

V devadesátých letech minulého století skončilo centrální řízení našeho zdravotnictví, aby bylo nahrazeno systémem sdílené neodpověd-



nosti v pojišťovenském maslování. Naše pojišťovny, které měly hrát v efektivitě správy peněz pojištěnců hlavní roli, k tomu nedostaly potřebné nástroje a motivaci. Stát si ponechal ústřední místo v systému, ale před koncepční a kontrolní prací upřednostnil zájem na redistribuci prostředků a ad hoc zásahy. Prostředí, které se vyvíjelo pod taktovkou zdravotnických podnikatelů a politických zájmů, nevytvářelo tlak na efektivitu, konzervovalo historickou síť nemocnic včetně vnitřní organizace jejich chodu a nepodporovalo racionalizaci a integraci péče. Peníze z evropských fondů natekly do mašin a betonu, ale racionalitě zdravotnických investic nepomohly.

Dnešní stav, kdy už i fakultní nemocnice okoukaly od těch méně aktivních praktických doktorů roli distributorů a svými pacienty zásobují privátní zařízení v okolí, sice ještě nenarazil na finanční limity, ale dlouhodobě se potýká s personálními problémy. No a my,

místo toho, abychom po vzoru Anglosasů, Francouzů, Dánů a dalších přizpůsobili vnitřní organizaci nemocnic, jejich typologii a počet požadavků zákoníku práce, zvolili jsme jeho letité porušování.

Mladí lékaři z ČKL teď razantně vystupují proti novele, které dala možnost stávající stav zlegalizovat, ale cílí jen na její zrušení a zvýšení platů. Jejich aktivita nasvítla chronický problém a je jasné, že prosté zrušení novely nic neřeší. Moc bych si přál, aby výsledkem aktuálního rozruchu nebyli jenom stejně nevyspalí, ale o trochu bohatší doktoři, ale sdílená potřeba začít řešit příčiny stavu, a ne jeho příznaky.

Mnoho našich doktorů již prošlo západními nemocnicemi a znají jejich vnitřní strukturu a organizaci práce, vědí, jak putují pacienti systémem, ale i jak vypadá výuka a postgraduál lékařů. Což je skvělá zpráva, protože ten, kdo to se změnami bude myslet vážně, má kde získat rozumy. Nicméně k tomu, aby se racionální modernizace organizace a struktury poskytování zdravotní péče mohla uskutečnit, potřebuje mít motor ve zdravotních pojišťovnách.

Věřím, že se vývoj směřující opačným směrem podaří otočit a my zdárně dotvoříme funkční a samosprávný systém veřejného zdravotního pojištění. Po vzoru Cata staršího soudím, že cesta k efektivnímu a kvalitnímu zdravotnictví vede přes fungující zdravotní pojištění.

MUDr. Pavel Vepřek

Jakým změnám se nevyhneme ve struktuře a organizaci zdravotní péče?



Josef Veselka



Lukáš Velev



Jan Michálek

úhel pohledu

volné fórum



Milan Kubek

Michal Čarvaš



Petr Hubáček



Jitka Vojtová



Zorjan Jojko



Jan Boženský



Bruselská ohlédnutí

Eva Karásková
Léky nejsou kečup.
Nebo ano?



úhel pohledu >

prof. MUDr. Josef Veselka, CSc.

Struktura a organizace zdravotní péče v České republice:

Najdeme odvahu, když jsme ji nenašli třicet let?

Jaké jsou příčiny relativního nedostatku zdravotníků v našem zdravotnictví a proč se v našich nemocnicích tolik slouží?

Zdravotníci chybějí všude v rozvinutém světě. Sestry a ošetřovatelky/pečovatelky jsou žádané všude. Lékařů máme relativní dostatek, nejsou však adekvátně rozmístěni ani geograficky, ani oborově. Stát se chová pasivně, odborné společnosti hledí jen na svůj prospěch (prospěch svých vedení), trh vytváří pojišťovna určující smlouvy. Ve velkých nemocnicích je mnoho neefektivně pracujících lékařů. Služby a jejich organizace jsou reliktem minulosti, pro lékaře znamenají až 50 % výdělku, proto většina lékařů nebude souhlasit s jejich omezením. Ambulantní lékaři dělají často to, co je placeno, nikoliv to, co je třeba. Jsou neefektivní.

Jaké změny by prospěly struktuře naší nemocniční sítě a vnitřní organizaci práce v nemocnicích?

Klíčem je snížení počtu malých nemocnic a jejich přeměna na geriatric a následnou péči. Páteří sítě by měly představovat fakultní a krajské nemocnice, ostatní by bylo vhodné k zajištění větší efektivity privatizovat. Měla by se racionalizovat péče v Praze (5 kardiokirurgií, 7 kardiologií s příslužbou 24/7). V rámci fungování nemocnic by se lékaři měli zbavit administrativní práce a měl by se zvýšit počet ošetřovatelek.

Jaká je u nás návaznost péče mezi jejími jednotlivými úrovněmi a co by se dalo dělat lépe?

Dobrá. Překlady pacientů bez povinnosti předchozí dohody. Některé nemocnice/kliniky nepřijímají akutní pacienty a ti „putují terénem“. Je to známka špatného fungování jejich managementu.

Jak by měly změny probíhat a kdo by se na nich měl podílet?

Klíčovou osobou je předseda vlády ČR – nikdo jiný není a nebude schopen změny prosadit. Hluboká reforma zdravotnictví by musela být prioritou vlády, nikoliv jako je tomu nyní. Změny by měly zasáhnout pregraduální výuku (předměty stále stejné už 50 let), postgraduální výuku (atomizace medicíny na malé obory sloužící k vytvoření „klu-



Josef Veselka

bů“, povinné dodržování programů tréninku), podpora praktických lékařů, benefity pro ambulance v „low-people areas“, snížení počtu malých nemocnic, posílení geriatric, privatizace státních (krajských) malých a středních nemocnic, reorganizace velkých nemocnic, zavést tržní principy do zdravotních pojišťoven.

MUDr. Lukáš Velev, MHA
ředitel, Nemocnice Jihlava, místopředseda,
Rada AČMN

Bez zásadních změn to nepůjde

Ačkoli z dostupných statistik vyplývá, že v mezinárodním porovnání nemáme v přepočtu lékařů nedostatek, na řadě míst prokazatelně a citelně chybějí. Zřetelný rozdíl je mezi aglomeracemi jako Brno či Praha a oblastmi mimo ně. Za mne může být na vině i statistická chyba, neboť pracujeme s přepočtenými úvazky a do hry vstupuje i potřeba naplnit metodiky ZP. Je také zřejmé, že vlivem nerovnoměrné koncentrace poskytovatelů jsou lékaři a zdravotníci obecně nerovnoměrně rozloženi. Co je jisté a nyní jasně

vyplynulo na povrch, je fakt, že zdánlivý dostatek lékařů a hladké zajištění chodu nemocnic jsou dány velkým množstvím přesčasové práce, kterou lékaři konají. Je zjevné, že k pokrytí potřeb zajištění péče často nestačí zákonných 416 hodin přesčasů, které lze s lékaři dohodnout. Je-li průměrný objem přesčasové práce nemocničního lékaře kolem 80 hodin, je výpočet daný. Směna delší než zákonných 12 hodin je normou. Navíc zajištění nepřetržité péče je problémem jen nemocnic. Ty ji logicky zajišťují na lůžku, ale také v ambulancích. V ambulancích suplují úkoly terénních praxí, praktiků, dětských praktiků a ambulantních specialistů. LPS (lékařská pohotovostní služba) je dle zákona č. 372/2011 Sb. výrazem zajištění nepřetržité péče v ambulancích, a to jak všeobecných (PLD a LDD), tak specializovaných. Měli by se tedy na ní podílet všichni, kdo příslušnou odbornost ambulantně zajišťují.

Aktuálně nastala situace, kdy se část politické reprezentace pokusila situaci vyřešit tím, že umožní navýšení dohody o přesčasech až na 632 hodin/rok. Byla to evidentně poslední kapka v trpělivosti mladých lékařů, a nejen jich. Jakkoli asi nebyla míněna zle a snažila se legalizovat běžnou praxi, vedla k radikalizaci a výpovědi souhlasu s přesčasy u významné části lékařů. Zásadní chybou bylo, že uvedený poslanecký návrh nebyl nijak konzultován s těmi, jichž se týká.

Současná situace ve vyjednávání představitelů vlády a lékařů je názornou ukázkou toho, jak nemá probíhat krizová komunikace. Místo hledání řešení cílovou skupinou úpravy dále radikalizuje. Je přitom zcela jasné, že v současné době není jiné cesty než dohoda s těmi, kdo chodí zdravotnictví zajišťují. Obávám se, že nyní je možná jen finanční pobídka. To by ale neměl být jediný výsledek. Jinak se bude situace opakovat.

Celkově tyto strkanice a přetahování se vedou k dehonestaci práce lékařů, i obecně zdravotníků. Logicky snižují zájem mladých lidí pracovat v českém zdravotnictví. Devalvují snahu o navýšení počtu studentů LF, která se díky velkému nasazení LF a jejich pedagogů daří. Je to výsměch jejich práci. Znejistuje i studenty dalších zdravotnických oborů.

Řešení neudržitelné situace ve zdravotnictví je jednoznačně věc státu a politiky. Není jednoduché ani rychlé. Neexistuje žádný zázračný jeden krok, který by stav řešil. Jde o řadu dobře vážených a diskutovaných (!!!) opatření, která povedou k racionalizaci služeb, jistě i sítě, při zachování příjmové hladiny lékařů, zdravotníků. Je to v pořádku, mají být zaplacení za základní úvazek. Zajištění nepřetržité péče by mělo být jen objektivní nutností, povinností. Ne zdrojem výdělků. Jinak budeme na sebe neustále narážet a situace se stane neřešitelnou. Doplatí na to všichni. Vyhrají populisté, kteří to jistě využijí.

Moc bych si přál, aby spolu začaly obě strany, tedy vláda a lékaři, zdravotníci jednat. Intenzivně, nyní podle pravidel krizové komunikace a neštengrovat se (odkazují na Slovník spisovné moravštiny). Vedle zvládnutí současné krize je třeba vydiskutovat a připravit jasné kroky, které povedou k oboustranně přijatelné změně. Budou jasné garantovány.

Slovo reforma jsme historicky zprofanovali. Půjde o „akční plán pro zdravotnictví“ s horizontem 5 a 10 let, tedy dalece přesahující mandát této i příští vlády. Ale musí vzniknout. Ve shodě všech politických subjektů, jejichž je to nedělitelná odpovědnost. Musí zahrnovat ty, kdo jsou pro chod zdravotnictví nezbytní. Tedy lékaře a zdravotníky. Výsledkem musí být široká společenská dohoda zajišťující slušné podmínky pro zdravotníky, akceptovatelnou dostupnost zdravotních služeb pro občany a udržení vysoké kvality českého zdravotního systému. Pomáhej nám Bůh.



Lukáš Velev

**Zajištění nepřetržité péče
by mělo být jen objektivní
nutností, povinností.
Ne zdrojem výdělků.**

Ing. Jan Michálek
ředitel, Odbor přímo řízených organizací,
MZ ČR

Situace ve zdravotnictví a potřeba odpovědného voliče

Jaké jsou příčiny relativního nedostatku zdravotníků v našem zdravotnictví a proč se v našich nemocnicích tolik slouží?

Náš současný zdravotní systém je možné charakterizovat, samozřejmě velmi zjednodušeně, jako všechno všem všude, a to formou „*all you can eat*“. Slovem **všechno** mám na mysli, že nárok pojištěnce je opravdu velmi široký, bez nějakých (větších) omezení. Listina základních práv a svobod definuje bezplatnou zdravotní péči (za podmínek daných zákonem) jako základní právo všech občanů. Zákon o veřejném zdravotním pojištění potom stanovuje, že hrazenou službou je v zásadě vše, co je účelné pro daného pojištěnce, odpovídá poznatkům vědy a existují pro to důkazy. A kdyby to nestačilo, § 16 tohoto zákona stanoví, že pojišťovna hraď i zdravotní služby jinak nehrazené, pokud je to jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.

Všem znamená, že vstup do našeho systému veřejného zdravotního pojištění není omezen, v zásadě do něj vstoupí každá osoba, která zde má trvalý pobyt nebo legálně pracuje. Zároveň nárok na hrazené služby není podmíněn úhradou zdravotního pojištění – i ten, kdo neplatí (nebo za něj není placeno) zdravotní pojištění, může čerpat péči.

Všude znamená, že síť poskytovatelů je v České republice velmi hustá, a to včetně akutní lůžkové péče. Zároveň platí, že očekávání české veřejnosti jsou ve věci místní dostupnosti péče velmi vysoká a případné uzavření jakékoli nemocnice budí velké emoce.

Formou **all you can eat** chci vyjádřit, že čerpání péče, její intenzita či frekvence nejsou nijak omezeny. Rozhodne-li se pacient, že bude chodit například každý týden k ortopedovi (či ještě lépe pokaždé k jinému ortopedovi), systém mu v tom nijak nezabrání. Zároveň to znamená, že péči má pojištěnec předplacenou zdravotním pojištěním, ale čerpat ji může bez jakýchkoli omezení, do té míry, do které mu ji jsou poskytovatelé schopni poskytovat. Zároveň si pojištěnec může vybrat, zda se svými obtížemi půjde k praktickému lékaři, ambulanci specialistovi nebo do am-

bulance v nemocnici. Žádnými pravidly není v rámci systému nikam povinně směřován.

Otázku relativního nedostatku personálu nelze vyřešit odkazem na to, že náš počet lékařů a jiného zdravotnického personálu na 100 000 obyvatel patří v rámci Evropy spíše k těm vyšším, pohybujeme se v kvadrantu „nadprůměr lékařů, nadprůměr sester“. Nicméně relativní vyšší



Jan Michálek

počet musíme vždy vztahovat k podobě zdravotního systému, který u nás máme. Náš počet lékařů (a ostatního zdravotnického personálu) musí pokrýt: 1) širokou síť poskytovatelů akutní lůžkové péče, 2) vysoký počet kontaktů našich pacientů se zdravotním systémem, 3) systém, kde pacient není nikam směřován a čerpá péči v zásadě dle svého uvážení, 4) systém, kde neexistuje účinná brzda pro zbytečná nebo duplicitní vyšetření, a do toho všeho musí stačit na naši stárnoucí a poměrně nemocnou populaci.

A zdá se, že počet zdravotníků na pokrytí všech výše uvedených potřeb nestačí. Respektive při současné efektivitě může současný počet zdravotníků pokrývat potřeby systému pouze s vysokým využitím přesčasové práce.

Jaké změny by prospěly struktuře naší nemocniční sítě a vnitřní organizaci práce v nemocnicích?

Z mého pohledu by nejvíce pomohlo nastavit pravidla pro to, jak má pacient systémem procházet. Podmínkou jakéhokoli systému určujícího pravidla průchodu pacienta systémem je však funkční a dostatečně robustní primární péče. Máme tedy před sebou ještě mnoho práce. Za předpokladu funkční primární péče a efektivního fungování sítě ambulantních specialistů by se výrazně ulevilo našim nemocnicím, kam pacienti často chodí, protože jde o pro ně nejdostupnější zdravotnické zařízení. Další možnosti

je výrazně větší zapojení zdravotních pojišťoven do organizace péče pro své pojištěnce. Podmínkou je, aby zdravotní pojišťovny měly možnost své pojištěnce k optimálnímu chování motivovat.

Uvelet přetíženým nemocnicím také může rozvoj telemedicíny, domácí péče a jednodenní chirurgie, které se v posledních letech dostalo velké podpory.

Co se týče vnitřní struktury péče v nemocnicích, v posledních letech se opravdu velmi rozvíjejí urgentní příjmy. V některých nemocnicích mají podobu skutečně centrálního příjmového místa jak pro pacienty v ohrožení života, tak pro všechny přicházející pacienty s různými obtížemi. Někde mají spíše formu více či méně rozšířené pohotovosti. Návaznost péče na těchto pracovištích a ambulantního terénu by mohla výrazně prospět jak pacientům, tak systému. S dalším rozvojem jednodenní chirurgie, který je v současné době úhradově podporován, také dojde k optimalizaci vnitřní struktury nemocnic. Některé nemocnice by se mohly transformovat a výrazněji zaměřit na jednodenní chirurgii a ambulantní provoz a lůžkové kapacity by mohly saturovat potřebu po následné péči, která v mnoha regionech výrazně chybí.

Jaká je u nás návaznost péče mezi jejími jednotlivými úrovněmi a co by se dalo dělat lépe?

Návaznost se liší podle závažnosti stavu pacienta. Pokud je pacient opravdu nemocný, návaznost funguje většinou velmi dobře, i když i zde jsou samozřejmě rezervy. V této oblasti se ještě více musí prohloubit standardizace postupů, musejí být definovány indikátory kvality a nastaven systém jejich vyhodnocování. Méně si náš systém umí poradit s pacienty, kteří mají spíše běžnější obtíže, nebo zatím nebyla zjištěna příčina jejich potíží. Tam se skutečně může stát, že pacient metodou pokus-omyl hledá lékaře, který by mu pomohl. Zároveň neexistují pevná pravidla pro referování pacientů k vyššímu stupni péče. Pokud například ambulantní specialista indikuje pacienta k operaci, napíše mu lékařskou zprávu, ve které sdělí svůj závěr, dá ji do rukou pacientovi a popřeje mu hodně štěstí.

tí. Zde vidím velký prostor pro roli zdravotních pojišťoven. Podmínkou je zavedení tzv. trojcestné žádanky a její rozšíření na co nejvíce variant situace, kdy lékař pacienta posílá k dalšímu vyšetření či ošetření. Je klíčové, aby tyto informace měla zdravotní pojišťovna co nejdříve a mohla sledovat, jak jsou potřeby jejích pojištěnců sítí smluvních poskytovatelů uspokojovány.

K posunu v oblasti návaznosti péče je naprosto klíčový funkční eHealth. Pokud u léků již zvládneme sledovat lékovou historii každého pacienta, bylo by nesmírně užitečné umět sledovat i historii konkrétních vyšetření pacienta a jejich výsledků. Naprostý základ by měly být zobrazovací metody a laboratorní výsledky. Tedy každý lékař, který bude mít pacienta v péči, by měl mít přístup k jeho historickým výsledkům vyšetření.

Jak by měly změny probíhat a kdo by se na nich měl podílet?

Na změnách se musí podílet hlavně občan – volič. Ten především si musí uvědomit, že současný systém je dlouhodobě neudržitelný. „Na zdravotnictví“ se dají velice snadno prohrát volby. Vyhrát (což je opak prohrát, neboť volby jsou vždy hrou s nulovým součtem) se zatím podařilo pouze s negativně vymezeným zdravotnickým programem – „zabráníme ...“, „nedovolíme ...“, „zachováme ...“. A to se musí změnit. V současné době máme mnoho informací o systémech zdravotnictví v různých zemích, existují organizace, které je systematicky mapují. Máme mnoho odborníků na ministerstvech, v nemocnicích, v neziskovém sektoru, i mnoho lidí, pro které je organizace zdravotnictví jejich akademickým zájmem. Klíčem ale je, aby si nutnost změny uvědomil volič.

Potom můžeme směřovat k dokonalému systému zdravotnictví, kde péče bude efektivně poskytována v optimálně geograficky rozložené síti poskytovatelů, vždy na té úrovni péče, která odpovídá povaze onemocnění, dobře zaplacenými, nepřetěžovanými zdravotníky, pacientům, kteří péči skutečně potřebují, za úhrady, které umožní pokrytí efektivně vynaložených nákladů a zároveň motivují poskytovatele k žádoucímu chování.

1. *Jaké jsou příčiny relativního nedostatku zdravotníků v našem zdravotnictví a proč se v našich nemocnicích tolik slouží?*
2. *Jaké změny by prospěly struktuře naší nemocniční sítě a vnitřní organizaci práce v nemocnicích?*
3. *Jaká je u nás návaznost péče mezi jejími jednotlivými úrovněmi a co by se dalo dělat lépe?*



*Ing. Michal Čarvaš, MBA
předseda, Asociace českých
a moravských nemocnic;
předseda představenstva,
Nemocnice Prachatice, a. s.;
člen představenstva, Jihočeské
nemocnice, a. s.*

odpovědi Michala Čarvaše:

1. Relativní nedostatek zdravotníků pociťují poskytovatelé zdravotních služeb dlouhodobě. Na trhu práce není dostatek zájemců o práci. Náhrada těch, kdo odcházejí do důchodu, a těch, kdo do systému přicházejí, není v rovnováze. Pro nahrazení staršího zkušeného atestovaného lékaře potřebujete přijmout 2 až 3 mladé lékaře. Liší se představy nové generace o trávení času v práci nad rámec sjednaného úvazku. Takže je třeba se zamyslet, jak přizpůsobit systém novým pohledům mladé generace, aby práce pro

ni byla zajímavá, ale dala se skloubit s osobním životem, cestováním a dalšími možnostmi, které dnešní doba nabízí. Navíc na LF sice studuje více studentů, ale podíl cizinců je vysoký a část z nich logicky nezůstává na českém trhu práce.

Proč se v našich nemocnicích tolik slouží? V našich nemocnicích se tolik slouží, protože nikdo jiný neposkytuje péči 24/7/365. Nemyslím si, že by management držel ve službách více personálu, než je třeba, neboť si přiznejme, že je to velmi drahé a často ztrátové. Primární péče se o pacienta bohužel nepostará o víkendy ani po pracovní době (až na světlé výjimky) a vláda, MZ, kraje ani zdravotní pojišťovny ji k tomu nemají sílu ani chuť donutit.

2. Volání po změnách ve struktuře sítě podle mého názoru a zkušenosti není všespásné řešení. Ba naopak. Pokud zrušíme několik menších nemocnic a budeme se snažit je přeměnit na následnou péči, pak nedojde k žádanému přesunu lékařů do jiných nemocnic. Část zůstane v ambulančních nemocnicích, část si otevře vlastní soukromé praxe a část půjde do důchodu. Naproti tomu bude stát delší fronta pacientů v sousední nemocnici, kteří budou čekat na ošetření, budou čekat na urgentech nebo budou dovezeni ZZS, tedy zátěž pro zdravotníky v těch spádových nemocnicích v síti bude vyšší. Pokud zrušíme

jednu FN v Brně a jednu v Praze, dostupnost péče se nezhorší tolik, jako když zrušíme několik nemocnic v příhraničí, ale lékaři se podobně rozutečou do soukromých ambulancí, řetězců a podobně. Řada lékařů už dnes má více úvazků, kromě nemocnice i soukromou ambulanci, ZZS, lékařskou fakultu atd., nelze tedy říci, že platí rovnice – máme málo lékařů = máme moc nemocnic. Lze se na to podívat i z druhé strany – máme málo lékařů = máme moc pacientů. Je třeba si říci, že problém je ve zneužívání akutní péče zejména o službách a víkendech. Více než polovina pacientů chodí s chronickými potížemi, bez využití primární péče. Je tedy třeba jasně vymezit cestu pacienta systémem, odpovědnosti i možnosti, jak na straně pacienta, tak na straně primární péče i nemocnic. Bez regulačních poplatků či podobných stimulů se podle mého názoru neobejdeme.

3. Určitě vždy jde dělat řadu věcí lépe. Tam, kde funguje komunikace a kde se třeba primární péče podílí na službách LPS či na urgentu v nemocnici, tak existuje větší porozumění a vzájemná spolupráce mezi oběma úrovněmi. V řadě případů si lze lépe předat informace, elektronicky místo papírů, sdělit si osobně další postup u komplikovaného pacienta při předávání do další péče. K tomu ale obě strany musejí

mít prostor, čas a chuť, proto by bylo třeba část administrativních úkonů, které podle legislativy musí dělat lékař, ale běžně za něj v praxi vyřizuje sestra, převést na administrativního nelékařského pracovníka, který lékařům i sestřám pomůže, odlehčí jim a nechá je dělat jejich kvalifikovanou práci. Je třeba ale zbourat zažitá stereotypy a postupy. Rozhodně jsem pro postup evolucí, nikoli revolucí.



*MUDr. Milan Kubek
prezident, Česká lékařská
komora*

odpovědi Milana Kubka:

1. Nedostatek zdravotníků minimálně v případě zdravotních sester a lékařů není relativní, ale absolutní. Vážnost problému navíc umocňuje stále se zvyšující průměrný věk pracujících lékařů. V případě praktických lékařů je průměrný věk 54 let, přičemž 30 % ordinujících praktiků je starších 65 let. U praktických pediatrů, či spíše dětských lékařek, je průměrný věk dokonce 56 let a starších než 65 let jich je celá jedna třetina. V našich nemocnicích se tolik slouží proto, že naši lidé

jsou hodně nemocní. Poté, co došlo k faktickému rozpadu pohotovostních služeb primární péče, které zajišťovali praktičtí lékaři a pediatri, samozřejmě nezmizela poptávka po těchto službách. Lidé jsou nemocní stále a pacienti potřebují lékařskou pomoc nejenom 6–8 hodin denně, ale také v noci, o víkendy i ve svátky. Když nemohou nalézt pomoc u svého praktického lékaře a jeho kolegů, hledají pomoc na přeplávaných centrálních příjmech v nemocnicích. Případně se tam ještě nechají odvážet vozidly zdravotnické záchranné služby.

Chtěl bych zdůraznit, že služby v nemocnicích v žádném případě neznamenají automaticky přesčasovou práci. Přesčasy by měly zůstat něčím mimořádným. Když chirurgové nedokončí operaci před koncem své pracovní doby a samozřejmě operují dál, pak je to přesčasová práce, za kterou musejí dostat zapláceno. Stavět však systém plánovaných pohotovostních služeb na přesčasech, to je nesmysl. Poté, co lékař odpracoval běžnou pracovní směnu a drží pohotovost až do druhého rána, aby svým kolegům podal hlášení, předal pacienty a šel domů, tedy poté, co odpracuje 24 hodin, musejí následovat v průměru minimálně dva volné dny. Myslím, že proti takovému režimu, který bývá v civilizovaných zemích obvyklý, by ani kolegové a kolegyně v našich nemocnicích neprotestovali, pokud by samozřejmě měli zajištěny důstojné mzdy a platy za základní pracovní dobu. Být ekonomicky závislý na přesčasech, tedy v podstatě na druhém zaměstnání, to přece není normální.

2. Počet nemocnic na počet obyvatel u nás v zásadě odpovídá

obdobným počtům v sousedním Německu nebo Rakousku. Síť rozhodně není s ohledem na zdravotní stav a potřeby obyvatel nijak předimenzovaná a odpovídá naší tradici. Během epidemie nemoci Covid-19 praskaly nemocnice ve švech a ukázalo se, jak důležité bylo, že se různým „reformátorům“ nepodařilo počty lůžek a nemocnic redukovat. Za chybnou považují spíše strukturu nemocničních lůžek, kdy naše zdravotnictví trpí zoufalým nedostatkem lůžek následně a dlouhodobě péče.

Z pohledu lékaře je problém do oblundných rozměrů narůstající administrativa a s ní spojený formalismus naší práce. Digitalizace, která by nám měla šetřit čas, abychom se mohli více věnovat svým pacientům, zatím přináší vesměs pravý opak. Zase jen další zbytečnosti zdržující nás od odborné práce. Řešení spadá v aplikaci tržního principu. Práce lékaře musí být tak drahá, aby mu žádný zaměstnavatel nedovolil dělat nic jiného než léčit pacienty, tedy to, kde ho nemůže nikdo nahradit. Veškerý ten administrativní balast by nám měl zajišťovat servisní tým asistentů a asistentek. Dokud bude hodinová cena lékařské práce tak žalostná jako nyní, nic se nezmění na tom, že zejména mladé lékařky budou lékaři dělat v nemocnicích „poskoky“. Věřím, že v rámci akce „Lékaři jsou jenom lidi“ vyhlášené Sekcí mladých lékařů ČLK se nám pracovní podmínky v nemocnicích změnit podaří.

3. Rezervy spadá v tom, že nemocnice v rámci regionů málo spolupracují, a naopak si nesmyslně konkurují. Jsou pod tlakem, aby prováděly co nejvíce výkonů v co nejširším spektru lékařských oborů. To je

samozřejmě extrémně náročné na počet kvalifikovaných lékařů a zdravotníků. Každá nemocnice se snaží udržet si své místo na trhu zdravotnických služeb tím, že se snaží zajišťovat všechno. To je nesmysl. Kdyby zdravotnictví někdo řídil, motivoval by naopak nemocnice k tomu, aby se více specializovaly a při péči o své pacienty navzájem spolupracovaly.



*MUDr. Jitka Vojtová, MBA,
zdravotní ředitelka, OZP*

odpovědi Jitky Vojtové:

1. Použít se do polemiky, jestli je nedostatek zdravotnických pracovníků skutečně relativní nebo absolutní, nebudu, zastávám totiž názor, že české zdravotnictví je ve srovnání se zeměmi Evropské unie na velmi dobré úrovni, a to samo tedy absolutní nedostatek téměř vylučuje. Ani toto hodnocení ale neznamená, že si neuvědomuji i jeho zádrhele a nedostatky, ať už nahlíženo z pohledu plátce, pacienta, nebo lékaře.

Příčin relativního nedostatku zdravotníků je více a konečný výčet by jen těžko byl konsenzuální. Nepochybně se

budou různit významem a rozsahem i u jednotlivých skupin zdravotnických pracovníků, ale mnohé jsou společné všem kategoriím. Bez nároku na řazení příčin podle závažnosti bych začala u vzdělávání – zejména u lékařů může být jedním z negativně působících faktorů změna, resp. opakované změny atestační přípravy v relativně krátkém časovém úseku. S vědomím, že za těmito změnami stojí i zesouladnění našeho systému s evropskými standardy, je faktem, že vnímaná nestabilita postgraduálního vzdělávání není zrovna motivačním prvkem. Podobné zvraty postihly i vzdělávací systém nelékařských zdravotnických pracovníků.

Hodně diskutované je v této souvislosti samozřejmě i finanční ohodnocení lékařů (zejména těch začínajících).

Za zmínku v této souvislosti stojí i působení vyhlášky č. 92/2012 Sb. (tzv. personální vyhláška), která se může v určitých ohledech jevit jako předimenzovaná. Demografický vývoj jako příčinu nedostatku zdravotnických pracovníků asi netřeba rozebírat, tento faktor se již stal obecně známým.

Na druhou část otázky, proč se v našich nemocnicích tolik slouží, se odpovídá ještě hůře – nepřetržitý provoz, což akutní lůžková péče je, má personální nároky, stanovené příslušnými předpisy. Tím, co by mohlo být ovlivnitelné, je organizace péče a s tím související účelné rozdělení kompetencí a racionální průchod pacienta systémem.

2. Změny by měly přijít zejména v oblastech zavádění kvalitativních měřitelných parametrů a ukazatelů do systému péče, a to i ve smyslu centralizace (organizační a finanční),

i když ani ta není jistě samospasitelná. Zde je třeba zdůrazňovat, že musí dojít ke shodě na kritériích mezi poskytovateli, plátcí a medicínskými odborníky. S tím jistě souvisí i potřeba již zmíněného řízení průchodu pacienta systémem, zajištění její návaznosti a racionálnosti.

Pokud zaznamenáváme nejen demograficky tažený úbytek zdravotnických pracovníků, bude nesporně třeba se zaměřit na efektivitu využití kapacit a lidských zdrojů i za použití elektronizace, digitalizace a v budoucnu i telemedicíny. Zavedení těchto prvků pak bude mít i vliv na strukturu nemocniční sítě. Nelze pominout ani nutnost větší účasti pacienta a jeho vyšší motivaci v péči o své zdraví a o prevenci.

3. Návazná péče dle své definice agreguje obory péče bezprostředně předcházející nebo přímo navazující na péči vysoce specializovanou. Pro tento systém jsou vypracovány standardy, doporučení, pravidla, podmínky atd., tj. po formální stránce je tato péče vypracována, nicméně v praxi ne vždy funguje optimálně. Svou roli sehraává i lidský faktor – nerespektování jak ze strany zdravotníka, tak i ze strany pacienta. Prospěšná by byla důslednější kontrola kvality péče podle konsenzuálně nastavených pravidel a s tím v budoucnu možné nastavení úhrad za kvalitu a výsledek poskytnutých služeb v celé jejich komplexnosti. S tím souvisí i zmíněný management zdravotní péče. Důraz musí být kladen i na edukaci pacientů o možnostech veřejného zdravotního systému, o jejich právech, ale zároveň i povinnostech, jak jsou ostatně již dnes zakotveny v zákoně č. 48/1997 Sb.



*MUDr. Petr Hubáček, MBA, LL.M.,
místopředseda představenstva,
Domažlická nemocnice, a. s.,
Klatovská nemocnice, a. s., Roky-
canská nemocnice, a. s., Stodská
nemocnice, a. s.; místopředseda
rady jednatelů, Nemocnice ná-
sledné péče Svatá Anna, s. r. o.*

odpovědi Petra Hubáčka:

1. V ČR není nedostatek lékařů (4/100 tis. obyv. vs. Evropa 3–3,5/100 tis. obyv.), v ČR je jejich nedostatek ve vztahu k lokalitě. Rezerva je samozřejmě i v množství uzavřených smluv zdravotních pojišťoven s terénními specialisty v určitých regionech.

V rámci lůžkových zdravotnických zařízení pociťují nedostatek lékařů především regionální nemocnice, které nemohou nabídnout multioborové a vysoce specializované vzdělávání jako fakultní nemocnice. Mladí lékaři hledají po promoci akreditovaná pracoviště. Když je naleznou v menší nemocnici, nesetkávají se ale s možnostmi společensko-kulturního vyžití, na jaké byli zvyklí při studiu ve velkém městě. Dnešní lékaři generace Z hledají kromě lukrativního stabilního zaměstnání

i volnočasové aktivity, dostatek prostoru pro cestování, osobní život, zábavu. Nehledají desítky hodin přesčasů vynucených personální situací na pracovišti. Chtějí se vzdělávat v adekvátním čase a za adekvátní odměnu. Nehledají ani stipendia, nechtějí se vázat kvalifikačními dohodami. A toto jim nabídne většinou velká nemocnice. Po specializačním vzdělávání a složení atestace řada lékařů hledá příležitosti se uchytit v terénu. Ordinační hodiny od pondělí do pátku, žádné služby za relativně přijatelnou odměnu. Vypadá to dnes tak, že v nemocnicích zůstávají opravdoví srdcaři medicíny.

Proč se v našich nemocnicích tolik slouží? Neexistuje v dnešní době bohužel ideální model na zajištění ústavní pohotovostní služby. Managementy nemocnic mají obtížné postavení ve vyjednávání a hledání řešení pro služby. Problémem je trh práce v daném regionu. Ale není cesta v efektivnosti a redukci sloužících lékařů? Je třeba opravdu ve službě mít fyzicky na jednom pracovišti několik specialistů současně? Je třeba, aby jednu akutní ambulanci v noci pokrývali např. dva lékaři? Zavedení směnného nebo modifikovaného režimu nastiňuje v tomto směru jakési řešení. Ano, otázkou je opět trh práce a novela zákoníku práce. Nelze žít neustále v podmiňovacím způsobu pracovního života typu „mělo by se, chtělo by to“. První krok je potřeba udělat.

V ČR je nedostatek sester. Proč? Nahrála tomu změna v systému jejich vzdělávání v roce 2004, kdy se působnost středních škol začala přesouvat na vysoké, resp. vyšší odborné školy. Budoucí všeobecná sestra má před sebou 6–7 let

studia. Po absolutoriu střední zdravotnické školy, která dříve produkovala všeobecné sestry, nemá praktická sestra skoro žádné kompetence, které měla její kolegyně, jež ukončila vzdělání před rokem 2004. V tu chvíli praktické sestry začaly dál studovat a do praxe se jich analogicky zapojilo samozřejmě méně. Finanční ohodnocení zdravotních sester bylo vždy vysoce podhodnocené ve vztahu k činnosti, které provádějí, ve vztahu k odpovědnosti, stresu, obav z konfliktu, omezení rodinného života apod. V roce 2004 vznikl problém, který si řada ministrů zdravotnictví uvědomila a veřejně přislíbila změnu ve vzdělávání sester. Možná i kvůli vysoké fluktuaci na postu ministra zdravotnictví a politickému boji, který je často bohužel veden na poli zdravotnictví, zůstává i skoro po 20 letech jen u slibů.

2. Viz výše v oblasti personálního zajištění služeb. V ČR není nedostatek nemocnic. Zamysleme se nad jejich statutem, nad jejich poskytováním zdravotních služeb. Potřebujeme specializované oddělení např. každých 30 km od sebe? Není výhodnější nemocnice spíše specializovat pro ten či onen medicínský obor a netříštit péči v regionech na několik pracovišť? Dostupnost nemocnic poskytujících akutní zdravotní péči je v ČR nadstandardní ve srovnání s Evropou. A mimochodem – potřebujeme vůbec mít necelých 200 nemocnic? Zdravotnictví je dlouhá léta palčivý problém s nestabilním vedením – střídání politických stran ve vládě, střídání ministrů atd. Jakékoliv změny, ač některými vyhodnocené jako restriktivní, nejsou populistické, a s každým obdobím voleb

se objeví nová koncepce, nový návrh metodik. Ideálním krokem ke stabilitě a prosperitě je apolitické zdravotnictví.

3. Zdravotní návazná péče – v návaznosti na vysoce specializovanou nebo bezprostředně na ni navazující – je u nás funkční. Avšak nikoliv ideální. Je potřeba změn, především v primární péči. Trendem dnešní doby je obcházení primární péče klienty a požadování této v nemocnicích. Proč? Pomalu kritický nedostatek VPL, PLDD a specialistů (gynekologů, stomatologů) v terénu. Samozřejmě v každém regionu je situace odlišná. U praktických lékařů pro dospělé, děti i dorost se zvyšuje věk, mladí lékaři i přes benefity poskytované zdravotními pojišťovnami, kraji apod. se na pozice nehrnou. Starší kolegyně a kolegové v důchodovém věku jsou nuceni díky své odpovědnosti a loajalitě vůči svým klientům nadále provozovat své praxe i na úkor svého odpočinku. Mladých se nedostává. Reforma primární péče měla probíhat v letech 2021–2030. Měla. V pohraničí a odloučených regionech jsou stovky dětí, které nemají svého praktického lékaře. Kam chodí? Do nemocnic. Na urgentní příjmy, jejichž koncepce jakožto plnohodnotných pracovišť poskytujících akutní péči v nemocnicích vznikla již v roce 2004. Návazná péče po vysoce specializované péči také není ideální. Je třeba více lůžek následné rehabilitační péče v regionech, kam jsou odesíláni k doléčení nemocní po výkonech nebo léčbě v centrech či vyšších pracovištích. Samostatným řešením je i posílení kompetencí lékařů v primární péči, progresivnější elektronizace zdravotnické dokumentace i za využití do-

tačních programů, vzdělávání zdravotnického personálu.



*MUDr. Jan Boženský
primář, dětské oddělení,
Nemocnice AGEL Ostrava-
Vítkovice*

odpovědi Jana Boženského:

1. České zdravotnictví je jako luxusní resort s ultra all inclusive programem, kde můžeme konzumovat nejen cokoli, ale také kdykoliv chceme. Problém je, že pokud máme v resortu zaplacenou jen snídani, tak nás na konci dovolené čeká nemalý účet. Ten nesmyslně liberální přístup k poskytování veškeré zdravotní péče pak vede k neefektivnímu čerpání péče a k nadměrnému zatížení zdravotnického personálu. To je také jeden z důvodů, proč jsou služby v nemocnicích spíše druhou nebo třetí pracovní směnou a neslouží jen k poskytování neodkladné péče. Proto máme (nebo musíme mít) tolik lékařů ve službách, protože se tento systém jinak „obsloužit“ nedá. Bohužel je to systém velmi drahý a neefektivní. Nejde jen o cenu za hodinu práce lékaře, ale také o smysl takto poskytované péče.

2. Počet akutních lůžek je v ČR velmi vysoký. Ale pouhá jejich redukce problém našeho zdravotnictví nevyřeší. Je potřeba nejen snížit počet akutních lůžek či celých nemocnic, ale také zároveň vybudovat systém komplexní následné péče, který sníží potřebu akutních lůžek v nemocnicích. Zároveň je potřeba omezit dostupnost neakutní péče v odpoledních a nočních hodinách, a také zavést tolik kritizované regulační poplatky. Přiměřené limity těchto poplatků pro chronicky nemocné, důchodce či děti pak jistě zachovají sociální rozměr našeho zdravotnictví. Stávající roční limit na léky pro důchodce ve výši deseti jejich měsíčního příjmu by jistě mohl sloužit jako dobrý příklad, jak ochránit nejzranitelnější skupiny obyvatel. Aktuální bezpoplatkový model je dle mého názoru spíše asociální a otevírá široké možnosti pro jistou formu neoficiální finanční spolupráce, kterou si ale mohou dovolit jen ti bohatí.

3. Nemožnost sdílet výsledky provedených vyšetření, předepsaných léků a pomůcek pak často vede k jejich zbytečnému opakování a množství vrácených prošlých léků do lékáren svědčí o jejich neracionálním využívání. Zdravotní péče je často nadužívána a nadměrná preskripce léků může být v některých případech pro pacienta nevhodná, či dokonce životu nebezpečná. Chybí stanovení rozsahu racionální a zároveň medicínsky správné péče, kde nebude pojišťovnou hrazena péče běžného nachlazení či zvýšené žaludeční acidity, ale naopak bude dostatek prostředků na terapii nákladnou, kterou si většina obyvatel nemůže dovolit zaplatit ze svého. Toto je

role Ministerstva zdravotnictví a jednotlivých zdravotních pojišťoven, aby stanovily jasná pravidla při poskytování zdravotní péče nejen jejím poskytovatelům, ale i pacientům.



MUDr. Zorjan Jojka, předseda, Sdružení ambulantních specialistů ČR

odpovědi Zorjana Jojka:

1. Myslím, že těch faktorů je celá řada, zkusím vyjmenovat jen některé, snad významné:

– Na začátku je malý počet českých (česky mluvících) studentů.

– Jde o těžkou práci s neodpovídajícím finančním ohodnocením. Projevuje se to např. u sester, které ve vysokém procentu poté, co ukončí VŠ, nejdou do zdravotnictví nebo z něj později utíkají, ale i u lékařů, kteří na rozdíl od svých kamarádů z jiných oborů by se bez služeb nebo různých nadúvazků na jiných než svých kmenových pracovištích jen obtížně užívali, resp. jejich příjem ze základní pracovní doby je ve vztahu k je-

jich vzdělání a míře zátěže neúměrně nízký.

– Chybí jakákoli jasná centrální organizační struktura, tj. každý aktér si v systému dělá, co chce. Pacient si jde, kam chce, a čerpá někdy i zbytečnou péči, nemocnice již zdaleka nejsou jen lůžkovými zařízeními, vyšší typy pracovišť dělají i jednodušší výkony bez ohledu na výši nákladů na tuto práci, lékaři jsou nedostatečně motivováni věnovat se práci na jednom pracovišti.

– Není kvalitně stanovena síť pracovišť, která by měla mít hrazenou pohotovostní službu. Např. v případě LPS nejsou výjimkou kraje, kde jich je tolik, že do nich nemohou sehnat lékaře, přičemž jejichž stávající počet by v jiném (i stejně velkém) kraji tuto službu bohatě vykryl.

2. Ačkoli jde v rámci postcovidového období za kacířskou myšlenku, myslím, že v první řadě by mělo být rozhodnuto, zda celkový počet nemocnic u nás je správný, nebo jestli jich přeje jen není moc. Následně by měly být stratifikovány do kategorií, z nichž by plynulo, jaké poskytují služby. Vysoce specializovaná péče by měla být koncentrována do center, která by ale měla mít zakázané běžné výkony, jejichž provedení na pracovišti nižšího typu vyjde při stejné (nebo v rámci vyšší frekvence, a tedy zkušenosti s danou prací vyšší) kvalitě podstatně levněji.

Jednodušší, ale častější výkony by měly být prováděny v nižších kategoriích nemocnic, které ale jsou pacientům blíž.

Co lze udělat ambulantně nebo v rámci jednodenní péče,

by nesmělo být provedeno za hospitalizace (samozřejmě vyjma řešení nečekaných komplikací).

Revizí počtu by měly projít ambulance v nemocnicích. Zůstat by měly příjmové, pohotovostní a ty, které se zabývají vysoce specializovanou činností či v populaci málo čtenými nemocemi (např. porfyriemi), všechny ostatní by měly u lůžek fungovat jen v případě jejich nedostatečného počtu terénních ambulancí v okolí, které jsou blíže bydlištěm pacientů.

Úhradové mechanismy v nemocnicích by měly být nastaveny tak, aby se nemocnici lůžková péče vyplácela, tj. aby nemusely otvírat ambulance jen z finančních důvodů.

Toto by, myslím, měly být cesty, jak získat volnou kapacitu zdravotníků pro opravdu lůžkovou péči. A tito lidé musejí být na těch lůžkách kvalitně zapláceni. Aby odpoledne zbytečně neutíkali jinam za účelem přivýdělku.

3. Myslím, že návaznost péče v ČR funguje dobře. Co si ale asi zaslouží zlepšení, je zkvalitnění toku informací mezi poskytovateli. Jednak v tom smyslu, že všichni v daném regionu by měli mít možnost lehce se seznámit s obsahem péče ostatních poskytovatelů, kteří by mohli pomoci v péči o jejich pacienty. A jednak zkvalitnění, tj. zjednodušení a zrychlení komunikace mezi poskytovateli starajícími se o stejné pacienty. Věřím, že v tomto hodně pomůže elektronizace. Tedy pokud půjde touto cestou, nikoli snahou jen o maximální shromažďování dat do nepřehledných cloudů.

Bruselská ohlédnutí

Mgr. Eva Karásková
Healthcare Policy & Communication Lead
MSD Czech Republic

Léky nejsou kečup. Nebo ano?

Cesta do pekla je dlážděna dobrými úmysly, říká známé rčení. Mně se vybavilo při čtení obsáhlého návrhu reformy evropské lékové legislativy, která po dlouhých 20 letech zásadně novelizuje pravidla pro registraci léků, fungování vnitřního trhu EU a systém pobídek a motivací pro výzkum a vývoj nových léků.

Pokud jste o tzv. farmaceutickém balíčku z letošního dubna ještě neslyšeli, tak vězte, že je to věc, která aktuálně hýbe unijním zdravotnicko-farmaceutickým světem, vyvolává vášnivé diskuse a do popředí politického zájmu dostává témata, jako je ne/dostatek některých léků, jejich ceny, zajištění soběstačnosti Evropy ve výrobě léků atd.

Každý občan kteréhokoli členskému státu EU má právo na moderní, bezpečné a cenově i fyzicky dostupné léky, říká k tomu eurokomisařka pro zdraví Stella Kyriakidesová a svá slova opírá o nepochybnelná fakta. V letošním lednu se ze 168 inovativních léků zaregistrovaných v EU mezi lety 2018 a 2022 mohli pacienti v Německu dostat ke 147 z nich, v ČR k 99 a na Slovensku k 26. To jsou závratné rozdíly a komisařka to chce změnit. Zároveň by ráda podpořila výzkum a vývoj léků nových, především tam, kde žádná terapie neexistuje, zvýšila konkurenceschopnost evropského farmaceutického průmyslu, resp. snížila jeho prohlubující se zaostávání za USA, Japonskem a Čínou, a tím přispěla k posílení odolnosti evropské ekonomiky obecně.

Farmaceutický balíček připomíná pověstný cukr a bič. Ve zkratce lze říci, že za sadu výhod a motivací primárně z oblasti ochrany práv duševního vlastnictví ukládají nová pravidla výrobcům léků, resp. držitelům registrace, povinnost uvádět léky na trh a dodávat je ve všech zemích EU do dvou let od jejich registrace Evropskou lékovou agenturou. Pokud se tak nestane, zkrátí se, ve srovnání se současností, doba ochrany nového léku a jeho exkluzivita na trhu.

Návrh Komise je samozřejmě mnohem širší, zahrnuje desítky dalších opatření. Co však vyvolává vážné především, je oten cukr a bič. Ochrana práv

duševního vlastnictví přináší obecně jedinou jistotu toho, že se jejímu držiteli nemalé investice do daného produktu vrátí a také, alespoň částečně, zaplatí výzkum neúspěšný. Ten v případě léků jednoznačně převažuje.

Do značné míry jde o debatu technickou, kdy se sčítají a odečítají léta a měsíce „regulačního ochrany dat“ nebo „tržní exkluzivity“. Návrh Komise však provazuje tuto



Eva Karásková

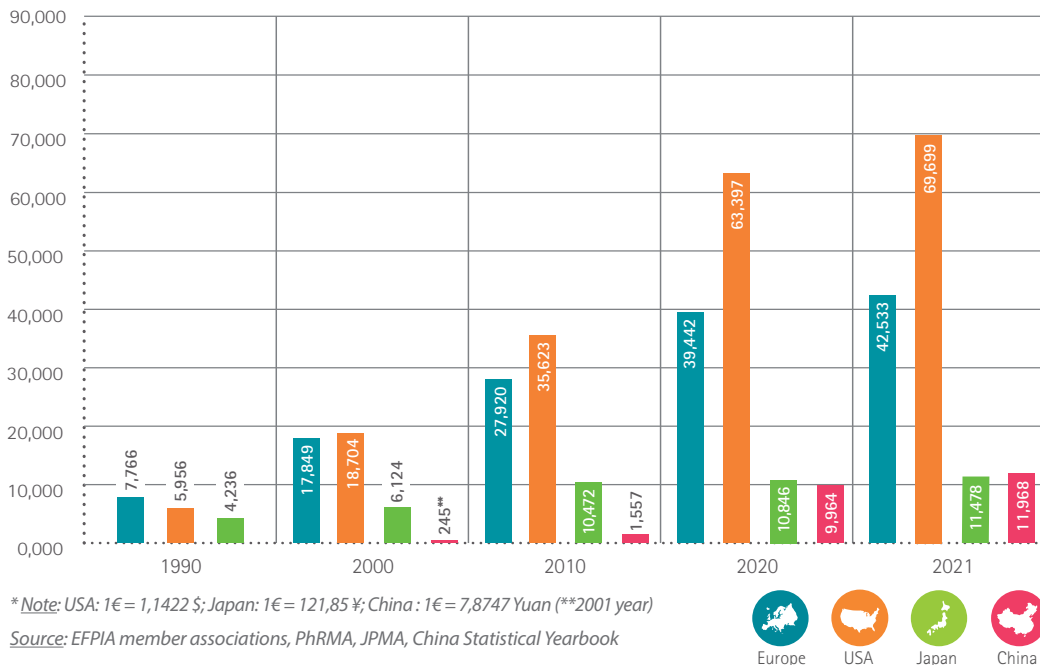
ochranu s povinností zajištění dostupnosti léku ve všech členských státech, což průmysl nemůže bez součinnosti 27 zdravotnických systémů sám o sobě zajistit.

V probíhající debatě osobně zásadně postrádám odpovědi na dvě klíčové otázky.

Jak jde dohromady Komisi deklarovaný cíl posílit atraktivitu a konkurenceschopnost evropského farmaceutického průmyslu (a zajistit investice do výzkumu nových léků) s navrženými opatřeními snižujícími ochranu práv duševního vlastnictví, která jsou základním kamenem jakékoliv inovace? Uvědomujeme si důsledky návrhů, které mohou zásadním způsobem zasáhnout státům do financování jejich zdravotnických systémů?

Odpověď na první otázku ponechávám k zamyšlení laskavému čtenáři. U té druhé bych ráda připomněla jednu základní skutečnost – odpovědnost za organizaci a financování zdravotnictví je plně na bedrech členských států. A ty si tuto „kompetenci“ také bedlivě střeží, alespoň dosud tomu tak bylo. Zmíněný cukr a bič ji však narušuje. Hrozbou snížení ochrany know-how „motivuje“, aby do dvou let byly všechny nově registrované léky dostupné všem pacientům ve všech státech EU. V praxi to znamená, že držitel registrace musí požádat ve 27 zemích o stanovení ceny a úhrady a tyto země by

PHARMACEUTICAL R&D EXPENDITURE IN EUROPE, USA, JAPAN AND CHINA (€ MILLION, 2020 CONSTANT EXCHANGE RATE*), 1990–2021



Graf: Srovnání výdajů na výzkum a vývoj v Evropě, USA, Japonsku a Číně. Zdroj: The Pharmaceutical Industry in Figures – Key Data 2023. EFPIA (s. 5)

léky měly pacientům uhradit. První úkol považuji za splnitelný. Jsou ale všechny státy EU připraveny splnit ten druhý?

Tím se dostávám k závěru svého zamyšlení. Ano, máme jednotný unijní trh s volným pohybem zboží a osob, kde by měla platit stejná pravidla. Současné ale vidíme, že k lékům přistupujeme jinak než k běžnému zboží (léky nejsou kečup). Ocitli jsme se tak na křižovatce, kdy si evropská politika musejí odpovědět na základní otázku, co od EU v oblasti zdravotnické politiky chceme. A pokud se vydáme cestou jednotné zdravotní unie, dostupnosti všech léků pro všechny evropské pacienty, nutně to s sebou přinese posílení kompetencí Evropské komise a současně velký závazek členských států svým občanům tyto výdobytky finančně zajistit. *Opravdu si to členské státy přejí?*

Připomíná mi to obdobně složitou, vyhraněnou a dlouhou debatu při vyjednávání směrnice o prá-

vech pacientů v přeshraniční zdravotní péči, u které jsem ještě ve službách Ministerstva zdravotnictví měla tu čest být od začátku až do konce. Již tehdy se jasně ukázalo, že zdravotní služby nejsou „běžnou službou“ na vnitřním trhu a jejich dostupnost (a úhradu) určují jednotlivé státy dle svých národních pravidel.

Vzpomínám na doby, kdy státy EU svými rozhodnutími ve snaze snížit ceny léků výrazně ovlivnily následný odliv především generické výroby do asijských zemí. Účastník tehdejších diskusí za Rakousko, bývalý ředitel sekce zdravotnických systémů ministerstva zdravotnictví Clemens Martin Auer, který dnes předsedá Evropskému zdravotnímu fóru v Gasteinu, letos pro server Politico prohlásil: Je paradoxní, že tehdejší úspěch vytvořil nový problém. A ti, kdo léky nakupují, se nyní ptají sami sebe, zda cena, kterou dnes platí, je správná.