

Kvalita ambulancí a nemocnic je loterie

České zdravotnictví je rozdrobené do řady menších či větších poskytovatelů služeb, kteří spolu prakticky nekomunikují. „Vůbec není stanoveno, kdo má péči o pacienta koordinovat,“ upozorňuje **specialista na politiku a řízení zdravotnictví Pavel Hroboň**.

MARCELA ALFÖLDI ŠPERKEROVÁ

LN V jakém stavu je nyní české zdravotnictví?

Pokud ho porovnáme s ostatními zeměmi střední Evropy, tedy s Polskem, Slovenskem, Maďarskem, jež utrácí na hlavu podobné částky jako my, vychází české zdravotnictví stran dostupnosti a kvality péče dobře. Pokud se ale na kvalitu podíváme detailněji, je v českém prostředí stále spíše loterií. U některých poskytovatelů se pacient setká s péčí na západoevropské úrovni, u jiných je to s kvalitou o hodně horší. Proto je škoda, že dosud nemáme systematické hodnocení kvality péče u jednotlivých poskytovatelů.

LN A jak hodnotíte zdravotnický systém z hlediska objemu peněz, jež se do něj vkládají?

Nyní to není špatné. Ale výhled je mnohem horší. Prvním důvodem je stárnutí obyvatelstva, které vede k tomu, že se vybere méně peněz na veřejném zdravotním pojištění, ale zároveň je třeba poskytovat více péče.

Druhým faktem je, že nám v řadě profesí začínají chybět kvalifikovaní pracovníci, a to jak lékaři, tak sestry.

Proto rozhodně musíme péči zefektivnit. Nejen ve smyslu lepšího využití peněz, ale také lepšího využití kvalifikovaných lékařů a sester. Bohužel ale nevidím žádné kroky, které by mohly změnu přinést. Zatím je jen snaha sehnat peníze, aby se zaplatila péče tak, jak je dnes poskytována a jak byla poskytována posledních deset let.

LN O hodnocení kvality péče se mluví léta, ale dosud ho nikdo nedokázal prosadit do praxe. Proč tomu tak je?

To, že u nás dosud nemáme systematické měření kvality, je fenomén ne nutně samotného českého zdravotnictví, ale jeho správy. A nejsou dotazeny ani další věci, jako je třeba systematické hodnocení nových zdravotnických technologií, zda se je vyplatí hradit z pojištění a další.

V českém zdravotnictví nemáme jasné dáno, kdo je za co zodpovědný. Když jsme na začátku 90. let definovali pravidla zdravotnického systému, udělali jsme dvě základní chyby. Dívali jsme se sice, jak fungují v Německu, Nizozemsku, Švýcarsku, ale sledovali jsme jen, v jakém jsou stavu, a ne, kam směřují.

Druhou chybou je, že jsme se sice po padesátiletém experimentu s komunismem, tedy s centrálně a hierarchicky řízeným zdravotnictvím, vrátili k systému veřejného zdravotního pojištění, ale jen napůl. Ministerstvo zdravotnictví má stále obrovské pravomoci.

LN Ve vaší reformě pod vedením ministra Tomáše Julínka jste kladli důraz právě na posílení odpovědnosti a pravomocí pojišťoven, ale vůbec se nepodařilo změny prosadit. Co je překážkou?

Ke změně zdravotnictví potřebujeme základní politický konsensus. Nedělám si iluze, že by se strany dokázaly dohodnout na jednom návrhu. Ale aby zdravotnictví bylo primárním politickým bojištěm, jak jsme to zažívali



FOTO MAJRA - PETR TOPIČ

v době, kdy jsem působil na ministerstvu, je naprosto špatné. Musí existovat určitá shoda a uznání faktů. Postoje politických stran se mohou lišit, ale fekně o 30, a ne o 180 stupňů. To je hlavní problém. Už je načase, abychom dospěli k politickému konsenzu.

Systém veřejného zdravotního pojištění je podle mě správnou cestou. Nyní jsme ale svým způsobem v nehorší situaci. Nemáme ani systém, který by byl do značné míry ovlivňován zdravotními pojišťovnami, ani zdravotnictví, které by bylo pořádně řízeno státem. Plácáme se v jakémsi mezistavu.

Dříve či později se budeme muset vydat cestou nadstandardů, která dokáže přinést více peněz, a to i způsobem, jenž nepoškodí zranitelné skupiny lidí

”

LN Co s tím? Jak politiky přesvědčit, že je nutné něco udělat?

Důležité je vysvětlit jim, proč nejen my, ale každá země na světě potřebuje, aby zdravotnictví fungovalo jinak než před padesáti či sto lety. Tehdy byly hlavním problémem infekční nemoci, z nichž většina netrvala moc dlouho. Když to řeknu surově, pacient se buď uzdravil, nebo zemřel. Jeho kontakt se zdravotnictvím byl časově omezen a stačilo, když se mu věnoval jeden poskytovatel, buď lékař v ambulanci, nebo v těžších případech nemocnice.

Dnes ale naprostou většinu škod na zdravotním stavu způsobují a také většinu nákladů spotřebovávají chronická onemocnění, jako jsou nemoci srdce a cévní soustavy, cukrovka, astma, mentální poruchy, ale také nádorové nemoci. Lidé s těmito chorobami žijí léta i desítky let a jsou v pravidelném kontaktu se zdravotnictvím.

Nefunguje už proto model jeden pacient – jeden poskytovatel. Například o cukrovkě se dnes stará praktický lékař, diabetolog,

internista, kardiolog, měl by ho kontrolovat neurolog, oční, významnou roli ve sledování pacienta a edukaci musejí hrát zdravotní sestry. Je to týmová práce. Ale české zdravotnictví je rozdrobené do spousty menších či větších poskytovatelů, kteří spolu prakticky nekomunikují. Vůbec není stanoveno, kdo má péči o pacienta koordinovat. Proto je nutné změnit organizaci a financování zdravotních služeb.

LN Co bychom měli zavést jako první?

Stejně jako v jiných zemích se musíme pustit do hodnocení kvality péče, její efektivity a ještě více soustředit specializovanou péči u menší části poskytovatelů. Také není dosud v Česku rozvinuta jednodenní chirurgie, přestože má jasné zdravotní i ekonomické přednosti.

Ale především chybí integrace péče. Tedy spolupráce jednotlivých poskytovatelů, která je nutná, abychom dokázali omezit dopady chronických nemocí. Dnešní medicína je skvělá v tom, že chroničtí pacienti mohou žít dlouho a vylepší jim i kvalitu života. Ale stojí to obrovské peníze. Řadě komplikací bychom při integraci a koordinaci péče a lepším zapojení pacienta předešli anebo by vznikly mnohem později.

LN Kdo by měl být tím koordinátorem?

Ve všech evropských státech probíhá hledání subjektu, který podpoří efektivitu péče. Někdo musí poskytovatele hodnotit, nasmělovat ty efektivní, starat se o to, aby byli zaplacení správným a vhodným způsobem, propojovat zdravotnickou dokumentaci a usilovat o větší zapojení pacienta do starosti o vlastní zdraví.

V systémech veřejného zdravotního pojištění jsou přirozeným kandidátem na tuto roli zdravotní pojišťovny. Stačí se podívat na Nizozemsko, Švýcarsko, Německo a v posledních letech i na Slovensko, kde se pojišťovny postupně dokážou této roli zhostit a ve spolupráci s poskytovateli postupně krok za krokem mění celý systém.

LN Mají i v jiných zemích dokument typu úhradová vyhláška, která určuje, jak mají pojišťovny platit lékařům a nemocnicím?

Ne, to je české specifikum. A je skutečně jedním z největších problémů českého zdravotnictví.

V Německu také existuje kolektivní vyjednávání mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Ale když se nedohodnou, o úhradách rozhoduje nezávislý arbitrážní soud, a ne ministerstvo. V Česku je ministerstvo v obrovském střetu zájmů, kdy má na jednu stranu hrát roli regulátora, usilovat o dostupnost péče a finanční udržitelnost systému, ale na druhou stranu je zřizovatelem významné části nemocnic. Samozřejmě se pak chová podle pořekadla bližší košile než kabát a obvykle se přikloní na stranu nemocnic.

LN Resort připravuje zákon o neziskových nemocnicích, díky němuž by se měly takzvaně odstátnit. Vyřeší se tím konflikt zájmů?

Odstátnění nemocnic je rozumná cesta vpřed. Bohužel návrh, jak jsem ho měl možnost vidět, roli ministerstva nezní, ale naopak zvyšuje. Konkrétní příklad: neziskové nemocnice by měly mít nárok na smlouvu se zdravotní pojišťovnou, která by si tak nemohla vybírat ani tlačit na to, aby poskytovaly péči efektivněji. O tom, jakou péči má nemocnice poskytovat, by rozhodovalo ministerstvo.

Je rozhodně nutné něco provést se statusem fakultních nemocnic, je nutné vyřešit uvedený konflikt zájmů na straně ministerstva. Současný návrh zákona ale bohužel tyto požadavky nespěluje a jde opačným směrem.

LN Kdyby u nás existovala nějaká arbitrážní instituce, byla by úhradová vyhláška zbytečným dokumentem?

Jsem přesvědčen, že je zbytečným dokumentem již dnes. Máme i přímý důkaz: na Slovensku byla před deseti lety zrušena. A v prvním okamžiku se nestalo vůbec nic, žádná tragédie, žádná nemocnice se nezavřela ani jiné problémy nenastaly. Ale začalo vyjednávání mezi nemocnicemi a pojišťovnami, což vedlo ke zprůhlednění, co které nemocnice dělají, jak jsou efektivní. Pokud by v Česku v roce 2017 již nevyšla žádná úhradová vyhláška, žádné drama by se nekonalo a postupně by se věci ubíraly správnějším směrem.

LN Máme v Česku opravdu nedostatek lékařů a sester, nebo chybí jen v nemocnicích? Anebo jich je málo, protože máme hodně nemocnic?

Nemocnic máme víc, než bychom potřebovali. Řešením ale není jejich masivní zavírání. Řada z nich, a už se to v mnoha případech stalo, by se měla přeměnit na centra poskytování ambulantních služeb, případně jednodenní chirurgie, a poskytovatele následných a dlouhodobých zdravotních služeb. Pak v nich nebude potřeba tolik kvalifikovaného personálu a ten potom nebude chybět ve specializovaných nemocnicích.

Další trend, který zatím Česko totálně minul, je zvyšování kompetencí sester a dalších zdravotnických profesionálů. Například se opakovaně prokázalo, že vzdělávání diabetika lékařem je neefektivní. Jednak je čas lékaře drahý a má ho málo a jednak téměř vždy používá jazyk, jemuž pacient nerozumí.

A představa, že ho poučí o cukrovce během deseti či patnácti minut, je čirá utopie. Pacient potřebuje, aby s ním někdo mluvil opakovaně. Potřebuje pomoci se svou specifickou situací, ne jen slyšet obecné poučky. A k tomu podobně jako k řadě dalších činností se výborně hodí právě zdravotní sestry.

LN Jsou čeští lékaři opravdu tak špatně ohodnoceni, jak si stěžují prostřednictvím České lékařské komory?

Vláda se bude muset časem vrátit i k otázce sociálně citlivé spoluúčasti pacientů. Zrušení regulačních poplatků bylo chybou.

”

Situace se již významně zlepšila a dál se zlepšovat bude. Teze o špatném ohodnocení v průměru již neplatí. Ale rozhodně platí v mnoha konkrétních případech, příjmové rozdíly mezi jednotlivými odbornostmi nebo mezi jednotlivými zaměstnavateli jsou obrovské. Platy se určitě dále budou zvyšovat, ale plošný nárůst české zdravotnictví nikam neposune. Musí se přidávat tam, kde je potřeba, a růst výdělků musí být spojen s výkonností a efektivitou.

Pavel Hroboň (47)

■ Řídící partner poradenské a vzdělávací společnosti **Advance Healthcare Management Institute**.

■ Vystudoval medicínu na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze a řízení zdravotnictví na **Harvardově univerzitě**.

■ Od září 2006 vykonával po tři roky funkci **náměstka ministra zdravotnictví**.

■ V letech 2002 až 2005 pracoval pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu jako poradce a ředitel strategie, předtím působil jako **konzultant mezinárodní poradenské firmy McKinsey&Company**, přednášel ekonomii zdravotnictví na Univerzitě Karlově a několik let pracoval jako **lékař internista**.

LN Ve svých reformních plánech jste zdůrazňovali neviditelnou ruku trhu, ale nezdá se, že by v českém zdravotnictví zrovna fungovala. Posunul jste se již od myšlenky, že by zdravotní pojišťovny měly být soukromé, aby fungovaly efektivně?

Ve svém přemýšlení o zdravotnictví jsem se posunul hodně. Dříve jsem byl příliš netrpělivý a až později jsem pochopil, čeho je možné reálně dosáhnout. Zdravotnictví se musí měnit postupně a změny musejí být mnohem konsenzuálnější. Ale to neznamená, že nejsou nutné.

Ve zdravotnictví nelze plně spoléhat na neviditelnou ruku trhu, ale potřebujeme aspoň částečně viditelnou ruku trhu. Zdravotnictví musí být sofistikované a důsledně regulováno. Ne proto, že by zdravotní služby byly tak zásadně jiné. Ale proto, že máme zavedenu všeobecnou dostupnost zdravotních služeb, což je sice dobře, ale na druhou stranu to také vytváří silnou motivaci pro plýtvání.

A k tomu, aby systém byl kvalitní a efektivní, potřebujeme konkurenci. Takže z tržních pravidel bych dal na první místo konkurenci, ale doprovodil bych ji řadou prvků, které musejí směřovat k větší transparentnosti a přesné definované zodpovědnosti jednotlivých institucí. A nutné potřebujeme někoho, kdo má opravdovou motivaci starat se o efektivitu, kvalitu, integraci a dostupnost péče. V našem systému by to měla být role zdravotních pojišťoven.

LN Stále omílanou otázkou je, jak dostat do systému více peněz. Zvyšování odvodů by se asi moc nelíbilo zaměstnavatelům. Prostor pro nadstandardy úplně zmizel a pak zbývají jen nápadny jako zřídit úrazové nebo ošetřovatelské přípojištění. Co na to říkáte?

Nyní, když krásně roste ekonomika, nikoho budoucnost zdravotnictví netrápí. Ale nikdo neví, jak dlouho ještě růst potrvá. Na budoucnost je třeba myslet už teď a dříve či později se budeme muset vydat cestou nadstandardů, která dokáže přinést více peněz, a to i naprosto sociálně akceptovatelným způsobem, jenž nepoškodí zranitelné skupiny lidí. Navíc je to cesta, jak testovat nové technologie. Pokud se osvědčí, mohou být zařazeny do zdravotního pojištění.

Dále se jakákoliv dlouhodobě a státnicky uvažující vláda bude muset časem vrátit k otázce sociálně citlivé spoluúčasti pacientů. Zrušení regulačních poplatků bylo chybou. Pokud někomu bránilo v dostupnosti péče, o čemž nejsou žádné důkazy, mělo se pohnout s parametry ochranného limitu nebo od placení osvobodit další skupiny.