

ČEŠTÍ SENIOŘI V SOUKOLÍ ...

... našeho zdravotnického (ne)systemu

Petr Fiala
AČMN

Konference RSČR v PSP ČR
12. prosince 2013

Co je to systém?

- Teorii systémů formuloval v r. 1948 americký matematik **Norbert Wiener**.
- **Systém** = je tvořen prvky **hierarchicky uspořádanými s vnitřními a vnějšími vazbami**.
- **Celek** = víc než součet prvků (**viz např. člověk**).
- Systém je charakterizován **výměnou informací uvnitř a mezi systémem a prostředím a schopností regulace sebe sama**.

Funkční systém

- **Funkční systém se chová co nejúsporněji** (šetří systému energii, peníze atd.).
- Neustálá **autoregulace** v systému vedou k jeho **rovnovážnému stavu** (2. termodynamický zák.).
- **Zpětná vazba = základní regulační proces** a směřuje k jeho optimálnímu chování.
- Systémem je vesmír, Země, člověk, nika ...
- **Subsidiarita** – decentralizace a kooperace.

Chová se naše zdrav. co nejúsporněji?

Různé pohledy na zdravotnictví



1. Zdravotnictví je především **veřejná služba**
2. Zdravotnictví je **byznys** jako každý jiný
3. Zdravotnictví je **veřejný statek**
4. Zdravotnictví je **soukromý statek**
5. **Stát** by do zdravotnictví **neměl zasahovat**
6. **Stát** musí zdravotnictví **regulovat**

Které z nich splňují systémová kritéria?

Základní modely zdravotnictví

Ve světě existují 2 základní modely:

- **Zdravotnictví jako veřejná služba (EU).**
- **Zdravotnictví jako byznys (USA).**
- **Zdravotnictví v EU** je efektivnější – má lepší výsledky s nižšími náklady (9-11% HDP).
- **Zdravotnictví v USA** není efektivní – má horší výsledky s vyššími náklady (16-17% HDP).
- **Současné české zdravotnictví je hybrid a neplní základní systémová kritéria. Odtud vznikají problémy i v péči o seniory.**

V této fázi nepomůže žádná dílčí „reforma“.

Zdravotnictví jako hybrid

Ve vyváženém systému **vstupy = výstupy**.
Náš hl. problém = většina **vstupů je neregulovaná**, ale **výstupy regulované**:

Vstupy - energie, léky, přístroje, materiál atd. jsou za „světové, tj. tržní“ ceny.

Lidská práce – za regulované, „české“ ceny.

Výstupy – přísně regulované ZP a dle vyhlášek.

Nejsou respektovány reálné náklady, kt. tvoří cenu služby jako ve vyspělých zemích EU.

Korupce a systém

Korupce vnáší do systému patolog. informace.

System nesměruje k optimálnímu a úspornému chování, ale naopak – viz rakovinné bujení.

Korupce nese zisk jen určitým skupinám na úkor systému i ostatních subsystémů.

Výsledkem nejprve **funkční změny** v systému, pak hrubé poškození, až **nevratné změny**.

Ve které fázi se nacházíme dnes v ČR?

Jak tunelovat zdravotnictví

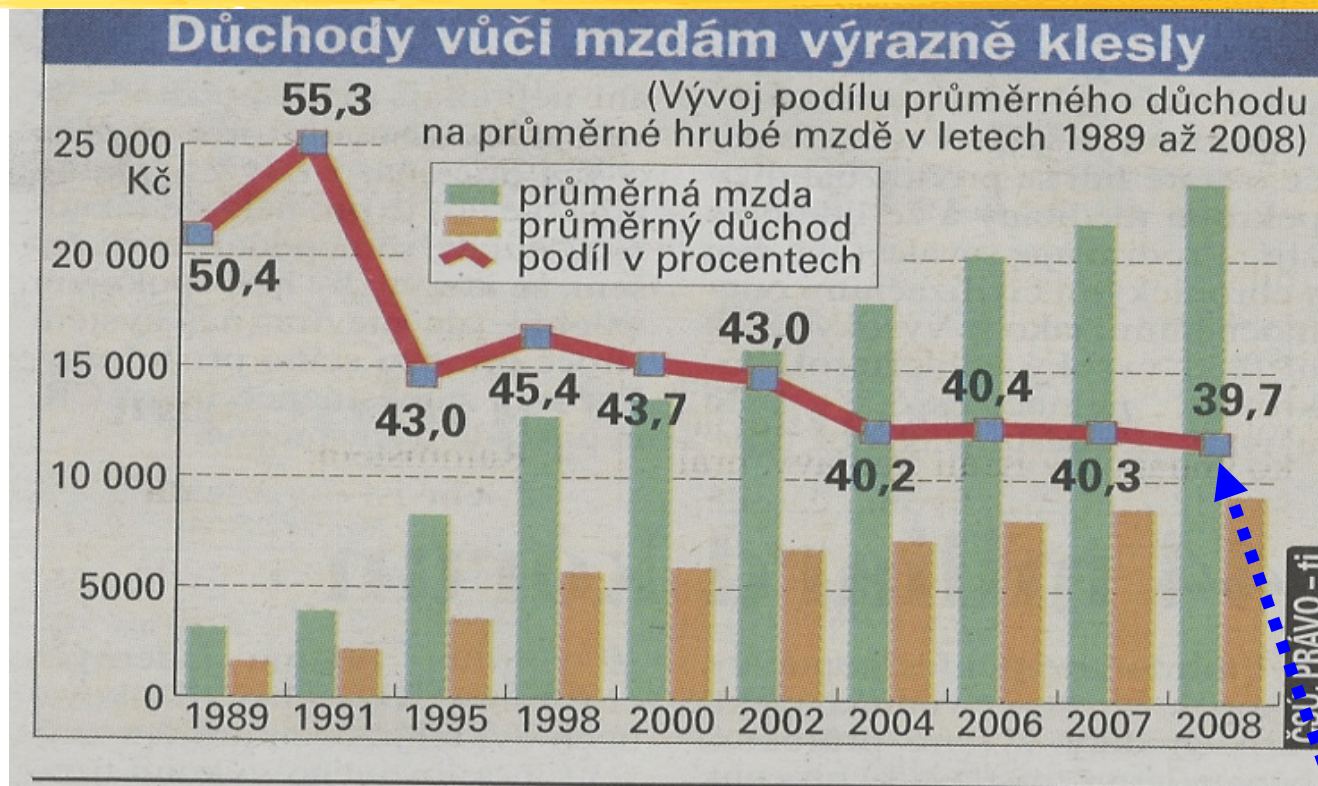
- Naše zdravotnictví lze dobře tunelovat proto, že **netvoří systém** a nefungují zpětné vazby:
- Tzv. „**lukrativní provozy**“. Ceny nastaveny nad nutné náklady s vysokým ziskem.
- **Individuální smlouvy** s pojišťovny.
- **Novely zákonů**: Např. „**krev**“ jako biologický materiál lze změnit na „**surovinu**“.
- Pro byznys jsou lepší „**zdravotní služby**“ místo „**péče**“. Obchody s nimi neurážejí ...
- **Zákony o ZP** – vyvádění peněz ze systému.
- **Likvidace malých nemocnic** a mnoho FN...atd.

Senioři a zdravotnictví

- V tomto **soukolí systému-nesystému** se pohybují naši pacienti a nejvíc na to doplácí senioři, kteří je nejvíc potřebují.
- V ČR se dnes nevyplácí být „**nemocným seniorem**“. Ale žijeme z toho, co oni vytvořili.
- Senioři zdravotnictví nejvíc potřebují, a když na to nemají, mají problém (smůlu?) ...

Naše společnost se k nim chová macešsky.

Pokles důchodů vůči mzdám



Heslo z r. '89, že důchodci mají do penze chodit se svým posledním platem se nikdy nenaplnilo...

P. Fiala, Konference RSČR, PSP ČR 12.12.2013

Kritická místa našeho zdravotnictví

1. **Nemocnice** – výdaje kolem **50%** ročního rozpočtu
 - a) **nevhodná skladba** – 3x víc velkých a FN
 - b) **neprůhledné náklady** – žádná analytická osnova
 - c) **neprůhledné (tajné) smlouvy** – „pokud se ZP a ZZ nedohodnou jinak...“ (§ 16 úhradové vyhlášky)
 - d) **odpisy** a další faktory

Celkem s výdaji na léky tvoří 70-80% všech výdajů ve zdravotnictví.

Nemocnice jako HOTEL

Nemocnice je jako hotel, jehož hosté na sobě nechají provádět dg. a terapeutické úkony.

Proto EU metodik se dělí náklady na: hotelové a medicínské.

U nás neexistuje metodika analýzy nákladů (jen „syntetická“ dle zák. o účetnictví) a dělá si ji každý po svém („lidová tvořivost“). Proto se často platí za ubytování jako v Hiltonu...

V ČR pilotní analýzy dle EU metodiky v I. 2001-02 a pak celoplošně v r. 2005-06. Od té doby ke škodě věci mimo zájem MZd. i pojišťoven...

P. Fiala, Konference RSČR, PSP ČR 12.12.2013

Porovnání nákladů dle typů nemocnic

Porovnání hlavních nákladových skupin na jednotlivých typech lůžek v r. 2006 (v Kč na 1 ošetrovací den)

Typ nákladů	Následná péče	Krajské, okres. nem.	Fakultní nem.
Hotelové	570	1230	2120
Medicínské	770	2805	4885
Celkem	1 340	4035	7005

Zdroj AČMN, MZ

Metodika analýzy dle Německa a Rakouska. Disproporce v hotelových nákladech v ČR nemá žádný racionální důvod.

P. Fiala, Konference RSČR, PSP ČR 12.12.2013

Mýty o nízké „spoluúčasti“

- **V ČR se nyní platí v hotovosti kolem 16-17% nákladů ve zdrav. (cca 50 mld.). Pro chudé důchodce je už to nad jejich možnosti!**
- **V EU jsou finanční toky regulovány buď nižším % odvodů a vyšší „spoluúčastí“ nebo naopak. Např. Rakousko má 7% zákl. sazbu a platby v hotovosti 20-25%.**
- **ČR má vysoké % odvodů, 13% (2. nejvyšší v EU) i „spoluúčast“ 17%.**

Není obvyklé obojí najednou.

Následná péče

- Historicky nebyla „následná péče“ ošetřena žádným zákonem (ani její definice ani úhrady).
- Dlouho platilo jen „**zvykové právo**“, tj. **kódy** úhrad ZP dle vyhl. č. 148/97 Sb. (akt. č. 457/12 Sb.) – rhb. lůžka, LDN, psychiatrie atd.
- **Dnes je vymezení zák. č. 372/2011 Sb.** o zdrav. službách o něco určitější. **Úhrady** však dány **nereálně nízké** pod nutné náklady, proto péče vypadá tak, jak vypadá.
- **Nikomu se nechce do LDN, ale každý ví, že tam jednou musí...!**

Následná péče - úhrady

- Násl. péče byla pro ZP vždy **nechtěné dítě**, kt. bylo dřív financováno soc. odbory okresů a nyní dle vyhl. č. 148/97 Sb. (č. 457/12 Sb.).
- Ta **svými letošními úhradami posílá násl. péči k r. 2008**, jak vyplývá z násl. tabulky:
- Oproti roku 2009, poklesla úhrada v r. 2013 dle vyhl. č. 457/2012 Sb. z 31.12.2012 **o 11,8% na 88,2% (!)**:

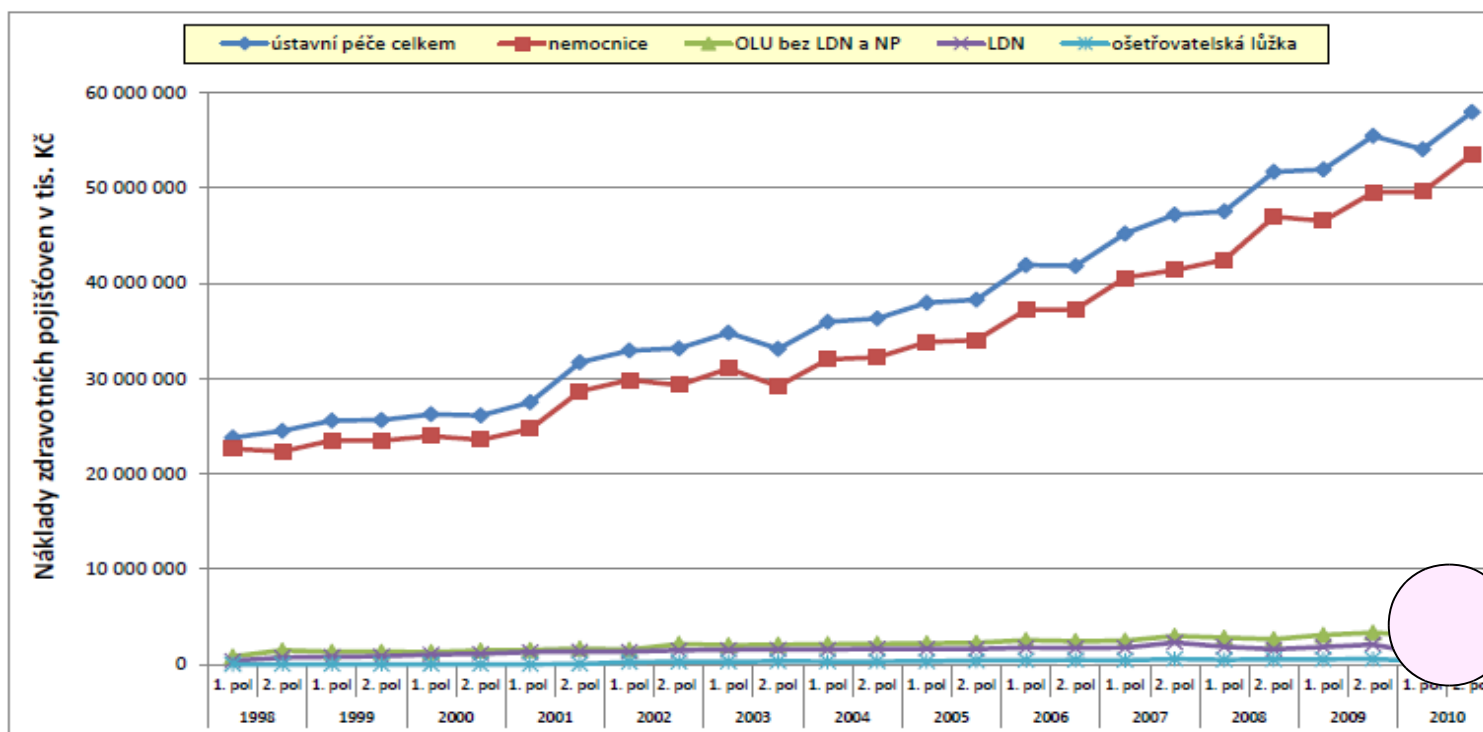
Modelace úhrad dle úhradové vyhlášky č. 457/2012 Sb.

Rok	Úhrada dle vyhl.	Model: 1000 Kč	Vč. příplatku lék. a sester	Inflace dle ČSÚ	Kumul. inflace	Reálná hodnota
2009	100 %	1000,-	---	1%	1%	990,- Kč
2010	100%	1000,-	1020,-	1,5%	2,5%	995,- Kč
2011	98% (z r. 2009)	980,-	1010,-	1,9%	4,4%	966,- Kč
2012	103% (z r. 2010)	1030,-	1030,-	3,3%	7,7%	951,- Kč
2013	100% (z r. 2011)	980,-	980,-	2,3%	10%	882,- Kč

P. Fiala, Konference RSČR, PSP ČR 12.12.2013

Vývoj nákladů na lůžkovou péči

Graf č. 2.17 Vývoj nákladů ZP na lůžkovou péči (nemocnice akutní péče, OLU, LDN, nemocnice následné péče)



Pozn.:

Stagnace úhrad v podfinancované následné péči je neudržitelná!

P. Fiala, Konference RSČR, PISP ČR 12.12.2013

(Zdravotně-) sociální péče

- V posledních letech je sociální (zdravotně-sociální?) péče dána zák. č. 108/2006 Sb.
- § 52 hovoří o „sociální péči na zdrav. lůžkách“.
- Podle všech § a vyhlášek je tato péče **hrazena zcela nedostatečně**.
- **Skládá se ze 4 složek, a na její část není žádný právní nárok!** MPSV snížilo fin. prostředky ze 7,5 mld. (2012) na 6,5 mld. Kč (2013).

Co bude v r. 2014?

Bilance na 1 den

- **Zdroje:** 850-1000 Kč/klient/den. Část nejistá.
- **Náklady:** 850-1300 Kč/klient/den.

- **Závěr:**

Bilance je velmi napjatá. **Příjmy z grantů nejisté.** Provoz často ztrátový.

Solventní zřizovatelé mohou část dorovnat (např. kraje), ale „neziskovky“ na to nemají!

Přechod z jednoho systému do druhého

- O r. 89 se **nepodařilo vyřešit problém financování rozhraní zdravotní a sociální péče.**
- **Neustálé spory**, zda je „pacient“ tzv. „sociální“ anebo „klient“ tzv. „zdravotní“...
- Tento neudržitelný stav je třeba řešit.
- V sousedních zemích jej vyřešili zavedením tzv. **„ošetřovatelského pojištění“**, kt. je **solidární** a tvoří jej zvl. příspěvky (část ze zdravotních fondů, část ze sociálních – celkem, cca 4,3%).

Nové paradigma – produktivita práce

- Vývoj ukazuje **potenciál k tomu, aby čím dál méně lidí uživilo čím dál víc důchodců.**
- **Klíčem je produktivita práce**, která u nás je několikanásobně nižší než ve vyspělém světě:
- Rigidní sovětský ekonom **Cagolov** (1973) připouštěl, že produktivita práce v sovětském bloku je jen asi 20% vůči USA.
- Současnost: cca 2 pracující na 1 důchodce.

Budoucnost:

1 pracující může uživit 2 i více důchodců díky výrazně vyšší produktivitě práce.