

Kvůli dohodě ministra Válka s praktickými lékaři hrozí, že se někteří pacienti nedostanou k specializované léčbě

22.10.2024 - | Národní asociace patientských organizací

V Národní asociaci patientských organizací (NAPo) jsme pozorně sledovali další vyjednávání o úhradové vyhlášce, která každý rok v podstatě přerozděluje rozpočet veřejného zdravotního pojištění na rok následující. Dne 17. října jsme se vyjádřili k plánované protestní akci lékařů s tím, aby si praktičtí lékaři nebrali pacienty za své rukojmí.

S údivem sledujeme také dnes oznámenou dohodu ministra zdravotnictví se sdružením praktických lékařů. Ministerstvo oznámilo, že „po konstruktivních jednáních došlo ke shodě a povedlo se odvrátit protestní akci lékařů. Dodatečné prostředky pocházejí z rezervy určené pro centrovou léčbu“.

Asi jen málokterý běžný občan, a tedy běžný pacient, dokáže toto sdělení přečíst správně. Proto jsme se rozhodli této situaci věnovat obsírněji a vysvětlit, proč tato zpráva není pro české pacienty pozitivní a jaké bude mít důsledky.

Porcování zdravotnického medvěda zvané jednání o úhradové vyhlášce se účastní zástupci nemocnic, ambulancí, zdravotnických odborů a mnozí další. Pacienti a zástupci pacientů z patientských organizací však na tato nejdůležitější jednání o přerozdělování veřejných peněz přizváni nejsou – jako kdyby i oni nebyli součástí systému a jako kdyby tolik opakované „zdravotnictví je pro pacienty a o pacientech“ bylo ze strany ministerstva zdravotnictví jen proklamovanou frází.

Peněz je v českém zdravotnictví dost

V roce 2025 se tedy bude z veřejného zdravotního pojištění rozdělovat 530 mld Kč. To je o 20 mld více než letos. A o 112 % více než před deseti lety. Ano, v roce 2015 činil „medvěd“ celkem 249,3 mld Kč; náklady zdravotního pojištění se tedy za poslední dekádu více než zdvojnásobily.

Tento v podstatě nekontrolovaný růst prudce poskočil během pandemie covidu, kdy vláda schválila dva covidové balíčky a přilila do zdravotnictví během dvou let více než 80 mld Kč zvýšením platby zdravotního pojištění za státní pojištěnce, kterých je v tomto státě více než 60 % obyvatel. Zatímco v roce 2020 hradil stát za státního pojištěnce do zdravotního pojištění každý měsíc částku 1067 Kč, v roce 2022 se již jednalo o 1967 Kč. Ono zvýšení konečně narovnálo podíl českého zdravotnictví na českém HDP na hodnotu přibližně 9,2 %, čímž jsme se dostali na průměr EU, a od té doby již nikdo nemůže tvrdit, že máme v českém zdravotnictví málo peněz.

Žádná vláda reformu zdravotnictví nezvládla

Problémem českého zdravotnictví opravdu není málo peněz. Jeho problémem je vysoká neefektivita, kdy ani zdravotní pojišťovny nejsou schopny efektivně řídit systém postavený na zastaralých základech, zastaralém přerozdělování úhradovou vyhláškou nebo dohodovacími řízeními, a zejména na více než 30 let trvající politické neodvaze všech vlád (kromě jedné, která kvůli zavedení 30korunového poplatku padla v roce 2009) reformovat české zdravotnictví směrem k vyšší efektivitě, což znamená směrem k důrazu na prevenci, zrychlení cesty pacienta systémem (chronic disease management), restrukturalizaci nemocniční sítě a elektronizaci zdravotních dat, díky nimž můžeme

mít přehled o tom, co se vlastně ve zdravotnictví děje.

Bohužel, přestože také tato vláda ve svém programovaném prohlášení slibovala změny vedoucí k vyšší efektivitě, nic z toho se nestalo a žádné nastartované reformy zdravotnictví ani po ní nezůstanou. Zástupci pacientů se tedy zaradovali, když ministr zdravotnictví oznámil, že již nebude opakovat svou chybu z roku 2023, kdy připravil úhradovou vyhlášku na rok 2024 s plánovaným deficitem -7,6 mld, a slíbil, že úhradová vyhláška na rok 2025 nebude prorůstová, ale udržovací, což znamená meziroční nárůst o „pouhých“ 20 mld Kč.

Praktičtí lékaři však nebyli spokojeni s růstem 2,5 % a pohrozili dvoudenní stávkou. A opět vidíme, že kdo v českém zdravotnictví tuto výhrůžku použije, ten dostane, co chce. Byli jsme toho svědky mnohokrát předtím. Nesouhlasíme s principem „kdo víc křičí, ten víc má“ a nesouhlasíme ani s nesystémovým a datově nepodloženým zlepšováním podmínek jednoho segmentu vůči jinému. Tím spíš, že v tomto případě nedopadne ohlášené vykradení „rezerv na centrovou léčbu“ na nikoho jiného než na pacienty.

Praktici dostali peníze navíc, pacienti budou na své léky čekat

Nebudeme rozebírat, zda vůbec v českém zdravotnictví existuje něco jako „rezervy na centrovou léčbu“. Je ale důležité vysvětlit, jaký dopad bude mít jakékoli zmenšení nákladů na léčbu ve specializovaných centrech na pacienty. Již od roku 2008 Státní ústav pro kontrolu léčiv ve svých rozhodnutích o ceně a úhradě léčiv bezmála všechny nové a moderní léčivé přípravky vstupující na český trh označuje tzv. symbolem „S“. To znamená, že tyto moderní léky mohou být předepisovány jen a pouze v centrech specializované péče. Důvodem již dávno není potřeba nějakého speciálního podávání léku či nutnost jeho předepisování speciálně vzdělaným lékařem. Symbol „S“ je cestou, jak ušetřit, a to prostě tím, že se k léku nedostanou všichni pacienti, kteří by z něj mohli benefitovat, protože ne všichni se dostanou do specializovaných center. Proto se také zdravotní pojišťovny dlouhodobě brání upouštění od symbolu „S“, a to i u léků, které již nejsou chráněny patentem, mají na trhu svá generika a jejich cena je zlomkem ceny původní. Mezi lety 2017 a 2021 se do centrové léčby (symbol „S“) dostalo 96 nových léků a všechny jsou českým pacientům dostupné pouze v centrech.

Pokud tedy ministr zdravotnictví pokládá za úspěch, že praktičtí lékaři dostanou o 0,5 % více příští rok, může to znamenat, že se příští rok mnoho závažně nemocných pacientů, akutních či chronických, dozví, že jsou zařazeni na čekací listinu, namísto aby jim byla ihned podána léčba. Nebo jim bude zamítnuta žádost na paragraf 16 o výjimečnou úhradu léku nehrzeného z veřejného zdravotního pojištění, protože se šrouby nákladů na centrovou léčbu opět utáhnou. A tento výsledek „konstruktivního jednání“ mezi ministerstvem zdravotnictví a praktiky je pro nás, zástupce pacientů, prostě nepřijatelný.

Náklady na centrovou léčbu klesají a není kde brát

Jistě je také třeba se ptát, kolik se v ČR na centrovou léčbu vynakládá peněz. Není to opravdu tak, že na léčbu ve specializovaných centrech je financí dost, takže nás ukrojení z „rezerv“ nebude bolet? Data jsou známá a neúprosná. Segment léčiv je jediným, kde náklady v posledních deseti letech klesaly. Mezi lety 2010 a 2021 z 22 % na 16 % z celkových výdajů na zdravotní péči, v roce 2023 činil podíl léků pouze 15 %. Náklady na léky na předpis se v podstatě nezvyšují od roku 2010, kdy se na ně vynaložilo 35,2 mld Kč; v roce 2020 to bylo 38,9 mld Kč, což lze v českém zdravotnictví označit za stagnaci. Náklady na centrové léky činily v roce 2012 celkem 9,5 mld Kč a v roce 2022 pak 27 mld Kč, což je nárůst o 280 %. Počet pacientů léčených centrovou léčbou však vzrostl o více než 300 % (z 29 000 pacientů v roce 2010 na 126 000 pacientů v roce 2022). Roční náklady na centrovou léčbu tedy v ČR klesají, a to z 290 tisíc Kč na pacienta v roce 2010 na 259 tisíc Kč na pacienta v roce 2022.

Jako zástupci pacientů jsme spokojeni, že se v Česku dostalo k centrové léčbě více pacientů, byť ne všichni, kteří by z ní měli prospěch. Naším zájmem je, aby tento trend postupoval a aby se dostupnost moderních léčiv pro české pacienty dále zvyšovala, nikoli snižovala. Považujeme za nutné vysvětlit českým občanům a pacientům, co znamená nesystémová dohoda ministerstva zdravotnictví s praktickými lékaři a opět říkáme: neberte si pacienty jako rukojmí svých partikulárních zájmů. Je v zájmu nás všech konat tak, abychom zabezpečili dlouhodobou udržitelnost financování českého zdravotnictví a abychom ho reformovali tak, že bude dobře sloužit všem – nejen těm, kdo hrozí stávkou či si jinak „dohodnou“ nesystémové podmínky na úkor ostatních.

<https://silapacientu.cz/2024/10/22/kvuli-dohode-ministra-valka-s-praktickymi-lekari-hrozi-ze-se-nekte-ri-pacienti-nedostanou-k-specializovane-lecbe>