

Pět úkolů pro nového ministra

Ať se nám to líbí, nebo ne, české zdravotnictví musí v následujícím desetiletí projít významnou změnou. Před některými průšvihy prostě neuteče. Jde zejména o pět hlavních problémů.



**Tomáš Doležal
Pavel Hroboň
Jan Růžička**

autoři se dlouhodobě věnují managementu zdravotnictví

Neutečeme třeba před stárnutím obyvatel, raketovým růstem výskytu chronických nemocí a nedostatkem zdravotnického personálu. Neutečeme ani před tím, že máme omezené finanční zdroje, které budou kvůli stárnutí obyvatel dále vysychat. Bude méně lidí, kteří vydělávají, a více těch, kteří budou zdravotnictví potřebovat.

Potřebné změny se přitom zvládnout dají, musíme na nich ale začít pracovat hned. Ne až nás za pět let chytne za šos. Proto by měl nový ministr zdravotnictví přijít do úřadu s vizí, a hlavně s odvahou. Navíc musí mít připraven jasný implementační plán, protože velké změny lze dělat jen v první části volebního období. Co nebude nejpozději do roku a půl ve Sněmovně, to už pravděpodobně přijato nebude. Zkusili jsme nutné změny proměnit do pěti bodů, jejichž řešení nelze odkládat.

1. Plán finanční stability

Přestože do zdravotnictví šel v posledních

letech obrovský objem financí, systém je stále hladovější. Je jako Otesánek: čím víc peněz mu dáte, tím má větší hlad. To je dáno jeho strukturou, systémem platebních mechanismů a také zvyšujícími se nároky jeho klientů.

V budoucnu tak bohužel současné odvody zdravotního pojištění a peníze ze státního rozpočtu (platba za státního pojištěnce) nebudou stačit. Je proto nutné nalézt další pilíř financování, rozumnou spoluúčasť zajištěnou pomocí komerčního připojištění. Již letos přitom mohou být zdravotní pojišťovny v deficitu, a tak by nový ministr měl připravit dlouhodobý plán finanční stability zdravotnictví, který realisticky odhaduje náklady a zdroje.

2. Data, data, data!

Přestože české zdravotnictví představuje více než 8 % HDP, tedy téměř 500 miliard Kč, mnoho o něm nevíme.

Nemáme data. Nevíme, kdo jak léčí a jak jsou peníze vynakládány. Pacienti nemají k ruce funkční e-health řešení a zdravotníci nástroje, jak se zbavit administrativy. Té přitom věnují přes 40 % svého času.

Ministr by měl otevřít všechny informace o našem zdravotnictví jak pro klienty, tak pro analýzy efektivity a kvality jeho fungování. Zdravotním pojišťovnám to pomůže lépe využít finance, lidem přinese jednodušší orientaci a kontakt.

Digitalizace proto není cíl, ale prostředek změny. Je nezbytná pro sledování kvality, zlepšení koordinace zdravotních služeb i posílení zdravotní gramotnosti občanů. E-řešení jsou dnes normou ve všech oblastech lidské činnosti a fungují.

Není důvod, aby to ve zdravotnictví bylo jinak.

3. Podívejme se na mapu

Pojďme si férově přiznat, že přes 100 nemocnic akutní nepřetržitě péče nelze udržet. Nemáme na to dost zdravotníků. Měli bychom se proto dospěle podívat na mapu České republiky a nastavit síť páteřních nemocnic, které zajistí dostupnost neodkladné péče a jejich kvalitu, k čemuž musí dostat finanční i další podporu.

Pokud to neuděláme, mohou nám ze sítě vypadávat i ty nemocnice, které z hlediska dostupnosti opravdu potřebujeme. Ostatní nemocnice nerušíme, ale proměňme v tzv. komunitní nemocnice, které budou poskytovat akutní lůžkovou péči v omezeném rozsahu a k tomu péči následnou a ambulantní.

A neurčujeme z ministerstva zdravotnictví, jak přesně mají jednotlivé komunitní nemocnice vypadat. Potřebují ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami přizpůsobit svůj způsob činnosti místním potřebám a podmínkám.

4. Primární péče je grunt

Praktičtí lékaři jsou páteří zdravotnictví a musíme jim dát víc pravomocí i větší odpovědnost za klienty. Pojišťovny by jim také měly platit spíše za kvalitu péče než za registraci pojištěnců (tzv. kapitace). Praktický lékař je klíčovým prvkem prevence a časného zachytu chronických nemocí. Měl by mít proto i větší roli v jejich léčbě.

Proto potřebujeme vytvořit lepší odbornou i finanční motivaci, aby byl tento obor

pro mladé lékaře atraktivnější. Dalším podceňovaným segmentem je domácí péče, která umožňuje nemocným zůstat v rodině a zvyšuje tak jejich kvalitu života a šetří nemocniční lůžka.

Musíme také lépe navázat a koordinovat domácí zdravotní a sociální péči.

5. Prevence, nejlepší investice

Země OECD, od Japonska po Kanadu, vydávají na prevenci mezi 2-4 % všech výdajů na zdravotnictví. V případě ČR to je pouze několik desítek korun na hlavu, což dělá 0,24 % celkového rozpočtu. Smutné a zcela proti potřebám lidí, státu i zdravotnictví jako oboru.

Výdaje na prevenci je proto třeba razantně zvýšit a investovat do ověřených programů prevence civilizačních nemocí, které tvoří 80 % nákladů zdravotnictví. Je nutné přenastavit motivace na straně pojištěnců, lékařů i zaměstnavatelů tak, aby se jim prevence vyplácela.

Zároven musí stát společně s pojišťovnami a soukromým sektorem přinášet edukační a osvětové kampaně, které změní náš vlastní vztah ke zdraví a zvýší zdravotní gramotnost obyvatel.

Našich pět reformních změn není nic nového. Každý, kdo ve zdravotnictví působil, je dobře zná; mluví se o nich na každé konferenci. Nová vláda a nový ministr by tak měli zahájit komunikaci praktických kroků k jejich naplnění nejen ve zdravotnictví, ale také mezi sociálními partnery. A také vše každý den vysvětlovat veřejnosti.

Abychom za pět let nezjistili, že nám ujel vlak.