více plýtvá.

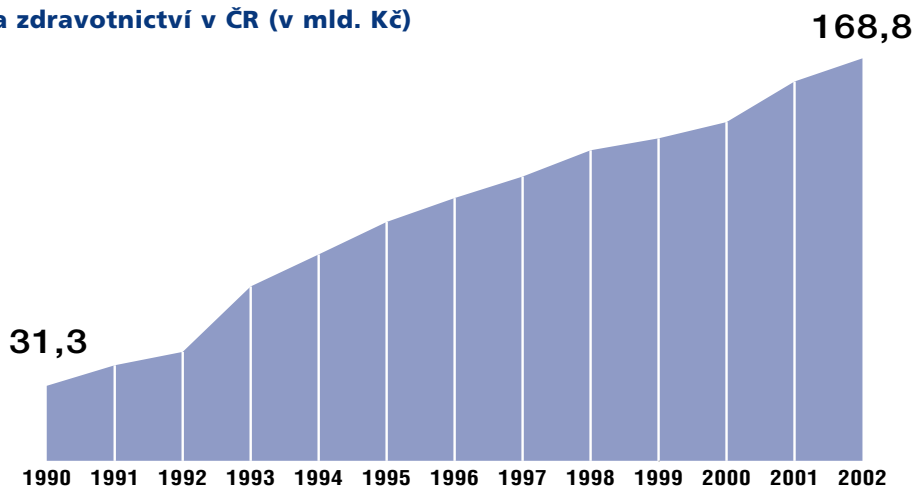
- *Výsledky léčby jsou v jednotlivých zdravotnických zařízeních výrazně rozdílné. Občan netuší, že volba toho či onoho zařízení je pro něj vlastně loterií.*
- *Vláda ČSSD bez připravené, natož odsouhlasené koncepce reformy zdravotnictví prosazuje ve sněmovně zákony, které neřeší krizi českého zdravotnictví, ale pouze snižují dostupnost a rozsah zdravotní péče. V důsledku tak vrací české zdravotnictví do situace před rokem 1989.*
- *Vláda ČSSD ignoruje příčiny světové krize zdravotních systémů a vytvářením korupčního prostředí zabraňuje rovnoprávnosti v čerpání zdravotní péče.*
- *Stát jako významný vlastník zdravotnických zařízení kryje svoje vlastní špatné hospodaření a nechrání zájmy pacienta v systému.*
- *Současný plýtvající systém může přežít jen za předpokladu, že se do něj budou nalévat další peníze občanů.*

1.3. VÝCHODISKA

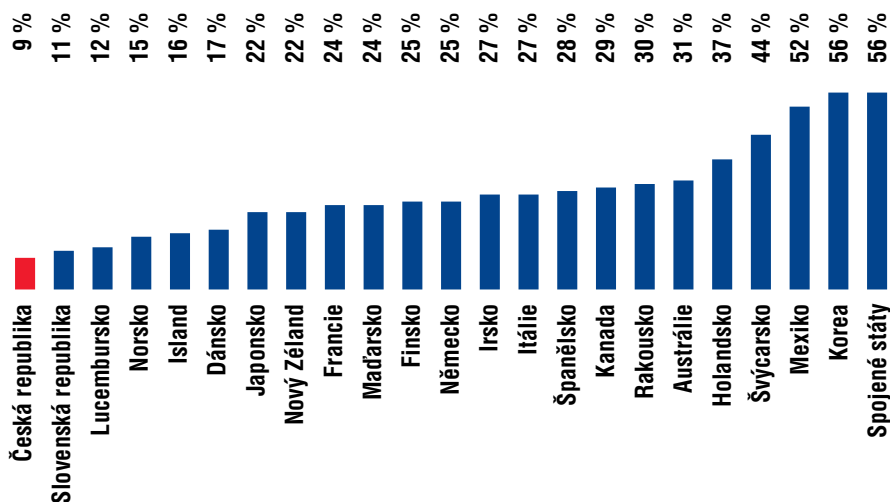
Jak vyplývá z úvodní části tohoto materiálu, řešením krize ve zdravotnictví nemůže být neustálé navyšování přílivu peněz z kapes daňových poplatníků nebo omezování dostupnosti kvalitní zdravotní péče. Jedinou správnou cestou je nastavení takového systému, který by přinutil všechny zúčastněné k hospodárnému, efektivnímu chování.

Základem zdravotního systému musí být uspokojení potřeb občana v mezích ekonomické reality se zachováním jistot veřejného zdravotního pojištění.

Růst výdajů na zdravotnictví v ČR (v mld. Kč)



Srovnání podílu veřejných a soukromých zdrojů



Procenta znázorňují podíl soukromých zdrojů na financování zdravotnictví.



2. NÁVRH ODS NA ZMĚNU SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

Navrhujeme změnit dnešní systém slibující maximální zdravotní péči na

SYSTÉM POTŘEBNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE

- Jediným, kdo může určovat potřeby občana, je občan sám.
- Občan je ten jediný, kdo může určit, kolik je ochoten za uspokojení svých potřeb zaplatit.

PŘEDNOSTI NÁVRHU

- Obnovení důvěryhodného vztahu lékař – pacient
- Rozšíření nabídky služeb pro občana bez nutnosti navyšovat dnešní zdravotní pojistné.
- Zachování jistot stávajícího veřejného zdravotního systému.
- Důraz na morální hlediska společenských solidárních vazeb hlavně v oblasti rodiny a sociálně slabších.
- Pružnost systému a možnost jeho průběžné regulace. Odolnost vůči krizím.

NEGATIVA NÁVRHU

Část občanů může vnímat převzetí významné části zodpovědnosti za vlastní zdraví a čerpání zdravotních služeb jako negativní přínos reformy.

RIZIKA NÁVRHU

Politizace jednotlivých prvků reformy může narušit správné nastavení pořadí jednotlivých kroků a jejich návaznost při zavádění nového systému.

**ZDRAVÍ SE NEDÁ KOUPIT,
ALE MÁ SVOU CENU!**

3. POPIS NOVÉHO ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

Navrhovaný systém je perspektivním řešením s dlouhodobým výhledem. Neřeší jen současnou krizi. Nedává si za cíl posunout české zdravotnictví jen na úroveň obvyklou v západní Evropě. Navrhovaný systém je modelem moderního ekonomického řešení s vysokým etickým nábojem.

3.1. REFORMA INSTITUCÍ

SHRNUTÍ

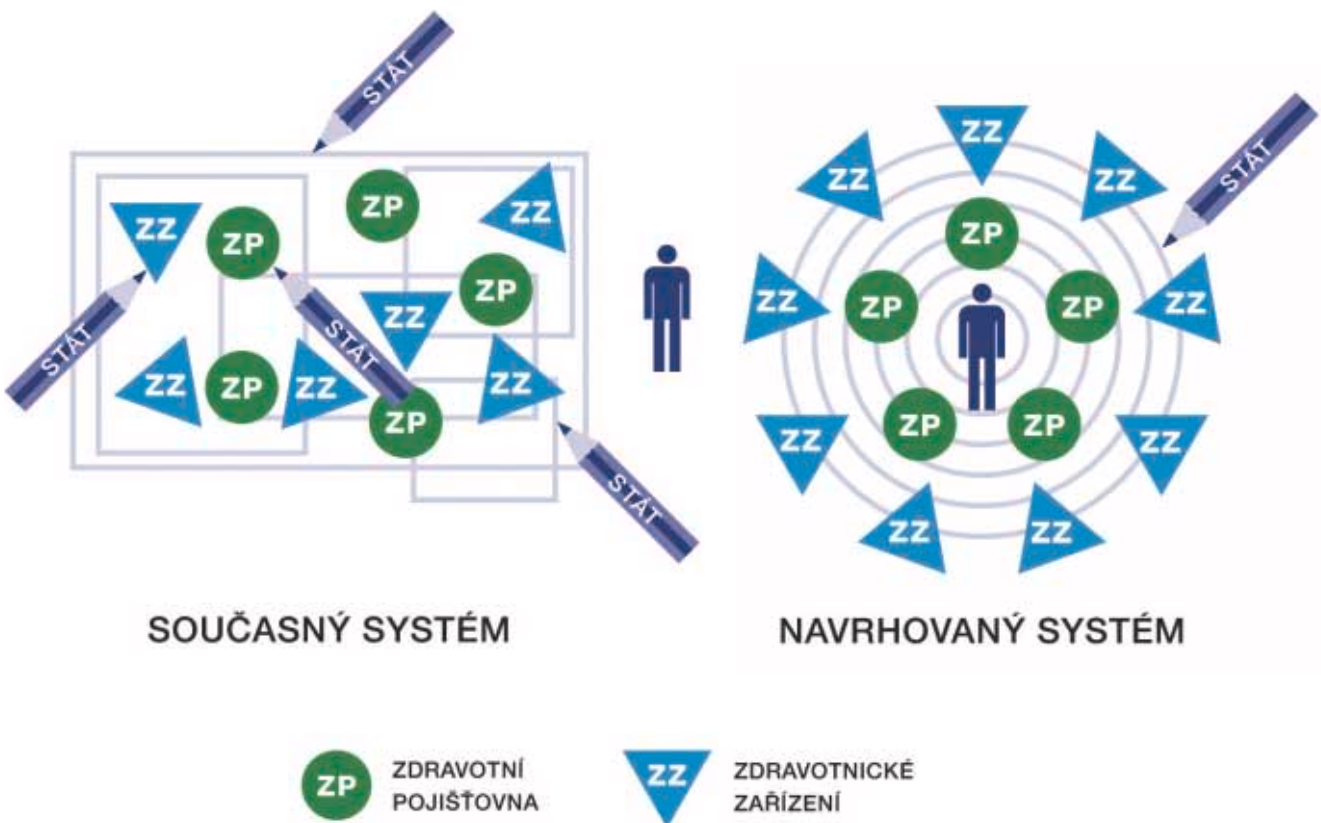
INSTITUTE DNES

Po roce 1989 vznikl v ČR systém více pojišťoven, ale nebyl vytvořen odpovídající legislativní rámec pro jejich konkurenci. Krize systému byly řešeny administrativní regulací nákladů a v pozdějších letech dotacemi, aniž by bylo přistoupeno ke skutečným změnám. Zmatené postavení občanů, státu, pojišťoven a nemocnic způsobuje nefunkčnost celého systému. Nekoncepční zásahy vlády ČSSD do již tak nefunkčního modelu situaci ještě zhoršují.

INSTITUTE PO ZMĚNĚ SYSTÉMU

Návrh počítá s vytvořením průhledného prostředí, ve kterém si budou konkurovat nemocnice i zdravotní pojišťovny v nabídce služeb po stránce kvality i ceny. Občan bude postaven do centra jejich pozornosti jako skutečný klient. Stát vytvoří legislativní rámec pro možnost regulace trhu a ochrany občana.

Ilustrační schéma nastavení zdravotních systémů v ČR





ZMĚNA ROLÍ INSTITUCÍ

Role státu

Dnes

Stát namísto stanovení jasných pravidel a dohledu nad jejich dodržováním vyvolává svými zásahy do řízení zdravotnických zařízení a pojišťoven zmatky a finanční ztráty.

Po reformě

Stát musí chránit občana a naplňovat státní garance dostupnosti zdravotní péče. K tomu musí vykonávat tyto základní funkce:

- zajištění finanční dostupnosti zdravotních služeb pro všechny občany,
- regulace trhu se zdravotním pojištěním,
- registrace zdravotnických zařízení a udělování licencí k výkonu povolání,
- zajištění přístupu občana k informacím,
- financování a řízení urgentní přednemocniční péče,
- ochrana veřejného zdraví,
- regulace cen vstupů.

Role zdravotních pojišťoven

Dnes

Zdravotní pojišťovny namísto efektivního hospodaření ve prospěch klientů financují stávající zdravotnická zařízení, a to bez ohledu na objem a kvalitu jejich služeb.

Po reformě

Zdravotní pojišťovny musejí být plně zodpovědné za svou finanční bilanci a za nasmlouvání kvalitní a efektivní péče pro své pojištěnce. K tomu musejí disponovat náležitou motivací a pravomocemi.

Role zdravotnických zařízení

Dnes

Zdravotnická zařízení, namísto zefektivnění provozu a zkvalitnění péče, spoléhají na záchranu z rukou státu. Jejich dozorčí rady ani management přitom nenesou zodpovědnost za finanční výsledky.

Po reformě

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.

Role občana

Dnes

Občané jsou nuceni plně se spoléhat na stát, neboť stávající systém jim ani aktivní roli neumožňuje. Pokud se o to přesto pokusí, v cestě jim stojí legislativa a nedostatek informací.

Po reformě

Občanům bude umožněn svobodný a aktivní přístup k péči o vlastní zdraví s takovou mírou zodpovědnosti, jaká jim vyhovuje. Musí samozřejmě platit, že převzetí zodpovědnosti bude znamenat potenciální prospěch.

3.2. NÁVRH ZMĚNY FINANCOVÁNÍ

ZÁKLADNÍ PRINCIPY

Cílem navrhované 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.

System je navržen tak, aby občanům:

- poskytoval finanční zabezpečení v nemoci,
- dovoľoval rozhodovat o všech důležitých aspektech čerpání zdravotních služeb, včetně jejich finančního dopadu,
- ponechával občanům prospěch ze všech rozhodnutí, která povedou k odpovědnému čerpání zdravotní péče

Návrh zásadně odmítá dělení zdravotnictví na „veřejné“ a „soukromé“. Jednotný způsob financování veškeré zdravotní péče odstraní dvojí placení, jak je známe z dnešního systému.

ODPOVĚDNOST ZA HOSPODÁRNOST

Základní navrhovanou změnou financování je vložení rozhodovací pravomoci o způsobu a ceně léčby do rukou občana. Veřejné zdroje již dále nebudou sloužit k plošnému financování zdravotnictví, ale ke konkrétním platbám za provedené zdravotní služby zvolené občanem.

Občan tedy nebude rozhodovat jen o svých soukromých financích, ale o části veřejných prostředků. V případě potřeby nadstandardní péče se bude moci svobodně rozhodnout pro navýšení částky na svém osobním účtu ze svých soukromých zdrojů, což mu dnešní systém zakazuje.

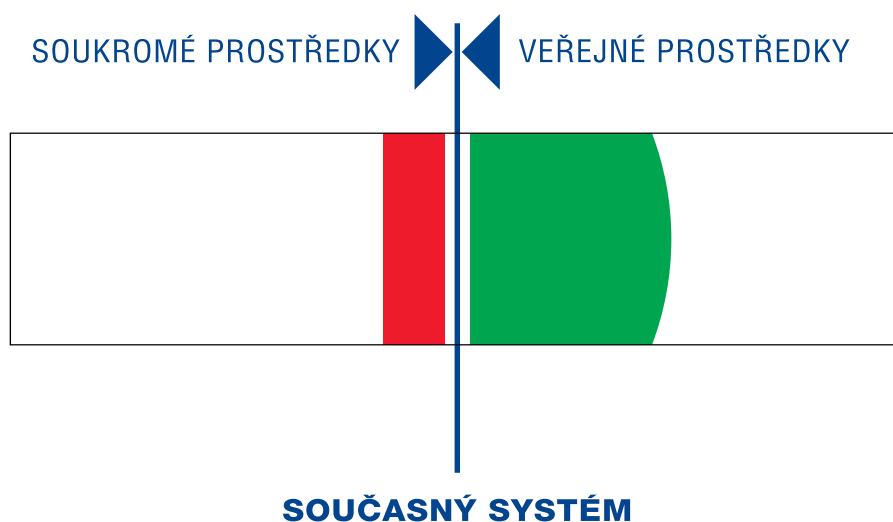
OSOBNÍ ÚČTY A TRH ZDRAVOTNÍCH PLÁNŮ

Veřejné finanční prostředky, které se budou od občanů vybírat podobně jako dnes, budou přerozděleny v zájmu zajištění všeobecné dostupnosti zdravotní péče přímo na osobní zdravotní účet občana.

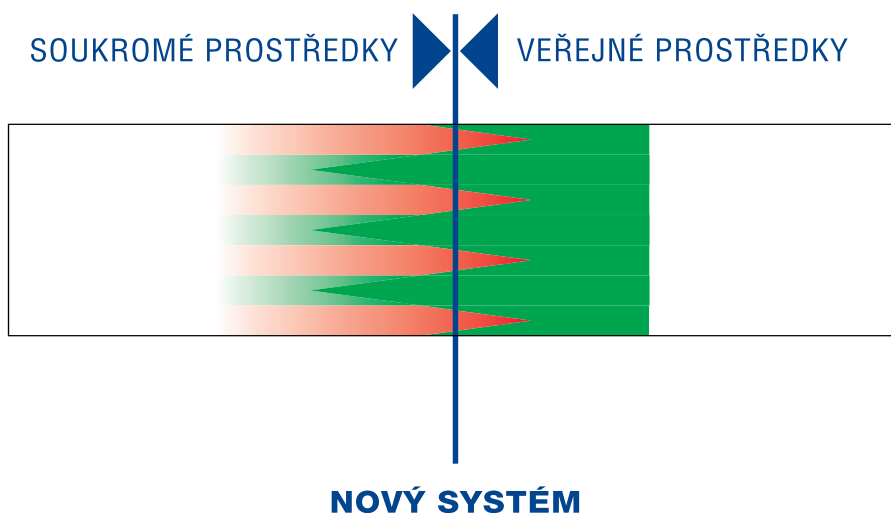
Osobní účet bude spravovat státem licencovaná zdravotní pojišťovna, kterou si občan vybere.

Nákupním zdravotních služeb pro občana bude zdravotní pojišťovna.

Dopady přenesení rozhodovacích pravomocí do rukou občanů



Současný systém vytváří neudržitelný tlak na navýšování veřejných prostředků. Platby se tak neustále navyšují a občané přitom nemají možnost ani motivaci čerpat zdravotní péči hospodárně.



Tlak na povinné plošné navýšování veřejných prostředků je nahrazen individuálním rozhodováním občanů, kteří jsou motivováni k šetrnému čerpání zdravotní péče. Zároveň mají oficiální a průhlednou možnost připlatit si za další, jimi vybrané zdravotnické i doplňkové služby.



Zdravotní pojišťovna nabídne svým klientům několik zdravotních plánů. Každý občan si jeden z nich vybere. Uvedení zdravotního plánu na trh je podmíněno státní licencí.

Všechny zdravotní plány budou obsahovat povinné pojištění definovaného balíku zdravotních služeb (dále jen povinné pojištění).

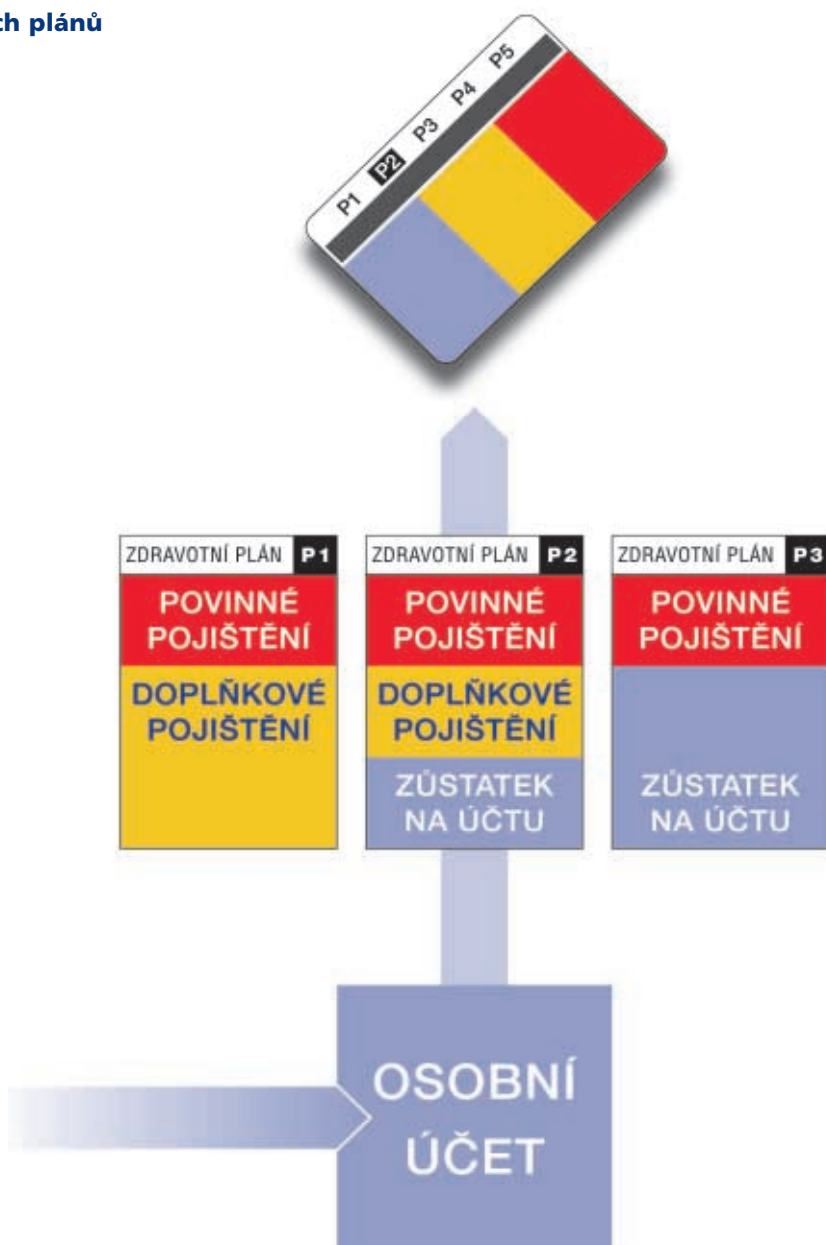
Rozsah povinného pojištění určí zákonem stát. Povinné pojištění kryje hlavně nákladnou a neočekávanou zdravotní péči.

Zdravotní plány se budou odlišovat rozsahem nepovinného – doplňkového pojištění. Mohou se odlišovat v každém z následujících parametrů:

- krytí nákladů na zdravotní služby nad rámec povinného pojištění,
- způsob zajištění zdravotních služeb,
- míra spoluúčasti osobního účtu jednotlivce,
- bonusy v závislosti na životním stylu nebo za účast na preventivních akcích.

System bude nastartován tak, že všechny existující zdravotní pojišťovny budou po dobu určenou státem povinny nabízet dnešní rozsah krytí zdravotních služeb za předplatné rovnající se veřejnému příspěvku na osobní účet jako jeden ze svých plánů. V rámci takového plánu však bude uplatněna definovaná regulační spoluúčast, financovaná z osobního účtu pojištěnce.

Trh zdravotních plánů



INFORMOVANOST O CENÁCH A KVALITĚ

Státem garantované informace umožní občanům provést kvalifikovanou volbu, kde, kým a jakým způsobem chce být léčen. Adekvátní výběr mu umožní také konzultace s lékařem, který bude motivován objasnit pacientovi možnosti a postupy léčby včetně ekonomických dopadů.

Součástí ochrany pacienta musí být existence nezávislých organizací pro měření kvality a účinnosti léčby, které budou současně využívány i všemi ostatními subjekty systému.

MOTIVACE K ŠETRNOSTI

Ušetřený zůstatek na účtu občana může být na základě zákona a smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou:

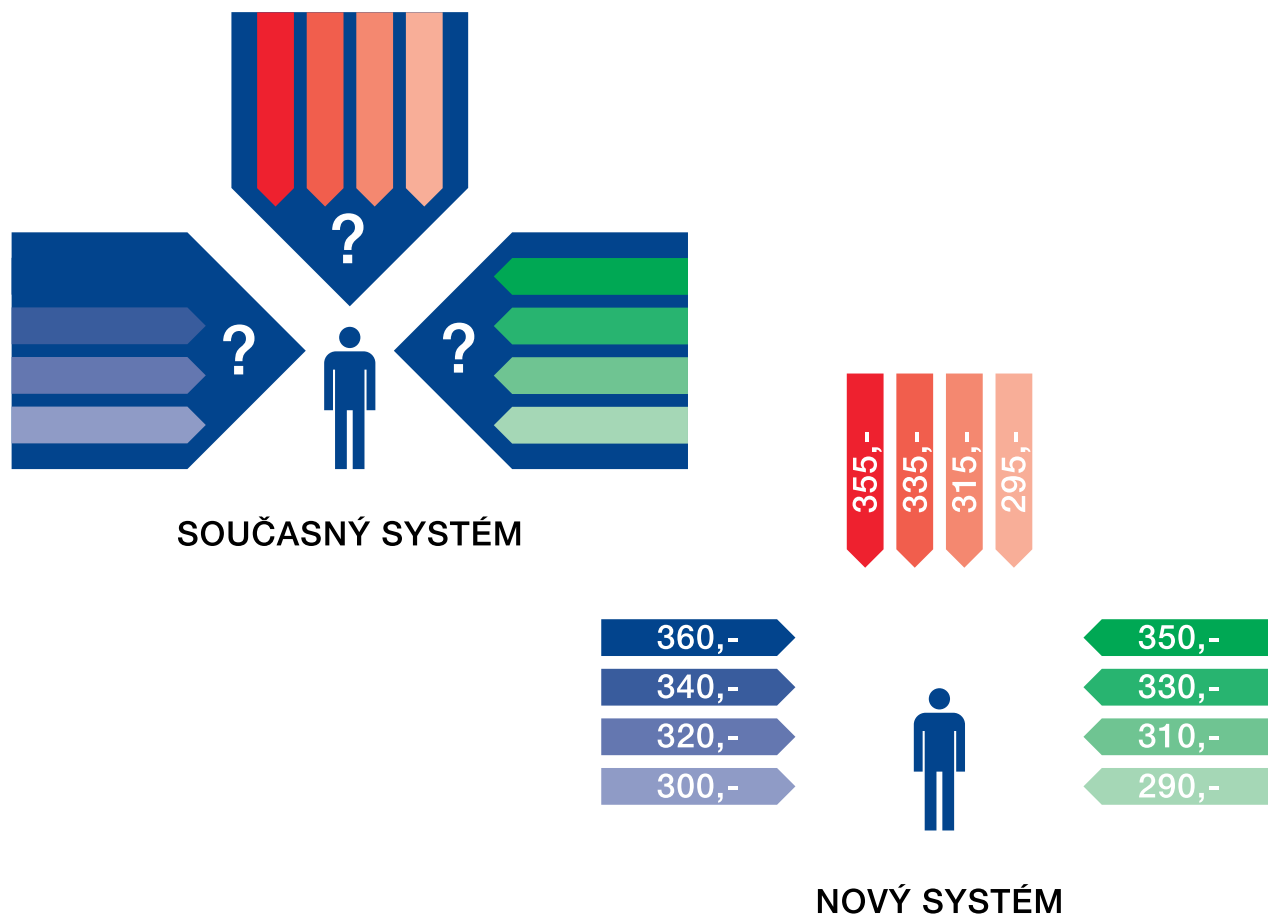
- vybrán a použit pro jiné soukromé účely,
- ponechán na účtu jako záloha pro další nečekané zdravotní potřeby,
- převeden na osobní zdravotní účet rodinných příslušníků,
Osobní účet bude součástí dědictví.

Pro představu hospodárnosti při rozhodování o způsobu léčby nabízíme konkrétní příklad:

Čtyřicetiletému pacientovi, kuřákovi, je při preventivní prohlídce zjištěn mírně zvýšený krevní tlak. Je mu nasazena léčba, která dle výběru konkrétních preparátů, provedené bez účasti občana a jeho zdravotní pojišťovny, může stát ročně řádově od stovek do tisíců korun.

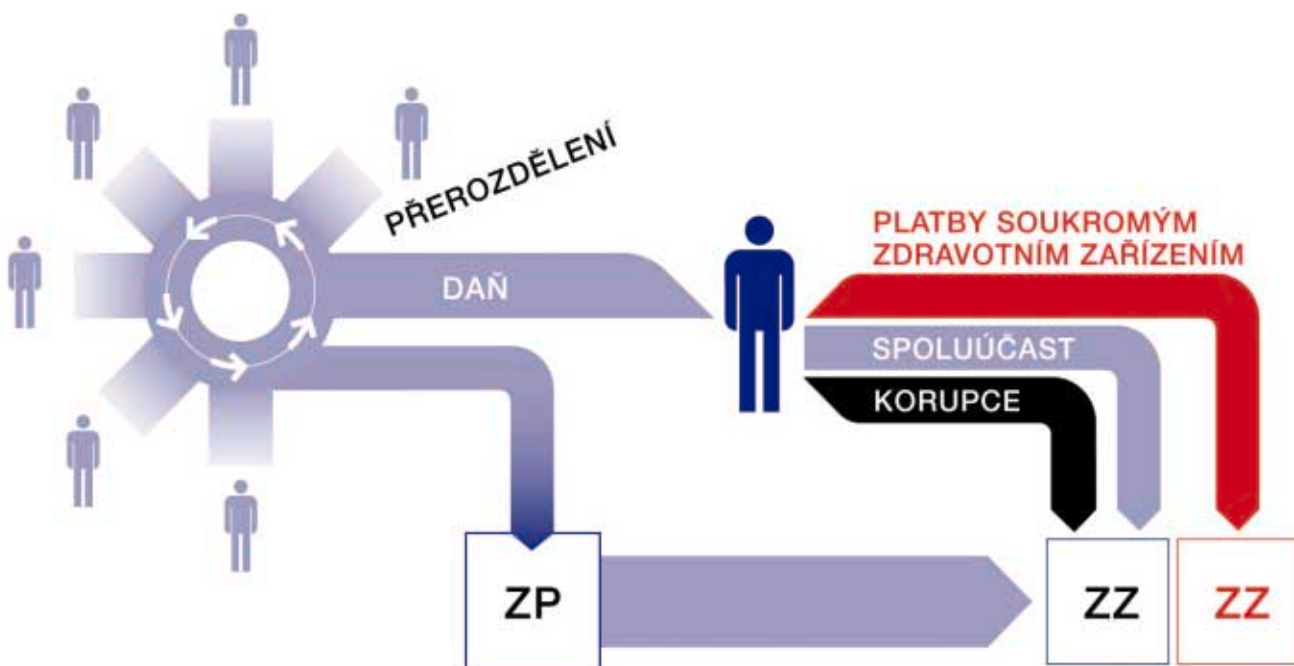
Očekávaný přínos léčby spočívá v mírném (cca o sedminu) snížení rizika infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhody (mrtvice). Je tedy třeba léčit desítky až stovky takových lidí, aby jeden z nich byl v průběhu následujících pěti let ušetřen jednoho z výše jmenovaných onemocnění. V rozvaze o nasazení léku ale takové zhodnocení přínosů a nákladů většinou chybí, stejně jako informace o nežádoucích účincích léčby (například poruchy potence). Pacient dnes obvykle neví o nákladech léčby vůbec nic a o jejím přínosu téměř nic. Je otázkou, jak by se zachoval, kdyby platil náklady na léčbu ze svého osobního zdravotního účtu. Byl by ochoten zhubnout, méně solit, více se pohybovat, nebo dokonce přestat kouřit? Takové opatření by vedlo ke stejnému nebo většímu efektu než podávání léků.

Informovanost o rozsahu služeb a cen



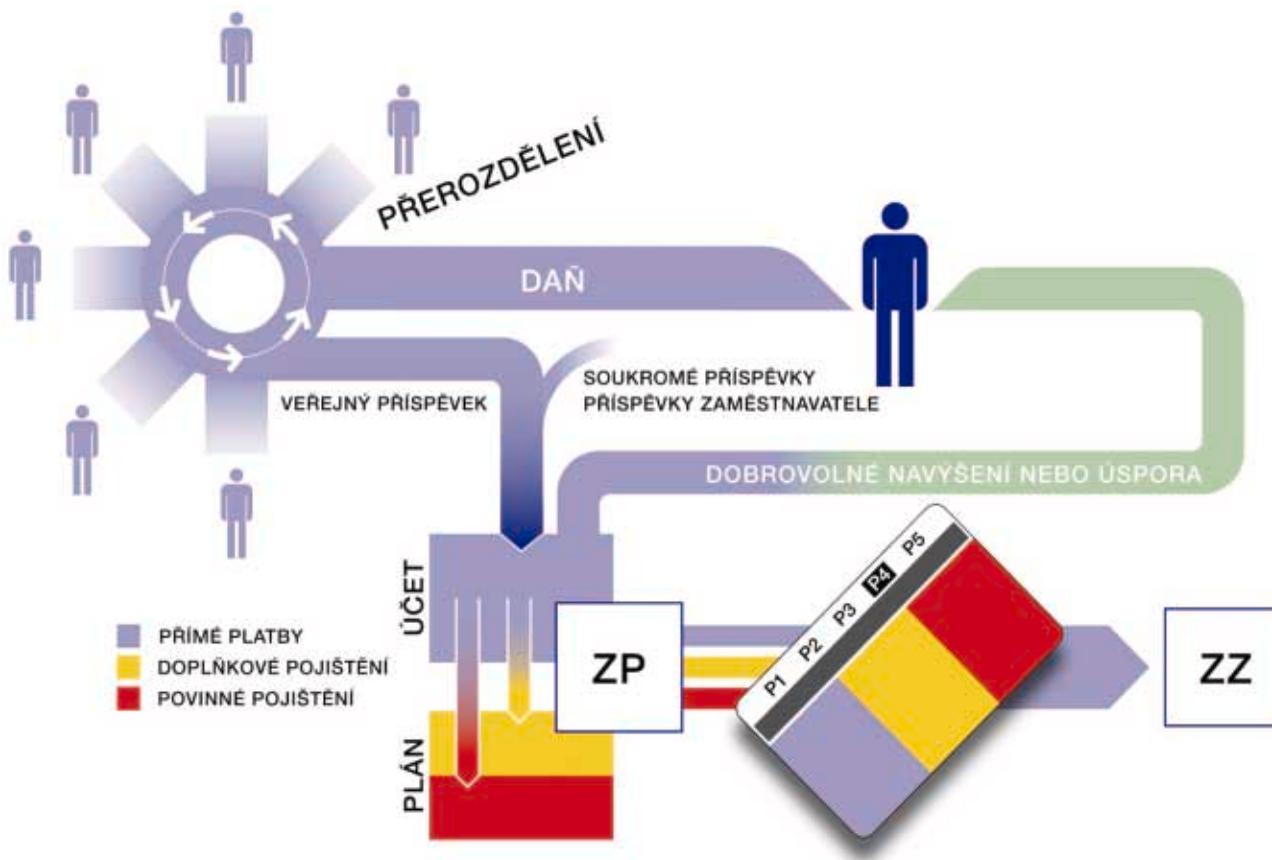


Stávající systém financování zdravotnictví v ČR



Po zaplacení zdravotní daně nemá občan žádnou možnost kontroly nad hospodárným a účelným využitím jeho finančních prostředků. Pokud chce kvalitnější péči, musí platit ještě jednou.

Navrhovaný systém financování zdravotnictví v ČR



Průběžné financování zabraňuje vzniku korupčního prostředí. Občané mají informace, je jim svěřen přiděl veřejných prostředků, se kterým mohou disponovat při zajištění zdravotnických služeb, získávají tím možnost spolurozhodovat o způsobu léčby, i vnímat ekonomický rozměr služby.

4. SHRNUTÍ

Pro reformu českého zdravotnického systému je zcela prioritní otázka, zda stále se opakující krize jsou pouze důsledkem špatného vládnutí, nebo systému jako takového. Zahraniční zkušenosti, obecná ekonomická analýza, živelný rozvoj nabídky služeb a v neposlední řadě její finanční náročnost musí vést zcela logicky k systémovému řešení.

Každá zásadní reforma má svá úskalí, náklady a aspekty proveditelnosti. „Technologie“ řešení byly důsledně poměřovány s únosností změn, přičemž před riziky prudké změny ochraňuje návrh především občany. Respektuje návyk na „bezplatný“ systém v ČR, evropský společensko-historický kontext a nárok na zajištění zdravotní péče vyplývající z Ústavy (Listina práv a svobod čl. 31). Zároveň respektuje dosud upírané právo na individuální volbu s přijetím vlastní odpovědnosti. Nezakrývá, že pro úspěšnost případného projektu je důležité, aby se významná část obyvatel přiklonila při své volbě právě k tomuto principu. Hlavním motorem pro postupné změny chování občanů v systému a pro odbourání neperspektivního návyku na „bezplatnou“ péči musí být cílená a permanentní informační kampaň.

Návrh se úmyslně vyhýbá nesprávnému a pokryteckému termínu **solidarita**. Povinné sdílení nákladů na zajištění zdravotní péče bohatších s chudšími a zdravých s nemocnými nahrazuje korektními termíny: **přerozdělení finančních prostředků podle rizika**, popř. **subvencování osobního účtu**. **Dostupnost** zdravotní péče je vnímána prostřednictvím nástrojů k financování zdravotních potřeb jednotlivce, **rovnost** je zde rovností při volbě zdravotního plánu.

Největší změny musí v první fázi přijmout stát, po něm zdravotní pojišťovny a zásadním změnám se samozřejmě nevyhnou ani poskytovatelé. Návrh předkládá řešení, které je šité na míru, a je tedy zcela originální, i když v sobě zahrnuje i neoriginální, již prověřené metody a kroky. Pro jeho vytvoření byly využity poznatky ekonomické teorie, byly zmapovány všechny významné reformní snahy ve světě, byla provedena identifikace se slepými a rizikovými cestami, to vše při respektování obecných legislativních podmínek, platných v právním řádu ČR.

Hlavním cílem návrhu je vytvořit **systém otevřený a pružný**, schopný vyrovnat se s ekonomickou nerovnováhou bez destabilizujících krizí, a zároveň stanovit jasně definovanou stavitka, s jejichž pomocí lze eliminovat případnou vnitřní nerovnováhu.

Další postup se neobejde bez expertní práce s modelováním a propočty. Pro korektní diskusi je dále nezbytné demytologizovat zdravotní péči a začít ji vnímat jako běžný sektor ekonomiky, jehož specifika je možné pojmenovat a v řešení zohlednit.

5. SLOVO NA ZÁVĚR

Na počátku si tvůrci tohoto návrhu položili základní otázku: Kdo potřebuje reformu českého zdravotnictví?

Sociální demokraté nás přesvědčují, že reformu potřebuje stát, aby se dokázal vypořádat s financováním českého zdravotnictví. Občanská demokratická strana chce vrátit pojmu zdravotní péče původní obsah, dát mu lidský rozměr. Jsme přesvědčeni, že reformu potřebuje občan, aby získal kvalitní a dostupnou zdravotní péči, a právě tato skutečnost je základním východiskem, smyslem a cílem navrhovaných změn.

Reforma musí nutně vést k tomu, aby se znovu navázal těsný a důvěryhodný vztah mezi lékařem a pacientem, protože jeden bez druhého se neobejdou. Proto musí lékař znát skutečné potřeby pacienta, a ne se spokojit jen s diagnózou. K pacientům musí přistupovat individuálně, a přitom uvažovat v souvislostech – zvážit rodinnou anamnézu, pacientovy osobní problémy, potřeby a touhy. Cílem usilování lékaře musí být tedy zvyšování kvality života obyvatel v duchu individuálních potřeb jednotlivce, a ne „jen“ využívání nákladných technologií. Pacient má přitom právo být podrobně informován o postupu, smyslu a vyhlídkách léčby a samozřejmě o její ceně. Má právo vybrat si takový způsob léčby, který mu přinese uspokojení a současně musí být připraven přijmout jistou část zodpovědnosti za ekonomický dopad tohoto výběru.

Významným rysem návrhu je pozornost upřená na seniory, jejichž počet vzhledem ke zbytku populace se bude v dohledné době razantně zvyšovat. Nový systém bude seniorům vytvářet plnou podporu pro to, aby mohli vést i v důchodovém věku plnohodnotný a aktivní život.

Úloha ostatních zainteresovaných institucí musí spočívat ve vytváření takového prostředí, aby se tento cíl dařilo co možná smysluplně naplňovat. Jen tak můžeme vybudovat základ zdravého zdravotního systému, který s sebou ponese díky své samoregulační schopnosti i řešení ekonomických problémů.