

TRANSPARENTNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ - VÝZVA PRO KAŽDOU VLÁDU

Transparency International - Česká republika se ve spolupráci s Českým zdravotnickým fórem rozhodla iniciovat projekt, jehož cílem je zvýšit míru transparentnosti na všech úrovních a ve všech procesech probíhajících ve zdravotnictví a tím přispět ke snížení korupce v tomto systému.



Zdravotnictví je důležitým ukazatelem kulturní úrovně a vyspělosti národa. Náchylné ke korupci více než ostatní sektory je potom z několika důvodů. V žádném jiném systému se nevyskytuje tak specifická a nebezpečná kombinace nejistoty, informační asymetrie a množství účastníků (zájmů). Dalšími faktory, ovlivňujícími míru korupce ve zdravotnictví, je neodpovědný výkon veřejných funkcí soukromými subjekty a množství veřejných zdrojů, jimiž tento systém disponuje. Výsledkem tohoto mixu je vysoká pravděpodobnost výskytu korupce, kterou je možné regulovat pouze kvalitní legislativou a politikami, které systémově postihují celou oblast zdravotnictví, nejenom její části.

Přítomnost následujících aktérů

1. regulátor (ministerstva, Poslanecká sněmovna PČR, Senát PČR, specializované komise)
2. plátcí (pojišťovny, úřady sociální péče)
3. poskytovatelé péče (nemocnice, lékaři, lékárnici)
4. spotřebitelé (pacienti)
5. dodavatelé (farmaceutické firmy a dodavatelé zdravotnické techniky)

a jejich různých zájmů ztěžuje získávání a vyhodnocování informací, nastavování transparentních postupů a jednoznačnou identifikaci korupce v rámci zdravotnictví. V tomto systému nabírá korupce zvláštních podob a projevuje se jako střet zájmů, klientelismus, zneužívání postavení, neohospodárné nakládání se svěřenými prostředky, defraudace atd.

Materiál, který jsme pro Vás připravili, odráží různé pohledy na tyto systémové problémy:

Studie Matrice vztahů ve zdravotnictví a jejich korupční rozhraní demonstruje komplexnost vztahů, které ve zdravotnictví existují. Poukazuje na neprůhlednost a střety zájmů a jejich korupční potenciál za situace, kdy neexistují jasná a vynutitelná pravidla.

Stať **ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ - DESATERO (NE)TRANSPARENCE ANEB KRÁLOVSTVÍ KŘIVÝCH ZRCADEL** je kritickým pohledem ekonoma na škodlivost neprůhlednosti například v oblasti cenotvorby, alokace investic a soutěže mezi poskytovateli, jakož i kritikou obecně netransparentního způsobu financování zdravotnictví.

Práce **KONTROLA A JEJÍ EFEKTIVITA VE ZDRAVOTNICTVÍ** poukazuje na nefunkčnost a povrchnost kontrolních mechanismů ve zdravotnictví. Pandemií nefunkční a neefektivní kontroly je postiženo celé zdravotnictví; průvodním jevem tu je i to, že výsledky kontrolních šetření zpravidla nejsou vymáhány. Korupční potenciál shledává práce i v tom, že kontrolní nálezy jsou vzaty na vědomí bez náležitých sankcí a uplatnění následného regresu. Analýza tak potvrzuje rčení, že „špatná kontrola je žádná kontrola.“

Studie **STŘET VEŘEJNÉHO ZÁJMU SE ZÁJMEM OSOBNÍM** nabízí podrobnější pohled do oblastí, které tvoří vedle netransparentního financování zdravotnictví další neuralgický bod. Poukazuje na některé právní úpravy a vyhlášky, které sice formálně upravují některé formy střetu zájmů, jak ale ukazuje praxe, způsobem, který je nedostatečný. Upozorňuje rovněž na některé z hlediska setkávání soukromého a veřejného zájmu kritické oblasti.

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz





NĚKTERÉ Z DŮVODŮ, PROČ ZAMĚSTNANECKÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY NEMOHOU PLNIT SVÉ ROLE je stať zabývající se otázkou, proč je v současnosti nemožné mluvit o spravedlivé soutěži v přeregulovaném prostředí, které je nakloněno spíše k plýtvání než k hospodárnému využívání vzácných zdrojů.

PŘÍBĚH OPRAVDOVÉHO ČLOVĚKA NAŠÍ DOBY se trochu vymyká charakteru ostatních textů. Je to pohled pacienta, který pojmenovává jednu z příčin špatně fungujícího zdravotnictví v České republice. Příběh opravdového člověka je úsměvná a zároveň smutná povídka o obsazování důležitých pozic nekompetentními jedinci, jejichž motivací není sloužit veřejnému zájmu, nýbrž svým parciálním zájmům. Příběh má i další dimenzi, neboť popisuje běžnou praxi v české veřejné správě (včetně fungování příspěvkových a jiných organizací financovaných státem). Za ministerstvo zdravotnictví totiž lze dosadit libovolný úřad.

Zdravotnictví v České republice, podobně jako v jiných reformních ekonomikách, je vedle oblasti sociální péče jedním z nejobtížněji reformovatelných sektorů. Komplexnost systému, veliký počet participujících subjektů v něm, netransparentnost a značný objem finančních prostředků zde přerozdělovaných jsou důvody, proč je právě tento sektor v České republice mimořádně náchylný k manipulaci, nekalému ovlivňování, zneužívání a v neposlední řadě, ke korupci. Když si uvědomíme, že veřejná správa a politická reprezentace v naší zemi jsou nechvalně známé svým tvrdohlavým a nesystémovým postojem vůči jakýmkoli preventivním formám protikorupčního boje, nelze se ani divit, že, ačkoli české zdravotnictví disponuje kvalitními poskytovateli zdravotnické péče, systém, v němž tito poskytovatelé působí, z hlediska jeho efektivity a kvality už takovým není.

Při naplňování shora uvedeného cíle budeme:

- analyzovat systém zdravotnictví z hlediska transparentnosti a korupčních rizik, identifikovat a pojmenovávat nedostatky a jejich důsledky pro kvalitu zdravotní péče v ČR;
- zvyšovat povědomí a informovanost veřejnosti o funkcích systému a jeho procesech, jeho účastnících a právech a povinnostech, které tito mají;
- navrhnout postupy a specifikovat nástroje vedoucí ke zvýšení transparentnosti, odpovědnosti a důvěryhodnosti systému;
- ve spolupráci s partnery prosazovat navrhované postupy, které zvýší transparentnost procesů a přispějí ke zlepšení a zkvalitnění zdravotní péče v ČR.

Vedoucí projektu:

Adriana Krnáčová, krnacova@transparency.cz, 224 240 895-7, 608 069 828

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz

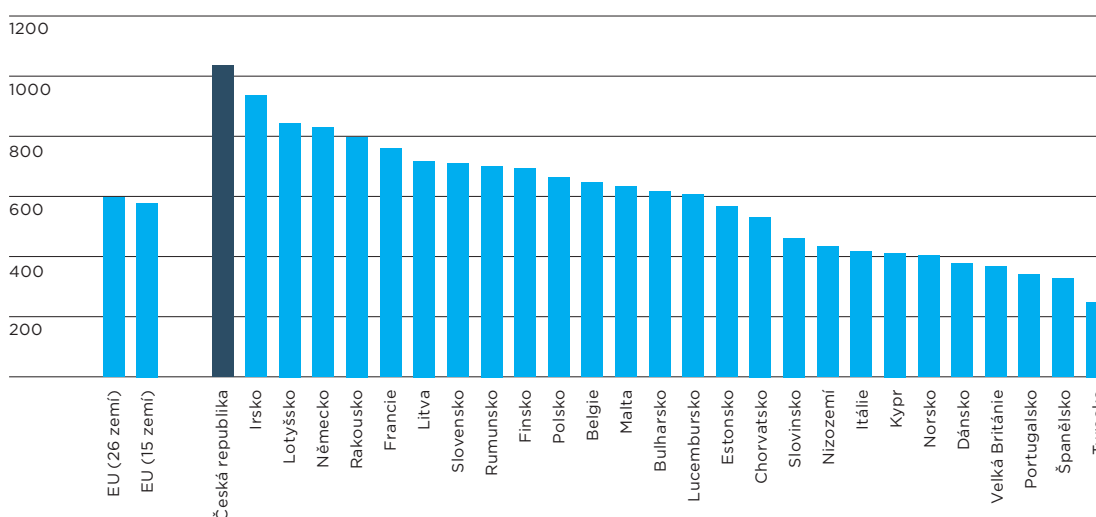


ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ - DESATERO (NE)TRANSPARENCE ANEB KRÁLOVSTVÍ KŘIVÝCH ZRCADEL

Miroslav Zámečník, ekonomický konzultant

Na prahu nové vlády má smysl se zamyslet nad tím, kam jsme dospěli za posledních sedmáct let ve zdravotnictví, pokud jde o transparentci procesů, které v něm probíhají. Stručné šetření prokáže, že s transparentí je na tom české zdravotnictví velmi špatně. Horší je, že samotné zlepšení přístupu k informacím a jejich zveřejňování, resp. nastavení pravidel transparentního chování, bude snad zmírňovat následky či nežádoucí průvodní jevy typu zjevné korupce a může nastolit pocit jisté spravedlnosti, ale nijak neřeší příčiny. Ty jsou systémové povahy, související se značnou (a v posledních letech posílenou) centralizací řízení a nevhodnými alokačními mechanismy v českém zdravotnictví, které je v zásadě nastaveno na udržování předimenzované sítě zejména lůžkových zařízení s jejími vysokými fixními náklady (viz graf č.1). Ve skutečnosti peníze nesledují pacienta, ale přinejmenším v segmentu ústavní péče poskytovatele.

GRAF Č. 1: POČET NEMOCNIČNÍCH LŮŽEK (NA 100 000 OBYVATEL)



V českém zdravotnictví se sice o vzácné zdroje soutěží, avšak tím nejhorším možným způsobem – lobbováním za přístup ke zdrojům, za nastavení úhrad zdravotnickým zařízením a za úhradu provozních ztrát. V těchto podmínkách dostává na frak efektivnost, a transparentnost, jež nevede k vyšší efektivnosti, tak postrádá svůj hlavní smysl.

1. NENÍ TRANSPARENTNÍ CENOTVORBA.

Ceny v českém zdravotnictví jsou silně deformované, a to jak pokud jde o ceny zdravotních výkonů, tak pokud jde o stanovení cen klíčových vstupů. Česká republika na rozdíl od většiny Evropy nijak nepokročila v zavádění úhrad v oblasti akutní péče založených na systému DRG a současný model úhrad (paušály zavedené jako provizorium v roce 1997) v podstatě jen prolounguje neudržitelný stav. Význam bodového hodnocení výkonů je z hlediska úhrad zdravotnickým zařízením za poskytnutou péči sekundární, má víceméně evidenční charakter. Bez

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz

úhrad založených na DRG nebo na nabídkových cenách za jednotlivé typy výkonů však sotva mohou existovat transparentní výběrová řízení na smlouvy zdravotních pojišťoven s poskytovateli péče a soutěž se v podstatě nemá o co opřít – neboť podle jakého jiného objektivního kritéria než cenového by měly být smlouvy uzavírány? Přesto však kombinace nového bodového hodnocení výkonů (podstatné zdražení práce) v kombinaci s paušální úhradou vytvořila od tohoto roku prostředí, kdy zdravotnická zařízení mohou pro dosažení stejných tržeb poskytovat méně péče, zcela v duchu základního vzorce, kde celková úhrada = cena krát fyzický počet zdravotnických výkonů. Naopak ekonomické sankce nastupují v případě, že by poskytovaly více péče – nadlimitní výkony jim nebudou proplaceny. Vzhledem k tomu, že cena (bodové hodnocení) rostla díky novele seznamu zdravotních výkonů podle dr. Ratha podstatně rychleji než celková úhrada upravená v úhradové vyhlášce č. 550/2005 (103, resp. 105 % srovnatelného minulého období), fyzický objem výkonů při dodržení celkového objemu úhrad nutně musel klesnout. Klasickým příkladem problematické tvorby cen je oblast léků, kde maximální ceny u dovážených léků (kompetence MF ČR) nejsou založeny na porovnávání cen na referenčních trzích a často se od cen dosahovaných na nejlevnějších trzích EU značně liší směrem nahoru. Takto stanovená cena nemá zejména v případě existence konkurenčních přípravků jinou tržní relevanci než tu, že vyvolává dvojí účetnictví, které maskuje skutečnou cenu dosahovanou na trhu a vytváří prostor pro korupci. Hlavní boj se pak vede o výši úhrady jednotlivých přípravků z veřejného zdravotního pojištění, resp. o výši doplatku hrazeného samotnými pojištěnci, kde činnost kategorizační komise jako poradního orgánu ministra zdravotnictví je opakovaně napadána farmaceutickými firmami z důvodu netransparentnosti a porušování transparentní direktivy EU. Totéž lze říci o rozhodnutích samotného ministra. Při neexistenci finančních limitů pro platby z vlastní kapsy (existují například v Německu, ale i řadě jiných zemí, a to i v USA) má tento systém negativní dopad na pojištěnce, kteří z medicínských důvodů nemohou doplatkové léky substituovat léky plně hrazenými. U některých skupin pacientů jsou pak doplatky významnou zátěží jejich rozpočtů. Tlak na úspory v lékové politice se soustřeďuje na snižování marží lékárnám a na stanovení limitů poskytovatelům zdravotní péče, případně přenášení finanční zátěže na pacienty. Výsledkem jsou úspory, kterých je dosaženo za cenu zhoršení zdravotní péče a zvýšení nákladů pro konečného uživatele, často vážně nemocného pacienta s chronickou kondicí. Řešení v podobě nastavení cen odvozených z nejlevnějších referenčních trhů, zrušení úhrad levných léků z veřejného zdravotního pojištění, zavedení poplatku za výdej receptu při současném limitování maximálních výdajů z vlastní kapsy jako % disponibilního příjmu pacienta je odmítáno z populistických důvodů – valná část populace není spoluúčastí drážděna a výsledek je vydáván za přednost sociální politiky státu.

2. NENÍ TRANSPARENTNÍ ALOKACE INVESTIC.

Alokace investic je jedním z velmi slabých míst českého zdravotnictví – investice jsou přidělovány, protože většina nemocnic nevytváří dostatečné vlastní finanční zdroje (deformované ceny a slabá governance) a jsou tak odkázány na dotace z centrálních či regionálních, popřípadě místních rozpočtů. Neexistuje jasné pořadí vyhodnocování investic podle jejich ekonomické efektivity a medicínské potřeby a klíčem pro přidělení investice jsou politické kontakty. Republika je poseta veřejnými zdravotnickými zařízeními s drahými technologiemi, jež nejsou využívány s dostatečnou intenzitou, a často ani dostatečně odborným

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz

personálem. Skutečnost, že soukromá zdravotnická zařízení (a není jich nijak málo ani v segmentu akutní lůžkové péče) se k investičním dotacím nedostanou (o provozních dotacích ani nemluvě) je dalším narušením soutěžního prostředí v českém zdravotnictví.

3. NENÍ TRANSPARENTNÍ SYSTÉM KONTRAKTACE MEZI ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI A ZDRAVOTNICKÝMI ZAŘÍZENÍMI.

Transparentní soutěžení o kontrakt se zdravotní pojišťovnou bylo zcela anulováno přijetím zákona č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, který zavádí pro vybraný okruh zákonem definovaných zdravotnických zařízení pro zdravotní pojišťovny kontraktační povinnost, přičemž objem kontraktu je v podstatě dán rozhodnutím ministerstva zdravotnictví. Skutečnost, že jedna skupina zdravotnických zařízení se nemusí o kontrakt vůbec ucházet, zatímco jiná zařízení nemají bez ohledu na efektivnost a kvalitu poskytované péče férovou šanci zajistit prostřednictvím vysoutěženého kontraktu svoji další existenci, je jednou z největších vad zmiňovaného zákona. Fakticky tak vzniká dualismus v přístupu ke smlouvám se zdravotní pojišťovnou v závislosti na právní formě nemocnice – při potřebě vyrovnaného hospodaření zdravotní pojišťovny je nutno omezit objem kontrahované péče s nemocnicemi, jež nejsou součástí neziskové sítě. „Odříznutí“ jiných zařízení než neziskových od rovné možnosti ucházet se o kontrakty zdravotních pojišťoven pak fakticky znamená, že nesmluvní zařízení nebudou ekonomicky schopna nadále existovat. Vzhledem k existenci přebytku lůžkové kapacity oproti evropskému průměru tak touto cestou může dojít k omezení tohoto převisu, ovšem ekonomicky nejméně žádoucím způsobem – místo aby zanikla část lůžkové kapacity v nejméně efektivních zařízeních s nedostatečnou kvalitou péče, zanikne v těch, která buď smlouvy nedostanou nebo dostanou smlouvy, které nepokryjí fixní náklady těchto zařízení, což je z dlouhodobého hlediska totéž. Na tomto místě je nutné zdůraznit, že zařazení nemocnic na seznam, jenž tvoří součást zákona č. 245/2006 Sb. o „neziskových“ nemocnicích, nepředcházelo jakékoli posuzování kvality a efektivnosti péče a na jejich výběru ani zdaleka neparticipovaly zdravotní pojišťovny – vše probíhalo v extrémně netransparentních podmínkách velmi nestandardního legislativního procesu (forma poslancecké iniciativy a pozměňovacích návrhů poslanců).

4. NENÍ TRANSPARENTNÍ ZPŮSOB FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ.

Valná část veřejných výdajů na zdravotnictví pochází z vybraného pojistného, přičemž ovšem pojistné za tzv. státní pojištěnce hradí v plném rozsahu stát. Stát dospěl ke stanovení dotace pojistného v podstatě zbytkovou metodou – fakticky dofinancovává mezeru mezi vybraným pojistným od ekonomicky aktivních pojištěnců a výdaji pojišťoven, často formou ad hoc finančních injekcí, reagujících na finanční problémy největší veřejnoprávní pojišťovny VZP. V českém modelu financování nejenže chybí jakákoli vazba mezi výší pojistky a rozsahem hrazené péče (což je ve vysoce solidárním modelu na úrovni jednotlivce v podstatě nevyhnutelné, ale Česká republika je zároveň jednou z mála evropských zemí, kde neexistuje strop na vyměřovací základ pro výpočet odvodu pojistného), a pojištěnci sami v drtivé většině případů ani nevědí, kolik na zdravotním pojištění odvedli a kolik zdravotní péče hrazené z pojištění čerpali. Tyto údaje jsou sice (složitě) dopočitatelné, ale nejsou automaticky předkládány pojištěncům v pravidelných intervalech, například formou srozumitelného ročního výpisu. Pro přesnost je nutno konstatovat, že některé zdravotní pojišťovny umožňují on-line přístup

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz

svým pojištěncům k jejich účtům evidujícím vykazovanou péči. Při absenci jasných čísel tak většinou absentuje i pocit odpovědnosti za racionální čerpání péče a kontrola oprávněnosti vykázané péče ze strany samotných pojištěnců, zejména když bonifikace žádoucího chování pojištěnců je nízká nebo žádná.

5. NENÍ TRANSPARENTNÍ SOUTĚŽ MEZI POSKYTOVATELI.

Jak již bylo řečeno, zákon č. 245/2006 v podstatě znemožňuje racionálně vyhodnotitelnou soutěž o uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami, neboť ukládá pojišťovně povinnost uzavřít smlouvu v rozsahu stanoveném ministerstvem. I kdyby tato povinnost neexistovala, naráží potenciál soutěže mezi poskytovateli na bariéru úhradových vyhlášek, neboť paušální způsob úhrad je v konfliktu s vlastním smyslem soutěže – směřovat poptávku pojištěnec k těm zdravotnickým zařízením, která nabídnou pojišťovně nejlepší kombinaci kvality a ceny. Zde opět nezbyvá než konstatovat, že proti transparentnosti výběrových řízení je fakticky nastaven celý systém – konstrukcí úhrad počínaje, zákonem o neziskových nemocnicích konče. Záměry na zveřejňování ukazatelů kvality péče, jakkoli je transparentnost v tomto směru chválná a potřebná, jsou v podstatě jen iritujícím prvkem, pokud poskytovatelé s nejlepší kvalitou nemohou znásobit objem nasmlouvaných výkonů s pojišťovnami na úkor nekvalitních poskytovatelů. Nemohou-li nekvalitní a neefektivní poskytovatelé odejít z trhu prostřednictvím standardního mechanismu, tedy konkurzem, ale pouze na základě vrchnostenského aktu (rozhodnutím zřizovatele, který již dále nechce hradit kumulující se ztráty, neboť ze zákona odpovídá za závazky nemocnic), jak předpokládá zákon o neziskových nemocnicích, je zjevné, že o transparentní soutěži mezi poskytovateli nemůže být ani řeči – včetně tomu odpovídajících dopadů na ekonomiku jejich provozu.

6. NENÍ TRANSPARENTNÍ PŘÍSTUP KE ZDRAVOTNÍ PÉČI.

České zdravotnictví nemá jednoznačně stanovená kritéria pro sestavování pořadníků na elektivní výkony (typický případ: náhrady kloubů), ani maximální čekací lhůty pro jednotlivé typy elektivních výkonů, ani mechanismus pro vyrovnávání případné regionální nerovnováhy nabídky s poptávkou. V takovém systému se pochopitelně dostává do popředí sociální kapitál, tedy známosti a schopnost reciprocity, anebo prachobyčejné úplatky.

7. NENÍ TRANSPARENTNÍ ZPŮSOB VÝBĚRU KLÍČOVÉHO PERSONÁLU.

Nejklasičtějším případem netransparentnosti v personální politice nechtějí být personální rozhodnutí bývalého ministra Ratha, dokonce motivovaná nikoli „neposlušností“ samotného přímo odvolatelného ředitele, ale jeho podřízených. Na základě jakých transparentních kritérií dospěl ministr Rath k odvolání ředitele SÚKL a jmenování jeho zjevně pro danou funkci nekompetentního nástupce, ví asi jen exministr sám.

8. NENÍ TRANSPARENTNÍ VYHODNOCOVÁNÍ EFEKTIVNOSTI JEDNOTLIVÝCH POSKYTOVATELŮ PÉČE.

Jsou-li zdeformované ceny, a neexistuje-li transparentní způsob přidělování investičních a provozních dotací, pak i samotné publikování ekonomických ukazatelů vykazovaných jednotlivými zdravotnickými zařízeními postrádá značnou část vypovídací hodnoty. Klasický příklad – oddlužení jedné skupiny poskytovatelů (například fakultních nemocnic)

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz

– fakticky znamená zásadní změnu finančních výkazů – od rozvahy, přes výkaz zisku a ztrát až po cash-flow. Srovnání dat je v podstatě nesmyslné, neboť paradoxně oddlužení je odměnou za nejhorsí předchozí hospodaření, nikoli naopak. Je-li zároveň běžně poukazováno na existenci efektivních soukromých zařízení, jež oddlužena nikdy nebyla a přesto i bez provozních či jiných dotací dokáží vytvářet zdroje pro svůj další rozvoj, jako na cosi v českém zdravotnictví nežádoucího („soukromý kapitál vydělává na našich daních“), pak je zjevné, že seriózní debata na téma ekonomická efektivnost zdravotnictví ještě ani nezačala.

9. NENÍ TRSPARENTNÍ SPRÁVA KORPORACÍ (CORPORATE GOVERNANCE) JAK NA ÚROVNI PLÁTCŮ, TAK MNOHA POSKYTOVATELŮ PÉČE.

O transparentnosti správy korporací na úrovni fakultních nemocnic byla alespoň v oblasti personalistiky řeč, ale neméně fascinující jsou principy corporate governance u zdravotních pojišťoven. Pokud jde o VZP, je dnes její řízení politizováno a statutární orgány pojišťovny jsou zcela v područí politiků. Neexistuje jediná mezinárodně respektovaná autorita, která by řekla, že politická kontrola a politiky instalované vedení zdravotní pojišťovny je ten správný způsob řízení veřejnoprávních korporací. Je indiferentní, jaká politická strana je či bude u moci – takto nastavená corporate governance bude vždy chybná. Existuje-li jakési veřejné povědomí o tom, že v případě ČKA byla politizace jejího rozhodování jednou z hlavních chyb, pak toto povědomí v případě VZP zatím není nijak zřetelné, byť v tomto případě jde o podstatně větší částky peněz, ale především o smluvní zajištění zdravotní péče pro dvě třetiny české populace. Vyšší stupeň autonomie zaměstnaneckých pojišťoven, který se podařilo v určité míře uchránit, je vysvětlením, proč zaměstnanecké pojišťovny vykazují vesměs vyrovnané hospodaření. Skutečnost, že ministerstvo zdravotnictví dnes může z velmi vágně definovaného „veřejného zájmu“ poslat do zaměstnanecké pojišťovny nuceného správce, aniž by daná pojišťovna měla problémy s finanční stabilitou, však pro rozhodování zaměstnaneckých pojišťoven nevěští nic dobrého.

10. NENÍ TRSPARENTNÍ SOUTĚŽ MEZI ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI.

Existují-li úvahy o zbytečnosti existence 9 zdravotních pojišťoven, pak příčiny lze hledat především ve skutečnosti, že od roku 1996 české zdravotní pojišťovny mohou diferencovat svůj „produkt“ jen ve velmi omezené míře – benefity členství v jednotlivých zdravotních pojišťovnách jsou pro pojištěnce v podstatě shodné a ve finančním vyjádření silně limitované. V podstatě jediná silnější forma soutěže probíhala přes poskytovatele, kteří dostávali zaplacené od zdravotních pojišťoven ve značně odlišných termínech a možná preferovali klienty těch pojišťoven, které jim platily včas. Není třeba připomínat, že tato „soutěž“ je zcela netransparentní a neetická, navíc neexistuje žádný veřejný empirický výzkum, který by její dopady kvantifikoval (komparace spokojenosti pojištěnců s poskytovanou péčí podle pojišťovny v závislosti na platební morálce pojišťovny; popřípadě tvrdá data v podobě čekacích lhůt, klinických výsledků atd.). České zdravotnictví je unikátní v tom, že sice umožňuje existenci pluralitního systému zdravotních pojišťoven, ale fakticky znemožňuje jejich rozumně regulovanou soutěž. Zdravotní pojišťovny nemohou nabízet alternativní zdravotně pojistné plány, jež by více odpovídaly preferencím a potřebám různých skupin pojištěnců. Na rozdíl například od Holandska nebo Švýcarska si nemohou pojišťovny konkurovat cenou svých plánů a necenové formy soutěže jsou potlačeny na minimum. (Připomeňme pro přesnost, že tento model vyžaduje zcela

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz



zásadní reformu zdravotního pojištění a přechod na stanovení pojistného jako absolutní částky v korunách s cenovou regulací ministerstva financí a masivním dotováním státních pojišťenců). Pojištěnci tak přicházejí o základní informaci, podle níž se mohou při výběru pojišťoven orientovat. Zavedení kontrakční povinnosti (například podle zákona č. 245/2006 Sb.) v kombinaci s rigidními úhradovými vyhláškami pak znamená, že nemohou diferencovat ani nákup péče pro své klienty a zohledňovat při uzavírání smluv alespoň kvalitu poskytované péče. Systém je téměř úplně postátněn a ve své současné podobě nedává ekonomický smysl. Přitom evoluce pluralitních systémů zdravotních pojišťoven jde přesně opačným směrem. Pionýři těchto změn v Holandsku a ve Švýcarsku akcentují současně vytvoření silného regulačního rámce (ekvalizace rizik podle velmi sofistikovaných kritérií pro přerozdělování tak, aby bylo zamezeno „vybírání rozinek“; silná ochrana spotřebitele) a cenové i necenové soutěže na trhu. Není to systém jednoduchý, avšak teprve v takovémto prostředí dostává pojem transparency svůj vnitřní obsah. Neboť co je transparentního na tom, když je občanovi a pojištěnci upírána možnost volby?

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz



KONTROLA A JEJÍ EFEKTIVITA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Pavel Vepřek, předseda o.s. Občan



Pestrá škála kontrolních činností, která je k vidění v českém zdravotnictví, je produktem panujících poměrů a odráží zájmy svých tvůrců a zadavatelů. Tyto zájmy se promítají do konstrukce kontrolních mechanismů, do jejich nastavení i do účinnosti, se kterou dosahují vyhlášených i skrytých cílů. Kontrolní činnosti můžeme klasifikovat z více hledisek: podle úrovně, na které se odehrávají, podle vztahu k veřejnosti, podle jejich metodiky a dál asi co si kdo vzpomene. Já nabízím třídění založené na hodnocení jejich poslání. S jistou mírou nadsázky a bez nároku na úplnost tak můžeme identifikovat skupinu kontrol personálně politických, u který je předem znám výsledek, kontroly zastírací, aneb „dokud kontrolujeme, tak o stavu věci neinformujeme“, kontroly marné, o jejichž výsledky nikdo nedbá, kontroly rutinní, o jejichž smyslu už nikdo nepřemýšlí, a kontroly užitečné, kterých je nemnoho a kterých by bylo potřeba více.

Při práci s lidskými zdroji se kontrola uplatňuje zejména ve chvíli, kdy nadřizený dospěje k názoru, že je potřeba některého z podřízených vyměnit, nebo přinejmenším ovlivnit jeho postoj. Kontroloři vyrazí do cílového zařízení něco najít a nepochybně také něco najdou. Odvolací dekret může být podepsán a kontrolovaná osoba odchází pokračovat v kariéře na jiné pracoviště. Jemnější vyznění nastává ve chvíli, kdy se kontrolovanému podaří včas se vcítit do potřeb iniciátora kontroly a vyjít mu vstříc. Kontrola splnila své výchovné poslání a může být smírně ukončena.

Oblíbeným trikem při průvalu informací o nějaké nekalosti je ohlásit zahájení šetření, kontroly, auditu nebo čehokoli jiného. Odkazem na možné narušení kontrolního procesu a nutnosti vyčkat jeho konečných závěrů se většinou podaří úspěšně přečkat dobu zvýšené mediální pozornosti. Jak to nakonec všechno dopadlo, zajímá už málokoho.

Obecné očekávání, že správa veřejných prostředků, a nejen ve zdravotnictví, bude účinně kontrolována a každé pochybení stihne okamžitý trest, se mýjí s realitou. Nejvyšší kontrolní úřad sice plní plán kontrol, kontroluje a nalézá, ale bez viditelných dopadů na chod státní exekutivy. Jeho kontrolní zpráva doputuje do vlády, rezortní ministr k ní podá vysvětlení, vláda ji vezme na vědomí a jede se dál. Zdánlivě marné snažení NKÚ sice není zbytečné, ale ukazuje možnosti a zároveň limity každé veřejné kontroly. Činnost NKÚ nezlepšuje kvalitu správy veřejných prostředků generováním podnětů k trestnímu stíhání nebo k jinému postihu viníků při zjištění nepravostí, ale samotnou svojí existencí. To, že každé vynakládání veřejných peněz může být podrobena zkoumání a jeho výsledky se stanou veřejně dostupné, má své preventivní působení. V prvním plánu se sice většinou nic neděje, ale ve druhém nebo ve třetím si boží mlýny občas zamelou. Dobrá pověst se pomalu získává, ale rychle ztrácí a samotná informace o chování správce veřejných prostředků je silným nástrojem veřejné kontroly.

Valná většina kontrolní činnosti ve zdravotnictví probíhá jenom proto, že byla někdy uzákoněna nebo někým zavedena a nikdo příliš nezkoumá její účinnost, ani nehledá možnosti, jak ji dělat jinak, jinde a lépe. Většinou se týká technických podmínek pro poskytování zdravotní péče a formální správnosti jejího vyúčtování. Ve zdravotnických zařízeních se rutinně sleduje nakládání s opiáty, skladování léků, radiační bezpečnost a mnoho dalších

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz





jednotlivostí, ale všechny pokusy začít s kontrolou kvality diagnostických a léčebných procesů v jednotlivých zdravotnických zařízeních, tedy toho podstatného, byly pokaždé v zárodku potlačeny. Zdravotní pojišťovny, které by teoreticky o tom měly mít přehled a také se podle toho chovat, mají úplně jiné starosti. V prostředí centrálně nastavených paušálů, povinně uzavíraných smluv a nevýhodnosti pozitivní bilance, je každá revizní činnost v principu zbytečná. Absurditu současného stavu ilustruje nedávný spor mezi VZP a léčebnami dlouhodobě nemocných (LDN) o peníze, který vznikl ve chvíli, kdy VZP zkontrolovala, zda personální i technické vybavení LDN odpovídá normě. Neodpovídalo, a tak jim podle platných smluv snížila úhradu. Střet skončil typicky česky, VZP byla personálně obměněna, peníze vyplaceny a původní, evidentně nadsazené normativy zůstaly nezměněny. Případ ilustruje úskalí kontroly finančních toků ve zdravotnictví – arbitrárně nastavené normy na personální a přístrojové vybavení neodpovídají reálné situaci a jsou za tichého souhlasu všech trvale obcházeny, úhrada poskytnuté péče nevychází z její ceny, ale je stanovena, za silného politického vlivu, administrativně. České zdravotnictví neudrží v chodu dodržování nastavených pravidel, ale tradiční česká švejkovina. Úspěch jednotlivých zdravotnických manažerů hodně závisí na vynalézavosti, s jakou dokáží obcházet špatné regulace a pružně se přizpůsobovat změnám v prostředí. Proto se na každého z nich dá při troše zájmu něco nalézt, což zakládá úspěšnost kontrol prvního typu, tedy personálně politických. Kdybychom se všichni rozhodli dodržovat platné regulace, bude to ve zdravotnictví vypadat jako při vyhlášení generální stávky.

Volání po posílení kontroly, popřípadě veřejné kontroly, se těší obecné oblibě, ale skutečností je, že kontrolní činnost sama o sobě žádný obecný užitek nepřináší. Kontrola má smysl jen pokud je součástí průběžných zpětnovazebních mechanismů a pokud má příznivý poměr mezi náklady a přínosy.

Nejúčinnější přirozenou zpětnou vazbu nabízí volný trh, který kromě obecných pravidel upravujících chování jeho účastníků žádnou kontrolu v principu nepotřebuje. Vzhledem k charakteru zdravotnictví je nutné trh ve zdravotnictví regulovat a dodržování a dopady regulací přiměřeně kontrolovat. Z pohledu občana potřebuje zdravotnictví regulace tří typů. Specificky zdravotnické jsou regulace, které kompenzují naše rozdílná zdravotní a sociální rizika, a regulace, které ovlivňují naše chování v prostředí, kde vztah mezi poptávkou a nabídkou není korigován cenou. Třetím typem regulací jsou všechny, které lze zařadit do kategorie ochrany spotřebitele.

Pro kompenzaci sociálního a zdravotního rizika jsou dva pádné důvody. Odepření nutné zdravotní péče tomu, kdo za ni není schopen zaplatit, je v našem kulturním prostředí naprosto nepřijatelné a současně je naše potřeba čerpat zdravotní péči velmi rozdílná a většinou nezávisí na našem chování a vůli. Proto se prostředky na zdravotní péči vybírají od celé výdělečně činné části populace a výše příspěvku závisí na schopnosti přispívajícího platit a nikoli na jeho zdravotním stavu. Povinně vybrané prostředky jsou následně přerozděleny mezi jednotlivé plátce (zdravotní pojišťovny) v závislosti na zdravotních rizicích jejich pojištěnců. Kontrola příjmové části veřejného zdravotního pojištění je bezproblémová a sleduje dodržování jednou nastavených pravidel. Tato pravidla by si sice zasloužila některé korekce, jako je například

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz





změna způsobu, jakým zaměstnavatel vykazuje platby za jednotlivé zaměstnance, ale v principu je co a podle čeho kontrolovat. Složitější je výdajová stránka. Převládá názor, že s prostředky ve zdravotnictví bude účelněji nakládáno, pokud bude jejich užití více kontrolováno, a to nejlépe veřejně. Čím více kontroly, tím lépe bude zdravotnictví fungovat. Ale není tomu tak. Zdravotnictví není přidělový systém, který má každému občanovi republiky vydat měsíčně poukázku na zdravotní péči v hodnotě 1 741 Kč, ale složitým prostředím, ve kterém se průběžně hledají nejlepší řešení a ve kterém nelze naplánovat cestu každé koruny ze společného měšce ke konečnému uživateli. Proto je na místě regulovat a kontrolovat jenom to, co je účelné a proveditelné. Dopady špatně nastavených regulací a deformovaných motivací nenapraví sebeagilnější kontrolor. Ve správně nastaveném systému by měla státní správa (regulátor) kontrolovat, zda prostředky zdravotního pojištění jsou přerozdělovány podle přijatých pravidel a zda se zdravotní pojišťovny chovají v souladu s licenčními podmínkami. Přerozdělením ztrácejí prostředky zdravotního pojištění svůj veřejný charakter a jejich použití by už mělo být výhradní starostí zdravotních pojišťoven. Veřejná kontrola se má opírat o tři pilíře – o veřejnou dostupnost informací o kvalitě zdravotní péče, tedy o možnost ověřit si, jak se kde léčí, o cenu a rozsah pojištění, které nám jednotlivé pojišťovny nabízejí, a o možnost hlasovat pro tu nejvýhodnější nohama.

K racionálnímu čerpání zdravotní péče mají přispět regulace, které částečně zastupují roli ceny a signalizují veřejnosti, že zdravotní péče není bezcenná, a omezují následky morálního hazardu. Patří sem všechny formy spoluúčasti a zatím nezavedené regulační poplatky za návštěvu u lékaře, za den v nemocnici, za recept, za kilometr ujetý v sanitce. V České republice se spoluúcast týká převážně doplatků na léky, tedy oblasti, ve které se volba pacienta příliš neuplatňuje. Proto má současná forma spoluúčasti pacientů malý vliv na efektivitu hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění a navíc se dotýká převážně vážněji nemocných. Na změnu struktury spoluúčasti přesunem jejího těžiště od vážně nemocných na všechny, kteří zdravotní služby čerpají, zatím čekáme.

Zdravotní péče zachází často velmi intimně s našimi tělesnými schránkami, proto jsou zde více než kde jinde zapotřebí regulace, které nás chrání jako spotřebitele. Dotýkají se funkčnosti zdravotních pojišťoven, personálního a přístrojového vybavení zdravotnických zařízení, výroby a skladování léků a zdravotnických prostředků, reklamy, informovaného souhlasu, zdravotnické dokumentace a na co si kdo ještě vzpomene. Kvalita regulací i kontroly jejich naplňování je rozdílná, asi nejlepší je v technické oblasti a tam, kde jsou měřitelné výstupy. Největší slabiny vidím v kontrolovatelnosti procesů, které se přímo dotýkají pacientů. Jsme sice svědky občasných aktivit, které se snaží standardizovat chod zdravotnických zařízení akreditačním procesem, ale bez změny základní orientace našeho zdravotnictví, která by uvedla občana/pacienta do pozice zákazníka jak zdravotnického zařízení, tak zdravotní pojišťovny, zůstanou tyto pokusy jenom pokusy.

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz





Shrnuto a podtrženo: zdravotnictví neprospěje prosté posilování kontroly a rozšiřování kontrolních mechanismů, protože kontrola špatných regulací a deformovaných motivací žádný užitek nepřinese. Pomohla by mu úprava pravidel regulujících jeho chod. Kontrolní mechanismy by měly ctít jejich logiku. Než se k takové reformě dopracujeme, má smysl usilovat o posílení veřejné kontroly právě v oblasti zveřejňování informací o poskytované zdravotní péči. Veřejné zpřístupnění informací o tom, jak se kde léčí, vytváří velmi silnou zpětnou vazbu. Bez ohledu na to, jak jsou vztahy a vazby ve zdravotnictví pokřiveny a jaké motivace z toho vyplývají, být na chvostu tabulky kvality nikoho netěší. Procesy, které zveřejnění informací nastartuje, připraví prostředí k prosazení nutné reformy.

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz



STŘET VEŘEJNÉHO ZÁJMU SE ZÁJMEM OSOBNÍM

Jiří Schlanger, předseda odborového svazu

Jolana Těšínová, předsedkyně společnosti medicínského práva J. E. Purkyně



Právní úprava střetu zájmů je dána především zákonem č. 238/1992 Sb., o některých opatřeních souvisejících s ochranou veřejného zájmu a o neslučitelnosti některých funkcí (zákon o střetu zájmů), ve znění pozdějších předpisů. Jeho působnost se vztahuje pouze na veřejné funkcionáře (poslance, senátory, členy vlády a vedoucí ústředních správních orgánů). Zákon uvedeným subjektům zakotvuje obecnou povinnost zdržet se jednání ohrožujícího nestrannost ve výkonu veřejné funkce, přičemž přesně specifikuje střet veřejného zájmu se zájmem osobním, a to jakožto „jednání, popřípadě opomenutí veřejného funkcionáře, které ohrožuje důvěru v jeho nestrannost nebo při němž veřejný funkcionář zneužívá svého postavení k získání neoprávněného prospěchu pro sebe nebo jinou fyzickou či právnickou osobu”.

Nahlížíme-li na uvedenou problematiku z hlediska střetu zájmu veřejného a osobního, nelze opomenout právní úpravu obsaženou v zákoně č. 65/1965 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů, ukládající zaměstnancům jakožto jednu ze základních povinností povinnost „zdržet se jednání, které by mohlo vést ke střetu veřejného zájmu se zájmy osobními, zejména nezneužívat informací nabytých v souvislosti s výkonem zaměstnání ve prospěch vlastní nebo někoho jiného”.

Ve vztahu k předpisům, jež upravují oblast zdravotnictví, je uvedená problematika explicitně vyjádřena jednak v právních předpisech nepřímou danou oblast ovlivňující (např. zákon č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě, ve znění pozdějších předpisů): „Odpovědnost za organizování, řízení a zajištění přiměřenosti a účinnosti finanční kontroly mající vedoucí orgánů veřejné správy v rámci své řídicí pravomoci. Při zavádění a řízení finanční kontroly v orgánech veřejné správy jejich vedoucí vycházejí z mezinárodně uznávaných standardů, přičemž jsou povinni zejména dbát, aby finanční kontrolu vykonávali zaměstnanci s kvalifikačními předpoklady, kteří jsou zároveň bezúhonní a u nichž nehrozí střet zájmů podle zvláštních právních předpisů”,

ale rovněž i v právních předpisech s předmětnou oblastí přímo souvisejících (např. zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, ve znění pozdějších předpisů): „Za účelem klinického hodnocení je zkoušející povinen prokazatelně prohlásit, že on ani jeho spolupracovníci nemají k předmětu klinického hodnocení osobní vztah, který by mohl vyvolat střet zájmů nebo narušit klinické hodnocení, jehož prováděním je pověřen, zejména provádí-li jej souběžně s jiným klinickým hodnocením, na němž má osobní účast”.

S ohledem na výše uvedené, zejména na obecně zakotvenou povinnost uloženou zaměstnancům zákoníkem práce, lze v případech, kdy zákaz střetu veřejného zájmu se zájmy osobními není v konkrétním případě vyjádřen, dovolávat se zdržení takového jednání s odkazem na uvedený obecně závazný právní předpis pod sankcí pracovněprávní event. trestněprávní odpovědnosti.

STŘET ZÁJMU V ROVINĚ VEŘEJNOPRÁVNÍ

Právní úprava střetu zájmů z hlediska veřejnoprávního není úpravou komplexní, vycházející z uceleného obecně závazného právního předpisu, ale je třeba vždy vycházet z jednotlivých úprav obsažených přímo v právních předpisech regulujících danou oblast zdravotnictví.

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz



Nutno však konstatovat, že se jedná o úpravu nejednotnou, vzájemně neprovázanou a především v oblastech spojených s rozhodovacími pravomocemi řídicích subjektů (MZ, VZP) zcela nedostatečnou.

OBLAST POJIŠTĚNÍ

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů, jakož i zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, obsahuje na základě novely č. 117/2006 Sb., kterou se mění některé zákony v oblasti veřejného zdravotního pojištění s účinností od 1. dubna 2006, výslovnou úpravu zákazu výkonu určitých funkcí z důvodu střetu zájmů. Uvedená právní úprava je taxativní a vztahuje se pouze na subjekty v citovaných právních předpisech výslovně uvedené (statutární orgány pojišťoven, ředitelé krajských poboček, vedoucí pracovníci, členové správních a dozorčích rad).

Uvedená právní úprava explicitně nevylučuje situace nežádoucího personálního propojení v orgánech jednotlivých pojišťoven prostřednictvím totožného zástupce jmenovaného na návrh ministra zdravotnictví vládou.

ROZHODOVACÍ OBLAST MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

Zákonem č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů, je nově upravena působnost a činnost rozkladové komise ministerstva zdravotnictví, včetně úpravy možného vyloučení jednotlivých členů této komise z projednávání předmětné věci tehdy, lze-li důvodně předpokládat, že mají s ohledem na svůj poměr k věci, k účastníkům řízení nebo jejich zástupcům takový zájem na výsledku řízení, pro nějž lze pochybovat o jejich nepodjatosti.

Uvedená právní úprava nedokáže zabránit situacím, kdy podjatost členů komise je zjevně dána, avšak účastníkem řízení není namítána (neboť mu tato skutečnost není známa či je pro něj prospěšná) a nadřízená osoba kroky vedoucí k vyloučení této osoby neučiní. Potom nastává situace, kdy člen komise může být například zároveň poradcem ministra zdravotnictví a právním zástupcem subjektu, jehož odvolání je předmětem posouzení komise.

VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ NA POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Problematika výběrových řízení na poskytování zdravotní péče vychází ze zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Právní úprava ukládá povinnost zdravotním pojišťovnám zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům, přičemž uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče musí předcházet výběrové řízení. Samotný výsledek výběrového řízení však nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

I přes skutečnost výslovné úpravy diferencovaného složení komise i úpravu nepodjatosti jejich členů je vzhledem k nezávaznosti výsledků výběrového řízení proces výběru vítězného uchazeče bez možnosti opravných prostředků zcela netransparentní.

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz



OBLAST AKREDITACÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, je zakotven rovnoprávný přístup k provádění specializačního vzdělávání pro všechny subjekty, které získají oprávnění (akreditaci) k uskutečnění příslušného vzdělávacího programu. Za účelem posouzení jednotlivých žádostí o akreditaci zřizuje ministerstvo zdravotnictví akreditační komise, jejichž stanovisko má pouze doporučující charakter, přičemž konečné rozhodnutí o udělení akreditace vydává právě uvedené ministerstvo. Statut a jednací řád, kterým se při své činnosti akreditační komise řídí, vydává opět ministerstvo.

I přes uvedenou právní úpravu dochází v procesu akreditací na základě pokynu ministra zdravotnictví ke zcela formálnímu přístupu při jejich udělování bez věcného přezkoumávání opodstatněnosti při jejich vydání, a to zejména v případě přímo řízených zdravotnických zařízení (fakultní nemocnice, odborná specializovaná zařízení).

VÝBĚROVÁ ŘÍZENÍ NA VEDOUcí FUNKCE

Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 247/1993 Sb., o výběrovém řízení na vedoucí funkce ve zdravotnických organizacích a zařízeních v působnosti ministerstva zdravotnictví, okresních úřadů a obcí, obsahuje minimální požadavky jak ve vztahu ke složení výběrové komise, tak i ve vztahu k případné podjatosti jejich členů. Stanovisko komise není pro vyhlásovatel (MZ) právně závazné.

Uvedená právní úprava umožňuje ministerstvu zdravotnictví obsazovat vedoucí funkce přímo řízených organizací dle jeho zájmu bez možnosti právního přezkoumání průběhu jednotlivých výběrových řízení.

OBLAST LÉČIV

Právní úprava procesu vedoucího ke stanovení výše úhrady léčiv, včetně postavení a činnosti komise na této činnosti se podílející (tzv. kategorizační komise), vychází ze statutu a jednacího řádu publikovaného ministerstvem zdravotnictví ve Věstníku. Uvedená úprava umožňuje provedení změny podmínek činnosti komise včetně jejího složení pouze na základě právně nepřezkoumatelného rozhodnutí ministra zdravotnictví. Rovněž vzhledem ke statutu komise, jakožto poradního orgánu MZ, nemají její závěry pro ministra právní závaznost.

Vzhledem k absenci právní úpravy vycházející z obecně závazných právních předpisů je daný proces kategorizace procesem netransparentním.

KOMISE MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

Postavení a činnost jednotlivých komisí působících při ministerstvu zdravotnictví, jakožto poradních orgánů ministra zdravotnictví či samotného ministerstva, vychází ze statutu a jednacího řádu publikovaných zejména ve Věstníku MZ (př. Komise pro posuzování rozmístění přístrojů vybrané zdravotnické techniky).

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz





Předpisy upravující činnost uvedených poradních orgánů charakterizuje nízká úroveň vydávaných pokynů, a to především z hlediska právního, absence ustanovení vyžadujících prokázání nepodjatosti členů komise k projednávané problematice, absence ustanovení týkajících se omezení ve vztahu k počtu komisí obsazených totožnými odborníky (hlavní kritérium: loajalita k MZ) a absence jasně definovaných pravidel pro jejich rozhodování.

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz



NĚKTERÉ Z DŮVODŮ, PROČ ZAMĚSTNANECKÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY NEMOHOU PLNIT SVÉ ROLE

Vladimír Kothera, generální ředitel, Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance



Když bylo v roce 1992 rozhodnuto o vzniku zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven prostřednictvím zákona č. 280/1992 Sb., v souladu s rozhodnutím o vzniku veřejného zdravotního pojištění, nikdo z tehdejších zákonodárců neměl zřejmě úplně jasno, co by se tímto krokem mělo stát. Zda se vrátit k modelu Bismarckova pojištění z první republiky, či jen udělat určité gesto, které se tehdy vcelku nosilo, a to oddělit tímto krokem financování zdravotnictví od státu. Právě tato koncepční nejasnost způsobila, že se už od počátku dalo do vínku nově vznikajícím zdravotním pojišťovnám tolik netransparentního do jejich působení, že je až s podivem, že čtrnáct let od rozhodnutí v tehdejším parlamentu můžeme na příkladu některých z nich vidět velmi efektivně řízené organizace. A to zejména za situace, kdy i v dalších letech jsme byli svědky opakovaných útoků zákonodárců na jejich existenci. Pokusme se ale přehlednit, co se vlastně od počátku okolo zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven děje. Původní záměr, jak jej lze vyčíst z prvního znění zákona č. 280/92 Sb., směřoval ke vzniku samosprávných fondů, kde by měli ve správních orgánech pojišťovny hájit své zájmy jak plátcí – zaměstnavatelé, tak pojištěnci prostřednictvím svých volených zástupců. Takto tento systém funguje i v Německu od dob Bismarcka. Bohužel za celou dobu nebyl tento princip uspokojivě vyřešen. Namísto dvouparitního zastoupení v orgánech pojišťoven se lidovou nebo spíše parlamentní tvořivostí zcela nelogicky vytvořilo zastoupení triparitní, kde jednu třetinu obsadil stát. A aby se to nepletlo, bylo navíc ještě od sebe autonomně odděleno zdravotní a nemocenské pojištění. Hned na počátku tedy byla ve dvou zásadních aspektech zvolena cesta, která nemá v Evropě obdoby. Oba tyto prvky se potom jak červená nit linou historií čtrnácti let činnosti těchto zdravotních pojišťoven a působí problémy.

Triparitní ustavení správních orgánů především způsobuje, že zástupci státu, vesměs najmenovaní ministerstvem zdravotnictví, jsou v neustálém střetu zájmů, protože v mnoha případech jsou nuceni hájit stanoviska ministerstva zdravotnictví, která jsou v rozporu se zájmy jak plátců pojistného, tak pojištěnců, protože nesledují základní cíl pojišťovny, a to zajistit pro své pojištěnce dostupnou a kvalitní péči za hospodárných podmínek. A tak se v mnoha případech nerozhoduje ve správních radách o dostupnosti zdravotní péče či o její kvalitě, nebo o dostatečnosti disponibilních finančních zdrojů vzhledem k oprávněným potřebám pojištěnců, ale v mnoha případech se řeší, zda budou splněny transfery plateb na základě ministerských vyhlášek do zdravotnických zařízení bez ohledu na to, zda za ně byla pojištěncům poskytnuta zdravotní péče. Cílem pak je na straně zástupců státu donutit pojišťovnu např. platit vyšší úhrady jen z důvodu růstu platů lékařů, přičemž naopak objem poskytnuté péče pro pojištěnce je omezován a ti se dostávají v mnoha případech se svými nemocemi na čekací listy. Tento stav se ještě víc rozvíjí v současném období, kdy je za takzvané dělání pořádku ve zdravotnictví schovávána posilující se role ministerstva zdravotnictví v rozhodování o využití disponibilních zdrojů pojišťoven, bohužel opět s podporou parlamentu, prostřednictvím na jaře přijatých novel zákonů o zdravotním pojištění. Dále se tak rozbíjí onen potřebný prvek samosprávného fondového hospodaření zdravotních pojišťoven, nutný k oddělenému financování zdravotnictví nezávisle na státu. Tentokrát se to má stát na základě volební vyhlášky do správních orgánů pojišťoven, kterou má vydat ministr zdravotnictví. Podle ní se mají dokonce do správních orgánů pojišťoven dostat osoby, které nemají ke konkrétní zdravotní pojišťovně ani uzavřený pojistný vztah. Tím bude dosaženo vrcholu paradoxu, kdy

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz





někdo pojištěný např. u VZP bude moci rozhodovat ve správní radě zaměstnanecké zdravotní pojišťovny za její pojištěnce či plátce.

Druhým chronickým problémem veřejného zdravotního pojištění je české specifikum oddělení zdravotního a nemocenského pojištění od sebe, čímž se ročně vytváří ztráta ve zdravotním pojištění okolo 5 mld. Kč. Důvodů této každoroční ztráty je několik: nemožnost efektivně provádět kontrolu nad předepisováním nemocenské, chybějící vazba zdravotní pojišťovny na předepisujícího lékaře, nemožnost pohnat k odpovědnosti pojištěnce, který nepostupuje v souladu se zvolenou léčbou, a v neposlední řadě stav, kdy v době nemoci není placeno pojištění. Tím, že do systému není možné zavést účinné ekonomické motivátory pro tuto oblast jak na straně pojištěnců, tak na straně lékařů, dochází ve značně netransparentním systému k situaci, kdy naplno fungují neoficiální motivátory, a při nastavení nemocenské v našem sociálním systému pak není divu, že se tato situace projevuje až dvojnásobnou nemocností při srovnání s vyspělými evropskými ekonomikami.

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz



PŘÍBĚH OPRAVDOVÉHO ČLOVĚKA NAŠÍ DOBY

Tomáš Cikrt, předseda představenstva Koalice pro zdraví, o.p.s.

(Jakákoliv podobnost s příběhem reálné osoby je čistě Tvůj problém, laskavý čtenáři :)



Toto je příběh jednoho opravdového člověka naší doby. A protože je to náramně vykutálený snaživka s partou dobrých přátel na správných místech, říkejme mu třeba Míša Kulička.

Míša Kulička se narodil, studoval, pracoval a žije v regionální metropoli. Tedy pokud zrovna nestuduje, nepracuje a nežije v metropoli státu, neboť jenom tam může být korunováno snažení regionálního šíbra. Prozradme na něj také, že je to lékař, tedy osoba, která je v srdci Evropy tradičně považována za šlechtnou a humanistickou a projde jí tudíž u veřejnosti ledasjaký hříšek. Tomu našemu Míšovi Kuličkovi zatím prošlo snad úplně všechno.

Míša Kulička není žádná stará struktura, je to nová, ještě nedávno i docela čerstvá mladá struktura. Promoval po sametové revoluci a také do partaje – a to demokratické – vstoupil až v nových poměrech. Zajímavé je, že se straníkem stal velmi mlád, ještě dříve než lékařem. Strana je jeho těžiště, jeho raketová základna, z které, až dosud, stoupá stále vzhůru.

Míša Kulička není vůbec troškař. Drobná práce v rodné straně se vyplatila. Jeden zasloužilý spolustraníček si ho vzal s sebou až na ministerstvo. Zda se tak rozhodl sám, nebo mu ho naordinovala nějaká organizovaná skupina šibalů, můžeme jenom hádat. Jisté je, že se Kulička stal náměstkem, časem přímo prvním. Měl na starosti kdecu, třeba léky anebo investice. A záhy každý věděl, co je třeba, když chce, aby se na něho usmálo štěstí. Chceš mít dobrou úhradu ze zdravotního pojištění? Milá firmo, zaplať! Peníze pošli tam a tam (příjemce se samozřejmě nejmenuje Míša Kulička, práce všeho druhu, ale spíše No Name, s.r.o.). Chcete pro svoji nemocnici novou vývařovnu fajnových obědů? Ale ano, přiklepneme, beru si deset procent ceny!

Asi se ptáš, milý čtenáři, jak se to dělá – tak poslouchej. V prvním případě je nezbytné vstoupit mezi rozhodnutí komise, která navrhuje výši úhrad léků, a podpis ministra, který návrh definitivně schvaluje. Řekneš třeba, můj vnímavý čtenáři, že musíš opravit technické chyby, které tam komise zanechala, pomůžeš některým firmám k lepší úhradě, a za to inkasuješ. V druhém případě jde většinou o klasickou obálku, kterou zapomeneš na náměstkově stole, anebo ji pod tím stolem, rukou upocenou rozklepanou, podsuneš do ruky, která zůstává ledově klidná.

Míša Kulička chtěl však v životě dosáhnout víc – což například dohodit přátelům z dalekého zahraničí nejlepší nemocnici v zemi? Jenže média, odboráři (a taková ta havěť) se moc ptají a moc protestují, že prý není důvod takto připravit občany o celé špičkové zdravotnické zařízení. Jedny noviny dokonce vyštouraly v této kauze střet zájmů a trvaly na svém, údajně prý nelze jednat za ministerstvo zdravotnictví o privatizaci nemocnice a současně být jejím zaměstnancem. Míša Kulička se to snažil popírat (a také ředitel příslušné nemocnice zapíral), ale novináři nakonec našli jakýsi výpis z evidence zaměstnanců. Kšeft desetiletí se nezdařil. Ale nebyl všem dnům konec ...

Míša Kulička se mezitím zapojil do hry zvané „úředníci proti státu“, když – jako jeden z řady jiných – udělal další krok v neskutečně absurdní kauze. Krasopisně podepsal kus papíru, kde shodou okolností stálo, že stát způsobil škodu té a té firmě, a udělal to i přesto,

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz





že ta firma byla ctihodná asi jako Fantomas. Neveřejný rozhodčí senát následně vynesl verdikt, že když stát tu škodu uznal, musí zatím dotčené firmě zaplatit alespoň 300 milionů korun a nějaké drobné. Od té doby bylo jasné, že stát ten spor nemůže vyhrát, zejména proto, že si to nikdo nepřeje, ani jeho vlastní úředníci. Protistrana z těch 300 milionů asi platí právníky a P.R. (public relations, česky se čte jako podmazat redaktory), neboť se jí to vyplatí, spor se totiž vede o miliardy. Podstatu sporu ani nechtěj znát, byla by Ti k pláči, ty ubohý čtenáři – daňový poplatníku.

Na čas musel Míša Kulička ministerstvo opustit, v čele úřadu totiž stanula osoba, která staré vazby zpřetrhala. Než ale odešel z ministerstva, přeci jen opět zvítězil – v konkurzu na ředitele státní nemocnice v rodné regionální metropoli. Měl pro tuto funkci ty nejlepší předpoklady: chtěl to tak odstupující ministr a on zrovna neměl do čeho píchnout. Jenom zase nějaký remcající pisálkové to označili za rozdávání trafik (i když pravda, ani ostatní náměstci nepřišli zkrátka). Míša Kulička pro nemocnici dýchal, nakoupil pro ni krásné nové stroje, budoval a zadlužoval. A znovu vítězí – v pomyslné anketě o ředitele nejzadluženější nemocnice v zemi, s pěkným výsledkem, který přesáhl 100 milionů korun.

Takový manažer nemohl po pár letech skončit jinak, než zase na ministerstvu, ve stejné funkci. Jenom ministr se změnil – byl to teď takový starší bratr – dělal všechno jako Míša Kulička, ale ještě o třídu brilantněji. Míša se má ještě co učit!

Apropó učení, dovol krátkou odbočku, trpělivý čtenáři. Míša Kulička je totiž takřka renezanční vzdělanec. Před jménem se mu už skvělo magické MUDr., tak ho vylepšil ještě odzadu. Za státní peníze, z pozice náměstka, začal studovat ono dnes tak populární manažerské MBA. Daňový poplatník mu (jistě rád) přispěl skromnou částkou 180 tisíc korun. Nejvyšší kontrolní úřad tolik pochopení nemá a tvrdí, že peníze byly vyplaceny napřed a když Míša Kulička jako náměstek skončil, měl by je na základě vlastního písemného závazku vrátit.

Také zpředu si Míša Kulička jméno dozdobil. Habilitoval, čili stal se docentem. Někteří vlezlí novináři se zajímali, jak asi probíhá taková habilitace náměstka ministra, když většinu komise tvoří de facto jeho podřízení. Jeden člen komise, co zrovna nepatřil mezi ty státní, do novin prohlásil: „... že se páni profesori báli, bylo zcela evidentní. Někteří se pak před hlasováním vytrahli, nebo odevzdali neplatný hlas.“ Tak či onak, nadpoloviční počet hlasů Kulička dostal, neboť strach z odvolání, vyhození či upečení zaživa byl právě u větší poloviny profesorů zcela neléčitelný.

Zmínili jsme, že jeden kšeft století se Kuličkovi nezdařil, ale on, představ si to, ctěný čtenáři, dostal další šanci. Tentokrát chce vytvořit „naprosto unikátní pracoviště, které nemá v Evropě obdoby“ ve své rodné regionální metropoli. Blížily se volby, a tak vláda jeho příslušné strany na tento bohuľibý skutek uvolnila miliardu korun jako základ s tím, že další peníze přijdou. Například zpoza oceánu za to, že se z českých pacientů stanou levní pokusní králíci.

Více informací o projektu je k dispozici na www.transparency.cz





Jaká je katarze našeho příběhu? Míša Kulička už podruhé na ministerstvu končí. Nový ministr je z jiného politického těsta. Jak jsi jistě pochopil, moudrý čtenáři, Míša Kulička je velký hříšník. Měl by se snad bát, že bude odhalen a usvědčen? Zkus hádat. Sedí. Už jsi blízko. Nikoliv v lochu. Ano, správně – v poslanecké sněmovně!

Citát závěrem:

„Kamaráde, určitě zajdi za Míšou Kuličkou a zeptej se ho, kdy časově hrozí nucená správa VZP. Je to fakt moc důležité.“

(Citát jistého XY, obviněného z nepěkných věcí, pocházející ze zprávy jistého pana plukovníka o prorůstání organizovaného zločinu do ... raději zapomeňte kam.)

Doplňovačka:

Jaké korupční příležitosti využil hrdina příběhu?

- 1.
- 2.
- 3.



MATRICE VZTAHŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ A JEJICH KORUPČNÍ ROZHRAŇÍ

	REGULÁTOR	PLÁTCE	POSKYTOVATEL	OBČAN	DODAVATEL
Definice	Ministerstvo, parlament, senát + jiné instituce, které vykonávají regulaci z pověření nebo nad ní dohlížejí, resp. vydávají výkladová a závazná stanoviska	Pojišťovny, ústavy sociální péče	Nemocnice, lékaři, lékárníci	Spotřebitel	Farmaceutické firmy, výrobci zdravotnické techniky atd.
REGULÁTOR	Časté střety zájmů a korupce.	Překračování pravomocí, nedodržování právního rámce, absence nestranných rozhodnutí.	Netransparentní vztahy kvůli častým střetům zájmů, zásahům regulátora (zákon o neziskových nemocnicích). Dvojitý metr (lékaři z nemocnic a ze soukromých ordinací). Neprůhledné veřejné zakázky.	Nedochází k přímému vztahu. Občan každé 4 roky zvolí modus, jak chce být regulován na státní nebo krajské úrovni. Veřejnost je informována účelově a zmateně.	Stanovení úhrad léků a ZP z fondů veřejného ZP - neprůhlednost, nejasné postupy a kritéria.
PLÁTCE	Rozhodování o formě a existenci plátce - zákonný rámec, zejména se jedná o ovlivňování smluvních vztahů v neprospěch ekonomického a efektivního fungování plátce, výběrová řízení na lůžkovou péči, stanovení obsahu rámcových smluv, stanovení úhrad.	Neexistuje konkurenční prostředí.	Získání smlouvy (ovlivnění obsahu smlouvy).	Občan si může zvolit pojišťovnu, nicméně nevolí dle konkurenční nabídky, neboť ta je regulována. Nemá možnost vybrat si za stejnou cenu lepší službu. Nevstupuje přímo do vztahu, nýbrž zprostředkované - regulované.	Proces schvalování léků či procedur revizními lékaři. Zavádění nových léčebných postupů (kódů). Zavádění a vyhodnocování regulačních opatření.
POSKYTOVATEL	Upravuje a stanovuje formy smluvních vztahů jejich intenzitu a délku, stanovuje právní formu subjektu (nemocnic). Několik příkladů: určuje kvalifikační požadavky, licenční podmínky a výběrová řízení, rozhoduje o umístění zdravotní techniky.	Vztahy jsou omezené, neboť jsou ovlivňované zásahy MZ. Špatně nastavené financování, neboť nejsou nastavená transparentní pravidla - nejasný vztah kvality a ceny.	Směrování pacientů do jejich lékárny (procenta z obrátu). Špatně a neefektivně řízené nemocnice (governance). Běžné formy boje o udržení (zlepšení) pozice v rámci organizace.	Přímý kontakt spotřebitele s poskytovatelem. Kvůli současné regulaci v ČR dochází k tomu, že pacient platí přímo nad rámce svého pojištění nelegálně zdravotníkovi za lepší péči, upřednostnění v pořadí, zařazení na seznam atd.	Zaimteresování na preskripci léků hrazených ze ZP. Výběrová řízení na dodavatele investičních celků, centrálních dodávek léků a PZT.
OBČAN	Reguluje rozsah zdravotní péče a její dostupnost, omezuje práva pacientů.	Omezení rozhodovacích pravomocí pro občana a nedostatečný rozsah poskytovaných informací, nestransparentní a nerovnoprávné vztahy.	Přímý vztah - vzhledem k nejistotě a informační asymetrii a nezdravé regulaci dochází k: uplácení u čekacích listin, přístupu k péči - zařazení do kartotéky, lepší péče a jistota. Soukromí poskytovatelé: „paragraf Fischerové“ - sponzorské dary.	Neziskový sektor není schopen poskytnout relevantní protíváhu regulátorovi a ostatním skupinám. Nedostatek finančních prostředků pro činnost.	Nepřímo přes NNO.
DODAVATEL	Upravuje vstup dodavatele na trh a stanovuje podmínky jeho působení, zejména: regulace cen, licenčních podmínek, povolení léčiv, reklamy a veřejné zakázky v této oblasti.	Nedochází ke vztahům přímým.	Lobbing ve prospěch konkrétního produktu (provizní nejrůznější podoby). Proskepce (provizní nejrůznější podoby), uplácení formou placení účasti na konferencích nebo vzdělávacích kurzech.	Pacentské organizace jsou podporované přímo, přes nadace farmaceutických firem, jsou zneužívané ke krátkodobým cílům firem (hranice etiky NO).	Tržní prostředí.