

**H**armonie mezi kompetencemi a odpovědnostmi je klíčová pro dobré fungování jakékoli organizace nebo systému. V našem zdravotnictví jsme s jejich správ-



ným nastavením dlouhodobě a štíru. Kořeny dnešního stavu, který pokládáme za normální, leží v době transformace našeho zdravotnictví ze státního systému do nestátního, pluralitního, který je většinou financován prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění.

V zemi s dlouhodobě přerušnou tradicí veřejných a neziskových institucí byla jejich obnova obtížná a spojená s rizikem rozkradení státního majetku šikovnými šibry. Proto během transformace proběhla privatizace pouze menších zdravotnických zařízení a jen několik větších se vrátilo původním vlastníkům, větší majetky zůstaly v rukou státu, který se o ně posléze podělil s kraji. Obdobně tomu bylo s financováním celého systému, institucionálně jsme sice okopírovali německý samosprávný model, ale stát si v něm ponechal hlavní slovo. Pokus o autonomní VZP skončil za Davida Ratha nucenou správou a následným zřízením čisté politické kontroly chodu VZP. V ostatních zdravotních pojišťovnách obsazuje MZ třetinu je-

jich správních rad a jeho kontrolní činnost se spíše než kvalitou a dostupností zajišťované péče zabývá vedením knih jízd. A tak tu sice máme model, ve kterém by měl stát svoji legislativou a exekutivou nastavovat regulace a kontrolovat jejich plnění, pojišťovny zajišťovat co nejefektivnější zdravotní péči svým pojištěncům a poskytovatelé péče si vydělávat na živobytí poskytováním potřebné péče, ale v realu patří všechna „moc“ státu a ostatní se tomu přizpůsobují. Výsledky vidíme kolem sebe. Dramatický růst nákladů v minulých letech dále rozevřel nůžky mezi běžnou medicínou a tou vysoce specializovanou. Sice se výrazně zlepšila perspektiva některých pacientů, ale většina prostředků se rozkutálela a nepromítá se do zlepšení kvality a dostupnosti zdravotních služeb. Naopak, problémy se hromadí a dynamika růstu nákladů ohrožuje dlouhodobou udržitelnost systému. Celé to akcentuje stav státních financí, protože deficitní rozpočet se bude stále hůře vyrovnávat s rostoucími požadavky zdravotnictví. Není tajemstvím, že současné nastavení systému mnohým vyhovuje, ale nic netrvá věčně.

Pokud chceme být se svým zdravotnictvím spokojeni i v dalších desetiletích, musíme připravit kroky, které nás posunou ke skutečnému zdravotnímu pojištění a k odpovědnému řízení jednotlivých institucí. Nebude snadné překonat současnou atmosféru ve společnosti, která volá po silnější ruce státu spíše než po větší odpovědnosti a samostatnosti, ale kde je cíl, tam je i cesta.

*MUDr. Pavel Vepřek*

## Jak by měla vypadat dělba odpovědnosti a kompetencí v řízení zdravotnictví?



Ladislav Švec



Jakub P. Hlávka



Petr Smejkal

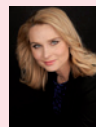
úhel pohledu

## volné fórum



Jan Bodnár

Martin Dlouhý



Lenka Teska Arnoštová

Oldřich Šubrt



Jan Zapletal

Jakub Haas



## úhel pohledu

**JUDr. Ladislav Švec**  
ředitel, Kancelář zdravotního pojištění

### Organizační a institucionální předpoklady zvýšení efektivity systému

Svou budoucnost neznáme. Některé její parametry ale dokážeme celkem dobře odhadnout. Například lze téměř s jistotou předpokládat, že stárí nikomu nepřinese více pracovních příležitostí, příjmů, nebo zdraví. Někteří se na toto období významnou část života připravují, investují, šetří, budují rodinné vazby, jiní mávnou rukou a čekají, co bude. I k celospolečenským výzvám můžeme přistoupit různým způsobem. Řešit s předstihem a koncepčně výzvy, které již klepou na dveře, nebo zatím strčit hlavu do písku. Jakou společností jsme a chceme být my? Bylo by smutné zjistit, že jsme nadáni rozumem jen proto, abychom poznali, že se blížíme k překážce, přes kterou upadneme.

Některé parametry budoucího vývoje, klíčové pro zdravotní systém, jsou totiž dány. Hluboký demografický deficit, prohlubující se po dvě až tři dekády mezi lety 2030 a 2060. S tím související nedostatek klinických profesionálů. Rozvoj nákladných zdravotnických technologií a problematická možnost zabránit v přístupu právě k nim. Již nyní patrně zásadní omezení možnosti státního rozpočtu sanovat plošně požadavky systému zvyšováním příspěvku státu (i díky změně priorit k bezpečnostním otázkám, budoucímu tlaku na výdaje důchodového systému, či zvýšeným nákladům na správu dluhu). I kdybychom přitom na Moravě našli nová naleziště ropy, nepomůže nám to problém vyřešit. Jak je patrné z vývoje posledních let, prostý růst výdajů ke zlepšení parametrů nevede.

Z toho všeho vyplývá jediný rozumný závěr. Chceme-li i v příští dekádě zachovat alespoň přibližně aktuální úroveň dostupnosti a kvality služeb pro všechny, bude nutné opravdu významné zvýšení produktivity, zlepšení logistiky a organizace zdravotních služeb, a to na geografické i věcné úrovni. Pan prof. Hlávka, představitel iniciativy Efektivní zdravotnictví, v tomto ohledu hovoří o potřebě dosažení cca 40% zvýšení výkonu v horizontu příštích dvaceti let. Jak? A lze tohoto

cíle vůbec dosáhnout při současném nastavení motivací, kompetencí a rolí jednotlivých aktérů systému, od pojišťovny po PČR? Mohu se samozřejmě mýlit, ale jsem přesvědčen, že nikoliv.

Český systém je totiž typický rysy, které potenciální tlak na zvýšení produktivity efektivně oslabují:

- Otevřený a systémový konflikt zájmů na několika úrovních (vlastník části soutěžitelů ovlivňuje pravidla veřejné zakázky ad.).
- Přímý politický vliv na základní podmínky každodenního fungování systému, který ve spojení s krátkodobostí politických zájmů a strachem z jakékoliv negativní reakce představuje pro efektivitu brzdný koktejl (viz např. snahy o místní nebo věcnou racionalizaci sítě).
- Soutěž, jako základní předpoklad zvyšování efektivity, ovšem bez prostoru, ve kterém by se dalo skutečně soutěžit (povinně obdobná nabídka pojišťovně, více méně garantovaná zakázka smluvních PZS).
- Prostředí, kde je vzájemné postavení potenciálně soutěžících subjektů nerovné.
- Nejasné vymezení odpovědnosti, nebo jasně vymezená odpovědnost bez odpovídající kompetence (odpovědnost ZP za dostupnost bez možnosti řídit PZS ad.).



*Ladislav Švec*

Co s tím? V podstatě se domníváme, že není nutná radikální změna systému. Je nutné „pouze“ upravit a nastavit jeho parametry tak, aby plnil svou původně očekávanou roli, tedy aby umožňoval soutěž a účinný tlak na zvýšení produktivity na všech úrovních. Tato opatření nepředstavují žádnou raketovou vědu. Pouze důsledně vycházejí z principů demokratické dělby moci i základního

smyslu samotné existence zdravotního pojištění, kterým je samospráva a oddělení administrace systému od státu. Navrhujeme zejména rozdělit role akterů tak, aby:

- zákonodárná moc nastavovala zákonné limity a procesy, ale nezasahovala do exekutivy systému (např. prostřednictvím účasti ve správné radě ZP);
- státní správa primárně zajišťovala kontrolu zajištění nároků pojištěnců a finanční stability zdravotních pojišťoven (prostřednictvím dozorčích rad ZP), ale nezasahovala vrchnostenskými rozhodnutími do obsahu smluvních vztahů mezi ZP a poskytovateli (dohoda, ne ad hoc vyhláška);
- byly zdravotní pojišťovny skutečně samosprávné a do jejich řízení nemohl přímo zasahovat stát, respektive jiný subjekt, propojený s příjemci prostředků veřejného zdravotního pojištění (odstranění konfliktu zájmů z řídicích orgánů ZP). Považujeme za důležité, aby bylo v této souvislosti posíleno postavení reálných „živitelů“ systému, kterými jsou zaměstnavatelé a pojištěnci, platící pojistné (volené zastoupení v orgánech všech ZP).

Dále navrhujeme sjednotit situaci zdravotních pojišťoven z pohledu vnitřního fungování a vnějšího postavení, a vytvořit tak přirozené podmínky pro férovou soutěž (jedna právní úprava pro všechny).

Současně navrhujeme, aby byly horizontální agendy, potřebné pro provoz celého systému efektivně, kontinuálně (bez závislosti na politickém cyklu) a pod dohledem všech zajišťovány společnými organizacemi zdravotního pojištění.

Přestože navržené a během semináře 19. 4. v NHÚ AV prezentované parametrické úpravy mohou působit nenápadně, reálně budou mít v případě shody zásadní a pozitivní dopad na kontinuitu, efektivitu a transparentnost agend, umožní dlouhodobé plánování, skutečnou soutěž, větší svobodu volby, zvýší vliv pojištěnců a oslabí partikulární lobby.

Jsme na ně ale mentálně a eticky připraveni? Dokážou se svého postavení, nebo výhody, v zájmu celku vzdát i ti, kdo z dnešního nastavení v nějaké míře těží? Dokážeme se na novou roli včas etablovat i u nás, v rámci systému zdravot-

ního pojištění? Vždyť žádná parametrická úprava směřující k efektivnější organizaci zdravotnictví z podstaty nepřinese snazší život, nebo jednodušší přístup k prostředkům. Nevím... Každopádně, otázka nastavení organizace systému, dělby odpovědnosti, motivací a institucionálního rámce bude vždy ležet v samotné podstatě řešení. A žádný dům nenabídne více prostoru na nejasně vyměřených základech.

Na závěr obvyklé připomenutí: Pokud se chce kdokoliv z vás angažovat a zapojit do týmu spolupracovníků iniciativy Zdravotnictví 2030+, odkazují na možnost přihlášení k odborné diskusi prostřednictvím registrace na portálu na adrese <https://koncepce.kzp.cz/>. Budeme rádi, pokud se zapojí co nejvíce lidí s upřímným zájmem o zvýšení efektivity a udržitelnost českého zdravotnictví pro další generace.

**Jakub P. Hlávka, PhD.**  
**Assistant Research Professor,**  
**Health Policy & Management,**  
**University of Southern California,**  
**spoluzakladatel, Iniciativa pro Efektivní**  
**zdravotnictví**

## Proč stále bojujeme se stejnými problémy ve zdravotnictví a jak můžeme tento bludný kruh opustit?

Během posledních měsíců jsem se setkával s mnoha experty z různých oblastí českého zdravotnictví a téměř všichni zmiňovali svou frustraci z toho, že problémy, které byly zřejmě před dvaceti lety, jsou s námi stále, a Česko stále patří na chvost Evropy v oblasti kvality života a efektivity zdravotnictví. Ačkoliv se za poslední dvě dekády objem prostředků na zdravotnictví navýšil velmi výrazně a Česko patří mezi premianty ve finanční dostupnosti péče, v oblasti udržitelnosti systému jsou nyní velké rezervy, které se prohloubí v souvislosti se stárnutím populace. Máme jen několik let s tím něco udělat, než začne kvalita a dostupnost péče velmi výrazně upadat.

**Chceme-li i v příští dekádě zachovat alespoň přibližně aktuální úroveň dostupnosti a kvality služeb pro všechny, bude nutné opravdu významné zvýšení produktivity, zlepšení logistiky a organizace zdravotních služeb, a to na geografické i věcné úrovni.**

## Tržní selhání je problémem definujícím zdravotnictví po celém světě

Když v 60. letech 20. století psal své dílo Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care americký ekonom Kenneth Arrow, zřejmě doufal, že poznatky ekonomické vědy se promítnou do lepší organizace zdravotní péče ve Spojených státech a dalších zemích světa. Místo toho se tržní selhání, která popsal, projevují s rostoucí vervou jak v USA, tak v mnoha dalších zemích (včetně Velké Británie, Česka a dalších zemí).

Jedním z nich je tzv. „problém zastoupení“ (principal-agent problem) – ten, kdo poskytuje služby (agent), může mít konflikt zájmů a sledovat jiné výsledky než ten, komu je poskytuje (principal). Ve zdravotnictví se jedná typicky o vztah pojišťovna – poskytovatel péče a poskytovatel péče – pacient. Zatímco v prvním vztahu lze mluvit o nesouladu zejména mezi zájmy pojišťoven a poskytovatelů (plátcí sledují „cenu za výkon“ ve vztahu k přímým nákladům na zdravotní péči, poskytovatelé se mohou snažit maximalizovat svůj prospěch nebo poskytnout individuální přístup pacientům, a nemusejí sledovat efektivitu přímých nákladů na péči), ve druhém vztahu jde o nesoulad mezi ekonomickými zájmy poskytovatele a klinickými zájmy pacienta (poskytovatel se může snažit maximalizovat svůj zisk, který nemusí vést k nejlepším klinickým výsledkům pro pacienta či objektivním společenským benefitům).

V důsledku tohoto problému a souvisejících selhání (zejména informační asymetrie a morálního hazardu) se tak nemůžeme divit, že plátcí kladou důraz na krátkodobé finanční úspory (a neinvestují tak např. do prevence či intervencí, jejichž benefity jsou hlavně společenské, například v oblasti menšího počtu pracovních neschopností či vyšší produktivity a kvality života pacientů) a že poskytovatelé nemají motivaci ke sdílení dat, koordinaci péče mezi praktiky a specialisty, či lepší komunikaci s pacienty (např. v oblasti primární péče chronických chorob, včetně zátěže obezity, alkoholismu a nedostatku fyzické aktivity).

### Jak na to?

Tyto problémy nejsou unikátní pro české prostředí. Aktivit, které pomohou nesoulad ekonomických incentív řešit, existuje několik.

V první řadě je nutné daleko lépe analyzovat data o kvalitě a účinnosti zdravotní péče: pacienti a pojišťovny potřebují více informací o kvalitě a efektivitě

poskytované zdravotní péče, aby mohli rozhodovat o nejlepších léčebných možnostech, a lékaři, aby byli motivováni k poskytování kvalitnější péče.

Za druhé je nutná daleko výraznější podpora výzkumu, analýz a inovací v oblasti zdravotní péče:

tuto roli může hrát částečně ÚZIS a částečně (snad) reformovaný Státní zdravotní ústav, ale podpora akademického výzkumu a práce datových novinářů je pro transparentci a kvalitu veřejné diskuze klíčová. Vzdělání mladých lidí v příbuzných oborech a investice do nových výzkumných skupin na světové úrovni se nám mohou několikanásobně vrátit. Daleko větší podpora je také nutná u pilotních inovativních řešení, která mohou být pro prokázání své efektivitě adoptována napříč systémem (např. po vzoru německé iniciativy DiGA).

Za třetí, lepší regulace kvality a omezení monopolního chování mohou zajistit, že významní hráči (včetně pojišťoven a velkých nemocnic) nevyužívají své dominantní pozice na trhu na úkor veřejného prospěchu – např. v oblasti snižování dostupnosti a kvality péče v regionech či investicemi pouze do vysoce ziskových aktivit na úkor méně „sexy“, přesto však významných programů, např. v oblasti veřejného zdraví.

Za čtvrté, musíme hledat způsoby, jak zvyšovat efektivitu poskytování zdravotní péče, mj. sdílením nejlepších příkladů (best practices), skutečně moderním vzděláváním lékařů a ostatních zdravotníků, využitím nelékařských poskytovatelů zdravotní a sociální péče (lékárníků, zdravotních sester a nových profesních kategorií, které v zahraničí běžně fungují, např. patientských navigátorů), a využitím dat a analýz odborníků v oblasti ekonomie zdravotnictví, sociologie, psychologie či komunikace.



Jakub P. Hlávka

**Současné nastavení motivačních elementů je nedostatečné k tomu, aby k tržním selháním docházelo v co nejmenší míře a kvalita a dostupnost péče se dlouhodobě zlepšovala.**

V neposlední řadě bychom měli usilovat o zlepšení finančního managementu v oblasti zdravotnictví, a to jak na národní, tak regionální a lokální úrovni. To by mj. mělo omezit velké nerovnosti v objemu prostředků, kterých se dostává mnoha regionům Česka, které již tak trpí strukturálními problémy. Zároveň bychom měli sledovat výkon poskytovatelů v oblastech, které nyní neměříme – např. otázku kvality života pacientů a jejich rodin – a odměňovat je za intervence, které vedou nejen k přímým ekonomickým, ale i dalším společenským benefitům.

### Motivační elementy jsou potřeba na všech úrovních

Jak je z výše uvedeného zřejmé, současné nastavení motivačních elementů je nedostatečné k tomu, aby k tržním selháním docházelo v co nejmenší míře a kvalita a dostupnost péče se dlouhodobě zlepšovala. Veřejná diskuze o společenských prioritách ve zdravotnictví je klíčová a měla by zahrnovat jak odborníky z mnoha oblastí, tak širokou veřejnost: preference a potřeby různých skupin obyvatel se výrazně liší a porozumění jim nám může pomoci najít skutečně efektivní řešení problémů, které je tíží nejvíc.

Na velkou politickou reformu však nečekejme, každý rok, který ztratíme, snižuje dlouhodobé dopady jakýchkoliv pozitivních změn a může vést k radikálním řešením, která budeme činit ze zoufalosti, ne na základě kvalitní analýzy a důstojné společenské debaty.

---

**MUDr. Petr Smejkal**  
člen správní rady, Ministr Zdraví z.ú., hlavní epidemiolog, IKEM

## Co chybí české medicíně a velkým nemocnicím na začátku 21. století?

Na mnohé poukázala covidová pandemie, zátěžový test, který česká společnost nezvládla.

Z pohledu lékaře stále často chybí praktikování medicíny zcela založené na důkazech, evidence-based doporučených postupech. Na některých pracovištích převládá stále eminence-based přístup typu „Na mé klinice to děláme takto, pane kolego“. Generační obměna by prospěla, zejména v čele odborných společností. Řešením by byl též větší důraz na kvalitu postgraduálního vzdělávání, zavedení povinných písemných atestačních zkoušek každých deset let apod.

Hlavním problémem je posun k výkonům v nemocnicích na úkor důrazu na prevenci. Většinu problémů řeší nemocnice nebo specialista. Praktický lékař jako páté zdravotnictví se širokými kompetencemi a vysokou úrovní kvality péče nefunguje, jak by měl a mohl. To souvisí i s nadměrným počtem nemocničních lůžek – akutních na úkor těch následných. To bylo mimochodem důvodem toho, že se v době covidových vln šlapalo na brzdu tak pozdě.



*Petr Smejkal*

Česká republika zaujímá pak v průměrné délce hospitalizace pacienta jedno z prvních míst v EU.

Co se dá řešit mimo nemocnici, mělo by se léčit tam, tj. v ordinaci praktického lékaře nebo doma. Chybí rychlý obrat pacientů, ambulantní infuzní léčba ve stacionářích nebo home-care domácí léčba za pomoci dlouhodobých žilních vstupů a domácí sesterské péče. Česká nemocnice je rozdělena na mnoho lůžkových oddělení a klinik (oční, kožní, infekční), chybějí pak konziliáři těchto oborů v celé nemocnici, neboť jsou vázáni péčí na svých domovských lůžkových odděleních, často postrádajících smysl (např. lůžková kožní oddělení).

Základním článkem každé větší nemocnice je velký centrální příjem, který pacient neopouští do stanovení diagnózy, kde je stabilizován stav kritických pacientů po dojezdu do nemocnice, a pak centrální jednotky intenzivní péče. Obojí mnohým českým nemocnicím chybí. Mimochodem opět množství „oborových jednotek intenzivní péče“ s personálem vyskoleným jen ve svém oboru (ortopedie, kožní, ORL), ale ne v opravdové intenzivní péči a práci s ventilátory, bylo příčinou mnoha úmrtí zaintubovaných pacientů s nemocí covid-19. Mnoho českých nemocnic působí v mnoha starých pavilonech z 19. století, chybějí moderní monobloky s jedno- a dvoulůžkovými pokoji.

Chybějí nám data. Bez dat jste jen další člověk s dalším názorem, jak říká klasik, a nám chybějí ze-

jména data o kvalitě péče. Tušíme kupř., že kvalita poskytované péče u mnohých praktických lékařů není dostatečná, ale data a zpětnou vazbu nemáme, pokud nepočítáme nízkou proočkovanost (nejen na covid) u praktických lékařů ve srovnání se západní Evropou a nízké množství provedených screeningových vyšetření, jako je koloskopie. To ale může souviset i s malou motivací pacientů samotných se na prevenci podílet.

Chybí nám personál. Dalo by se s tím něco dělat, zejména uvědomíme-li si, že ne vše, co je nyní v kompetenci lékařů, musí nutně dělat lékař. Na západ od našich hranic existuje daleko větší diverzifikace kompetencí středního zdravotnického personálu, vedle sester existují physician assistants, respiratory therapists; důležité je, aby zdravotník byl pro danou problematiku profesionálem a věděl, co dělá, nemusí to být lékař. Částečným řešením může být zvýšení zastoupení zahraničních pracovníků po vykonání nostrifikačních zkoušek bez zbytečných nároků na bezchybnost jazyka a dalších formálních bariér. Mobilitu stávající pracovní síly pak brzdí i ne-

kompatibilita mnoha IT systémů; zdá se, že skoro každá druhá nemocnice má vlastní počítačový systém.

Informační technologie v praktické medicíně – lékař by měl mít možnost dohledat v počítači veškerou anamnézu pacienta, propouštěcí zprávy, údaje o očkování, preskripci léků, hospitalizací atd. Kompatibilní IT systémy českých nemocnic by též umožnily přehlednější srovnávání, benchmarking a hlášení dat.

Musíme začít zvýhodňovat pacienty i nemocnice starající se o prevenci, není kupř. možné dále nemocnicím plně proplácet preventabilní komplikace chirurgických výkonů a pacientům kupř. nákladnou péči o těžký covid, pokud odmítnou očkování.

Situace komplikuje i množství hráčů na poli, tj. odborné společnosti, odbory, Česká lékařská komora s povinným členstvím (bylo by namístě, kdyby se starala jen o odbornost lékařů a kvalitu péče), každý subjekt s jinými zájmy.

Problémů českého zdravotnictví je mnoho. Pokud nezačneme jednat ihned, může za pár let být pozdě.

## volné fórum

1. *Jaké největší slabiny vidíte v současném rozložení odpovědností a kompetencí v našem zdravotnictví?*
2. *Co byste navrhoval/a změnit?*
3. *Jaké podmínky musejí nastat, aby se tyto změny mohly uskutečnit?*



*PhDr. Mgr. Jan Bodnár, LL.M.,  
náměstek ředitele pro zdravotní  
péči, ZVP ČR*

*odpovědi Jana Bodnára:*

1. Na tuto otázku lze nahlížet minimálně dvěma způsoby. Odpovědnosti a kompetence při řízení zdravotnictví (těch, kdo tvoří zdravotní politiku) a odpovědnosti a kompetence jednotlivých aktérů při poskytování zdravotních služeb. Z pohledu řízení zdravotnictví by se kompetence a odpovědnost měla odvíjet od definice národní zdravotní politiky a jejího směřování a naplňování (financování, organizace, úhradové mechanismy, regulace, podpora zdraví). Z tohoto pohledu by se daly role rozdělit mezi stát (MZ ČR) a zdravotní pojišťovny (bude-li zachován pluralitní systém). Stát, resp. MZ ČR,

by se měl postarat o vytváření podmínek (financování – způsob získávání finančních zdrojů pro systém, organizaci zdravotních služeb – kdo a za jakých podmínek může poskytovat zdravotní služby, regulaci systému – vytváření předvídatelného legislativního prostředí pro všechny aktéry, podporu zdraví obyvatel – ovlivňování jejich chování) pro všechny aktéry zdravotního systému. Zdravotní pojišťovny by se měly postarat o organizaci zdravotních služeb z pohledu tvorby dostatečné sítě a dále úhradovými mechanismy, které budou motivační a budou naplňovat cíle (dostupnost, účinnost, efektivita, kvalita), a také o aktivní práci s kme-

nam svých pojištěnců. Z pohledu odpovědnosti a kompetence jednotlivých aktérů kromě MZ ČR a zdravotních pojišťoven vstupuje ještě role poskytovatele a především každého obyvatele (pojištěnce) z pohledu odpovědnosti za péči o svoje zdraví. Na základě výše uvedeného lze největší slabiny spatřovat v nejasném rozdělení odpovědnosti a kompetencí MZ ČR a zdravotních pojišťoven, v absenci definice odpovědnosti občana za své zdraví a v nedostatečných motivacích poskytovatelů podílet se na koordinaci poskytovaných zdravotních služeb s cílem zvyšovat efektivitu, účinnost, kvalitu a dostupnost (kapacitu) celého systému.

2. Některé aspekty a procesy lze měnit poměrně rychle, u jiných je to složitější, neboť vyžadují rozsáhlejší změny, především legislativní. Do těch relativně jednodušších patří jednoznačné rozdělení role zdravotních pojišťoven a MZ ČR, aby zdravotní pojišťovny mohly vykonávat svoji roli bez zásahu třetí strany, například při dohodování podmínek poskytování zdravotních služeb s poskytovateli. Kromě toho mohou pojišťovny poměrně rychle změnit přístupy ke zlepšování koordinace péče, a to vhodným nastavením kontraktů, včetně úhradových mechanismů, resp. vytváření podmínek pro koordinaci (e-health a prostředí pro výměnu dat o poskytnutých zdravotních službách). MZ ČR by si mělo nechat funkci regulační a zákonodárnou a spíše zajišťovat funkční prostředí pro jednotlivé aktéry. K těm složitějším změnám lze zařadit problematiku motivací občana o své zdraví a jeho větší zainteresování a zapojení do procesu péče o zdraví.

3. Především musí být politická vůle na výše uvedených změnách reálně pracovat a prosazo-

vat je do praxe a do nastavení procesů ve zdravotnictví. Kromě toho je nezbytné snažit se podmínky neměnit (např. v rámci volebních cyklů), ale kultivovat je a zajistit jejich udržitelnost.



*doc. Ing. Mgr. Martin Dlouhý, Dr., MSc., profesor, Fakulta informatiky a statistiky Vysoké školy ekonomické v Praze, předseda, Společnost sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ČLS JEP*

*odpovědi Martina Dlouhého:*

1. Zdravotnictví je poměrně složitý systém a odpovědnost ve zdravotnictví se tak dělí mezi mnoho aktérů: ministerstvo zdravotnictví, kraje, obce, hygienickou službu, zdravotní pojišťovny, komory, nemocnice, jednotlivé lékaře, pacienty. A to jsem všechny nevyjmenoval a vynechal problematiku zdravotně-sociální péče. Jejich odpovědnosti se mnohdy překrývají, jindy jako by nebyl odpovědný nikdo. Zdá se, že je důležitý spíše politický tlak. Když je nedostupnost některé služby, tak nejodpovědněji reagují kraje a obce, i když by nemusely. Jenže pacienti jsou také voliči, proto zejména vztah mezi samosprá-

vou a pojišťovnami by potřeboval lépe vydefinovat.

2. Jednou za dekádu by měla být provedena důkladná analýza, taková inventura zdravotnictví s cílem „vycentrovat kolo“. Takovou analýzu však nikdo nezačal, přestože by vzhledem k miliardám ve zdravotnictví byla vlastně velmi levná. Místo toho jsme spíše svědky jednodušších politických řešení, která někdy vycházejí z politických programů, někdy jen z aktuální krizové situace a často ani nejsou evidence-based.

3. Díky covidu máme zkušenost s katastrofickým zatížením zdravotnictví. Na covid zemřely desítky tisíc lidí. Je tedy už analýza, kde zdravotnický systém selhal a kde naopak výborně fungoval? Co máme udělat jinak a jak přenastavit systém? Pracuje na tomto zadání několik nezávislých odborných týmů? Já o tom nevím. Pokud ovšem ani tisíce mrtvých nevedou ke změně, pak nevím, co nás donutí nějakou změnu uskutečnit. Srovnajte s tím, jak kvůli třiceti korunám u lékaře málem padaly vlády.

*odpovědi Lenky Teska Arnoštové:*

1. Sice jsou kompetence (povinnosti) stanoveny právní úpravou, při provádění veřejného zdravotního pojištění je nelze fakticky naplňovat (např. z nedostatku personálu, limitací finančních zdrojů atd.)

2. Chybí mi hlubší analýza (asi možná bude, jenom o ní nevím) o faktickém naplňování/nenaplňování povinností vyplývajících z příslušných právních předpisů a popis příčin jejich neplnění. Poté bych doporučila zhodnocení, zda změnou právní úpravy můžeme uvedený stav napravit (např. při problému s dostupností zdravotních služeb).



*JUDr. Lenka Teska Arnoštová, Ph.D., předsedkyně, Společnost medicínské práva ČLS JEP, odborná asistentka, Katedra zdravotnického práva, Právnická fakulta UK*

3. Pro uvedenou změnu je třeba společenské poptávky, pokud nebude požadovaná změna aktivována laickou veřejností, politici na ni neuslyší nebo ji budou odkládat. Možná by pomohlo stručné sdělení směrem k veřejnosti, že plánované změny by mohly vést ke zlepšení postavení pojištěnců.

---

#### *odpovědi Oldřicha Šubrtů:*

1. Přetrvávající nezám o zvýšení efektivity a zainteresovanosti na výsledku, tedy na zdraví populace, a stále pokračování v podpoře přístupu, kde smyslem je boj s nemocemi a vykazání přitom správných administrativních údajů, nezávisle na reálných zdravotnických datech a jejich sdělení, vede ke zhoršení zdravotní služby jako takové, zaostávání za světem, radikálnímu propadu dostupnosti a tím i k zhoršování zdravotního stavu obyvatel České republiky. To, že jsme nadprůměrní v úmrtnosti na preventabilní a léčitelné nemoci, a to, že

se u nás prodlužuje věk dožití, ale ne věk prožitý ve zdraví, jsou toho důkazem.

2. Odpovědnost a kompetence to nesprávi – máme ministerstvo zdravotnictví a ne zdraví a všeobecná zdravotní pojišťovna se zajímá o problémy zdravotnictví a ne o zdraví svých klientů.



*MUDr. Oldřich Šubrt, CSc., MBA, předseda správní rady, Academy of Health Care Management, zakladatel a výkonný ředitel, Program Health Plus*

3. O zdraví populace se nezajímá nikdo, dokud stát a veřejná správa nebudou vyzvány voliči k nápravě, nemůže se nic změnit. I penzijní reforma vychází z věku dožití a ne ze snahy o lepší kondici starších pracujících zaměstnanců.

---

#### *odpovědi Jana Zapletala:*

1. Poskytování hrazené zdravotní péče je veřejnou službou, a z toho důvodu považují současné rozdělení kompetencí za vhodné. Stát musí být vždy garantem nároku na poskytnutí hrazených zdravotních služeb, jak plyne z Listiny základních práv a svobod, proto musí mít v případě potřeby možnost vyvažovat zájmy pojištěnců, poskyto-

vatelů a zdravotních pojišťoven jako plátců péče. Odrazem toho je oprávnění státu ve veřejném zájmu vstupovat do jejich vztahů, pokud tak zákon předpokládá, a pokud je to nezbytné k zajištění udržitelnosti systému veřejného zdravotního pojištění a naplnění ústavního nároku na zajištění hrazené péče.

Slabiny systému v otázce rozdělení odpovědnosti jsou spíše parciální a plynou z historického vývoje, kdy byly některé kompetence v oblasti provádění veřejného zdravotního pojištění ponechány nesystémově mimo působnost zdravotních pojišťoven.



*Mgr. Jan Zapletal, ředitel, Odbor pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, MZ ČR*

2. Obecně je zásadním nedostatkem českého zdravotnictví, že mnohé změny probíhají bez znalosti reálných dat, kterých je kritický nedostatek. Prvním krokem tak musí být zajištění systémového sběru dat, jejich vyhodnocování, a až následně příprava koncepčních změn na jejich základě.

Pouze na základě vlastních zkušeností se domnívám, že ze systémového hlediska by bylo žá-



doucí, aby odpovědnost za zajištění lékařské pohotovostní služby byla namísto krajům svěřena rovněž zdravotním pojišťovnám. Stejně tak je obdobnou změnou možné zvažovat v oblasti financování vzdělávání, resp. dotací do rezidenčních míst. Převedením této kompetence na zdravotní pojišťovny lze zajistit vhodnější alokaci pracovní síly jak z hlediska regionální potřeby, tak z hlediska oborů, kterých je aktuální nedostatek.

Jako vhodné se jeví rovněž rozšíření možnosti zdravotních pojišťoven kontraktovat poskytovatele zdravotních služeb v zahraničí, pochopitelně za přísně stanovených podmínek. V současné době je přeshraniční péče již standardně součástí zdravotnictví a není důvod stavět bariéry při jejím poskytování.

3. Základním předpokladem každé změny je politická ochota ji uskutečnit. Ideální pak je, pokud se tak děje na základě vyhodnocení dostupných dat a zvažení potenciálních dopadů možných variant řešení. Je ale potřeba zdůraznit, že systém veřejného zdravotního pojištění je v současné době stále ve velmi dobrém stavu a jako takový je velmi dobře hodnocen i v rámci mezinárodních srovnání, kdy mnohé vyspělejší státy čerpají z našich zkušeností. Domnívám se proto, že změny musejí probíhat cestou evoluce současného systému, nikoliv jeho úplnou přestavbou.

Samozřejmě ale nelze zavírat oči před aktuálními výzvami, jako je nízká úroveň digitalizace, snižující se dostupnost primární péče v důsledku stárnutí všeobecných praktických lékařů nebo rychle se zvyšující počet vysoce

nákladných léčivých přípravků vstupujících často trošku živelně mezi hrazené.



*Ing. Jakub Haas, vedoucí oddělení, Zdravotnictví a veřejné zdravotní pojištění, MF ČR*

*odpovědi Jakuba Haase:*

1. Na široké téma různých odpovědností i kompetencí v českém zdravotnictví by bylo možné popsat tuny papíru. Dovolte mi proto nyní zúžit problematiku na jeden druh odpovědnosti, a to odpovědnost pojištěnců za své zdraví.

Český systém veřejného zdravotního pojištění má univerzální charakter a za téměř 100% pokrytí populace jsme na mezinárodních fórech chváleni. Nicméně mezi jeho četné nevýhody patří nízká motivace pojištěnců, aby dbali o své zdraví.

Současné nastavení kompetencí těch, kteří mohou výše uvedené ovlivnit, lze považovat za nedostatečné. Např. z kontrol Ministerstva financí a Ministerstva zdravotnictví vyplývá, že vhodným nástrojem motivace

nejdou bonifikace zdravotních pojišťoven poskytovatelům zdravotních služeb, alespoň tedy za stávajících úhradových mechanismů. Naopak, k výraznější přímé motivaci pojištěnců k odpovědnosti za své zdraví zdravotní pojišťovny postrádají legislativní nástroje.

2. Oceňuji, že v nedávné době se začalo na vládní i odborné úrovni diskutovat o nových prvcích motivace pojištěnců, jak posílit odpovědnost za své zdraví. Možností existuje mnoho a v zásadě je můžeme členit na motivaci pozitivní a negativní, dále na motivaci na příjmové či výdajové straně systému veřejného zdravotního pojištění.

Příjmová strana se jeví jako vhodnější než výdajová, už jen z hlediska ústavního a lidskoprávního. Debatujeme např. o vyšším pojistném pro ty, kteří se ke svému zdraví chovají neodpovědně ve formě neúčasti na preventivních prohlídkách a různých typech screeningů, či nepoužívají povinně předepsané ochranné pomůcky. Jinou možností, kterou zdůrazňují zástupci Ministerstva zdravotnictví, je pozitivní motivace pojištěnců změnou pravidel a účelnějším zacílením čerpání z fondů prevence.

Zcela jistě musí dojít ke změně legislativním, tj. ke změně příslušných zákonů, např. zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

3. Klíčová je politická vůle prosadit výše uvedené legislativní změny. V ideálním případě za podpory napříč politickým spektrem, aby změny neskončily s koncem volebního období.