

# ZDRAVOTNICTVÍ BEZ „TŘETÍCH CEST“

MUDr. Jan Šťastný

září 2008

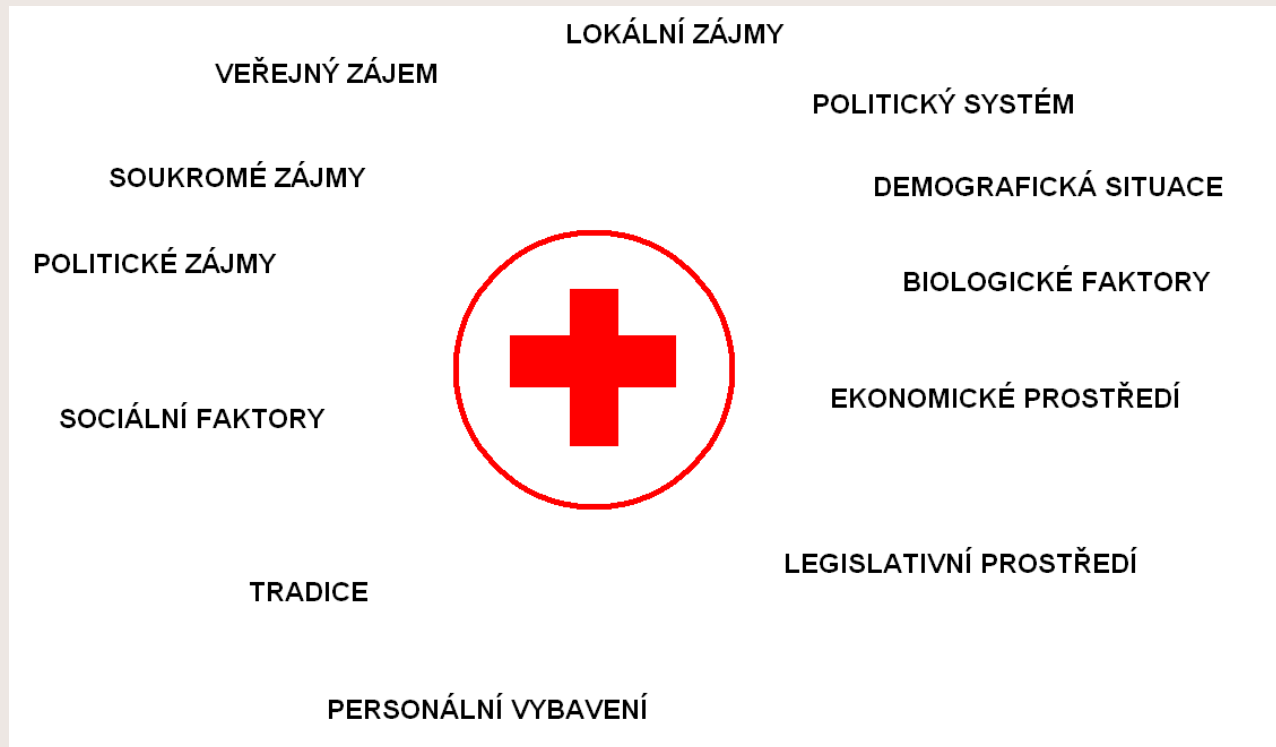
Díl první:

Determinanty zdraví

a

zdravotnického systému

# Faktory ovlivňující systém



# Veřejný zájem

---

Zajistit péči v co největší kvalitě co nejširší skupině obyvatel

# Soukromý zájem

---

Zajistit si prostřednictvím poskytování péče  
finanční profit

# Lokální zájem

---

Zajistit existenci a prosperitu poskytovatelů  
zřizovaných lokálními institucemi  
(kraj, obec ...)

# Politický zájem

---

Využít (zneužít) zdravotnický systém k získání hlasů voličů.

# Politický systém

---

Role jednotlivce  
(pasivita, aktivita)



# Personální vybavení

---

Kvalita a znalosti zdravotnických pracovníků

# Legislativní prostředí

---

- Limitující
- Nelimitující

# Ekonomické možnosti a ekonomické prostředí

- Limitace naplňování jakýchkoli zájmů.
- Aplikace netradičních způsobů a třetích cest.

# Sociální faktory

---

- Sociální prostředí
- Sociální stratifikace
- Životní styl

# Demografická situace

---

Strom života

# Tradice

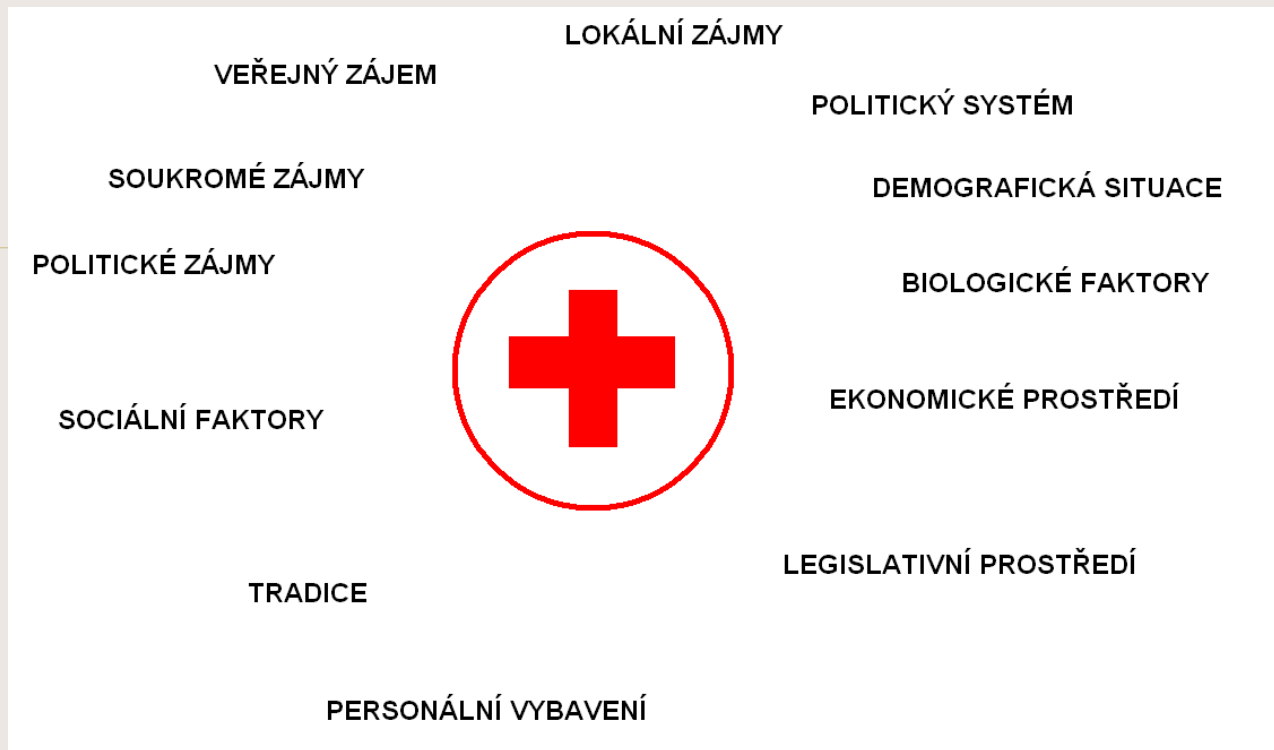
---

- Kulturní prostředí
- Hierarchie hodnot
- Zvyklosti a návyky

# Biologické faktory

---

- Životní prostředí
- Genofond
- Zdravotní stav populace



Veškeré uvedené faktory jsou v podstatě „determinantami zdraví“ a dají se rozčlenit na  
**PŘÍMÉ A NEPŘÍMÉ**



# Přímé determinanty

Působí přímo na organismus člověka, a to

- a) **zvnějšku** (životní prostředí, sociální prostředí, životní styl, zdravotní péče)
- b) **zevnitř** (genofond, nemocnost)

Za nejdůležitější přímé  
determinanty zdraví lze  
považovat:

ŽIVOTNÍ STYL  
SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ

# Nepřímé determinanty

**jsou determinantami zdravotnického systému:**

- Vytvářejí celkovou atmosféru, v níž se zdravotnický systém kultivuje.
- Působením nepřímých determinant se vytváří názor voličů na formu poskytování zdravotní péče, což má na zdravotnický systém **zásadní vliv**.

Mezi nejdůležitější determinanty  
zdravotnického systému patří:

HIERARCHIE HODNOT  
TRADICE  
SOCIÁLNÍ STRATIFIKACE  
ROLE JEDNOTLIVCE

# Závěry k první části

**Struktura zdravotnického systému není věcí odborníků, nýbrž politiků; v demokratických systémech je odrazem názoru voličů**

System zdravotnictví, který neklade důraz na **zdraví prospěšný životní styl**, nemůže vést ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

Existuje **rozpor mezi logikou** (vyplývající z determinant přímých) a **politikou** (vyplývající z determinant nepřímých).

**Organizace zdravotnictví je buď důsledkem politického kompromisu, nebo výsledkem boje zainteresovaných aktérů ...**

# Díl druhý

Nalevo, napravo

či

veprostřed

Jinou strukturu zdravotnických systémů mají společnosti kladoucí důraz na individuální přístup občana ke svému vlastnímu zdraví – jinou strukturu mají společnosti, které pokládají zdraví za „věc veřejného zájmu“.

Pravostranný pohled považuje zdravotní péči za zboží soukromé potřeby a její financování za záležitost příjemce péče.

Levostranný pohled klade zdravotní péči mezi veřejné statky garantované státem a její financování považuje za věc kolektivní.



Výhradně tržní přístup (individuální přístup analogicky pojištění majetku) vede ke snižování dostupnosti péče pro sociálně a mentálně slabší vrstvy.

Výhradně veřejný přístup tíhne k nepřiměřené solidaritě, k přemrštěné standardizaci postupů při poskytování péče a ke zvýšené spotřebě péče.

# Příčiny „pravostranného kolapsu“

- **nadprodukce** (běžná součást trhu)
- **nedostatečná kompenzace rizika**  
(výběr lukrativních pojištěnců)
- **vysoké ceny medicinských technologií**  
(„nepojistitelná péče“):

**ZVYŠOVÁNÍ SPOLUÚČASTI**

**ZVYŠOVÁNÍ POJISTNÉHO**

**PLATEVNÍ NESCHOPNOST POJIŠTĚNCŮ**

**PLATEBNÍ NESCHOPNOST POJIŠŤOVEN**

# Příčiny „levostranného kolapsu“

- **pasivní přístup občanů (k ochraně vlastního zdraví):**

**ZVÝŠENÁ INCIDENCE CIVILIZAČNÍCH CHOROB  
OBJEKTIVNĚ ZVÝŠENÁ SPOTŘEBA PÉČE**

- **zdravotnictví jako „volný statek“:**

**SUBJEKTIVNĚ ZVÝŠENÁ SPOTŘEBA PÉČE  
PLÝTVÁNÍ**

# Závěry

Pravostranný i levostranný extrém vede ke kolapsu systému zdravotní péče, a to zejména prostřednictvím ekonomické insuficience.

Pravostranný extrém vede především ke snížení dostupnosti kvantitativní (pro určité sociální skupiny).

Levostranný extrém vede především k nedostupnosti kvalitativní (finančně nákladných) technologií.

Jakékoliv extrémní aplikace  
„třetích cest“ ohrožují systém  
zdravotnictví.

Konzervativní přístup a aplikace  
vyzkoušených cest jsou  
nezbytnou součástí efektivní  
rekonstrukce systému.

# Díl třetí

Co ohrožuje transformaci  
zdravotnictví ?

# Základní faktory, které negativně ovlivnily transformaci v devadesátých letech minulého století

- **nutnost zachovat právní kontinuitu,**
- **přijetí Listiny základních lidských práv a svobod** – rozvinula se dodnes nekončící diskuze týkající se problému „bezplatnosti“ péče,
- **oddělení sociální sféry** od zdravotní, což doposud značně komplikuje vytváření systému „ucelené rehabilitace“, který je jedním z nejzákladnějších předpokladů efektivního čerpání finančních prostředků ve zdravotní i v sociální sféře,
- **předčasná decentralizace** bez vytvoření nástrojů koordinace – původní krajské a okresní ústavy národního zdraví se rozpadly ve stovky až tisíce samostatných státních zdravotnických zařízení,
- **chaotická privatizace**, do níž byly „vložené“ prakticky veškeré nemocnice vyjma původních „krajských“; tento neuvážený krok vyvolal ve zdravotnické i nezdravotnické veřejnosti pocit, že „transformace zdravotnictví rovná se jeho privatizace“
- problémy vznikající se **zaváděním zdravotního pojištění,**
- **minimální propagace efektivních systémů organizace a řízení zdravotnictví,**
- **politizace problematiky transformace zdravotnictví.**



# Základní faktory, které negativně ovlivňují transformaci v současné době

- legislativní „guláš“
- pochybené právní vědomí občanů v oblasti zdravotní péče
- paternalistická role státu, krajů a dalších monopolů
- informační asymetrie (lékař-pacient)
- zdravotnictví jako „volný statek“
- opomíjení důležitosti determinant zdraví
- omezování svobodné volby, trhu a konkurence
- absence „aktivní prevence“
- izolace nemocenského pojištění
- absence ucelené rehabilitace
- absence úrazového pojištění



# Legislativní „guláš“

Světová zdravotnická organizace doporučuje následující členění právních norem upravujících zdravotní a zdravotně-sociální péči:

1. právní normy ovlivňující preventivní péči, tedy například ochranu veřejného zdraví,
2. právní normy ovlivňující péči akutní,
3. právní normy pro rehabilitaci, která je však chápána jako ucelený komplex aktivit směřujících k návratu nemocného či zdravotně postiženého do přirozeného sociálního (a pracovního) prostředí,
4. právní normy ovlivňující dlouhodobé služby zdravotně sociální.

# Právní vědomí občanů České republiky

- kvantitativní složku PV představuje úroveň **znalostí problematiky zdravotnictví**,
- kvalitativní složku představuje **ochota ke změnám v systému**.

Důsledky nízké úrovně PV v oblasti zdravotnictví:

- **neochota** změnit současný systém, který má kořeny v centralistických principech rakousko-uherské monarchie, prvorepublikovém zdravotně sociálním systému a socialistických dogmatech

- **ochota** naslouchat různým populistickým aktivitám propagujícím ekonomicky nerealizovatelné „transformační“ kroky.

# Paternalistická role státu

Vede k eliminaci trhu a jeho náhradě „státním plánováním“; jedná se v podstatě o „maskování likvidace trhu“ záclonou zdravotního pojištění, které však přestává mít charakter pojištění a získává podobu zdravotní daně.

## Důsledky:

- **pasivní přístup občanů** k ochraně vlastního zdraví, ke změně životního stylu, k preventivní zdravotní péči a ke sledování nákladů za poskytnutou péči
- **direktivní stanovování sítě zdravotnických zařízení** („vertikální model centralizace“) vedoucí k nadbytku akutních lůžek a jejich nevhodné struktuře, upřednostňování ústavní péče nad péčí ambulantní, domácí a stacionární
- **upřednostňování zájmů veřejných** nad soukromými
- **upřednostňování poskytovatelů zřizovaných státem**
- **tendence k integraci zdravotní péče do nemocnic** a k jejímu **rozpočtovému financování** („STEPNÍ SYSTÉM“)

# Paternalistická role krajů

Vznik „akciových společností“ na krajské úrovni je v jistém smyslu obnovou „**ústavů národního zdraví**“; jedná se o organizace s právní subjektivitou, které mají **monopolní postavení**, zaměstnává osoby bez právní subjektivity a **určuje „sít’ poskytovatelů“** „**horizontálním způsobem**“.

**Jedná se o „horizontální model“ centralizace**

## Důsledky:

1. **komunální protekcionismus** veřejného vlastnictví a služeb,.
2. **omezování mimonemocničních, ekonomicky efektivních způsobů poskytování péče** (home care, ambulantní péče, stacionáře)
3. **fixace nadbytečného** počtu lůžek, personálního vybavení, HTS zabezpečení
4. bezdůvodné **vyčerpávání regionálních rozpočtů**,
5. **fixace bariery** mezi privátními a nezprivatizovanými poskytovateli ambulantní péče, se všemi negativními ekonomickými i etickými důsledky,
6. **pozvolný zánik privátní sféry**,
7. **omezení trhu a konkurence** se všemi známými důsledky.

# Informační asymetrie, alias „Všeználek kontra Neználek“

**Jedná se o hromadění informací na straně poskytovatelů péče za současného bloku transportu informací směrem k příjemcům péče.**

Pacient je udržován v submisivním postavení a důsledkem je jeho nežádoucí pasivita, s negativními důsledky zdravotními i ekonomickými

**Proti důsledkům informační asymetrie působí konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče a konkurence mezi poskytovateli péče bude tím silnější, čím aktivnější roli bude pacient hrát.**

# Zdravotnictví jako „volný statek“

Tento negativní jev je do jisté míry eliminován „regulačními poplatky“

Pojištěnci si neuvědomovali cenu zdravotní péče, v okamžiku jejího čerpání mají péči zdánlivě „zadarmo“ (nepociťují náklady), **zdravotní péče se stává „volným statkem“**:

Je-li zboží nebo služba volným statkem, má člověk tendenci spotřebovávat jej nadměrně.

Zvýšená poptávka není účinně regulována úhradovými mechanismy **a ze stran poskytovatelů je do značné míry i vítána**, zdravotnictví získává samovolnou tendenci k růstu výdajů a zdravotní pojištění trpí opakovanou tendencí k deficitům.

**Přebytek poptávky nad nabídkou v terénu unitárního veřejného pojištění (které je de facto jedním z mechanismů izolujících zdravotnický systém od vlivu regulovaného trhu), vede též k tomu, že klesá kvalita poskytovaných zdravotnických služeb a zhoršuje se chování lékařů a zdravotnického personálu k pacientům.**



# Opomíjení vlivu determinant zdraví

Zásadní chybou řady koncepcí, které byly doposud předkládány bylo, že ignorovaly důležitost „determinant zdraví“, tedy faktorů, které ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva.

Vzhledem k tomu, že se na zdravotním stavu populace v největší míře podílí životní styl, **je neúčinná jakákoli reforma, která není zaměřena na změnu životního stylu.**

**Životní styl, žebříček hodnot i zdravotní problémy různých sociálních skupin jsou odlišné – a odlišné musí být i zdravotní zabezpečení různých sociálních skupin – vznik plurality pojišťovacích plánů je z tohoto hlediska absolutně nezbytný.**



# Omezování trhu a konkurence

- na úrovni pojistných plánů
- na úrovni výběru poskytovatele

**Neexistence trhu a konkurence ve zdravotnictví má stejné důsledky jako v jiných oblastech obchodu a služeb:**

**ZVYŠOVÁNÍ CEN**

**SNIŽOVÁNÍ KVALITY**

**PONIŽOVÁNÍ VÝZNAMU ZÁKAZNÍKA**

# Omezování konkurence na úrovni pojistných plánů

**Unitární, veřejné zdravotní pojištění nebere zřetel:**

- a) na sociální stratifikaci společnosti,
- b) na potřeby pracovně preventivní péče,
- c) na individuální potřeby jednotlivců.

# Omezování konkurence na úrovni výběru poskytovatele

Souběžně se rozšiřováním vlivu státních a krajských nemocnic se objevují tendence k **integraci veškeré zdravotní péče (ambulantní i lůžkové) do nemocnic**; vytvářejí se tak organizační útvary velmi podobné „ústavům národního zdraví“ a obnovuje se systém „spádovosti“.

Podobným efektem působí i vznikající řetězce propagující péči „zdravotnických hypermarketů“.

Veřejné finanční prostředky tekoucí do státních a krajských zařízení i soukromý kapitál vstupující do řetězců likvidují konkurenci i konkurenční vztahy.

# Absence „aktivní prevence“

Za aktivní lze považovat prevenci (preventivní programy) determinované **poptávkou fyzických nebo právnických osob, které se tak stávají „subjektem“** péče (opakem je prevence řízená státem, kde je se občan, zaměstnavatel a podobně dostávají do pozice „objektu péče“, tedy pasivního příjemce).

Aktivní prevenci mohou přinést pouze volitelné pojistné plány, tedy „neveřejná“ alternativa k veřejnému zdravotnímu pojištění.

# Izolace nemocenského pojištění

System nemocenského pojištění, který je v České republice praktikován stojí na „bismarkovských“ základech; **doba vzniku byla charakterizována prioritní potřebou sociálního zabezpečení v nemoci, přičemž cena doprovodné zdravotní péče byla minimální.**

V současné době je situace opačná, systém však v základech zůstává stejný.

Propojení zdravotního a nemocenského pojištění je jedním ze základních předpokladů efektivní transformace.

# Absence ucelené rehabilitace

Ucelená rehabilitace je multioborový a nadrezortní systém, jehož cílem je umožnit zdravotně postiženým osobám, aby se navrátily do přirozeného sociálního (a pokud možno i pracovního) prostředí.

**Zdravotnický systém, který v neadekvátním množství „produkuje“ invalidní důchodce je ekonomicky i eticky pochybný.**

# Absence úrazového pojištění

= pojištění úrazů a chorob způsobených zaviněním konkrétní fyzické nebo právnické osoby

(choroby a úrazy z povolání, úrazy profesionálních sportovců, úrazy při nadstandardních zálibách ...)

Svým rozsahem by úrazové pojištění nebo připojištění mělo (v ideálním případě) pokrývat:

- prevenci,
- léčbu a rehabilitaci,
- odškodňování,
- invalidní důchody v důsledku chorob a úrazů z povolání



# Díl čtvrtý

Jak z toho ven ?

alias:

Není již pozdě ?



# Motto:

---

V současné době je situace natolik vážná,  
že stojí za to uvažovat  
o návratu „ke kořenům“

# Základní „kořen“: Standardní algoritmus

## **SOUČÁSTI:**

- Definice strategických cílů.
- Určení principů
- Nalezení cest

# Definice strategických cílů

NE: zlepšení financování zdravotnictví

ANO:

- **Zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.**
- **Prodloužení střední délky života.**
- **Udržení kvality života ve stáří a v případě zdravotního postižení.**
- **Kvalitativní změna postavení občana v systému zdravotní péče.**

# Určení základních principů

- Princip vyváženosti veřejných a soukromých zájmů
- Princip rovnoprávného postavení
- Princip kultivace konkurenčního prostředí
- Princip třístupňové garance péče
- Princip rozvoje ekonomicky efektivních způsobů péče
- Princip kompenzace rizika
- Princip motivace pojištěnců k aktivnímu přístupu k vlastnímu zdraví
- Princip návaznosti zdravotní a sociální péče
- Princip motivace zaměstnavatelů k aktivní péči o zdraví zaměstnanců.

# Princip vyváženosti veřejných a soukromých zájmů

alias „bymělkování“:

Demokratický stát **by měl** udržovat veřejné a soukromé zájmy v relativní rovnováze.

Organizace zdravotnictví **by měla** zohledňovat veřejné i soukromé zájmy

Zdravotnictví **by se mělo** ocitat kdesi v oblasti politického středu.

# Princip rovnoprávného postavení

- **formy vlastnictví (poskytovatelů, plátců)**
- **v přístupu k finančním zdrojům:**
  - veřejného pojištění
  - veřejných rozpočtů
- **k povinnostem vyplývajícím z legislativních norem**
- **v hodnocení kvality**

# Princip kultivace konkurenčního prostředí

- **na interpersonální úrovni**
- **na obchodní úrovni**
  - na úrovni poskytovatelů
  - na úrovni pojistných plánů

# Kultivace konkurence na interpersonální úrovni

Jedná se o kultivaci konkurenčních vztahů mezi jednotlivými fyzickými osobami – lékaři a zdravotními sestrami.

Zachování existence samostatných soukromých, plnězodpovědných a zaměstnaneckým poměrem nezastřešených lékařů lze považovat za základ a podmínku vzestupu kvality poskytování zejména ambulantní lékařské péče.



# Kultivace konkurence na obchodní úrovni - **poskytovatelé**

---

Jedná se o dodržování obecných pravidel obchodní soutěže, například:

- demonopolizace a dekartelizace
- eliminace dumpingu a podobně

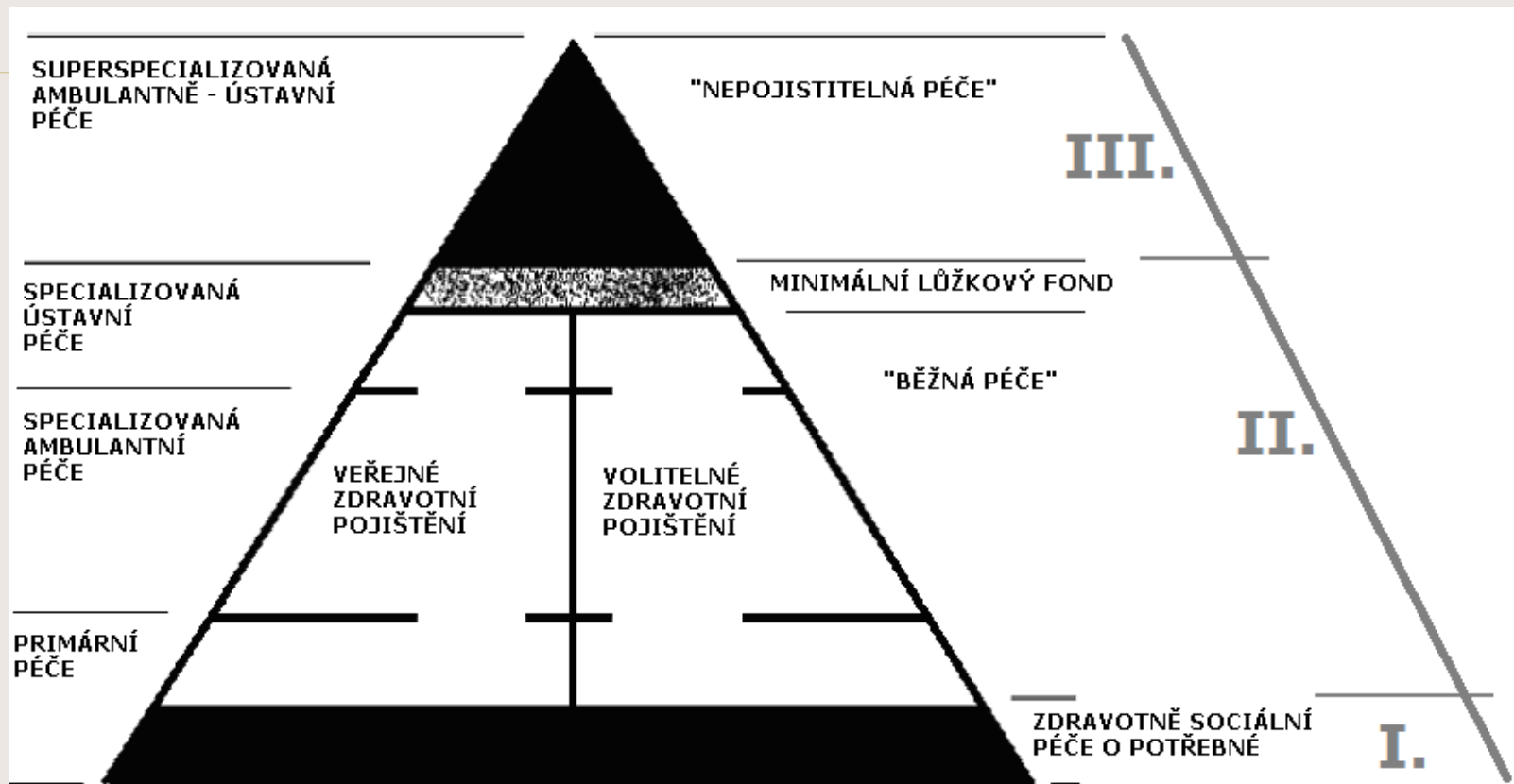
# Kultivace konkurence na obchodní úrovni – pojistné plány

Jedná se o pluralitu pojistných plánů.

Možné varianty:

- osobní zdravotní účty
- individuální plány nemocenského pojištění
- míra a způsob spoluúčasti
- nadstandard
- systémy řízené péče
- doplňková pojištění
- propojení zdravotního a úrazového pojištění
- jiné

# Princip „třístupňové garance“



BÍLE: tvorba sítě vertikálním způsobem  
ČERNÉ: tvorba sítě horizontálním způsobem  
ZRNITÉ: průnik obou modelů

# Zajištění dostupnosti „nepojistitelné“ péče

**Proč uvažovat o částečném či úplném vyjmutí vysoce nákladné péče ze systému pojištění:**

- nadprodukce, která je běžnou součástí trhu – a v jistém omezení i trhu regulovaného, by v oblasti supernákladné péče znamenala neadekvátní růst nákladů,
- podobným způsobem zatěžuje systém zdravotního pojištění i jakákoli duplicita, ať už jednotlivých vyšetření, tak i nadbytečný počet poskytovatelů,
- každé rozšíření spektra poskytovatelů, přístrojové techniky a podobně je vysoce investičně nákladné.

**Forma vyjmutí: EXTERNÍ SOLIDÁRNÍ FOND (ESF)**

# Princip rozvoje ekonomicky efektivních způsobů péče

Jde o to, aby byly regulační mechanismy nastaveny tak, aby byla v systému upřednostněna péče:

- ambulantní
- domácí
- stacionární včetně jednodenní hospitalizace

# Princip kompenzace rizika

---

- výběru lukrativních pojištěnců
- výběru lukrativních poskytovatelů

# Kompenzace rizika výběru lukrativních pojišťenců - přerozdělování

KOMPENZACE RIZIKA	
DOSTATEČNÁ	NEDOSTATEČNÁ
zachování dostupnosti	omezení dostupnosti (výběr lukrativních pojišťenců)
konkurence se zaměřuje na náklady na kvalitu	konkurence se zaměřuje na výběr ziskových pojišťenců
motivace nabídnout kvalitní služby všem klientům	motivace nabídnout kvalitní služby pouze ziskovým pojišťencům

# Kompenzace rizika výběru lukrativních poskytovatelů – **eliminace dumpingu**

---

Možnosti:

- Stanovení minimálních cen
- Ceník služeb
- Uzavírání smluv s aglomeráty poskytovatelů (SAS)



# Princip motivace pojištěnců k aktivnímu přístupu k vlastnímu zdraví

Možnosti:

- Osobní zdravotní účty.
- Bonusy

Speciální pojistné plány (volitelné)

# Princip návaznosti zdravotní a sociální péče - ucelená rehabilitace



# Mezinárodní klasifikace ICIDH-2, ICF

Stav:	CHOROBA	PORUCHA	AKTIVITA	SPOLUÚČAST
ICIDH 1976:		Impairment kod "I"	Disabilities kod "D"	Handicap kod "H"
ICIDH 1997:		Impairment	Activity	Participation
ICF 2001		Functioning	Disability	Health
Synonyma:	morbus		abilita, validita funkční schopnost	vyrovnání zdraví
Podstata:	= vnitřní situace	= vnější projev	= funkční projev	= sociální důsledek
Metoda zjištění:	diagnostická zdravotní péče	seznam poruch	funkční vyšetření	sociální šetření
Řešení:	terapeutická zdravotní péče	absolutní způsob hodnocení invalidity		relativní způsob hodnocení invalidity
	LÉČBA		ZAJIŠTĚNÍ FYZICKÉ NEZÁVISLOSTI ZAJIŠTĚNÍ EKONOMICKÉ NEZÁVISLOSTI	
	U C E L E N Á	R E H A B I L I T A C E		

# Princip motivace zaměstnavatelů k aktivní péči o zdraví zaměstnanců.

Možnosti:

- Úrazové pojištění
- Individuální účty zaměstnavatelů
- Specifické plány řízené péče zaměřené na potřeby některých rezortů.