

## **Pojišťovenské lékařství je zatím hudbou budoucnosti**

*Týdeník Medical Tribune ročník II. Č.19 z 5.6.2006 otiskl rozhovor s předsedou Společnosti revizního lékařství ČLS JEP Dr. Janem Caltou.*

*Pro jeho závažnost jej otiskujeme v plném znění.*

**Financování zdravotnictví, systém úhrad a cyklické krize ve všeobecném zdravotním pojištění spojené s nárazovými sanacemi ze státního rozpočtu vedly v průběhu let a zejména v poslední době ke snahám tuto oblast co nejvíce regulovat a kontrolovat. Na otázku, jakou roli hrají v systému zdravotního pojištění revizní lékaři, odpovídá MUDr. Jan Calta, předseda Společnosti revizního lékařství ČLS JEP a vedoucí subkatedry revizního lékařství IPVZ Praha.**

### **Co vlastně vedlo k ustavení oboru revizního lékařství?**

Původně se systém revizního lékařství začal rozvíjet pod Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, která zaměstnávala nejvíce revizních lékařů. K němu se pak postupně připojily ostatní pojišťovny, i když ho nikdy zcela nekopírovaly. Trvalo přibližně osm let, než se systém podařilo vybudovat. V roce 1994 byla založena Společnost revizního lékařství ČLS JEP, která má v současnosti přes 250 členů. Pořádá pravidelně každý rok 3 až 4 pracovní dny, byla stabilním účastníkem kongresu MEFA v Brně a ve spolupráci se stejnou organizací na Slovensku střídavě pořádá konference revizního lékařství. V minulém roce byla v Praze, tento rok bude na podzim v Bánské Bystrici.

### **Podarilo se také souběžně vzdělávat odborníky pro tento obor?**

V lednu 1996 pak vznikla v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví subkatedra revizního lékařství, která je nyní součástí katedry posudkového a revizního lékařství. O akce tohoto pracoviště je značný zájem. Za dobu trvání subkatedry se již uskutečnilo 151 kursů s celkovým počtem 3 952 účastníků, z nichž řada absolvovala více kursů.

Od roku 1999 začal pod Českou lékařskou společností JEP vycházet časopis Zdravotní pojištění a revizní lékařství, jehož pravidelnou vloženou přílohou jsou Listy revizního lékařství. V současnosti vychází časopis pod názvem Revizní a posudkové lékařství. Ten slouží také k dalšímu vzdělávání revizních lékařů, stejně jako skripta, vydávaná IPVZ od roku 2002, v nichž je zpracována problematika medicínských oborů a jejich revize. O činnost subkatedry IPVZ se v současné době při revizní činnosti opírají téměř všechny zdravotní pojišťovny.

### **Jak se bude systém revizního lékařství rozvíjet dál?**

Nyní dosáhl, dalo by se říci, určitého maxima, respektive stagnace. To je dáno současnou situací, která rozvoji revizního lékařství příliš nepřeje. Nyní má málokterá pojišťovna zájem o revizní činnosti, protože jsou pro ni zajímavější regulace pomocí

různých statistických metod a pravidel, jež se pak objeví v různých vyhláškách nebo smluvních vztazích. Navíc o revizní lékařství není ani mezi lékaři přílišný zájem, protože tento obor vyžaduje nejen široké znalosti, ale hlavně praktické zkušenosti a nestačí pro něj jedna atestace. Také platy revizních lékařů nerostly takovým tempem jako v ostatních medicínských oborech. Revizních lékařů, respektive úvazků, ubylo. V minulých letech jsme se pokoušeli dosáhnout toho, aby se revizní lékařství stalo atestačním oborem, což se bohužel nepodařilo. Na rozdíl od nás na Slovensku ustaven byl, a to již před pěti lety. V ČR nemá stát, jak se zdá, zájem zajistit kvalitu výuky a činnosti revizních lékařů, proto se jejich vzdělávání řeší v jednotlivých pojišťovnách a na subkatedře IPVZ.

### **Jak neustále se měnící úhradové vyhlášky a systém úhrad vůbec ovlivňují revizní činnost?**

Zastávám názor, že revize by měla být nezávislá na systému úhrad zdravotní péče. Odborníci často slučují dvě věci: revizní činnost, tedy odůvodněnost diagnostického a léčebného procesu, spojují se zdravotní politikou pojišťoven. Revizní činnost by neměla být se zdravotní politikou spojována, obě by měly jít po vlastní linii. Stát má stanovit pravidla, kterými by se měli revizní lékaři řídit, a ti by svými poznatky, zkušenostmi a de facto zpětnou vazbou ovlivňovali rozhodnutí při přijímání různých vyhlášek, nařízení a smluvních ujednání. Revizní činnost ale nemůže být prolnta se zdravotní politikou, to nedělá dobrotu.

Výsledky revizí se do úhradového systému promítají obtížně. Je ale pravdou, že od roku 1997 začínají stále větší roli hrát paušály, čímž klesá význam revizních činností, protože při paušálních úhradách je jen v určitých medicínských oborech efekt z revize větší než prostředky na ni vynaložené.

### **Úhradové vyhlášky stanovují určité limity a sankce za jejich překročení.**

**Objevily se stížnosti lékařů i nemocných na nedostupnost některých léků nebo zdravotních prostředků, ať už pro překročení limitu, nebo kvůli vysoké spoluúčasti pacienta. Ministerstvo zdravotnictví několikrát argumentovalo tím, že v odůvodněných případech může zasáhnout revizní lékař.**

Původně se léky, které byly předepisovány se souhlasem revizního lékaře, do limitů nepočítaly. To však bohužel vedlo často k tomu, že vazba předpisu a úhrady léčiva na souhlas revizního lékaře byla motivována ze strany kategorizační komise jen tím, aby léky vypadly z regulací, a nikoli odbornými důvody. Nedávno došlo ke změně a nyní se do limitů počítají i léky schválené revizním lékařem. Politici se často odvolávají na to, že revizní lékař může povolit prakticky všechno. Zákon o veřejném zdravotním pojištění v § 16 stanoví, že je-li pro pojištěnce vzhledem k jeho zdravotnímu stavu možný jediný způsob léčby, je možné její proplacení na základě povolení revizního lékaře. To mělo být určitou pojistkou pro případy, kde byla pravidla nedokonalá. Ale i to bylo značně omezeno Nejvyšším soudem, který rozhodl tuto možnost omezit jen na položky v zákoně a jeho přílohách uvedené jako nehrazené.

Tím vznikl problém, že zdravotní péče, které není nikde uvedena, nemůže být proplacena ze zdravotního pojištění. Pojišťovny pak například zakázaly revizním lékařům povolovat plnou úhradu léků, které měly kategorizační komisí určenou pouze částečnou úhradu od pojišťoven. Revizní lékař tedy nemůže povolit u léků, u nichž ministerstvo zdravotnictví resp. kategorizační komise rozhodne, že u něho existuje spoluúčast pacienta, aby byl zcela hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

### **To je ale v rozporu s tvrzením ministerstva...**

Hlavní problém spočívá v tom, že nejsou dána přesná pravidla veřejného zdravotního pojištění a namísto nich je u mnoha položek odkaz na revizní lékaře, ale nikdo jim neřekne, čím se mají ve svém rozhodování řídit. Místo aby se systém patnáct let kultivoval a pravidla, která chyběla, se vytvářela, je to nyní horší, než před lety. Zdravotní pojišťovny mají ze zákona kontrolovat úhrady zdravotní péče ve smyslu jejího objemu a kvality, ale chybějí k tomu kritéria. Problémem je rovněž změna úhrad léků, ke které docházelo čtyřikrát za rok a nyní ještě stále dvakrát ročně. Z odborného hlediska není jednoduché pacientovi nasadit lék a když si na něj zvykne, pak jeho výměna vede v mnoha případech k velkým problémům. Měnit léky u pacientů každou chvíli podle úhradových vyhlášek prostě není možné.

### **Co lékaři z hlediska revizní činnosti nejvíce opomíjejí?**

Do dneška bohužel drtivou většinu lékařů nezajímá ekonomická stránka poskytování péče. Většina se domnívá, že úkolem veřejného zdravotního pojištění je sehnat prostředky pro zdravotnická zařízení a nikoli pro pojištěnce. Mnoho lékařů odmítá přistoupit na zásadu veřejného zdravotního pojištění, že jejich povinností je v rámci srovnatelné zdravotní péče indikovat tu, která je ekonomicky méně náročná. To, že zákon o veřejném zdravotním pojištění zakazuje pacientu na zdravotní péči připlatit, situaci ještě komplikuje. Někteří by chtěli léčbu, která se odchyluje od standardů, které se platí ze zdravotního pojištění, a byli by ochotni si ji zaplatit. Zákon to však neumožňuje. Současné zákonodárství zde vlastně udržuje socialistické zdravotnictví. Říká, že všichni musejí mít veškerou a vlastně stejnou péči. Pacienti nemají možnost se na ní žádným způsobem podílet.

### **Můžete stručně popsat činnost revizního lékaře?**

Revizní lékař vezme vyúčtování poskytovatele a zjistí, zda odpovídá pravidlům a skutečnosti. Neodpovídá-li, udělá analýzu proč. Pokud zjistí, že se jedná o nedodržování pravidel veřejného zdravotního pojištění, vytvoří se revizní sestava a označí se, o jaké chyby jde, například o porušování legislativy -zejména zásad Seznamu výkonů- nebo uzavřené smlouvy. Pokud existuje podezření na chyby, k nimž je nutná dokumentace o pojištěncích, vyžádá si tyto údaje od zdravotnického zařízení. Tak postupují hlavně oborové pojišťovny, VZP zjišťuje potřebná fakta pomocí šetření přímo ve zdravotnickém zařízení, případně u pojištěnce. O šetření se sepíše protokol, na jeho základě a dalším vyhodnocení pak vznikne výsledná revizní zpráva, která se předá zdravotnickému zařízení. To má právo vznést námitky, které

se musejí vypořádat. To je forma cílené revize, kdy se vlastně zjistí nějaké odchylky od „normálu“. Je však třeba systém kultivovat a provádět plánované revize. Ve VZP platí například pravidlo, že každé nové smluvní zařízení musí být revidováno do šesti měsíců od podepsání smlouvy, aby se odstranily případné chyby, kterých se dopouští.

### **Jak často se provádí revize zdravotnického zařízení?**

Původně jsme chtěli, aby se prováděla každé dva roky, ale jsou problémy s tím, aby k revizi došlo jednou za tři roky. Ukázalo se, že tento objem práce neobsáhnou jen revizní lékaři, a proto byla zřízena funkce jejich asistentů, rekrutujících se ze středního zdravotnického personálu. Ti jsou schopni po zaškolení kvalifikovaně kontrolovat dodržování pravidel daných vyhláškami a zajistit správné protokolární zpracování veškerých dat.

### **Co byste navrhol v současném systému revizního lékařství změnit?**

Bude třeba napravit určitou systémovou chybu: stát vydává Seznam výkonů s bodovými hodnotami a pravidla pro poskytování zdravotní péče, která platí pro všechny zdravotní pojišťovny. Pak by ale také měl být totožný výkon revizní činnosti. Systém revizního lékařství by bylo záhodno nenechat na vůli jednotlivých pojišťoven, ale pověřit jím například nějakou státní agenturu nebo i soukromý subjekt. Výhoda takto sjednoceného systému by byla v tom, že by méně obtěžoval poskytovatele zdravotní péče, protože kontrola by nevycházela z devíti pojišťoven, ale z jednoho centra – místo devíti kontrol by byla jedna. To by poskytlo odborné posudky všem pojišťovnám, které by je příslušným způsobem vypořádaly. K tomu se ale musejí upravit příslušné právní normy.

Zákon také praví, že revizní lékař musí být na základě výběrového řízení v pracovně právním vztahu se zdravotní pojišťovnou. Ale jeho činnost by mohla probíhat i dodavatelským způsobem. Společnost revizního lékařství připravila návrh na změny zákona, ale vzhledem k tomu, co se v českém zdravotnictví za poslední rok přihodilo, návrh zůstal v šuplíku. Nehledě na to, že by se změnami musely souhlasit i zdravotní pojišťovny.

### **Existuje nějaká propojenost na nemocenské pojištění?**

Není vůbec žádná. Zejména v oddělení zdravotního a nemocenského pojištění je české uspořádání chybné a atypické. Ve světě jsou tato pojištění propojena, protože jde o „spojité nádoby“. U nás to funguje tak, že je zásadní rozdíl v postojích mezi revizními a posudkovými lékaři. Posudkový lékař má za úkol zajistit bez ohledu na náklady takové léčení občana, aby následky - pracovní uplatnění, výplata dávek - byly co nejmenší. Revizní lékař by naopak měl dbát na co největší úspory při léčbě prováděné „lege artis“, ale nezajímají ho potom další náklady v sociální péči, což je chyba. Proto je nutné tyto dva systémy spojit, aby se prostředky vynaložené ve

zdravotní části projevily v části sociální a naopak. Ke spojení s posudkovým lékařstvím jednou dojde třeba pod názvem pojišťovací lékařství.