

Jakou budoucnost má naše zdravotnictví a jeho nemocnice?

Patří k dobrému tónu začínat komentář stavu českého zdravotnictví tvrzením o jeho vysoké kvalitě a efektivitě, která snese srovnání s péčí na západní části kontinentu a válčuje tu britskou, pokračovat rozbořem konkrétního problému a končit povzdechem nad malým podílem zdravotnictví na hrubém domácím produktu. Vládne obecné přesvědčení, že pokud by stát zásadně navýšil platbu za „státní pojištěnce“ a podíl nákladů zdravotnictví na HDP se přiblížil německému, tak budeme mít zdravotnictví jedna báseň. Že je to přesvědčení mylné jsme si ověřili již po roce 2006, kdy oba pretendenti na post ministra zdravotnictví, David Rath (Sněmovna) a Tomáš Julínek (Senát), prosadili skokové navýšení platby za státní pojištěnce. Miliardy navíc v systému jen zasyčely, stabilizace nenastala, jen náklady zdravotnictví začaly stoupat rychleji než jeho příjmy. Po příchodu hospodářské krize se zdravotnictví propadlo do deficitu a trvalo pět let, že se jeho náklady dokázaly přizpůsobit příjmům. Dnešní problémy zdravotnictví, a že jich není málo, nemají triviální řešení ve větším transferu peněz ze státního rozpočtu, ale v dokončení jeho transformace ze státního systému do systému založeného na samosprávném pluralitním veřejném zdravotním pojištění. Současný polotovár nešťastně kombinuje prvky státem řízeného financování, které je závislé na politice a rozhodování státních orgánů, a financování cestou pluralitního veřejného zdravotního pojištění, založeného na dohodě mezi plátcem a poskytovatelem, definovaném nároku pojištěnce, odpovědnosti pojišťovny za zajištění péče a konkurenci plátců i poskytovatelů. Fungujeme v prostředí, kde nejsou jasně rozděleny role a odpovědnosti, s institucionálně ukotveným střetem zájmů (ministerstvo provozuje zdravotnická zařízení a současně ovlivňuje nastavení úhrad i přímé řízení zdravotních pojišťoven), bez definice nároku pacienta, bez legální možnosti navýšit prostředky v.z.p. jinak než přes státního pojištěnce, bez funkčního DRG, s problematickým Seznamem výkonů a jeho údržbou, s dlouhodobě deformovanými úhradovými mechanismy, které nemotivují ke zvyšování efektivity a kvality péče, s občany zbavenými ekonomické motivace se ve zdravotnictví chovat odpovědně. To vše se samozřejmě promítá do chodu nemocnic a je zdrojem potíží, se kterými se nemocnice stále obtížněji vyrovnávají. Pojďme se na ně blíže podívat.

Financování

Za více než dvacet let se nám nepovedlo zavést funkční DRG a to právě proto, že jeho správa a údržba nebyla vyvedena z přímé politické kontroly. Výsledkem historických manipulací je dnešní rozpočtový systém, opírající se o již pátým rokem neudržované IR DRG, který motivuje nemocnice pracovat o trochu méně než v roce předešlém a velmi rozdílně platí za poskytnutí stejné péče. Způsob, jakým je akutní lůžková péče po léta financována, vede k rozvíření nůžek mezi rovnými a rovnějšími a zmenšuje šanci na rychlou nápravu. Následkem je, že vedle potřebné a stále ještě nedostatečně centralizované specializované péče je centralizována i ta běžná. To nejen že zbytečně zvyšuje náklady v.z.p., ale současně ohrožuje samotnou existenci malých nemocnic, které se stávají stále více závislé na podpoře svých zřizovatelů. Do nemocnic, balancujících na hraně své existence, se noví zaměstnanci nehrnou a ti stávající si nechávají za své setrvávání pořádně zaplatit. A bludný kruh se uzavírá.

Ještě stále máme šanci se z něj dostat standardním zavedením DRG, během pětiletého období sjednotit základní sazby a to, co se do něj nevměstná, dorovnávat

veřejně známým příplatkem. Spuštění DRG není jednorázovým úkonem, ale procesem, ve kterém DRG mění strukturu a organizaci péče, a ta zpětně zase nastavení základních parametrů DRG. Změny v podobě akutní lůžkové péče by měly být podpořeny přesunem části operativy do ambulantního režimu. Zatímco v Evropě je 60% výkonů prováděno v tomto uspořádání, u nás se pohybujeme těsně nad hranicí 10%. To všechno musí být samozřejmě zarámováno daleko aktivnějším přístupem zdravotních pojišťoven, které mají svým pojištěncům zajistit kvalitní péči hospodárným způsobem.

Personál

Rostoucí nedostatek personálu se stává hlavním faktorem ohrožujícím budoucnost nemocnic a to zejména v méně atraktivních oblastech republiky. Dochází k němu i přes to, že podle statistik máme lékařů na hlavu více, než je průměr EU. Potíž je v jejich rozložení a způsobu práce. Příliš je jich v řadách ambulantních specialistů, kde jich je o polovinu více než je běžné v EU a schází v ordinacích praktických lékařů a v nemocnicích. O práci nemají nouzi, protože ekonomicky nijak neomezovaní pacienti mezi nimi obíhají dvakrát rychleji než na západ od nás. Opakovaně reformovaný systém postgraduálního vzdělávání je orientován na prohlubování specializovaných znalostí nikoli na univerzalitu a schopnost kvalitní diferenciální diagnostiky. Ještě horší situace je u sester, kterých máme málo i ve srovnání se EU. Nepovedlo se nově nastavit kompetence mezi lékaři a vysokoškolsky vzdělanými sestrami. Lékaři dělají stále to co dříve, nová skupina sester vysokoškolaček nemá odpovídající uplatnění a sester u lůžka je stále méně a méně.

Samostatným problémem, který nikdo nemá chuť řešit, je přesčasová práce lékařů. Zatímco do konce roku 2013 Zákoník práce umožňoval lékařům, na základě „další dohodnuté práci přesčas ve zdravotnictví“, odpracovat ročně až 832 přesčasových hodin za rok, již šestým rokem platí omezení na 416 hodin. Pokud si dáme do souvislosti počty lékařů v nemocnicích a rozsah zajišťovaných služeb, tak je zřejmé, že něco velmi neseďí. Peníze za služby tvoří významnou část příjmu lékařů, kteří se tím dostávají do schizofrenního postavení. Na straně jedné by přece jen rádi měli dost času na sebe a své blízké a na straně druhé nechtějí přijít o peníze. Proto v našich nemocnicích slouží historicky více lékařů než na západ od nás.

Řešením je, vedle už uskutečňovaných aktivit typu posilování vzdělávacích kapacit, zvyšování finanční atraktivity práce ve zdravotnictví nebo podpory praktických lékařů, v poměrně razantním přehodnocení potřeby přesčasové práce ve zdravotnictví. Počet nemocnic, které budou schopny se o pacienty plně postarat v režimu 24/7, lze významně zmenšit. V části nemocnic bude pacientům z ulice sloužit jen urgentní příjem (ten název mne tahá za uši, protože věcně se jedná o Emergency čili Pohotovost), na kterém se problém buďto vyřeší nebo se z něj zajištěný pacient transportuje na příslušné pracoviště vyššího typu. Ve světě jsem viděl komunitní nemocnice, spravované sestrami, ve kterých se lékaři vyskytovali jen v pracovní době.

Medvědí službu poskytují zdravotnictví odboráři všeho druhu, kteří svojí dramaturgií problémů ve zdravotnictví odstrašují případné zájemce a navíc místo poctivého vyjednávání se zaměstnavateli tlačí svá témata do politiky.

Řízení, organizace práce a vnitřní struktura nemocnic.

Současný hybrid státního a veřejného zdravotnictví dobrému řízení nepřeje a úspěšnost manažerů se odvíjí od jejich schopnosti si udržet přízeň chlebozárců. Což není vždy identické s potřebami svěřené instituce. Příkladem za všechny může být forma řízení přímo řízených organizací. Jejich právní rámec je provizóriem přetrvávajícím od začátku devadesátých let do současnosti. Jsou to samostatné subjekty, jejichž ředitele jmenuje a odvolává ministr. Tečka. Je to světově originální řešení, protože normálně jsou tyto nemocnice buďto samosprávnými institucemi, zhusta navázanými na univerzitu, nebo státními institucemi, které jsou přímo řízeny ministerstvem nebo státní institucí k tomu zřízenou. Nemocnice ve správě krajských samospráv dostaly ve své většině některou ze standardních právních forem, takže se jejich řízení může opřít o odzkoušená pravidla. Zároveň se nedá přehlédnout, že i do jejich fungování se výrazně promítá regionální politika. Obdobná situace je u městských nemocnic, které ale nemají dostatečně robustní zajištění a v současném nastavení patří k nejvíce ohroženému druhu. Soukromé nemocnice mají na jedné straně výhodu přímého řízení, ale na straně druhé nemají nikoho, kdo by je tahal z případné bryndy. Některé ze soukromých řetězců u nás fungují skvěle, jiné se potýkají s rozmary svých majitelů.

Vnitřní struktura našich nemocnic a organizace práce hodně zaspala dobu. Schází důrazný tlak na zvyšování efektivity, a tak je jejich chod určován zvykovým právem a zájmy silných osobností. Máme jeden muštr pro oddělení jednoho zaměření bez ohledu na jeho umístění ve fakultní nemocnici nebo v malé okresní nemocnici. Zatím u nás nezdolal koncept společného lůžkového fondu, kde lékaři chodí za svými pacienty a nikoli na svá oddělení.

Mimonemocniční péče

Ve fungujícím zdravotnictví by do nemocnic měli směřovat pacienti potřebující péči, která se nedá poskytnout ambulantním způsobem. V tom našem nejsou praktičtí lékaři motivováni k poskytování trvalé péče svým registrovaným pacientům a početní ambulantní specialisté mají plné ordinace a dlouhé čekací doby. Proto se nemocnice stávají prvním kontaktem pacienta se zdravotními službami i v případě velmi banální zdravotní lapálie.

Zcela nám schází organizace péče o chronicky nemocné pacienty a synchronizace péče poskytované na jejich jednotlivých úrovních. eHealth a sdílení informací mezi všemi zainteresovanými lékaři zůstává v rovině sci-fi a Národní strategie elektronického zdravotnictví na papíře. Jediná vlaštovka v podobě e-Receptu zatím jaro nedělá.

Neprovázanost se sociálním systémem

Moderní systémy samosprávného veřejného zdravotního pojištění, které se vyvinuly z Bismarckova nemocenského pojištění, se snaží řešit pojistnou událost spojenou s nemocí nebo úrazem pod jednou střechou. U nás poskytuje věčnou dávku zdravotní pojištění a sociální systém dávky peněžitě (nemocenská, invalidní důchod,

příspěvky na péči a některé další dávky). Nepropojení obou systémů přináší neefektivitu a problémy na jejich rozhraní (psychiatrie, péče o seniory, dlouhodobá péče, péče o umírající atd.). Navíc je čerpání péče v pobytových zařízeních sociálních služeb spojeno s přímými platbami od klientů (85 % důchodu, příspěvek na péči, příspěvek na provoz zařízení), takže se naše bezplatné nemocnice a zejména jejich LDN stávají dočasnými nízkoprahovými zařízeními sociálních služeb.

Nezapojení občanů/pacientů

Podíl soukromých výdajů v našem zdravotnictví činí 13,5% (EU 24%) a to ještě více než jejich polovina byla utracena za potravinové doplňky a jiné lékárenské zboží. Naši občané nemají možnost si legálně připlatit na péči nad rámec pojištěním hrazené péče, protože ten není stanoven. Stejně tak necítí nutnost se v systému pohybovat racionálně, protože je to nepálí. Od systému žádají maximum, protože žádná reálná omezení neexistují. Pokud chce něco více, než se mu nabízí tak využije svůj sociální kapitál, korupci nebo vždy připravené právníky.

Pokud chceme mít rozumně fungující zdravotnictví, tak to bez přiměřeně zainteresovaných občanů/pacientů půjde ztuha. Rozhodně bychom měli definovat jejich nárok, aby se otevřel prostor pro připojištění. Rozhodně bychom měli otevřít cenovou konkurenci mezi pojišťovnami, aby občané měli důvod si mezi nimi vybírat. Rozhodně bychom měli zavést poplatky, které by vedly k racionálnějšímu pohybu pacientů v systému. Zpoplatnění si zaslouží použití zdravotnické záchranné služby, pobytový den v nemocnici, návštěva některých specialistů bez doporučení praktika apod.

Co říci závěrem ...

Naše zdravotnictví stále funguje, ale nad obzorem se zatahuje. Pokud se rychle nesrovná nastavení financování lůžkové péče, provázené modernizací její struktury, tak přežijí jen nemocnice v centrech. Vývoj mandatorních výdajů státu, daný jak dopadem demografického vývoje na penzijní systém, tak dalšími závazky státu (obrana, doprava), ukazuje, že spojovat příjmy zdravotnictví se státním rozpočtem není dobrou volbou. Bez hlubších systémových změn, které povedou k pluralitnímu zdravotnictví financovanému prostřednictvím samosprávného veřejného zdravotního pojištění, bude dnešní zlatý deštík jen poslední přeháňkou před dlouhým obdobím sucha.

MUDr. Pavel Vepřek

člen představenstva, Nemocnice Plzeňského kraje a.s.