sdružení OBČAN

Zdravotnictví 2.0

OBČAN V SÍTI 06/2017

www.sdruzeniobcan.cz www.zdravotnictvi2.cz

Jak zlepšit komunikaci mezi zdravotním a sociálním systémem?

Tomáš Doležal

úhel pohledu

Ladislav Švec

Zdravotní i sociální systém nám ve chvíli nemoci poskytují své služby současně a podíl každého z nich je dán charakterem onemocnění a naším sociálním sta-

vem. U akutních nemocí hraje hlavní roli zdravotní péče a v závislosti na míře chronicity nemoci a odžitých letech roste význam sociální komponenty. Bylo by logické, kdyby oba systémy byly vzájemně informačně a organizačně propojeny, ale pravý opak je pravdou.

Symbolem vztahu obou systémů není Schengen, ale železná opona. Když se v devadesátých letech zdravotnictví transformovalo ze státního Semaškova modelu do pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění, který vycházel z tradice předválečného nastavení, byla sociální oblast, možná vědomě, opomenuta. Bismarckův model sociálního pojištění, ze kterého se vyvinuly všechny evropské systémy sociálního pojištění, byl primárně konstruován k tomu, aby ochránil zaměstnance a jejich rodiny před nouzí v případě nemoci či trvalého zdravotního poškození. Nemocenské pokladny začaly platit doktorům za to, že určí začátek i konec nároku na nemocenskou a další dávky, a zároveň, že udělají vše pro to, aby období podpory bylo co nejkratší. Postupným vývojem se z toho vyvinulo veřejné zdravotní pojištění jako podmnožina širšího sociálního. I když výrazně emancipované a ekonomicky dominující.

Tento vývoj byl u nás na půl století přerušen a při obnově veřejného zdravotnictví bylo jednodušší si nekomplikovat život ještě integrací sociální oblasti. Cenu za oddělení obou systémů platíme významnými neefektivitami v organizaci péče na zdravotně-sociálním pomezí a v jejím financování. Pokud chceme mít zdravotnictví schopné průběžné adaptace na vývoj medicíny a demografie, je načase začít přemýšlet o opětovném provázání obou systémů.

Vzájemná nedůvěra a oboustranná snaha si polepšit na úkor toho druhého zatím všechny pokusy tohoto typu spolehlivě pohřbily. Až na ten poslední. Před skoro dvěma lety se pod patronací předsedy sociálního výboru Jaroslava Zavadila vytvořila neformální skupina poslanců a odborníků, která se věnovala hledání cest prodloužení práceschopnosti našinců. Nu a nutnou podmínkou pro hodnocení úspěšnosti jakékoli intervence je měřitelnost výstupů, tedy tvrdá data. Proto vznikl pilotní projekt, který na vzorku lidí se dvěma chronickými diagnózami prověřil dostupnost a použitelnost dat v obou systémech, navrhl metodiku jejich zpracování a nakonec propojil náklady obou pojistných systémů za pětileté období. První krok ke zvýšení provázanosti obou systémů byl učiněn. Hurá!

Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek

volné fórum

Radka Maxová

David Kasal

Jiří Horecký

Michael Viereckl

Marek Uhlíř

úhel pohledu

MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D.
ředitel, Institut pro zdravotní ekonomiku a technology assessment (iHETA)

Proč dává větší provázanost mezi zdravotním a sociálním systémem smysl

V České republice vynakládají zdravotní pojišťovny na zdravotní péči více než 260 miliard Kč ročně. Tato částka ale netvoří veškeré náklady tvořené nemocemi. Je zde dalších více než 90 miliard Kč za rok v sociálních platbách (invalidní pojištění, nemocenské pojištění a nepojistné systémy – např. dávky pro osoby zdravotně postižené nebo příspěvky na péči). Další významnou položkou z celospolečenského pohledu je ztráta pracovní produktivity, která se dělí na absentismus a presentismus a dále ztráty pracovní produktivity v důsledku předčasného úmrtí z důvodu nemoci. V neposlední řadě je nutné započítat náklady na neformální péči v rodině.

Nemoc a její důsledky pro jedince, rodinu a celou společnost nerespektují paušální a historicky umělé rozdělení financování na zdravotní a sociální rozpočet, na jehož pomezí navíc vznikají významné neefektivity v organizaci péče a jejím financování. Zvýšené investice do zdravotní péče (např. moderní léky, včasná diagnostika nebo rehabilitační péče) mají potenciál šetřit finanční prostředky v sociálním systému a dobrá kvalita sociální péče (např. komunitní podpora aktivního života ve stáří, programy udržující nemocné v pracovním procesu) zase na druhou stranu je nejlepší prevencí zbytného čerpání zdravotních služeb, jako jsou například tzv. sociální hospitalizace.

Nemoc a její důsledky pro jedince, rodinu a celou společnost nerespektují paušální a historicky umělé rozdělení financování na zdravotní a sociální rozpočet, na jehož pomezí navíc vznikají významné neefektivity v organizaci péče a jejím financování.

Demografický vývoj v České republice je charakterizován několika nepříznivými tendencemi. První je vývoj demografické křivky, který ukazuje významné zvýšení podílu obyvatelstva ve věkové skupině nad 65 let a zároveň pokles práceschopné populace. Důsledkem tohoto vývoje bude postupné snižování příjmů zdravotního systému a zároveň zvyšování nákladů na zdravotní péči.

Pracovní schopnost představuje tedy nezbytné aktivum pro uplatnění člověka na trhu práce po celou dobu jeho pracovního života. Česká populace se vyznačuje zdravotně velmi rizikovým profilem, co se týče nadváhy/obezity, kouření, konzumace alkoholu a návykových látek. Tento fakt, pokud se jej nepodaří dlouhodobě měnit, bude vytvářet tlak na výdaje zdravotního systému při klesajícím výběru zdravotního pojištění. Česká republika je v současnosti v parametru střední délky života ve zdraví ve věku 65 let pod průměrem zemí EU (Eurostat Statistics Database). Právě tento parametr je rozhodující pro možnost zapojení seniorské populace do pracovního procesu v ekonomicky aktivním smyslu.

Tomáš Doležal

Nezbytným začátkem integrovaného uvažování o celospolečenských dopadech zejména chronických nemocí je zbourání umělé bariéry mezi sociálním a zdravotním systémem a možnost analyzovat náklady z pohledu veřejných financí bez ohledu na to, z jaké kapsy jsou tyto výdaje vynakládány. Je nutné přes diagnózu propojit údaje z databází zdravotních pojišťoven, pojistných systémů (ČSSZ), ale také nepojistných systémů, které jsou spravovány úřady práce. Dalším rozvojem datové základny je možnost napojení těchto nákladových databází na některé registry vybraných diagnóz, které jsou v ČR vedeny (například onkologické registry, registr roztroušené sklerózy nebo registry chronických zánětlivých onemocnění).

JUDr. Ladislav Švec,
ředitel, Kancelář zdravotního pojištění, z. s.

Zdravotní a sociální systém

Kancelář zdravotního pojištění, z. s., je právním nástupcem a pokračovatelem Národního referenčního centra a Centra mezistátních úhrad, plní proto mimo jiné funkci národního styčného místa, reprezentujícího české zdravotní pojištění ve vztahu k systémům jiných států, ale i k ostatním českým institucím sociálního zabezpečení. V každodenní praxi se tak setkává s nutností řešit systémové otázky, ale i konkrétní životní situace z hlediska sociálního systému jako celku. V každodenní praxi též vidíme rozdíly v úpravě nároků, ale i organizačního zajištění systémů mezi námi a ostatními evropskými státy.

Díky výše uvedené agendě dlouhodobě nahlížíme souvislosti způsobem, který není v českých zemích zažitý, popřípadě automaticky přijímaný. Systém veřejného zdravotního pojištění vidíme jako živou a zásadní součást sociálního zabezpečení, zdravotní pojišťovny jako instituce poskytující dávky v nemoci, byť v jiné než peněžité formě, která je u nás tradičně s pojmem dávka spojována. Uvedená zkušenost nám umožňuje dobře vidět nejen slabiny celkové organizace sociálního systému v ČR, ale i vnitřní nedokonalosti nedokončeného přechodu ze státního zdravotnictví na systém veřejného zdravotního pojištění.

Právě kvůli této zkušenosti a pracovním vazbám na kolegy z ostatních sociálních oblastí jsem přivítal výzvu pana předsedy Sociálního výboru PS PČR J. Zavadila z jara minulého roku k účasti na pilotním projektu „Stárnutí populace – porovnání nákladů zdravotního a sociálního pojištění“. V rámci projektu jsme se měli po dvaceti letech nikam nevedoucích diskusí, konferencí, resortních a meziresortních komisí pokusit o zamyšlení nad možnostmi zmapování, sběru a zpracování dostupných údajů o vazbách a nákladech zdravotního a sociálního systému.

Pro účely pilotního projektu byla zvolena myšlenka sledování sociální události po jednotlivých diagnózách. Za signální pak byly zvoleny diagnózy, u kterých existují dílčí výstupy z dříve prováděných analýz na omezeném vzorku osob. Smyslem byla možnost ověření správnosti vznikající metodiky a výstupů porovnáním s dříve zjištěnými daty. Šlo o diagnózy G35 a M45*, tedy o roztroušenou sklerózu a Bechtěrevovu chorobu.

V průběhu minulého roku jsme se opakovaně sešli se zástupci jednotlivých systémů sociálního zabezpečení za účelem zmapování dat, dostupných v jednotlivých informačních systémech, specifikace typů sledovaných dávek a definování obsahu a rozsahu sbíraných dat. V průběhu této koordinační a mapovací části se ukázalo, že na rozdíl od pojistných systémů (zdravotní, nemocenský, důchodový) nejsou systémy nepojistných dávek schopny generovat data v členění dle diagnózy. Zároveň se ovšem ukázalo, že tento problém lze do jisté míry kompenzovat údaji lékařské posudkové služby, evidovanými v rámci posuzování nároků na peněžitou dávku.

Ladislav Švec

Po zmapování situace jsme dospěli k závěru, že pro základní porovnání vazeb a nákladů zdravotního a sociálního systému ve vztahu k diagnóze lze zajistit dostatečně komplexní a reprezentativní data i bez složité a sporné konstrukce individuálního párování údajů z různých systémů. Bylo dohodnuto vycházet primárně z dat zdravotního pojištění, doplněných o data České správy sociálního zabezpečení a vztahujících se specificky k jednotlivým diagnózám.

Následně jsme vytvořili a projednali datová rozhraní a požádali o zajištění odpovídajících sběrů dat z informačních systémů zdravotních pojišťoven i ČSSZ. Tento proces představoval nemalé úsilí pro všechny zúčastněné instituce a jejich pracovníky a skončil teprve na začátku tohoto roku.

Největší a základní přidanou hodnotou našeho konceptu a definovaného datového rozhraní byla myšlenka na využití údajů evidovaných zdravotními pojišťovnami za účelem určení plátce pojistného. Vzhledem k této povinnosti totiž zdravotní pojištění reálně disponuje řadou informací o sociálním stavu osoby, víme, kdy pojištěnec vykonává výdělečnou činnost, nebo SVČ, ale i kdy je samoplátcem, příjemcem dávek důchodového

pojištění, nebo kdy spadá do některé z dalších kategorií, za které je plátcem pojistného stát. Díky těmto údajům o základních sociálních stavech jsme byli následně schopni rozklíčovat základní sociální strukturu kohorty pacientů, tedy zda jde o osoby výdělečně činné, osoby pobírající invalidní důchod, nebo osoby vykonávající výdělečnou činnost souběžně s pobíranou invalidní dávkou. Sbíraná data se týkala relativně dlouhého období let 2010 až 2015 a bylo tak možné sledovat trendy a vývoj v časové ose.

Souběžně s probíhajícími sběry dat jsme vyvíjeli metodiku jejich zpracování. Po obdržení potřebných údajů jsme dle této metodiky fakticky analyzovali informace o počtech pacientů, sociálních stavech pacientů, nákladech zdravotního i sociálního pojištění, přímých i nepřímých nákladech a ztrátách veřejných rozpočtů a celou řadu dalších informací, a to v čase, ve vzájemných vazbách a v dalším členění dle aplikovaných způsobů léčby (zejména aplikace tzv. centrových léků).

Ve spolupráci se společností iHETA jsme po zpracování dat zajistili ověření spolehlivosti metodiky porovnáním dosažených výstupů s výsledky předchozích dílčích analýz, prováděných na omezeném vzorku osob. Ověření proběhlo úspěšně a naznačilo využitelnost postupů pro zpracování vazeb zdravotního a sociálního systému i u dalších typů chronických onemocnění, u kterých dosud žádná možnost porovnání neexistovala a neexistuje. I pro tento účel jsme se snažili souběžně co největší část procesu zpracování automatizovat.

Pokud bychom měli prezentovat některá zjištění ve vztahu ke zvoleným diagnózám, zmínil bych nepochybně očividný růst podílu nákladů zdravotního pojištění na celkových nákladech sociálního zabezpečení ve vztahu k DG, a to jak v celkových číslech, tak v průměrných nákladech na pacienta. Souběžně lze naproti tomu sledovat stagnaci nákladů na nemocenské dávky a invalidní důchody pacientů.

Z analýzy lze odvodit i míru, do níž jsou kompenzovány zvýšené náklady zdravotních pojišťoven na mimořádně nákladnou moderní léčbu v tzv. centrech úsporami systémů sociálního pojištění, popřípadě zvýšením příjmu z odvodů výdělečně činných osob. Zjednodušeně řečeno lze v tomto ohledu konstatovat, že se masivní investice ze strany zdravotního pojištění na úsporách v jiných systémech podílí, tato úspora však v hrubém finančním srovnání nekompenzuje výši vynaložených nákladů zdravotního pojištění.

Dále myslím stojí za zmínku potvrzení předpokladu zvyšujícího se podílu výdělečně činných osob mezi diagnostikovanými pacienty, byť se tento trend poněkud překvapivě týká především výdělečné činnosti vykonávané souběžně s pobíráním invalidního důchodu.

Zajímavé jsou též rozdíly mezi dopady způsobu léčení na vývoj sociálních stavů mezi oběma sledovanými diagnózami, nebo kvantifikace, resp. modelace ztrát veřejných rozpočtů v souvislosti s diagnózou.

Upřímně řečeno, konkrétní výstupy k signálním diagnózám ovšem nebyly a nejsou samy o sobě cílem našeho úsilí a nepovažujeme je za klíčové. Klíčovým bylo vytvoření konceptu, metodiky a postupu, který umožní sledovat základní souvislosti mezi nemocí a výdaji (přímými i nepřímými), ztrátou jednotlivých systémů, zachováním práceschopnosti, a to v čase, dle obsahu podstupované terapie, v rámci jednotlivé sociální skupiny, v závislosti na věku, pohlaví atd., konceptu, dle kterého lze pokračovat analýzou finančních dopadů pro systémy sociálního zabezpečení i u dalších diagnóz a zmapovat tak toto prostředí do míry potřebné pro uvažování jakýchkoliv potenciálních systémových, makroekonomických změn či úprav.

Z celkového pohledu českého sociálního zabezpečení je pak i ve srovnání se zahraniční praxí do očí bijící otázkou organizační, legislativní a finanční roztříštěnost řešení jedné a té stejné sociální události, kterou je nemoc, nebo úraz, mezi několik odlišných a oddělených typů institucí, jejich revizních a posudkových lékařů a úředníků.

Jak jsem zmínil v úvodu, při porovnání s ostatními systémy sociálního zabezpečení i zahraničím na nás totiž vyhlédne řada otázek, které stojí za bližší zamyšlení. Jsou to otázky vnitřního fungování zdravotního pojištění i systému sociálního zabezpečení jako celku. Je dostatečně definován obsah a rozsah nároku na věcnou dávku zdravotní péče? Je správně a dostatečně definován vztah jednotlivých aktérů, např. pojištěnce a pojišťovny? Je správně nastavena míra přípustného zasahování exekutivy do smluvního zajištění věcné dávky? Z celkového pohledu českého sociálního zabezpečení je pak i ve srovnání se zahraniční praxí do očí bijící otázkou organizační, legisla-

tivní a finanční roztříštěnost řešení jedné a té stejné sociální události, kterou je nemoc, nebo úraz, mezi několik odlišných a oddělených typů institucí, jejich revizních a posudkových lékařů a úředníků. Jmenované a naznačené okruhy otázek jsou však tématem daleko přesahujícím možnosti tohoto textu a podnětem pro samostatné, hluboké zanalyzování a rozpracování na úrovni věcné i politické.

volné fórum

1. *Je dobře, že zdravotnictví a sociální systém tvoří u nás dva oddělené světy?*
2. *Jaký užitek bychom mohli mít z informačního propojení obou systémů?*
3. *Je namístě uvažovat o změnách v organizaci a financování péče poskytované na pomezí obou systémů? Co by se mělo změnit?*

Ing. Radka Maxová
místopředsedkyně, Výbor pro sociální politiku PS PČR

odpovědi Radky Maxové:

1. V žádném případě to není dobře – zdravotnictví a sociální oblast jsou úzce propojené systémy z důvodu, že nelze zcela oddělit v péči o klienta (pacienta) jednu nebo druhou složku. Téměř vždy se jedná o zdravotně-sociální péči.

2. Budu reagovat otázkou: „Jak je možné, že informační propojení obou tak důležitých systémů ještě neexistuje?“ Aby bylo možné eliminovat duplicitní náklady na zdravotně-sociální péči, je nutné, aby oba systémy fungovaly komplexně, tzn. jako jeden celistvý systém.

3. Ano, je nutné nastavit jasné podmínky financování, a to bez organizačních změn nepůjde. Bude potřeba konkretizovat např. financování terénní hospicové péče, sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních a zdravotních lůžek v sociálních zařízeních. Nedořešena je také oblast financování pobytových sociálních služeb v souvislosti s úhradami zdravotních pojišťoven atd.

odpovědi Davida Kasala:

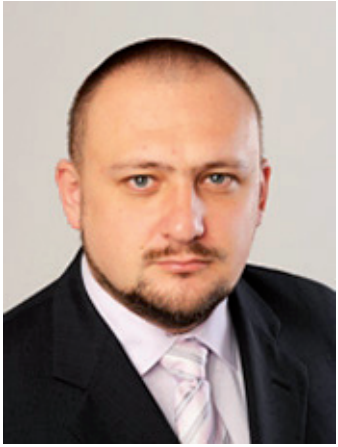
1. Ne, není to dobře, a to z mnoha důvodů – např. ekonomické neefektivity, nepřehlednosti, neprovázanosti, která brání lepším službám i samotnému fungování systému. Není téměř možná kontrola, sledování kvality... atd.

2. Užitek by byl mnohostranný – zefektivnění a přehlednost služeb, návaznost zdravotní a sociální péče, její plánování, modelování. Hodnocení jednotlivých poskytovatelů i hodnocení fungování celého systému. Zjednodušení práce pracovníkům obou segmentů.

3. Není to o uvažování – dříve či později to bude nutnost – vzhledem k prodlužování věku, a tedy nárůstu počtu klientů, bude nutné změnit nejen organizaci, ale i způsob financování – jako první krok je nutné získat na jednoho člověka skutečné náklady zdravotní i sociální, dle toho vytvořit model, podle kterého získáme přehled o finanční i organizační náročnosti.

MUDr. David Kasal
místopředseda, Výbor pro zdravotnictví PS PČR

Důvodem je, že tyto služby (sociální a zdravotní) se budou stále více i časově déle prolínat. Podle toho pak musí přijít i změna a zjednodušení ve financování i organizaci dané péče.



Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA
prezident, Unie zaměstnavatelských svazů

odpovědi Jiřího Horeckého:

1. Určitě to dobře není. V řadě oblastí dochází k propojování zdravotní a sociální péče. V domácnosti klientů/pacientů formou home care a pečovatelské služby, v léčebnách dlouhodobě nemocných, domovech pro seniory či domovech se zvláštním režimem. A všude toto propojení a mísení způsobuje někde menší, jinde větší problémy a komplikace. Tyto komplikace a střety jsou v oblastech financování, kompetence, odpovědnosti, ale i ve sdílení informací.

2. Není možné mluvit o sdílení informací mezi sociálním a zdravotním systémem, když sdílení nefunguje ani uvnitř sociálního systému, ani uvnitř systému zdravotního. Nefunguje nám ve zdravotnictví, kde jednotliví poskytovatelé zdravotní péče neumějí sdílet informace o pacientovi, a nefunguje nám ani v sociálních službách. Jiné je to, pokud se bavíme o sdílení dat a informací u jednotlivých poskytovatelů. Zde je situace lepší, ale efektivní oboustranný tok také nefunguje. Např. pečovatel či pečovatelka v domově pro seniory, kteří stanovují individuální plán sociální péče, nemají možnost nahlédnout do zdravotnické dokumentace a ošetřující lékař zase nemá možnost nahlédnout do sociální dokumentace (bez souhlasu klienta). Funkční propojení by tedy zcela jistě přispělo k efektivnější a kvalitnější péči.

3. Na to není jednoduchá odpověď. Systém financování sociální a zdravotní péče není optimální a měl by se změnit. Za posledních deset let jsme zde měli od vlády nejméně čtyři pokusy, ani jeden nebyl realizován. Na druhou stranu je také nutné říci, že změny jsou možné i k horšímu. Současný systém sice není šťastný a efektivní, ale mohl by být špatnými pokusy ještě horší. K dlouhodobé péči můžeme přistupovat ze dvou směrů. Prvním je zásadní oddělení zdravotní a sociální složky, a druhým pak vytvoření smíšeného systému (ve kterém je akceptováno, že zdravotní systém hradí sociální složky péče a naopak, a který garantuje stejné podmínky v obou segmentech). Ačkoliv je smíšený model z mého pohledu lepší, ze zkušeností ohledně (ne)schopnosti našich resortů se na něm domluvit začínám být stále více zastáncem systému odděleného. Ne proto, že by byl lepší než smíšený, ale proto, že by byl lepší než stávající řešení a pravděpodobně by měl větší šance na konečnou realizaci.

odpovědi Michaela Viereckla:

1. V řadě oblastí to asi nevadí, ale pokud se začneme bavit například o dlouhodobé péči, ucelené komplexní rehabilitaci nebo péči o duševně nemocné, pak je to velký problém. Pokud se podíváte na oba systémy detailně, tak vlastně spolu nemají téměř nic společného, přestože se v řadě případů podílejí společně na péči o jednoho konkrétního člověka. Stát se k tomu staví tak, jako by ti lidé byli dva a ne jeden. To v praxi samozřejmě již dlouhou dobu působí téměř nepřekonatelné potíže. Protože v minulosti byla celá řada neúspěšných pokusů tyto dva světy sbližovat a propojovat, asi jediným opravdu funkčním řešením by bylo tyto dva světy sloučit. Tím bychom se bavili mimo jiné o společenských nákladech na péči a ne o nákladech jednoho či druhého systému a nevedli bychom nekonečnou debatu o tom, který systém tomu druhému kolik dluží. A potkaly by se nám například náklady na nemocenskou a náklady na léčení, které takto spolu vůbec nesouvisí.

Ing. Michael Viereckl
manažer České psychiatrické společnosti pro reformu psychiatrie

2. Pokud vycházíme z předpokladu, že máme v obou systémech tolik peněz, kolik si můžeme aktuálně dovolit, tak největší rezervy jsou v organizaci, řízení a koordinaci péče. Stará pravda říká, že bez měření nelze řídit, a pro měření jsou nezbytné informace o všech procesech, které ovlivňují

efektivitu péče. Jsme zpátky v kategorii společenských nákladů, které jsou součtem všech nákladů na péči bez ohledu na systém, který je hradí. A to by mělo být to rozhodující kritérium efektivity. Pokud chceme péči efektivně řídit, například péči o chronické pacienty, dostaneme se velmi snadno do oblastí, kde se zdravotní a sociální péče prolíná a doplňuje. Bez propojení informací obou systémů nejsme schopni zajistit návaznost a celkovou efektivitu péče.

3. Klíčovým problémem je jiná logika obou systémů. Ve zdravotnictví jsme schopni sledovat pohyb konkrétního pacienta systémem. Víme, jakou službu čerpal, kde, s jakými náklady apod. Systém je alespoň v základních ohledech orientován na konkrétního pacienta. Na rozdíl od toho je sociální systém světem poskytovatelů. Většina informací je vztažena k poskytovatelům a jejich nákladům. Sociální systém neeviduje konkrétního klienta a není schopen sledovat jeho pohyb v systému. Pokud má fungovat efektivní spolupráce obou systémů, musí sociální systém propojit informace o službách a nákladech na ně s konkrétními klienty.

odpovědi Marka Uhlíře:

1. Klasická novinářská poučka říká: končí-li titulek otazníkem („Zlikviduje zákaz kouření české hospody?“ „Gott v exekuci?“ apod.), odpověď je vždycky „ne“. Ale vážně: našel by se někdo, kdo by odpověděl, že tomu je tak dobře? Vážně by se našel kdokoliv, kdo by našel relevantní argument alespoň jeden?

2. Jistě daleko větší, než kam mi dovoluje vidět můj profesní

Mgr. Marek Uhlíř
ředitel, mobilní hospic Cesta domů, z. ú.; předseda, Fórum mobilních hospiců

obzor. Ale i v něm se najde bohatství příkladů. Jeden za všechny: paliativní medicína je v současné době jediný atestační obor, jehož absolvent nemá šanci dostat se ke smlouvě se zdravotní pojišťovnou. Když jsme vyjednávali pilotní program mobilní specializované paliativní péče, který má ambici to změnit, nechali jsme si udělat přehled studií publikovaných na téma systematického přínosu a nákladů paliativní péče. Mimo jiné několik z nich v zahraničí celkem hezky zdokumentovalo, že pozůstalí po zemřelých, kteří mohli čerpat specializovanou paliativní péči, se častěji a dříve vracejí do společenského a ekonomického života. A my jsme ho zařadili jako jeden z těch, které by se mohly potvrdit i v našem prostředí – nedošlo nám ale, že pojišťovny ani MZ nebude příliš zajímat, co se stane s člověkem od chvíle, kdy přestane čerpat zdravotní péči. Jestli se například rodiče dětí, které zemřou v naší péči, rozvedou a ztratí kvůli celodennímu zápřahu kolem umírajícího dítěte práci, nebo z této hrůzné zkušenosti najdou cestu zpět do svých životů a zaměstnání. A to je jen, jak se říká, anekdotická evidence o tom, jak se jeden systém přestane zajímat o osud člověka ve chvíli, kdy přestane být pacientem a stane se klientem nebo naopak.

Jestli se nepletu, má také Česká republika dlouhodobě potíž metodologického rázu, kdy náklady na nemocenské dávky nepočítáme do nákladů na zdravotnictví, jak bývá obvyklé.

3. Nejdříve chci říci, že podle mě neexistuje žádný typ péče, který by na pomezí obou systémů nebyl. Žádný člověk není exemplář in vitro, a jestli „tam venku“ bude rehabilitovat, dodržovat léčebný režim, jestli bude mít motivaci držet na uzdě svou hypertenzi nebo diabetes a za jak dlouho se vrátí na akutní lůžko – na to už má větší vliv jeho soused, synovec, nebo pečovatelka než jeho lékař. Obávám se, že dokud bude pro biologické zdraví lidí jiný ministr a jiný rozpočet než pro sociální zdraví, nebude to výrazně lepší. Ale prozatím by stačilo, aby mezi oběma ministerstvy na pražském nábřeží začala fungovat kolegiální komunikace a spolupráce na úrovni středních vedoucích a odborných referentů. Paliativní péče má to velké štěstí, že je ve věcné gesci lidí, kteří jsou ochotni mentální bariéru resortismu překonávat a dělají to s velkým nasazením: myslím, že to je jeden z klíčových faktorů, proč se daří téma paliativní péče systematicky otevírat a posouvat.

Elektronický měsíčník Občan v síti vydává Občan z. s. se sídlem Ovocný trh 12, 110 00 Praha 1, www.sdruzeniobcan.cz
E-mail: redakce@sdruzeniobcan.cz ❦ Editor: MUDr. Pavel Vepřek