

Podívejme se podrobněji na cirkus vlastně kolotoč, za jaký platíme.

VZP, Ministr a Pacient

- Nepředstavitelný bordel v resortu zdravotnictví Musílkové velmi vyhovuje, umožňuje to nepředstavitelné čachry s penězi plátců zdravotního pojištění.
- Čachry v pojišťovně velmi vyhovují zdravotnické „elitě“ a hrstce podnikatelů, protože si přijdou na veliké, opravdu veliké peníze.
- Politikům, údajně jednajícím v zájmu pacientů také něco kápne a hašteření jim velmi vyhovuje, protože to oddaluje okamžik, kdy vypluje v celé šíři na povrch ten nepředstavitelný bordel.

Na tento kolotoč je hezká podívaná, leč bohužel, vstupné je přemrštěné. Problém je také v tom, že když se panstvo z řetízků utrhne, spadne na hubu občan o pacientovi nemluvě.

Zdalo by se téměř, že se setkáváme s téměř neřešitelným problémem, kde se stýkají protichůdné ekonomické a profesionální zájmy, navíc v oboru, který je odborně velmi náročný, přitom se prakticky dotýká každého.

To je zdánlivě všechno pravda. Je to ale pouze vnější forma problému zdravotnictví, ne jeho podstata.

Podstata problémů zdravotnictví je jednak skrytá, jednak utajovaná a spočívá v tom,

- že si nikdo nechce rozházet doktora, když neví, kde ho večer začne píchat,
- a jak bylo v úvodu řečeno, kdo ten bordel podporuje, vydělá na něm.

Ve skutečnosti nejde o nic složitého. Podstata krize zdravotnictví je vlastně všeobecně známa a pro pochopení si stačí přečíst jen pár vět z denního tisku. Tady jsou:

- Zdali se rozdílné náklady na pacienty projevují i v horší kvalitě léčby, zdravotní pojišťovny stále tají. I když čísla mají, nezveřejňují je.
- Ředitel výzkumného ústavu IZPE Petr Háva ovšem připomíná, že odpovědnost má i ministerstvo. Podle zákona by mělo účty pojišťovny každého čtvrt roku kontrolovat. To dosud nedělalo. V článku *VZP musí vysvětlit, proč léčí draze HN 12.5.2004*
- "Bud' vznikne národní zdravotní systém, kdy stát bude spravovat peníze vybrané na zdravotní pojištění, což by byl obrovský krok zpět, nebo povolíme konkurenci zdravotních pojišťoven. My preferujeme to druhé," říká Pekárek. *článek Spor o VZP rozděluje lékařskou veřejnost Právo 15.5.2004*

Stát vybere od občanů peníze. Nekompromisně, a ne malé peníze. Donedávna platili prakticky pouze zaměstnanci. Platí se zdravotní pojištění ze Zlatých padáků, převodů majetku např. akcií na členy správních rad?.

Stát svěří tyto peníze soukromé firmě nebo firmám. Zdravotní pojišťovny se tváří, podle struktury svých orgánů, jako akciové společnosti. Z toho se jaksí vyvozuje představa, že to **jsou** soukromé obchodní společnosti. Ty už považují peníze ze zdravotního pojištění za své peníze, peníze soukromého podnikatele, tedy s posvátným právem dělat se svým majetkem, co chci.

V dalším kroku už tyto soukromé společnosti uzavírají tyto společností standardní obchodní smlouvy se svými obchodními partnery, státními a soukromými zdravotnickými zařízeními. Proces se tady odvíjí od toho, že od samého počátku **neexistuje cena**.

Existuje *Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*. Předmětem smluv je tedy, mimo jiné, také **cena bodu**. Základem tohoto systému tedy je, že jedno zdravotnické může za bod získat takovou či onakou částku, jiné pracoviště úplně jinou.

Pekárek sice může prohlásit, že pokud stát bude spravovat peníze vybrané na zdravotní pojištění, byl by obrovský krok zpět.

Neřekl však, v čem byl současný systém krokem vpřed.

Popsaný systém představuje opravdu trh?

Spíše než nabídka a poptávka může být cena ovlivněná takto: Vaše nemocnice zadala zakázku s pojišťovnou spřízněné firmě? Pak tedy smlouva lépe ohodnotí bod, konec konců i Vaše náklady budou citelně vyšší, pánové.

Pojišťovny podnikají s penězi, které si samy dokázaly vydělat?

Základní fond zdravotního pojištění, který slouží k úhradě zdravotní péče plně nebo částečně hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění a je tvořen platbami pojistného; ze základního fondu se dále hradí náklady na činnost Pojišťovny. Potud zákon.

Tak se například stane, že pobočka zdravotní pojišťovny zajistí přepychové sídlo, vybavení, platy, technologii. Pak prakticky celou agendu zadá spřátelené a přemrštěně placené soukromě firmě a vlastně ani nemusí, jako rádoby veřejná obchodní společnost snad ani vypsát veřejnou obchodní soutěž..

Podíváme-li se na bitku Kubinyi, Musílková jinak MZd, VZP podrobněji: tak můžeme zaznamenat, že

v souladu s platným zněním zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, působily v roce 2002 ustavené orgány Pojišťovny, a to Sbor zástupců, Správní rada Ústřední pojišťovny, Dozorčí rada Ústřední pojišťovny, 77 správních rad okresních pojišťoven a 77 dozorčích rad okresních pojišťoven.

Ředitele Pojišťovny volí na návrh Správní rady Ústřední pojišťovny Poslanecká sněmovna

Parlamentu. Vedoucího Okresní pojišťovny jmenuje a odvolává ředitel Ústřední pojišťovny na návrh Správní rady Okresní pojišťovny.

Je tady nepopsatelný guláš samospádem řízené instituce a samospádem řízených a vlastně také nezávislých poboček, guláš jmenovaných a neodvolatelných ředitelů

Ministr však není zcela bezmocný. Kontrolu činnosti Pojišťovny provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Zjistí-li toto ministerstvo závažné nedostatky v činnosti Pojišťovny, **zejména** nedodržování zákona, předpisů o všeobecném zdravotním pojištění nebo schváleného zdravotně pojistného plánu, je oprávněno podle povahy zjištěného nedostatku

a) vyžadovat, aby Pojišťovna ve stanovené lhůtě zjedнала nápravu, **zejména** uvedla svou činnost do souladu s tímto zákonem, předpisy o všeobecném zdravotním pojištění a schváleným zdravotně pojistným plánem,

b) zavést nucenou správu na dobu nejvýše jednoho roku.

Můžeme už ovšem jen spekulovat o tom, jestli by tandemu Správce/Musílková podléhalo také 77 neodvolatelných ředitelů poboček. Kubinyi může tedy ale Musílkové pořádně zatopit **zejména** pokud se opravdu nasere.

Je tady i druhá strana mince. Zatímco se ministr a ředitelka navzájem s kordem v ruce dohadují jestli se platí moc nebo málo, my se zase můžeme jen dohadovat za co.

Prosazuje se názor, že pacient by měl vědět co přesně s ním lékaři udělali, ba dokonce kolikže to jako stálo, kolik případně ještě zbývá na jeho osobním účtu. Doufejme, že se za tím neskrývá snaha dokazovat nemocným

lidem, že vyčerpali svůj účet a že si tedy pokračování léčby musí zaplatit. Do bychom pak přestali uvažovat o systému všeobecného zdravotního pojištění a zřejmě bychom začali uvažovat o vracení peněz (?) těm, kteří svůj účet nevyčerpali. Tak daleko představy liberálních organizátorů zdravotnictví snad ale nejdou. [Vypadalo by to totiž potom takto.](#)

Pro nemocného je důležitá úplně jiná informace.

Ne, to co s ním lékaři udělali a kolik to stálo ale to co s ním lékaři, v rámci toho, že si platí zdravotní pojištění, **měli udělat**

Jednotlivé úkony, popsané v seznamech výkonů, musí být pospojovány do seznamu diagnóz a to i s tím, že třeba při léčbě je jeden a týž úkon udělat mnohokrát. Tedy je řeč o **systému léčebných standardů**. A toho se lékaři bojí asi tak jako radní středověkého města moru.

Začíná být najednou srozumitelné proč, *Spor o VZP rozděluje lékařskou veřejnost* Ten ostatně rozdělují i veřejnost laickou, pacienty. Zhruba na ty, kteří se mohou odejet léčit do ciziny a na ty, kteří se musí léčit doma. Lékařskou veřejnost pak od sebe odděluje červená čára mezi těmi, kteří z existujícího systému profitují a těmi, kteří se taktak užíví. Jiný pohled na spor ministerstva s VZP má poslanec Cabrnoch, který na projekt iZIP získal od VZP 60 milionů (někde se uvádí 120) a jiný pohled má mladý lékař IKEM s platem 12 tisíc.

K systému **iZIP** lze snad dodat jen to, že možnost vedení zdravotnické dokumentace pomocí internetu v jednom informačním centru má určité výhody. Ale jsou i omezení. Když si v Horní Dolní zlomím levou nohu těžko k něčemu poslouží informace, že jsem si před rokem v Praze zlomil pravou. Zrychlení předávání informací má svou nepopíratelnou cenu. Zdaleka to však není to podstatné. Připomíná to, pod koberec zametený, Internet do škol (téměř jedna miliarda, ve školství, které zoufale nemá peníze, vražená do projektu, na který by stačil ve skutečnosti zlomek prostředků a navíc, počítače do škol, které se dnes ve šmahem ruší.) Oba projekty mají společné to, že kromě nákupu potřebné techniky by věcně jejich realizace neměla přesahovat náklady v řádu stovek tisíc a také to, že Cabrnochovi a Bártovi učarovalo něco úplně jiného než moderní technologie.

Vraťme se k Pekárkovu obrovskému „kroku vpřed“.

Vyinkasovat s pomocí státu a zákonů peníze a pak za ně poskytovat úhrady podle vlastního uvážení, **není podnikání a soutěžit v tom, kdo si z toho urve víc pro sebe není hospodářská soutěž.**

Národní zdravotní systém (Pekárkův termín), kdy stát spravuje peníze, které z občanů zákonem vybere je na místě, protože takto se při podnikání peníze nevzdělávají. Netýká se to jen zdravotnictví. Pokud by v tomto systému byla zapojena soukromá nebo jakási polo-soukromá firma, pak jen za předpokladu, že detailní hospodaření s prostředky občanů budou veřejně přístupné. Jednotlivci jeho konkrétní údaje a obecně a s ohledem na ochranu soukromých práv občanů, pro analýzy efektivity celého systému, **které může provést kdokoliv.**

Základem systému budou jasně stanovené (s časem samozřejmě proměnné) **ceny** v platné měně za jasně a srozumitelně a jednoznačně definovanou skupinu výkonů patřící ke stanovení a léčbě dané diagnózy..

Z peněz v Národním zdravotním systému budou hrazeny náklady v **definované výši standardu** za poskytnuté zdravotní výkony pracovištěm, které pro tento výkon mají předpoklady. Mělo by být, vzhledem k rovným podmínkám trhu, naprosto lhostejné zda se jedná o poskytovatele soukromého nebo státního. Jakékoliv **smlouvy zajišťující, zvýhodňující nebo naopak znevýhodňující** postavení na trhu musí vymizet. Kdo si na sebe vydělá, ten přežije.

Zdravotnictví potřebuje peníze navíc je za ně ochotno poskytovat nadstandard. Je zde prostor pro Zdravotní pojišťovny, které mohou uplatnit svou marketingovou a obchodní dovednost . A je nakonec na

pacientovi, jestli výhodnost takovéto služby využije, nebo jestli si nadstandard uhradí z vlastní kapsy a je na poskytovatelích zdravotních služeb jestli svůj marketing postaví na standardu nebo nadstandardu nebo oboustranně výhodném mixu.

Srozumitelně a jasně definovat skupinu výkonů patřící k léčbě dané diagnózy nebo jejímu stanovení vydávají zainteresovaní experti za neřešitelný problém, který současná organizace zdravotnictví nemůže zvládnout. Samozřejmě, pokud se v zatuchlé posluchárně sejdou felčáři a pokusí se definovat kolik Rtg. snímků patří ke zlomené noze a pan docent MUDr. Opatrný CSc. bude tvrdit, že nejméně 7 a pan profesor MUDr. Vševim DrCs. prohlásí, že nepotřebuje žádný a nebudou schopni si vzpomenout kolik gypsu je vlastně zapotřebí - ke standardům se nedojde nikdy.

Protože se však stávající pojišťovací systém provozuje 12 let je dostatek statických údajů. Lze zjistit kolik diagnóz bylo za ta léta stanoveno, léčeno, jaké výkony se k nim agregovaly a jaké byly ceny za určité období v lokálních i celostátních úrovních. Lze velmi snadno spočítat celostátní průměr počtu výkonů a průměrnou cenu na jedno onemocnění a na jednoho nemocného. Pak lze udělat takové ty statistické kejkle, jako je například vyřadit deset procent nejlevnějších způsobů léčby (pacient během ní zemřel) deset procent nejdražších způsobů léčby (pan doktor se soustředil jen na to, co nese). A je zde standard léčby se seznamem zdravotní výkonů a cenou jako ze škatulky. Lze pak zpětně s tímto standardem srovnat efektivitu jednotlivých zdravotnických zařízení až do úrovně jednotlivých lékařů.

Při výkonu a kapacitě dnešních PeCéček bych to viděl tak na týden práce, pokud ovšem nevzniknou administrativní potíže a pokud se Cabrnoch uvolí poradit, aniž by požadoval dalších šedesát milionů.

Kubinyi však nemusí žebrot u Musílkové, aby mu poskytla odpovídající data. To by samozřejmě odmítla s odvoláním tu na „ochranu dat nemocných“ tu na ochranu „obchodního tajemství“. Ministr si ale může si vyžádat data, která poskytla zdravotním pojišťovněm jím spravovaná zařízení za posledních pár let. Protože státní zdravotnická zařízení byla na chvostě zájmu pojišťoven něco platit, budou výsledné nákladové průměry dost nízké a protože například fakultní nemocnice a specializované ústavy přece jen poskytují komplexní léčbu, budou seznamy povinných výkonů k diagnózám naopak dost rozsáhlé.

Dva boční efekty jsou tady navíc:

- Zpětně dopočítaná efektivita nemocnic by panu Kubinyimu umožňovala jmenovat a odvolávat ředitele co hrdlo ráčí a do doby, než v září představí svou reformu zdravotnictví, by je mohl vyměnit všechny několikrát. A že se na to třese? Tak tomu se tedy vůbec nedivím. Ěře ředitelů-technologů, kteří nakupovali bezhlavě moderní technologie, udělalo přítrž ministerstvo kontrolou výběrových řízení. Nastala tedy éra ředitelů-stavitelů a obchodníků. Nikdy nešlo o zdravotnictví jako takové a co jde, si může každý domyslet.

Třináct let ředitelé státních zdravotnických zařízení postupují buď jako soukromí podnikatelé, pokud jsou peníze plátců pojištění, nebo jako ušlápnutí státní zaměstnanci pokud peníze nemají. Struktura řízení zdravotnických zařízení byla na počátku transformace likvidována, nefunguje ani náznak trhu, protože financování zdravotnických zařízení je takové - jaké je. Nemocnice, tedy jejich vedení bez zpětných vazeb, ať již kontrolou administrativní nebo trhem, ztratilo mnohde nejen schopnost rozumět zdravotnické zařízení spravovat ale jak to vypadá, i soudnost. Hejtmani by mohli povídat.....Otázkou však je do jaké míry je cílem zdravotnictví zdevastovat, pak ho prohlásit za socialistické a „pochopitelně“ nefunkční a - začít masově privatizovat. Je však ještě v příliš čerstvé paměti Poldovka, Česká námořní plavba.....

- Pokud současný systém zdravotnictví a legislativy racionální analýzu stavu a efektivitu zdravotnictví vůbec neumožňuje, lze z toho udělat jediný závěr. Je k hovnu,

A pak je tady jeden problém. Jestli svou myšlenku, dát zdravotnictví do pořádku, myslí ministr zdravotnictví Kubinyi opravdu vážně, je jeho životnost ve funkci srovnatelná s životností pěšáka na velkém bojišti. To už je

ale jiná kapitola.

Podívejme se podrobněji na cirkus, za jaký platíme.



Američanka bez peněz čekala 4 měsíce na svou lebku

Američanka Briana Laneová (22) utrpěla v lednu vážné zranění hlavy. Při následné operaci jí lékaři v nemocnici ve městě Midvale otevřeli lebku, aby uvolnili otok mozku. To se jim také podařilo. Druhá část zákroku, při níž měl být otvor v lebce zakryt, už neproběhla. Zjistilo se totiž, že dívka nemá peníze. Putovala proto domů s nezakrytým otvorem v hlavě.

13.5. 10:21

WASHINGTON - Doktoři Laneové doporučili, aby si mozek pokrytý v tu chvíli jen kůží chránila ještě **hokejovou přilbou**. Část lebky, která měla ránu původně přikrýt, zůstala podchlazená a připravená k použití v nemocnici. Lékaři pacientce naznačili, že až bude mít peníze, může operace proběhnout.

"Bylo to hrozně nepříjemné. Vždy, když jsem se ráno vzbudila, zjistila jsem, jak mozek v noci cestoval," uvedla. Doplnila, že ji také hned po operaci zarazil zvláštní "účes" - polovina hlavy byla vyholena, na druhé půlce měla své dlouhé vlasy vyčesané, aby nepřekážely.

"Přemýšlíte-li o zvláštностech, jež se lidem stávají, tohle by vás zcela jistě nenapadlo. Je to jako, kdyby vzali někomu srdce - prostě je potřebujete," svěřila se britské [BBC](#). Nešťastná nezaměstnaná žena oslovila s žádostí o pomoc místní televizi. Ta jí společně se svými diváky nakonec pomohla peníze na nezbytný zákrok shromáždit.

Operace byla dokončena až 30. dubna, tj. téměř **čtyři měsíce po** dopravní nehodě na zledovatělé silnici v Utahu. Nyní Laneová čeká, až jí dlouhá jizva procházející celou lebkou opět zaroste vlasy. Neslyší jinak na pravé ucho, kvůli poškození krku mluví chraplavě a špatně se jí také dýchá.

Novinky.cz , DPA,



[pdf](#), (www.comrad.cz)