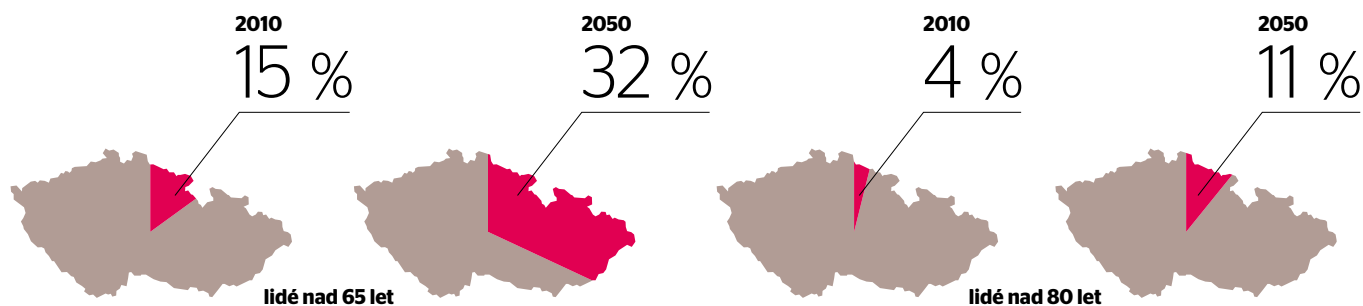


Jak Česko stárne

Růst podílu věkové skupiny na celkové populaci ČR



Pořadí mezi 34 zeměmi OECD v podílu těchto osob



Zdroj: OECD

Stárnutí: Časovaná bomba zdravotnictví

Rostoucí podíl starých lidí je rizikem pro financování zdravotní péče. Přetrvávající důraz na akutní medicínu je však zase rizikem pro seniory.

Markéta Fišerová, s přispěním Marka Milera

Ještě tentýž den, kdy si třiaosmdesátiletá babička Lenky Netopilíkové zlomila krček stehenní kosti, jí v karlovarské nemocnici voperovali kloubní náhradu. Do týdne se pohybovala s pomocí chodítka. Pak ale následovalo přeložení do důlečovacího zařízení v Ostrově, kde se z ženy, trpící zároveň počínající stařeckou demencí, stal ležící pacient. „Řekli nám, že je příliš slabá, že s ní žádná cvičení dělat nemohou,“ vzpomíná na dobu před téměř dvěma lety Netopilíková. Přidala se infekce ze zavedené cévky a následná léčba antibiotiky. Po dvou měsících se už její babička ani nezvedla z postele. Přestože

od toho lékaři rodinu odrazovali, ta se rozhodla vzít si pacientku, vážící tehdy pouhých 26 kilogramů, domů. Péče blízkých i docházejícího fyzioterapeuta ji nakonec postavily na nohy. „Kdyby tam zůstala, skončila by jako ležák. Zachránilo ji jen to, že si ji děda s tátou vzali domů,“ říká Netopilíková.

Její příběh je jen jedním z mnoha podobných, které odrážejí dlouhodobou

nefunkčnost systému zdravotní a sociální péče o seniory a odhalují skutečnost, že tuzemská společnost není na stárnutí své populace dostatečně připravena. Už dnes se hraje o to, jak bude postaráno o rekordně silné ročníky tzv. Husákových dětí ze 70. let, až zestárnou.

V Česku bude v následujících letech a desetiletích jedním z nejrychlejších temp na světě přibývat starých lidí, kteří čerpají zdaleka nejvíce zdravotní péče a často se stávají závislími na pomoci okolí. Současně bude ubývat lidí v produktivním věku, kteří do průběžně financovaného a solidárního systému zdravotního pojištění přispívají. V roce 2060 by mělo na jednoho seniora nad 65 let připadat pouze 1,6 ekonomicky aktivních osob, oproti současným pěti, a bez reformem se stane podle názorů mnohých odborníků i institucí financování zdravotnictví neudržitelným. „Financování a uspořádání zdravotních služeb neodpovídá dnešní společnosti a hlavně dnešním nemocem,“ potvrzuje bývalý náměstek ministra zdravotnictví Tomáše Julínka a spoluautor tehdejší zdravotnické reformy Pavel Hroboň. „Jsem přesvědčený, že jediná cesta, jak se vyhnout nedostatku finančních prostředků, je provést změny. Pokud je neprovedeme, tak se s vysokou pravděpodobností naplní chmurné předpovědi.“ (Více viz rozhovor na str. 28.)

Důraz na akutní péči

Většina pozornosti i peněz v českém zdravotnictví stále míří do akutní zdravotní péče. Následuje se tak model, který vznikl před 50 lety. Lidé se tehdy dožívali kratšího věku a netrpěli zdaleka tolik chronickými nemocemi jako dnes. Podle lékařů ale každým rokem přibývají desetitisíce pacientů s chronickými onemocněními a dlouhodobou péčí potřebuje už 10 procent populace. Skvělé výsledky akutní medicíny však zejména v případě starých a chronicky nemocných lidí často přijdou vniveč. Důvodem je chybějící nebo nedostatečné do-léčení a rehabilitace, která by je vrátila k soběstačnosti, nebo ne-možnost kvalitně a důstojně dožít nejlépe v domácím prostředí s podporou rodiny a terénních služeb. Proto lidé po úrazu nebo mrtvici často zbytečně končí jako trvale ležící pacienti a umírají v podfinancovaných léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN).

Ti, kteří nemají naději na doléčení, a jde spíše o to zajistit, aby se jejich stav nezhoršoval, zase potřebují dlouhodobou péči nejlépe v domácím prostředí. I tito lidé však často končí v nemocnicích a zařízeních s intenzivní zdravotní péčí, kterou nepotřebují, přitěžuje jim a je zbytečně drahá. Zaměňování následně a dlouhodobé péče vede k neefektivnímu nakládání s penězi, které se pak projevuje v nedostatku a lhostejném přístupu personálu i v omšelém vzhledu a vybavení léčených.

„Nedaří se zde nastavit a rozklíčovat péči podle potřeb toho kterého člověka. Výsledky jsou alarmující,“ shrnuje problém tuzemské dlouhodobé péče Alena Šteflová ze Světové zdravotnické organizace. Dlouhodobá péče je poskytována jak ve zdravotnických zařízeních typu LDN, tak v sociálních zařízeních typu domovů seniorů. Zdravotní pojišťovny a ministerstvo práce a sociálních věcí se dohadují, co je zdravotní a co už sociální složka péče a kdo by ji měl hradit.

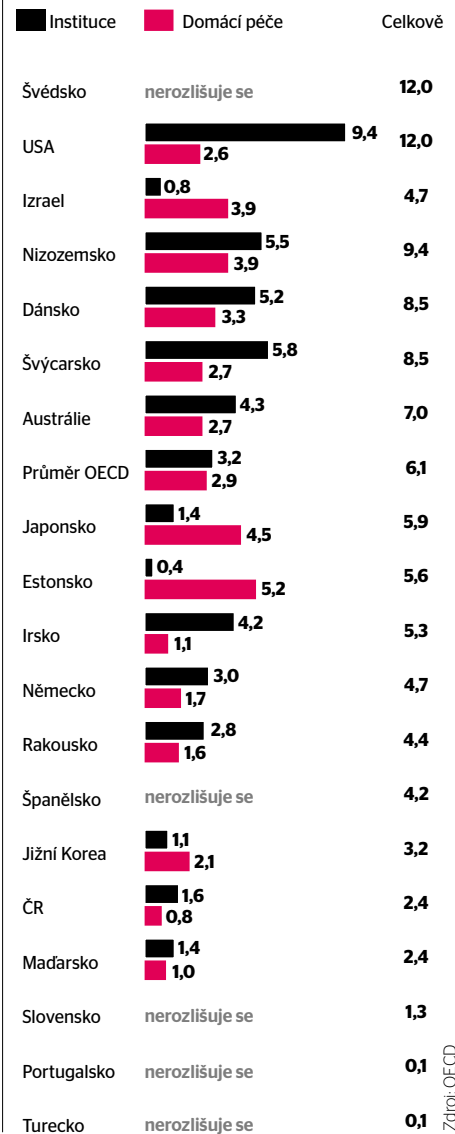
Podle Petra Wiji, experta na dlouhodobou péči, by se přechodným řešením mělo stát chystané sjednocení standardů a úhrad zdravotní péče o závislé klienty pro zdravotní a sociální pobytová zařízení. „Definuje se nový typ zdravotně-sociální služby v sociálních zařízeních, kde by měly platit paušální platby jako

ve zdravotnických zařízeních,“ říká Wija, který působí mimo jiné v ministerských komisích. „Systém dnes není nastaven na to, aby se tito lidé stali opět soběstačnými. Mnohdy nedostanou najíst, napít, mají proleženiny,“ upozorňuje.

Právě to se stalo devětasedmdesátiletému otci Lenky z jižních Čech. Poté, co si před rokem přivodil těžký úraz hlavy, zachránila ho operace mozku v Českých Budějovicích a následný pobyt na anesteziologicko-resuscitačním oddělení

Počet poskytovatelů dlouhodobé péče

(lidé pečující o závislé jedince na 100 osob nad 65 let, 2013)



Každým rokem přibývají desetitisíce pacientů s chronickými onemocněními. Dlouhodobou péčí potřebuje už 10 procent populace.

jedné z jihočeských okresních nemocnic. „Bylo to tam jako v Chicago Hope. Jak se chovali, jak to tam vypadalo, kolik bylo doktorů, sester, jejich ochota nás informovat,“ říká Lenka. „Ale pak se dostal na chirurgickou jednotku intenzivní péče, což byl těžký průšvih. Měl slávika v krku, tekla mu z něho hnis a dostával kyslík. A na stolečku vedle něho leželo jablko a zuby ve skleničce. Během tří týdnů na oddělení se mu udělaly strašné proleženiny.“

Pojištění na péči

Stále se nedaří překonat rozdrobenost systému dlouhodobé péče, jež v sobě kombinuje jak zdravotní, tak sociální složku a spadá pod dvě ministerstva – zdravotnictví a práce a sociálních věcí. Pokračující neochota státu vyřešit dvojité financování i řízení dlouhodobé péče přiměla v polovině ledna odborníky z oboru ke svolání tiskové konference, na níž nešetřili ostrými slovy na adresu vlády. „Zákony se zcela míjejí účinkem. Už 20 let se neustále ustavují nějaké komise a žádá to zatím nevyřešila. Dnes zasedají další a zase to nevyřeší,“ netají se skeptici nad přístupem politiků místopředseda Asociace českých a moravských nemocnic Petr Fiala. „Kdyby to byla prioritou, vezme premiér oba ministry za flígr a řekne: „Do měsíce chci mít řešení, jinak vás vyhodím.“

Podíl Čechů nad 65 let se přitom do roku 2050 zdvojnásobí. Lidé ve věku 80 a více let bude dvakrát více než dnes dokonce už za 15 let – skoro 700 tisíc. Podle jedné z analýz se pod vlivem stárnutí populace dostane tuzemské zdravotnictví do deficitu už v roce 2020. Další studie, provedená již před 10 lety, předpokládá, že kvůli čím dál staršímu obyvatelstvu bude nutné do roku 2050 ztrojnásobit sazbu zdravotního pojištění, protože jinak stát ufinancuje pouze poloviční rozsah současné zdravotní péče.

Na dlouhodobou péči jde podle lidí z oboru o 30 až 50 procent méně peněz, než jsou reálné potřebné náklady, aby se péče prováděla důstojně a na kvalitní úrovni, včetně dobré stravy, a aby byl dostatečně zaplacený personál. Klíčem k odstranění současného stavu je podle Hroboně jasné definování a oddělení poskytovatelů a placení následné a dlouhodobé péče.

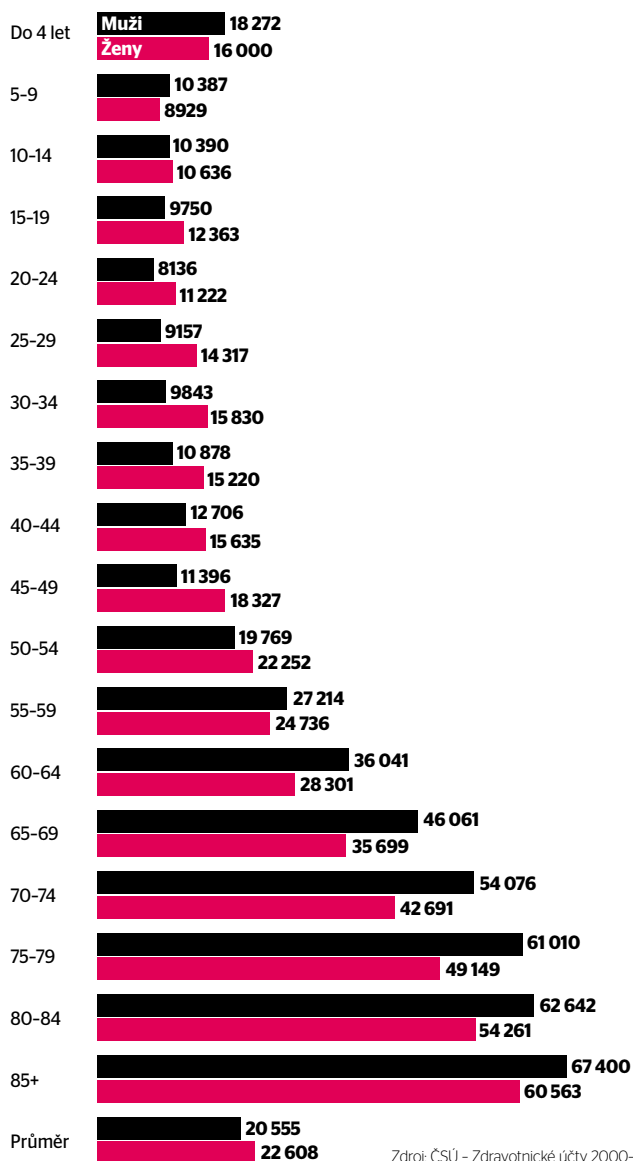
Zatímco tu následnou, rehabilitační, musí hradit zdravotní pojišťovny, u dlouhodobé péče se nabízí model, který dobře funguje v Německu a Nizozemsku. Tam platí, že dlouhodobá péče není ani čistě zdravotní, ani čistě sociální, ale je svébytným kombinovaným druhem péče. Má svoji definici, své poskytovatele a své financování.

Právě po tomto řešení volá i Asociace českých a slovenských nemocnic: vyčlenit část zdravotního a sociálního pojištění a vytvořit z něho zvláštní sazbu pojištění dlouhodobé péče. Ta by měla do systému přinést dost prostředků a hradit současně obě složky dlouhodobé péče. I to má však podle Hroboně svou nevýhodu – kvůli stárnutí obyvatelstva rychle roste výše sazby, což se časem může stát neúnosné.

Domácí péče

O Lenčina tatínka z jižních Čech dnes pečuje doma jeho osmašedesátiletá žena, která je však trvalou péčí o ležícího pacienta ochrnutého na půl těla vyčerpaná. Rodin, které se takto rozhodnou starat o své nemožující blízké, je po Polsku v Česku překvapivě nejvíce v Evropě. Až 80 procent závislých se ocitá v péči rodiny po průměrnou dobu čtyř až pěti let. I když je to pro stát levnější než ústavní pobyt, většina zátěže stále spočívá na rodinách.

Průměrné roční výdaje na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví (v Kč, 2013)



Zdroj: ČSÚ - Zdravotnické účty 2000-2013

V roce 2007 byl zaveden měsíční příspěvek na péči, pohybující se podle stupně závislosti od 800 do 12 tisíc korun, který měl za úkol umožnit lidem použít jej pro domácí péči, nebo pobyt v ústavu. Systém je ale příliš složitý a nepružný a lidé často ani o této možnosti nevědí. Vyřízení trvá až rok a mezitím lidé často zemřou. Dávka navíc nestačí na nákup ošetrovatelské péče, takže se většinou použije jako náhrada příjmu jednoho člena rodiny, který se

vzdá práce. V roce 2014 příspěvek pobíralo 332 tisíc lidí a stát na něm vyplatil 20,4 miliardy korun.

Pro domácí péči se lidé často rozhodnou v zoufalé situaci, kdy nejsou schopni nalézt volné a kvalitní pobytové zařízení pro svého blízkého. Navzdory proklamacím státu o podpoře tohoto způsobu péče, který je výhodnější nejen z lidského, ale pro stát i z ekonomického hlediska, se jim nedostávají podpůrné terénní a odlehčovací služby.

Podpora z terénu

Terénní péče chybí na dvou třetinách území a liší se podle krajů, navíc čelí přísným limitům zdravotních pojišťoven, které v první řadě financují lůžková zařízení. Obce nemají povinnost terénní službu zajistit. Využití pečovatelské služby v Česku od roku 2009 dokonce mírně klesá.

Zuzana Luňáková, která už 20 let provozuje Agenturu domácí péče v Českém Meziříčí, žádnou podporu terénním službám, navzdory prohlášením pojišťoven i ministerstev, nepozoruje. „Místo aby nám navýšili příjmy, jde to opačným směrem. Peníze plynou spíš do nemocnic. Pojišťovny říkají, že musí v první řadě zaplatit existující pobytová zařízení. Pro ně je jednodušší šetřit na agenturách. I když argumentujeme, že když lidé budou doma, tak je to bude stát méně peněz, oni tu úsporu nevidí.“

Odborná Komise pro rodinnou politiku, kterou založila ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová, se snaží situaci rodinám ulehčit. Podle socioložky Radky Dudové, která ve skupině zasedá, přišla komise v červnu s dvěma návrhy – zřízením koordinátora péče v obcích, jenž by rodinám pomáhal zorganizovat péči o závislého člena, a zavedením volna na péči.

Pečovatelské volno by mělo být nárokovatelné a hrazené z nemocenského pojištění. Doba trvání je stále v jednání. Mohlo by to být dva až šest měsíců, po které by zaměstnavatel musel ošetřujícímu držet pracovní místo, což by části lidí umožnilo zůstat doma namísto v „eldéence“.

Expert Petr Wija také upozorňuje na riziko opakování obchodního modelu jako v případě předražených ubytoven, jejichž zřizovatelé parazitují na státních příspěvcích na bydlení. „Protože je poptávka po pečovatelských zařízeních ze strany státu a obcí neuspokojena, vstupuje do toho volná ruka trhu. Vznikají ošetrovatelské lazarety. Bude to podobný byznys jako

Vliv stárnutí obyvatel na vývoj sazeb zdravotního pojištění



Zdroj: Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050, vydáno 2005, autoři: O. Schneider, L. Antošová, R. Chaloupka, P. Hroboň

48

procent

Pouze takový rozsah péče v porovnání s rokem 2003 bude možné pokrýt z veřejných peněz v roce 2050 při zachování současné sazby pojištění.

Zdroj: Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050

Na tuto hodnotu by musela vzrůst sazba veřejného zdravotního pojištění ekonomicky aktivních osob, pokud by měl být navzdory stárnutí obyvatelstva zachován stejný rozsah zdravotní péče za jinak nezměněných okolností.

v případě ubytoven, akorát že s chudinskou péčí,“ varuje Wija.

Na samém konci

Pokud nemá pacient šanci na uzdravení nebo dlouhodobý život na lůžku, přichází na řadu paliativní nebo hospicová péče, která může prodloužit život až o měsíce a zmírnit utrpení nemocného. Ta se ale ocitá na úplném okraji zájmu zdravotnického systému. Zatímco hospice dostávají zdravotní péči aspoň částečně proplacenou, mobilní hospicové služby, kdy lékaři a sestry dojíždějí za umírajícími domů, jsou závislé pouze na darech, grantech, dotacích a příspěvcích klientů. Teprve rok funguje pilotní program VZP, který testuje částečné proplácení těchto služeb v maximální délce 30 dnů.

Zatímco v USA umírá v hospicích každý druhý a v Německu a Rakousku asi 10 procent lidí, u nás je to asi jen jedno až dvě procenta. Podle lékařky Ireny Zavadové, která už šest let jezdí v rámci mobilního hospice Cesta domů za umírajícími, si lidé neuvědomují, že navzdory velkým tokům peněz do anesteziologicko-resuscitační péče ji přežívá rok po zákroku jen 11 procent pacientů. „Tam je takových peněz, že si tam můžete dělat, co chcete. Ale na běžnou internu nikdo dost peněz nedá. Tam chybí ošetrovatelský personál, sestry, kvalitní lékaři. A když máte poddimenzovaný stav ošetrovatelů, je jasné, že lidé tam budou ležet nenakrmení a nepřebalení.“ Člověk si podle lékařky snadno udělá obrázek o prioritách zdravotnictví, když vejde do areálu nemocnice v Motole: „Přijdete na skvěle vybavenou a novou kardiologii nebo dětské oddělení. Ale když jdete za roh doleva a narazíte na oddělení následné péče, uvidíte otlučená okna, nefunkční kliky, ošoupané podlahy. A hned vidíte, kam se sypou peníze.“

Většina její práce spočívá v rozhovorech s pacienty o tom, co si přejí, anebo nepřejí na konci života. Tyto dlouhé hovory si ale může dovolit jen díky grantům – pojišťovna by je nikdy nezaplatila. „V mé péči zemře 90 procent pacientů a já mám pocit, že pomáhám. To jsem nikdy předtím, ať už jsem pracovala v IKEM nebo na Karláku, neměla,“ říká a dodává: „Mám pocit, že za mnou zůstává kus práce. A jednou bych chtěla, aby se tak někdo postaral o mě.“ **x >**

Populace stárne, zdravotnictví selhává,

říká spoluvůrce české zdravotnické reformy Pavel Hroboň. Týká se to podle něj financování i skladby péče

Markéta Fišerová

Stát by měl prosazovat, aby dlouhodobě nemocní a nesoběstační lidé mohli dostávat potřebné služby doma. Do institucí patří jen lidé, pro které domácí péče není možná, myslí si zdravotnický expert Pavel Hroboň. Domácí péče je lepší pro klienty i pro společnost a je i levnější. Je ale nutné vytvořit vhodné podmínky pro pečující, kteří dnes nesou většinu zátěže.

V čem spočívá problém českého zdravotnictví s ohledem na stárnutí populace?

Současné financování a uspořádání zdravotních služeb neodpovídá dnešní společnosti a hlavně neodpovídá dnešním nemocem. Zdravotní systémy, jak je známe v Evropě a jak se nám velmi

osvědčily v posledních 60 letech, byly nastaveny v úplně jiné situaci, kdy se lidé dožívali kratšího věku a kdy hlavním problémem byly infekční nemoci a úrazy. Když to řeknu surově, tak se člověk buď rychle uzdravil, nebo zemřel. Z toho plyne přetrvávající důraz na akutní medicínu.

S prodlužováním věku však lidé sužují jiné zdravotní potíže, a tudíž začínají potřebovat i jiný druh péče...

Ano, dnešní převládající problémy, ať už z hlediska zdravotního stavu, nebo spotřeby peněz, jsou úplně jiné. Jsou to chronické nemoci typu srdečních chorob, cukrovky, astmatu, mentálních, ale i nádorových onemocnění. Lidé

s nimi žijí dlouhá léta, až desetiletí díky tomu, že dostávají moderní léčbu. Stojí to samozřejmě obrovské peníze a my bojujeme o alespoň trochu snesitelnou kvalitu jejich života. Kdybychom však dokázali jinak zorganizovat poskytování zdravotních služeb a více zapojit občany do péče o vlastní zdraví, tak by chronické nemoci vznikaly později a lidé by žili nejen delší, ale i produktivnější životy. Medicína dokázala přidat roky k životu, ale my do těch let potřebujeme přidat více života. Cestou je větší důraz na prevenci a integraci péče.

Proč u nás není téměř nikdo spokojen s tím, jak probíhá péče o chronicky nemocné lidi závislé na pomoci?

Problémem je, že tato takzvaná dlouhodobá péče je rozdrobena do dvou sektorů – zdravotnického a sociálního – a není dobře propojena. Na začátku je obvykle poskytována akutní péče – starší člověk si například zlomí nohu, dostane zápal plic nebo mozkovou mrtvici. Po stabilizaci stavu by měla nastat fáze, která se nazývá následná péče. Jejím cílem je pacienta doléčit a obnovit jeho schopnosti postarat se sám o sebe. Bohužel je ale skupina lidí, u nichž už není naděje na úplné

Pavel Hroboň (47)

- Vystudoval medicínu na UK v Praze a řízení zdravotnictví na Harvardu.
- V letech 2006 až 2009 byl náměstkem ministra zdravotnictví. Podílel se na tehdejší reformě českého zdravotnictví.
- Mezi lety 2002 a 2005 pracoval pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu jako poradce a ředitel strategie.
- V letech 1998 až 2002 působil jako konzultant mezinárodní poradenské firmy McKinsey & Company.
- Přednášel ekonomii zdravotnictví na Karlově univerzitě a několik let pracoval jako lékař internista.
- Je spolujednatelkou konzultantské firmy Advance Healthcare Management Consulting.



Foto: Matej Slávik

dolčení a obnovení jejich soběstačnosti. O část z nich je možné postarat se v domácím prostředí, jiní musí pobývat v nějaké instituci, poskytující dlouhodobou péči. Ta se skládá ze sociální péče a ze zdravotní ošetrovatelské. Tuto následnost péče dobře popisuje zákon o zdravotních službách, který byl přijat za ministra Hegera. Problém je, že nebyl plně promítnut do zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Co to znamená?

Když se podíváte na dnešní léčebny dlouhodobě nemocných, zjistíte, že průměrná doba hospitalizace se v institucích, které se stejně jmenují, jsou stejně placeny a platí pro ně stejné požadavky, pohybuje od 12 do 120 dnů. Zcela evidentně některé z nich poskytují následnou péči, jiné zase dlouhodobou. Což má spoustu nepříjemných důsledků.

Když odešlete člověka, který potřebuje následnou péči, do instituce poskytující dlouhodobou péči, tak v ní nedostane to, co potřebuje. A naopak když se člověk, který potřebuje dlouhodobou péči, dostane do instituce následné péče, je jeho pobyt zbytečně drahý a opět nedostane to, co potřebuje nejvíce, tedy kvalitní sociální a zdravotní ošetrovatelskou péči.

Rehabilitace a obnovení schopností jsou něco jiného než prevence dalšího zhoršování stavu a vytvoření důstojného prostředí pro konec života, což je cíl dlouhodobé péče.

Velká část odborníků ale tvrdí, že dlouhodobá péče dnes netrpí ani tak nedostatkem peněz, jako spíš tím, že jsou špatně rozdělovány. Souhlasíte s tím?

Krátkodobě ano. Ale i když do dlouhodobé péče vneseme pořádek a efektivitu, kvůli stárnutí obyvatelstva bude muset následovat i více peněz.

V mezinárodním srovnání je Česko na předních místech v podílu rodin, které se starají o svého závislého člena. Rodiny jsou ale touto péčí velice zatíženy...

Nepochybně. Myslím, že to skoro každý z nás zná ze své vlastní zkušenosti. Neformální péče je u nás rozšířená, ale o pečující lidi není dobře postaráno. V Německu je možné z pojištění na dlouhodobou péči zaplatit odlehčovací pobyt, které na jeden až dva měsíce ročně umožní pečujícím a rodině, aby

si odpočinuli. A když máte zajištěné financování, tak existují i instituce, které tyto odlehčovací pobyt nabízejí.

Měla by být snaha dostat co nejvíce závislých lidí do domácí péče?

Lekce ze zahraničí je naprosto jednoznačná. Mělo by se udělat všechno pro to, aby lidé mohli dlouhodobě a udržitelným způsobem dostávat potřebné služby doma. Do institucí patří jen lidé, s kterými to doma už opravdu nejde. Domácí péče je lepší pro samotné klienty, z hlediska sociální soudržnosti pro celou společnost a je i levnější. Musíme však vytvořit vhodné podmínky i pro pečující, například již zmíněnou možnost odleh-

“ I když do dlouhodobé péče vneseme pořádek a efektivitu, kvůli stárnutí obyvatelstva bude muset následovat i více peněz.

čovacích pobytů. Druhým předpokladem je dostupná profesionální domácí péče, sociální i zdravotní. Když se ale podíváte, kolik lidí dnes využívá agentur domácí péče, jejich počet v jednotlivých krajích se liší až dvojnásobně.

Proč tomu tak je?

Zdravotní pojišťovny se dlouhodobě ocitají v roli někoho, kdo je v podstatě spíše nucen platit provoz existujícím poskytovatelům než rozdělovat peníze podle zdravotních potřeb obyvatel. Když už někde je nemocnice nebo léčebna, tak se očekává, že její provoz bude pokryt zdravotními pojišťovnami, do značné míry bez ohledu na to, jak potřebná tato instituce je.

A na druhé straně se potom zdravotní pojišťovny snaží šetřit na domácí péči, která sama o sobě není drahá, a dokonce by dlouhodobě mohla ušetřit peníze.

Takže způsob financování zdravotní péče je spíše nastaven ve prospěch provozovatelů než příjemců péče?

To jednoznačně. Ale historicky vzniklá síť poskytovatelů ani její financování neodpovídají dnešním potřebám.

Musím se zase ptát, kde leží příčina.

V 90. letech jsme udělali jen půlkrok v návratu k systému veřejného zdravotního pojištění. Všeobecná zdravotní pojišťovna se tehdy vybudovala jako instituce na výběr peněz a zaplacení poskytovatelů, zatímco rolí moderní zdravotní pojišťovny je nakupovat zdravotní péči podle potřeb jí svěřeného obyvatelstva.

Jak hodnotíte zavedení příspěvku na péči v roce 2007?

Byl to krok správným směrem. Peníze mají jít za klientem, a ne za institucí. Vždy je třeba opatrnosti v hodnocení dopadů na rozpočet, ale principiálně je zavedení příspěvku, který je možné použít jak pro neformální, tak pro formální péči a předat ho poskytovateli, jehož si klient vybere, obrovským posunem vpřed.

Proč je problém s kvalitou léčených dlouhodobě nemocných?

Za stejné peníze některé vypadají velmi dobře a jiné naprosto příšerně. Což není ani tak stavem budov, jako spíš tím, jak jsou tato zařízení řízena. Druhá věc je, že všechny léčebny dlouhodobě nemocných mají stejné požadavky na technické a personální vybavení a dostávají zhruba stejné množství peněz od pojišťoven. Některé ale poskytují následnou péči, a jiné převážně dlouhodobou péči. Pro ty, které poskytují velmi dobrou následnou péči, je těch peněz málo, a pro ty, které poskytují dlouhodobou péči, je peněz zbytečně moc.

V celé zemi je problém dostat v případě potřeby seniora do kvalitního zařízení...

To je důvod, proč peníze mají jít za klientem, a ne za zařízením. Financujeme potřeby lidí, ne institucí. Navíc existuje prostor pro přesun části těch, kteří dnes pobývají v léčebnách, do domácí péče, ale ti lidé k tomu musí mít taky nějakou finanční motivaci. Když jsou v léčebně a všechno je za ně hrazeno, proč by to dělali? A rodiny musí mít pro péči vytvořené podmínky, včetně odlehčovacích pobytů a terénních služeb.

Otázka na závěr. Jak se zpětně díváte na reformu zdravotnictví za ministra Julínka, které jste byl spoluautorem?

Myslím, že při prosazování změn jsme byli netrpěliví a politicky nešikovní. ✘