

Jedním ze základů fungování pluralitních systémů sociálního zdravotního pojištění je definování rozsahu zajišťovaných zdravotních služeb a jejich časov



vě a místní dostupnosti. Bez toho není možné zajistit férovou konkurenci pojišťoven, podporovat efektivitu a garantovat občanům rovnost v přístupu k potřebné péči. Z nejmmodernějšího systému tohoto typu se v Evropě těší Holanďané, kteří od reformy z roku 2006 mají zdravotní pojišťovny, jež svým pojištěncům zajišťují stejný rozsah péče, nemohou nikoho odmítnout a vzájemně si konkurují ve výši nominální části pojistného. Ta je pro každého pojištěnce jedné pojišťovny stejná, s výjimkou hromadných pojistek od zaměstnavatelů. Výsledkem je spokojená populace a zdravotnictví, ve kterém je právě tolik peněz, kolik opravdu potřebuje, a ve kterém je trvalý tlak na zvyšování efektivity a kvality.

U nás je situace odlišná. Naši pacienti mají podle Ústavy nárok na bezplatnou péči v rozsahu stanoveném zákonem a zákon říká, že tím nárokem je všechno, co jim nějak pomůže. V realu to znamená, že skutečná dostupnost péče je určována podzákonnými normami, dostupností dveří,

u kterých se dá zaklepat, a chováním těch za dveřmi. Výsledkem je, že naše zdravotnictví poskytuje na jedné straně potřebnou kvalitní a efektivní péči, ale na straně druhé i péči, která buďto potřebena levnějším způsobem. Všechny pokusy o standardizaci, využívání HTA a korekci zjevných nedostatků se po léta rozbíjejí o jednotný odpor těch, kterým aktuální nastavení vyhovuje.

Dokud naše hospodářství roste a státní kasu neplní dlužní úpisy, stačilo pro zajištění prostředků jen zatlačit na politiky a bylo po starostech. Dnes je situace jiná. Státní kasa je prázdná, hospodářství neroste, demografický vývoj nevěští nic dobrého, přicházejí nové, účinné, ale velmi drahé technologie a náklady zdravotnictví rostou rychleji než jeho příjmy.

Naší jedinou šancí je postupně zvyšovat vnitřní efektivitu zdravotnictví, a to podle think tanku Efektivní zdravotnictví o konečných 40 %. Toho můžeme dosáhnout jedině tím, že k tomu dáme zdravotním pojišťovnám potřebné motivace a kompetence. A tady už se bez přesnějšího vymezení nároků pojištěnců neobejdeme. Způsob, jak toho dosáhnout, je mnoho a jsou použitelné ve vzájemné kombinaci. Taxativní vymezení, popis vlastností hrazené péče a nastavení procesu jejího stanovení, vazba na doporučené postupy, vazba na klinické path ways, u nákladných technologií HTA ..., aneb kde je vůle, tam je cesta. Tak šťastnou cestu.

MUDr. Pavel Vepřek

Jak vymežit nárok pojištěnce?

úhel pohledu



Ladislav Švec



Jan Zapletal

volné fórum



Milan Kubek

Ladislav Friedrich



Miroslav Palát

Jakub P. Hlávka



Lukáš Velev

úhel pohledu

JUDr. Ladislav Švec
ředitel, Kancelář zdravotního pojištění

Nárok na hrazené zdravotní služby a prostor pro přímé platby

Pojišťovnou hrazená zdravotní služba je z pohledu práva dávkou sociálního zabezpečení. Od běžných peněžitých dávek se povahou liší, přesto jde pořád o zákonem garantovanou dávku. Dovedete si přitom představit, že by Vám byl třeba takový důchod vymezen stejně obecně jako plnění ze zdravotního pojištění? Že byste nevěděli, na jakou částku máte nárok a jak se počítá? Že byste dostali na každé počtě jinou částku? Nebo že by si z něj dokonce někde část strhli? S nárokem na službu, plně hrazenou ze zdravotního pojištění, je to totiž v lecčem podobné.

Přesná a pro všechny stejná specifikace nároku i regulace přímých plateb v našem systému existuje v zásadě pouze u léků a prostředků na poukaz. Pro většinu ostatních zdravotních služeb je zákonným etalonem nároku obecná definice § 13 zákona č. 48/1997 Sb. Ta pojištěnci přiznává nárok na vše, co je prokazatelně účinné a zároveň odpovídá jeho zdravotnímu stavu i účelu léčení. Bez omezení objemu, počtu kontaktů, nutnosti koordinace, s možností volného výběru lékaře, bez vymezení úrovně komfortu, či garantovaných administrativních služeb pojišťovny i poskytovatele, bez dalších hranic. To zní uživatelsky velmi dobře. Do takové definice se může teoreticky vměstnat téměř cokoliv. Včetně služeb, které hrazeny jsou, ale neměly by (nejsou již up-to-date, vykazují nižší účinnost apod.). S šikovným právníkem nebo kontakty lze každopádně zajistit naopak i úhradu služeb, které běžně hrazeny nejsou. Naštěstí pro systém a jeho udržitelnost u nás ale zatím každý právníka nemá. To se ovšem může v budoucnu měnit. Neefektivní alokace prostředků. Otázka dlouhodobé ufinancovatelnosti a udržitelnosti pro systém – první problém.

Obecnost definice vede na druhou stranu k tomu, že běžný pojištěnec zpravidla fakticky uplatní pouze to, co má oslovený poskytovatel nasmlouváno s naší pojišťovnou, respektive co je mu jako řešení nabídnuto. A vzhledem k tomu, že bližší zákonné vymezení portfolia hrazených služeb neexistuje, nemůže se

s ním ani seznámit, natož jej účinně vymáhat. Je tak v zásadě odkázán na informaci, která je mu sdělena. V důsledku někdo dostává méně, jiný více, jako v té dětské říkance. Nerovnost, nepopsanost a tím i složitá uplatnitelnost nároku – problém druhý.

Za služby hrazené v rámci nejasné vykolíkování pole nároků sice nesmí být vybírána přímá úhrada, v reálném životě se ale vyskytuje stále více oblastí/služeb/zboží, ve kterých platba požadována je. Tento prostor (nehrazené služby nad rámec nároku) není s výjimkou léků a některých méně významných položek výslovně upraven ani regulován. Obsah a rozsah nehrazené služby/zboží (např. komfort, administrativní služby, materiál atd.) si tak určuje poskytovatel sám, stejně jako jejich cenu (cenový předpis, požadující věcné usměrnění cen, je nemůže bez účinného systému kontroly garantovat). Pojištěnci tak někde za stejnou službu platí, někde neplatí, někde méně, někde více. Často pak za služby/zboží, u kterých lze sotva říci, že nepatří do obecné definice nárokovatelných plně hrazených služeb. Co není oficiálně přiznáno a pojmenováno, lze obecně těžko regulovat. Na riziko platby v takto nepřiznaném a neohrazeném prostoru se pak nedá vytvořit ani odpovídající produkt připojištění nebo jiné řešení. Arbitrárnost. Neregulovatelnost. Neuchopitelnost pro sofistikovaná řešení – problém třetí, čtvrtý, pátý.

Na uvedený stav lze nahlížet z několika dalších pohledů. Z toho formálně právního je naše situace zajímavá tím, že jsme jedním z mála států (možná jediným), jehož ústava přímo zaručuje bezplatnost



Ladislav Švec

Přesná a pro všechny stejná specifikace nároku i regulace přímých plateb v našem systému existuje v zásadě pouze u léků a prostředků na poukaz.

zdravotních služeb, byť pouze v rozsahu daném zákonem. Pokud tedy nechceme Ústavu měnit, nebo úplně vyprázdnit, měl by zde vždy existovat garantovaný, základní a dostatečný „balík“ plně hrazených služeb. Měl by být dodržen princip výhrady zákona (nárok stanovený zákonem, nebo zákonem daným procesem s jasnými pravidly). Samozřejmě by též měl být dodržen ústavní požadavek rovnosti. Ani jednu z těchto podmínek nelze aktuálně v reálném světě českého zdravotnictví plně garantovat.

Zatím je, možná, většina lidí i institucí se statem quo více méně srozuměna. Počítáme ale, že se to s již postupně nastupujícím fyzickým nedostatkem smluvních kapacit v určitých regionech i věcných segmentech, se zaváděním nákladné personalizované medicíny a dalším rozšiřováním přímých plateb změní. Zatímco nyní jsme ještě schopni solidární, všeobecně dostupný, neohrazený a rovný systém alespoň předstírat, nejpozději (ale opravdu nejpozději) s demografickou změnou již bude zejména pro lidi bez významných disponibilních zdrojů nebo sociálních kontaktů péče dostupná mnohem hůře než nyní.

Co s tím? Nárok je v zásadě základním předmětem a středobodem celého veřejného systému. Od této definice se vše odvíjí. Proto je i důležitou částí našeho návrhu koncepčních úprav. V otázce jeho definování jsme se přitom nechali inspirovat. Zahranicím, ale i naším vlastním systémem limitace nároku v oblasti léčiv, který vznikl v reakci na výklad ústavní Listiny, a může být proto určitým vzorem ústavně konformního řešení pro další oblasti.

Dokonalé řešení všeho samozřejmě ve zdravotnictví neexistuje. I s tímto vědomím pokorně navrhujeme doplnění obecné zákonné definice nároku o odkaz na proces jeho kultivace, vedoucí k zpřesnění a limitaci obsahu i rozsahu přímo a plně hrazených služeb. V oblastech, kde je to možné a vhodné, by tak vznikl podrobnější popis nárokovatelných služeb/materiálů (případně včetně negativního vymezení). Jinde by mohl být výčet do jisté míry obecný. Služby do výčtu nezahrnuté by nebyly pojišťovnou v rámci základního zákonného nároku hrazeny. Podkladem by bylo všude, kde je to možné, měření efektivity, případně i v rámci dočasné úhrady. Výčet by pouze neobtnal, ale byly by z něj zároveň služby vyjímány. Faktické zajištění tohoto kultivačního procesu (stejně jako u všech ostatních

horizontálních agendových procesů) navrhujeme svěřit samosprávě, tedy nějaké formě společného orgánu pojištěnec a poskytovatelů (obdobou stejná agenda Bundesauschuss v SRN). Je možné diskutovat i o zajištění kultivace státní organizací (obdobou Zorgeinstitut v Nizozemsku). Agenda by byla koordinována k tomu určenými profesionály.

Bude to náročnější než dnes? Ano, samozřejmě. Nemůžeme ale přece procesy a profesionalitu horizontální administrativy stále jenom markýřovat.

Další část navržených úprav pak směřuje k přiznání, že ve zdravotnictví jsou oblasti, u kterých je akceptovatelná přímá úhrada pacientem. Zákon by měl tento fakt nejen výslovně akceptovat, ale i vymezit oblasti, ve kterých je přímé hrazení možné (komfort v lůžkové péči,

služby/materiály mimo nárok). S tomu odpovídajícím systémem pravidel regulace, kontroly, případně sankce v případě porušování pravidel. Pojištěnec by si v tomto prostoru mohl vybrat mezi přímou úhradou, možností doplňkového připojištění (tyto produkty by okamžitě vznikly), anebo programem veřejné ZP. Té by bylo dovoleno kromě definovaného nároku přispívat i na nehrázené služby, stejně jako stanovit odpovídající výši pojistného za program a nabízet v jeho rámci vratku, motivující pojištěnce k žádoucímu chování. To už je ovšem součástí našeho řešení příjmové části, o kterém budeme v rámci seminářů v Národohospodářském ústavu hovořit na podzim.

Mgr. Jan Zapletal
ředitel, Odbor dohledu nad zdravotním
pojištěním, Ministerstvo zdravotnictví ČR

Nárok pojištěnce v českém zdravotnictví

Cílem každého systému veřejného zdravotního pojištění musí být zajištění široké dostupnosti potřebné péče všem osobám, které jsou tohoto systému účastny a odvádějí do něj finanční prostředky. V tomto ohledu je Česká republika světovou špičkou, protože rozsah nároku pojištěnce je u nás regulován velmi málo a v zásadě umožňuje bez zásadních limitů uhradit i vysoce nákladnou

Zatím je, možná, většina lidí i institucí, se statem quo více méně srozuměna. Počítáme ale, že se to s již postupně nastupujícím fyzickým nedostatkem smluvních kapacit v určitých regionech i věcných segmentech, se zaváděním nákladné personalizované medicíny a dalším rozšiřováním přímých plateb, změní.

pěči, což v žádném případě není ve všech státech zvykem. Nedomnívám se tedy, že současné nastavení je v této oblasti třeba nějak radikálně měnit, ale spíše je vhodné zaměřit se na dílčí změny rozsahu nároku pojištěnce, které povedou ke zvyšování efektivity českého zdravotnictví a udržení finanční stability zdravotního pojištění.

Nejen zahraniční zkušenosti však ukazují, že každou změnu je potřeba dobře zvažovat, protože nezřídka vede k nezamýšleným důsledkům. Pokud tedy např. hovoříme o rozšiřování spoluúčasti prostřednictvím tzv. „nadstandardů“, je nutné se velmi kriticky vypořádat s rizikem zhoršování dostupnosti pro sociálně slabší skupiny obyvatelstva. Každý poskytovatel totiž nevyhnutelně bude preferovat ty pacienty, z nichž má vyšší ekonomický prospěch, což vede k vytlačování běžných pojištěnců „na konec fronty“. Příkladem může být i samotná Česká republika v oblasti stomatologie. Vytvoření taxativního výčtu hrazené péče a kumulace zubních lékařů do velkých aglomerací s vysokou kupní silou vede ke snižování dostupnosti této péče v odlehlejších regionech a ke spoluúčasti jsou nuceny i nízkopříjmové skupiny obyvatelstva. Ty si to přitom často nemohou dovolit a zanedbání základního ošetření může vést ke vzniku závažnějšího stavu. To samozřejmě nevylučuje debatu o zavedení možnosti doplatku nad rámec standardního nároku pojištěnce. Z mého pohledu je to ale v současnosti reálné pouze u implantabilních zdravotnických prostředků, a to při zachování základních ústavních podmínek.

Za nezbytnou a zároveň velmi složitou považuji debatu o regulaci vysoce nákladných léčivých přípravků. Již v současnosti jsou avizovány terapie s jednotkovou hodnotou přesahující 100 mil. Kč za pacienta. Stávající relativní bezbřehost nároku a častá snaha o obcházení standardních úhradových mechanismů prostřednictvím § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění tak reálně může ohrožovat veřejný zájem ve zdravotním pojištění. Ten je totiž mimo jiné definován potřebou zachování finanční stability systému, přičemž rezignace na posouzení nákladové efektivity může v tomto ohledu přinést závažné problémy již v blízké budoucnosti.

Současné nastavení zároveň neumožňuje dostatečně regulovat spotřebu péče. Počet kontaktů pacienta s lékařem přitom v České republice stále významně převyšuje standardní průměr ve srovnatelných státech Evropské unie. Nezanedbatelná

část společnosti totiž v důsledku přesvědčení o bezplatnosti veškeré péče stále relativizuje význam primární i sekundární prevence a spoléhá na to, že v případě vzniku zdravotního problému se o pacienta systémem veřejného zdravotního pojištění postará. Zde lze pochopitelně po vzoru jiných vyspělých zemí přistoupit k nastavení citlivé spoluúčasti obdobně, jako už funguje např. u doplatků na léčivé přípravky. Nezanedbatelnou roli pak musí hrát osvěta o potřebě prevence a samozřejmě i o celkovém fungování systému veřejného zdravotního pojištění. V této souvislosti nelze nezmínit provedenou kampaň Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR www.systemshop.cz zaměřenou na informace o nákladech na řešení zdravotních problémů po-



Jan Zapletal

Rozsah nároku pojištěnce je u nás regulován velmi málo a v zásadě umožňuje bez zásadních limitů uhradit i vysoce nákladnou péči.

populace.

Na konci každé debaty o změnách v systému veřejného zdravotního pojištění stojí politické rozhodnutí o jejich realizaci. Čím více podložené argumenty z diskuse takové rozhodnutí je, tím vyšší existuje pravděpodobnost úspěšného zavedení změny. Pevně věřím, že v oblasti nároku pojištěnce se bude český systém zdravotního pojištění posouvat pouze pozitivním směrem.



1. Jaké jsou výhody a nevýhody současného neostrého vymezení rozsahu bezplatné zdravotní péče?
2. Proč nemáme zákonem definovaný proces vstupu zdravotnických výkonů do úhrady z v. z. p., na rozdíl od léčiv a zdravotnických prostředků?
3. Jaké možnosti přesnějšího vymezení nároku pojištěnce se nabízejí?



*MUDr. Milan Kubek
prezident, Česká lékařská
komora*

odpovědi Milana Kubka:

1. S ohledem na překotný vývoj medicíny by jakýkoliv konkrétnější výčtový seznam zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění byl již v momentě svého vydání beznadějně zastaralý a představoval by bariéru, kvůli níž by se pacienti nedostali k nejmodernější léčbě. Vzhledem k tomu, že podobná omezení může dle rozhodnutí Ústavního soudu navíc upravovat toliko zákon, šlo by o systém nepružný a zcela nefunkční. Pacienti by se navíc snadno mohli stát rukojímí v koaličně-opozičních politických rituálních tanečcích.

2. Patrně proto, že jde o procesy mnohem složitější a o problematiku nesrovnatelně širší.

3. V úvahu připadá pouze negativní vymezení, tedy definování

toho, co pojišťovny nehradí, případně co hradí pouze zčásti.



*Ing. Ladislav Friedrich
prezident, Svaz zdravotních
pojišťoven ČR*

odpovědi Ladislava Friedricha:

1. Výhodou současného stavu je určitá flexibilita a možnost pro pacienta domoci se téměř čehokoli, co moderní lékařská věda nabízí. Jasnou nevýhodou je pak velmi problematické naplňování zákona, který má rozsah hrazené péče stanovit, ale fakticky tak nečiníme. To samozřejmě vytváří nerovný přístup pacientů k hrazené péči při individuálním či zrytkovém posuzování a odčerpává ze systému finanční zdroje na léčbu s nízkou nebo spornou nákladovou efektivností. Je to nepochybně i jeden z důvodů, proč nelze nabídnout zajímavá připojištění.

2. Protože tento stav všem aktivním účastníkům systému

vlastně vyhovuje a jeho náprava by si vyžádala značné politické náklady.

3. Typickým příkladem neochoty vytvářet bariéry byla diskuse o případném zúžení definice dle „§ 16“. Při poslední novelizaci zákona, kdy jsme zavedli nové postupy pro schvalování VILP a ORPHAN, jsme neúspěšně navrhovali, aby u léků, které takto nebyly schváleny k úhradě, nebylo možné je předepsat k úhradě ze systému veřejného zdravotního pojištění ani dle § 16.

odpovědi Miroslava Paláta:

1. To je krásná otevřená otázka a o to těžší je na ni odpovědět. Výhodou je, že svým způsobem se tato neostrá hranice může vyvíjet podle nabídky a poptávky. Ta reflektuje, za co jsou občané ochotni si zaplatit, a na druhé straně, v čem lékaři nemají zapotřebí být v systému v.z.p. a mohou se spolehnout na příjem z přímých plateb. Hovoříme zde nejdříve o ambulantní sféře. V nemocniční péči přímá platba – kromě za komfort – možná není. Ale tak je tomu ve všech rozvinutých zemích. O jemných nuancích nemocniční medicíny nemůže rozhodovat nějaký sazebník, ale komplexní rovnováha mezi potřebou pacienta, indikací a možnostmi zařízení.

Nevýhodou tohoto neostrého vymezení rozsahu bezplatné péče je, že to neustále někdo považuje za problém, na který se neustále vymýšlejí nějaká řešení. „Vymezení rozsahu“, ke kterému máme spět, je stejně pochybné jako „do-

stupnost“, což je zlaté tele české mediálně zdravotnické scény. Dostupnost máme zcela nadprůměrnou v EU, přičemž to podstatné otázky zdravotnictví neřeší.



*MUDr. Miroslav Palát, MBA
prezident, CzechMed*

2. To nevím, ale mám za to, že proces vzniku výkonů je natolik citlivá věc mezi – mnohdy zasloužilými – osobnostmi z klinického prostředí, že si s ním žádný politik, který na křesle ministra má – notabene – také klinické pozadí, nebude pálit prsty. Není poptávka.

3. Nejdříve ambulantní sféra. Mám za to, že v situaci, kdy pacient si může chodit „po systému“ dle libosti, je debata o „nároku“ nadbytečná. Pacient má nárok na cokoli, na co si usmyslí. Na druhé straně pozorujeme leckdy přbytek ambulantních specialistů, kteří si žárlivě chrání indikační omezení preskripcí, co generuje nové návštěvy. Anebo se recyklují instrumentální vyšetření přesně podle omezení frekvence tak, aby se vhodně zopakovala hned za limitem a přinesla výnos. Bez ohledu na klinický vývoj, respektive stabilitu. Ještě se k tomu vrátím. Nárok by bylo potřeba nejdříve

zúžit. Ani ne tak co do péče, ale co do volnosti pohybu. Gatekeeping se tomu někdy říká.

Co do nemocniční péče, opět mám za to, že diskuse o „nároku“ je nadbytečná. Pacient v komplexním systému péče dostane podle indikace a dalších souvislostí to, co dostat může. Jak s řízením nákladů? Inspirací může sloužit třeba švýcarský systém. Nikoli, že bychom měli tolik peněz, anebo že by byl něčím unikátní, ale měl jsem možnost se o něm před pár dny dozvědět. Podle zákona se ze zdravotního pojištění hraadí péče, která je „WZW“ (wirksam, zweckmäßig, wirtschaftlich), tedy účinná, účelná a hospodárná. Přičemž se uplatňuje tzv. princip důvěry. Důvěry v to, že se věci dějí podle WZW. Péče je hrazená systémem DRG. Když však státní dozorový a statistický úřad přijde na něco neobvyklého, může iniciovat přezkum, co se léčilo, jak a za co. A zdali jsou výše uvedené principy WZW splněny. Takový podnět může jinak podat téměř kdokoli. Státní či regionální správa, odborná veřejnost, průmysl atd. Zda bylo vše z hlediska pojištění v pořádku, se zjišťuje ex post a nikoli ex ante, vymezením nějakých limitů či nároků. Není bez zajímavosti, že co do nastavení úhrad a pravidel na další rok probíhají ve 26 kantonech separátní tarifní debaty mezi lokálními poskytovateli a sdruženími zdravotních pojišťoven. Ano, v množném čísle, protože těch sdružení je víc. Představte si pro příklad u nás dohodovací řízení 14krát.

Shrnuto, debata o stanovení nároku v tak komplexním prostředí, jakým je zdravotnictví, je nadbytečná a často dvojsečná. Nejdříve se stráví hodně času jeho určením. Při realizaci pak hodně času a energie nad tím, jak kolem něj kroužit. Jak zmíněn

příklad z ambulantní sféry. Kdyby nebyla stanovena frekvence vyšetření, muselo by se to zdůvodnit klinikou a nikoli nějakým nárokem „za tři měsíce“.



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

odpovědi Jakuba P. Hlávky:

1. Mezi výhody patří větší flexibilita poskytovat péči podle moderních standardů, která by v jiných případech musela být ostře definována a aktualizována. Mezi nevýhody patří riziko, že moderní péče bude poskytnuta jen těmi poskytovateli, kteří jsou tomu ochotni věnovat úsilí v podobě kontinuálního vzdělávání se a případných dalších investic.

2. Ačkoliv nejsem právník a v ČR jsem dlouhodobě nepůsobil, domnívám se, že je to menší flexibilitou českého právního systému a dostupnou odborností na všech úrovních veřejného sektoru ve zdravotnictví. Kromě toho jsou zdravotnické výkony často velmi specifické a jejich kvalita a účinnost se mohou lišit v zá-

vislosti na konkrétních podmínkách. Existují ale země, kde toto funguje. Např. v Německu v rámci systému zdravotního pojištění Gesetzliche Krankenversicherung jsou zdravotní výkony definovány v seznamu výkonů „Einheitlicher Bewertungsmaßstab“, který určuje, jaké výkony jsou hrazeny jakým způsobem (to se může lišit v různých spolkových zemích). Ve Francii pak v systému veřejného zdravotního pojištění Assurance Maladie jsou zdravotní výkony definovány v katalogu výkonů nazvaném „Classification Commune des Actes Médicaux“. Tento katalog stanovuje kódy a popisy jednotlivých zdravotnických výkonů, které jsou hrazeny z veřejného pojištění. V Kanadě pak existují tzv. Schedule of Medical Benefits (and Fees), které se liší mezi provinciemi a vymezují služby a úhrady za různé typy služeb a výkonů. Podobné seznamy existují např. ve Spojeném království (National schedule of NHS costs), ve Švýcarsku (Tarmed) či Austrálii (Medicare Benefits Schedule).

3. Vymezení služeb má své přednosti, jako je např. zvýšení transparentnosti a předvídatelnosti, omezení zneužívání systému či lepší prioritizace a racionalizace výdajů na zdravotnictví. Mezi nevýhody pak patří menší flexibilita a schopnost reagovat na individuální potřeby pacienta, potřeba vymezení často aktualizovat s technologickým pokrokem,

a zvýšení byrokracie a administrativní zátěže. Je otázka, v jaké podobě by se výhody a nevýhody tohoto procesu vybalancovaly v českém prostředí, které je v regulační oblasti spíše méně efektivní, ale rostoucí tlak na lepší financování zdravotnictví k tomuto možná v nějaké formě povede.



*MUDr. Lukáš Velev, MHA
ředitel, nemocnice Jihlava,
místopředseda, AČMN*

odpovědi Lukáše Veleva:

1. Asi největší „výhodou“ je dostupnost zdravotních služeb, jak místní, tak především přístupnosti. Při současném stavu primární péče je to často jediná možnost, jak se lidé dostanou často i k potřebným zdravotním službám. Nevýhodou je plošné zneužívání služeb, a to prakticky bez sankcí.

2. Na počátku transformace ze socialistického přidělového systému na v. z. p. byla tato funkce svěřena Vyhláškou 134/1998 Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, lidově „bodník“. Vedle toho existovaly, a stále existují, Kalkulační listy zdravotních výkonů, které byly dlouho „Top secret“ dokumenty zdravotních pojišťoven. Na jejich podkladě se „bodník“ aktualizuje. Z výše uvedeného plyne, že jde o velmi netransparentní proces, pravděpodobně zcela prostý, byť náznaku HTA. Trochu dat do ekonomické nákladovosti vneslo až DRG, resp. CZ DRG. Jde ale spíše o jakousi retrospektivní randomizovanou studii. Souhrnně, transparentní proces zavádění zdravotních výkonů by jistě byl přínosem. Za mne jistě přehlednější a předvídatelnější, než je tomu u léčiv a zdravotnických prostředků.

3. Pohyb pojištěnce, pacienta má a musí být především v systému řízen. Aby se ve správný čas a správnou cestou dostal ke správnému „nároku“. Už to by systém velmi zefektivnilo, za mne více než zavádění standardů a nadstandardů v dnešním systému připomínajícím švédský stůl. Prosté zavedení regulace přes peníze povede jen k větší nerovnosti systému. A k tomu, že se pacienti k potřebným a nutným službám nedostanou. V konečném důsledku se systém jen zdraží, ale nebude efektivnější.

