

Úkoly a rady pro příští vládu a ministra zdravotnictví

31.8.2025 - Milan Kubek | Česká lékařská komora

Jak zajistit ekonomickou udržitelnost zdravotnictví?

Investice do zdravotnictví patří spolu s investicemi do školství a vědy k těm nejefektivnějším. Pouze zdraví lidé mohou pracovat, vytvářet hodnoty a platit daně. Každá koruna investovaná do zdravotnictví se společnosti vrátí na vyšším výběru daní, na úsporách na nemocenských a sociálních dávkách.

Výdaje na zdravotnictví v ČR tvoří 8,80 % HDP a jsou hluboko pod průměrem EU 27, který je 10,24 % (Health at a Glance 2024). Zdravotnictví není perpetuum mobile a bez peněz fungovat nemůže. Většina občanů považuje zachování dostupnosti kvalitní a bezpečné zdravotní péče za jeden z hlavních úkolů vlády.

Zvyšování spoluúčasti není cesta

Zvyšování spoluúčasti pacientů je pro většinu společnosti špatně přijatelné, ale především nikdy nemůže zajistit zdravotnictví takový objem peněz, který je potřeba. Přímé platby nespravedlivě zatěžují část populace, a to především lidi staré a nemocné, kteří většinou nemají peněz nazbyt. Diskuse o připojištění nejsou příliš smysluplné, neboť nikdo není schopen definovat standard zdravotní péče a vyčlenit tedy dostatečné množství výkonů mimo pokrytí veřejným zdravotním pojištěním. Diskuse o připojištění nemá význam, neboť není na co se připojišťovat. Nadstandardní ubytování či stravování v nemocnicích si zájemci mohou zaplatit v hotovosti.

Zvýšení zdravotního pojištění je smysluplné a pro společnost přijatelné řešení

Ekonomickou stabilitu může zajistit zvýšení zdravotního pojištění ze současných 13,5 % (4,5 % platí zaměstnanec + 9 % platí zaměstnavatel) na 15 % (5 % by platil zaměstnanec + 10 % by platil zaměstnavatel). Odvod na zdravotní pojištění byl na 13,5 % v podstatě náhodně nastaven před více než třiceti lety a zůstal beze změny, bez ohledu na proměny naší společnosti a vývoj lékařské vědy. Dnes totiž máme úplně jinou populaci než tenkrát. Medián věku se v ČR zvýšil z 36 let na 44 let. Zestárli jsme o 8 let, přičemž platí, že větší počet starších lidí trpí větším množstvím chronických chorob, které medicína sice dovede lépe léčit, čímž se životy pacientů prodlužují, je to však drahé. Za třicet let se rovněž zásadním způsobem proměnila medicína, která je dnes mnohem intenzivnější. Doba hospitalizace pacientů v nemocnicích se zkracuje, a to umožňuje snižovat počty akutních lůžek. Zároveň však roste potřeba kvalifikovaného zdravotnického personálu, především lékařů a zdravotníků je třeba zaplatit. Každý nový lék je vždy dražší než ty staré, každý nový přístroj a metoda jsou vždy dražší než postupy předcházející. ČR není žádnou výjimkou. Z výše uvedených důvodů musí ve všech vyspělých zemích růst výdaje na zdravotnictví (investice do zdraví) rychleji než o míru inflace. Pokud tomu tak nebude, tak buď bude medicína zaostávat nebo se bude zhoršovat dostupnost zdravotní péče zejména pro ekonomicky zranitelnou část populace.

Zvýšení zdravotního pojištění je občanům dobře vysvětlitelné opatření, které se spravedlivě dotkne všech, a přitom nikoho příliš nezatíží. Obdobně by se zvýšila též platba za tzv. státní pojištěnce, tedy i stát by platil místo současných 13,5 % z příslušného vyměřovacího základu rovněž 15 %.

Zároveň je vhodné zajistit, aby přiměřené pojistné platily také osoby samostatně výdělečně činné. V

ČR je rozdíl mezi tím, co platí zaměstnanci a jejich zaměstnavatelé a tím co odvádí OSVČ jeden z největší v EU. Platí to nejenom pro zdravotní a sociální pojištění, ale i pro daně. Je třeba narovnat vyměřovací základy pro pojistné.

Pouhé zvyšování platby za státní pojištěnce

Technicky samozřejmě možné řešení, které je velmi efektivní a rychlé. Osvědčilo se zejména v době epidemie Covid-19. Valorizační automat navedený současnou vládou není nic jiného než „poukázka na trvalou chudobu českého zdravotnictví“. Zejména v případě ekonomické recese bude zdravotnictví dusit. Valorizační automat je možno zrušit, případně změnit tak, aby platba státu rostla rychleji než o míru inflace. Samotnou platbu za státní pojištěnce jako systém je však nutné zachovat.

Návrhy na zrušení platby za státní pojištěnce jsou nesmyslné. Tento systém zajišťuje stoprocentní úhradu zdravotním pojišťovnám, a to při minimálních transakčních a administrativních nákladech. Jakákoliv změna by vytvořila skupinu neplatičů a zvýšila by náklady na obsluhu takového systému. To, co by stát na jedné straně ušetřil, to by musel na druhé straně zaplatit na nutném růstu důchodů a veškerých sociálních dávek a na daňových úlevách.

Pokud by se nedostatek peněz řešil pouze cestou zvyšování platby za státní pojištěnce, bylo by nutno čelit kritice, že se zvyšuje schodek státního rozpočtu, který se bude prohlubovat s největší pravděpodobností kvůli rostoucím výdajům na obranu.

Zdravotní daň

Zdravotní daň na tabák, alkohol, sladké nápoje, tedy tzv. daň z neřestí může být zajímavým doplňkovým zdrojem příjmů, pokud bude její výnos alokován do zdravotnictví. Sama o sobě sice nemůže přinést dostatečné finanční prostředky, ale je společnosti dobře vysvětlitelná. Ten, kdo si své zdraví dobrovolně poškozuje, ten si touto daní předplácí svoji vyšší nemocnost a drahou léčbu. Je to spravedlivé. Navíc vyšší zdanění a tím i zdražení vede k nižší spotřebě a tím ke zlepšení zdravotního stavu populace, což je náš cíl. Samozřejmě za předpokladu, že bude daň vybírána a nebude docházet k daňovým a celním únikům.

Dobrovolné připojištění prostřednictvím alokace určitého procenta daní na úhradu doplatků za péči v budoucnosti

Jediný schůdný a smysluplný způsob, jak zavést nějakou formu připojištění. Lidé v produktivním věku by si dopředu platili proto, aby v době nemoci a stáří nemuseli platit doplatky za léky, za zdravotní pomůcky, případně měli nárok na vyšší standard zdravotně-sociálních služeb. Výhodou je to, že peníze získá systém nyní, ale výdaje jsou odkládány do budoucna. Rizikem je důvěryhodnost takového systému. Občané se možná budou bát toho, že o své peníze přijdou díky budoucím politickým rozhodnutím. Je třeba ale připomenout, že připojištění nikdy nemůže být rozhodujícím zdrojem peněz pro zajištění ekonomické udržitelnosti našeho zdravotnictví. Současný solidární systém je jednou z hlavních výhod zdravotnictví v ČR.

Kde se dá ušetřit?

Každý systém mám své rezervy. Má je samozřejmě také české zdravotnictví, které je na první pohled vysoce efektivní, když za mnohem menší peníze než ve vyspělejších zemích zajišťuje občanům stále slušnou dostupnost, kvalitu a bezpečnost zdravotní péče. Děje se tak bohužel na úkor zdravotníků, kteří za svoji náročnou a odpovědnou práci nejsou adekvátně zaplacení a děje se tak na úkor vnitřního dluhu, kdy významná část poskytovatelů zdravotních služeb, zejména ti, kdo nepobírají různé dotace, nemá prostředky na potřebné investice. Rezervy hledat musíme, ale nesmíme zapomínat na to, že zdravotnictví je chronicky podfinancované.

Snížení počtu zdravotních pojišťoven a vybudování jejich revizního systému

V Evropě existují vedle sebe jak systémy tzv. Národní zdravotní služby, tak systémy pojišťovenské. Oba tyto systémy v některých zemích fungují dobře a v jiných hůře. ČR se rozhodla financovat zdravotnictví prostřednictvím zdravotních pojišťoven a v současnosti není důvod toto rozhodnutí revolučně měnit.

Při vzniku zdravotního pojištění se stát dopustil chyby, kdy umožnil vznik velkého množství pojišťoven, přičemž ale ty občany, kteří si pojišťovnu sami nevybrali, přidělil automaticky k VZP. Tím vznikl téměř monopol VZP na straně jedné a kvazikonkurence velkého množství slabých pojišťoven na straně druhé. Řada těchto pojišťoven již zanikla. Pro ČR by bylo ideální mít 3 – 4 zdravotní pojišťovny s navzájem srovnatelným množstvím klientů. To je v současnosti ale již obtížné realizovatelné, přesto je možné tlačit na slučování zejména těch pojišťoven, které mají ekonomické problémy. V současnosti jsou udržovány při životě na úkor poskytovatelů zdravotních služeb. Úhradové vyhlášky totiž nastavují úhrady za péči tak nízko, aby to odpovídalo finančním možnostem těchto neprosperujících institucí. Slučování zdravotních pojišťoven sníží režijní náklady systému a uvolněné prostředky budou moci být využity k budování funkčního revizního systému pojišťoven. Konečně je třeba začít hodnotit efektivitu poskytování zdravotní péče i z hlediska výsledků léčby a její nadměrnou spotřebu regulovat prostřednictvím pacientů, a nikoliv pouze pomocí často nespravedlivých matematicky uplatňovaných regulačních omezení a srážek, které v současnosti pojišťovny uplatňují vůči poskytovatelům zdravotních služeb.

Společné nákupy léků a přístrojů, porovnávání cen služeb - to vše minimálně pro státní nemocnice

Stát je zřizovatelem největších nemocnic, které poskytují nejdražší zdravotní péči. Tuto svoji ekonomickou a logistickou sílu by měl konečně začít využívat. Ministerstvo zdravotnictví musí „své“ nemocnice konečně začít řídit a kontrolovat. Organizací společných nákupů, kdy stát tzv. přitlačí ke zdi dodavatele a přinutí je, aby si skutečně začali navzájem konkurovat, se dají ušetřit stovky milionů. Takový přístup se samozřejmě střetne s nevolí klientelisticko-lobbystických skupin, které na českém zdravotnictví parazitují. Pokud však projekt začne fungovat, je možné nabídnout účast i dalším zdravotnickým zařízením, např. krajským a regionálním nemocnicím.

Je třeba zveřejňovat a porovnávat jednotkové ceny, za které státní nemocnice nakupují základní služby (energie, voda, likvidace odpadu, praní prádla, jídlo...). Samotné zveřejňování těchto jednotkových cen, pokud se bude provádět srozumitelnou formou, vytvoří tlak na redukci nákladů a sníží prostor pro korupci. Je třeba přestat „žvanit“ a začít konat.

Posílení svobodné volby pacientů

Pacienti musí mít právo zvolit si dražší metodu nebo materiál, aniž by ztratili nárok na proplacení ceny, kterou hradí zdravotní pojišťovna. Dopláceli by tedy pouze rozdíl oproti tomu postupu či lékům plně hrazeným pojišťovnou. Nejde o plošně aplikovatelný systém, půjde spíše o výjimečné případy (např. rozdílné typy očních čoček), ale je to spravedlivé a pacienti ušetří, aniž by zdravotní pojišťovny pocítily zvýšené náklady.

Pacient musí mít právo volit si svobodně lékaře, a to i takového, který nemá smlouvu s jeho zdravotní pojišťovnou, případně pracuje na základě registrace bez smluv s pojišťovnami. U takového lékaře by pacient platil v hotovosti ceníkovou cenu za práci, ale neztrácel by nárok na to, aby mu jeho pojišťovna zaplatila tímto lékařem předepsané léky a ordinovaná vyšetření. Ani toto není hlavní cesta, kterou se bude naše zdravotnictví ubírat, ale solventnější zájemci, kteří si za vyšetření či zákrok zaplatí v hotovosti, ušetří prostředky systému veřejného zdravotního pojištění a tím zlepší dostupnost péče pro své spoluobčany.

Jak zajistit personální udržitelnost zdravotnictví?

Kvalifikovaní a empatičtí zdravotníci jsou největším bohatstvím českého zdravotnictví. Během epidemie nemoci Covid-19, kdy zdravotníci drželi na svých bedrech chod společnosti a ekonomiky, si veřejnost plně uvědomila, jak důležitou roli zdravotnictví hraje. Tento potenciál bohužel vláda trestuhodně promrhala a neprovedla změny, které naše zdravotnictví potřebuje.

Zvýšit počet studentů medicíny studujících v českém jazyce

Zvýšení počtu studentů medicíny schválené minulou vládou bylo prozíravé opatření a naštěstí ani současná vláda tento projekt nezastavila. Lékařské fakulty však nejsou nafukovací. Počet studentů je limitován prostorovými kapacitami, ale také počtem vyučujících. Kvalitu výuky je třeba posilovat, a ne snižovat nadměrným počtem studentů. Je třeba ještě zvýšit příspěvek státu lékařským fakultám, přičemž tyto peníze je nutné účelově směřovat přímo na lékařské fakulty mimo systém přerozdělování v rámci univerzity. Zvýšení platby za jednoho studenta je nutné provázat se závazkem snížit počet studentů v anglickém studijním programu. Tito platící cizinci dnes sice zlepšují ekonomickou situaci lékařských fakult, ale nejsou odborným přínosem (na rozdíl například od doktorandů) a pro české zdravotnictví jsou předem ztraceni. Nikdo si neplatí drahé školné proto, aby nastoupil za český plat do české nemocnice. Tito cizinci v podstatě zabírají místo domácím zájemcům o studium. Na druhé straně musíme udělat vše pro to, aby u nás zůstali medicí a medičky pocházející ze Slovenska. Jde většinou o silně motivované dobré studenty.

Většině zdravotních sester stačí maturita

Požadovat po zdravotních sestrách vysokoškolské vzdělání je naprostý nesmysl. My nepotřebujeme „manažerky“, ale zdravotní sestry, které se budou věnovat pacientů a ne papírování. Systém má problém zaplatit adekvátně středoškolačky, a přitom požaduje po sestrách vysokoškolské vzdělání. Zdravotní sestry s maturitou nesmí být dehonestovány tím, že jsou jako tzv. „praktické sestry“ zdravotnicemi druhé kategorie. Zdravotní sestry si zaslouží větší prestiž a lepší finanční ohodnocení.

Je třeba navýšit počet studentů středních zdravotnických škol. Podpora těchto nelékařských zdravotnických pracovníků však musí být skutečná, a nikoliv pouze verbální. Proto je třeba zvýšit cenu práce započítávanou do režijních nákladů v Seznamu zdravotních výkonů. Tuto valorizaci ministerstvo zdravotnictví navzdory opakovaným návrhům ČLK setrvale odmítá. Poskytovatelé zdravotních služeb kvůli tomu nemohou zvyšovat platy zdravotním sestrám a dalším nelékařům (NLZP) a to jednoduše proto, že vyhláška ministerstva zdravotnictví jim neumožňuje na jejich práci vydělat.

Zvýšit atraktivitu práce ve zdravotnictví

Zdravotníky si musíme vychovat, ale také je ve zdravotnictví udržet. Zároveň je třeba snažit se přilákat lékaře a kvalifikované zdravotníky ze zahraničí, a to v první řadě ze zemí EU, kde je zajištěna kompatibilita dosaženého vzdělání. Nejlepší motivací pro zdravotníky jsou dobré pracovní podmínky, možnost profesního růstu a slušná odměna za jejich náročnou a odpovědnou práci. Epidemie nemoci Covid-19 ukázala celé společnosti, jak moc jsou zdravotnictví a práce zdravotníků důležité.

Zákon o odměňování zdravotníků

Práce ve zdravotnictví má zejména v případě lékařů a lékařek svá specifika. V současnosti jsou zaměstnanci fakultních nemocnic a části krajských zařízení odměňováni podle zákona o platu. Ve

většině nemocnic, které mají podobu akciových společností, jsou zaměstnanci odměňováni mzdou. Tato dualita není spravedlivá, protože za obdobnou práci jsou mzdy lékařů v průměru o 6 tisíc Kč měsíčně nižší a u zdravotních sester tento rozdíl činí dokonce 8 tisíc (ÚZIS údaje za rok 2023). Podle průzkumu ČLK celkem 85 % lékařů pracujících v nemocnicích podporuje sjednocení způsobu odměňování, ke kterému se po protestní akci v prosinci 2023 zavázala vláda, která však zdravotníky podvedla a speciální zákon o odměňování zdravotníků neschválila. Zákon o odměňování zdravotníků by sjednotil odměňování ve všech lůžkových zdravotnických zařízeních a na zdravotnické záchranné službě tak, aby podle zjednodušené tabulky byl v závislosti na dosažené kvalifikaci a praxi základní příjem lékaře za základní pracovní dobu v rozmezí 1,5 až 3 násobku průměrné mzdy v ČR. Lékaři nemohou být existenčně závislí na přesčasové práci.

Dodržování zákoníku práce v zájmu bezpečnosti pacientů

Nadměrné množství přesčasové práce a porušování zákoníku práce jsou další důvody, proč mladí lékaři a lékařky odchází do zahraničí nebo mimo zdravotnictví. Podle průzkumu ČLK je v 60 % nemocnic stále systematicky porušován zákoník práce. Někteří manažeři se tím dokonce chlubí. Tento nešvar musí skončit. Omezení množství přesčasové práce v souladu s evropskou směrnicí je totiž v první řadě normou na ochranu bezpečnosti pacientů. Unavení lékaři častěji v práci chybují. Pacient má právo na to, aby ho léčil odpočinutý lékař (analogie s piloty dopravních letadel nebo řidiči hromadné dopravy).

Kontrola dodržování zákoníku práce spolu se zvýšením ceny lékařské práce budou stimulovat žádoucí změny v organizaci práce a v organizaci poskytování zdravotní péče. Kvalifikovanou pracovní sílu je třeba využívat lépe.

Zlepšit pracovní podmínky pro ženy matky

Podíl žen pracujících ve zdravotnictví se neustále zvyšuje. Nejde již jen o zdravotní sestry. Ženy lékařky v současnosti tvoří více než dvě třetiny absolventů lékařských fakult. Zdravotnictví na to musí reagovat. Zejména mladé lékařky potřebují specifické pracovní podmínky, aby mohly mateřství a rodičovství skloubit s prací a specializačním vzděláváním. Samozřejmostí by měly být dětské skupiny v nemocnicích, minimálně v těch přímo řízených ministerstvem. Je třeba podporovat zkrácené pracovní úvazky a flexibilní rozvržení pracovní doby.

Lepší právní ochrana zdravotníků

Míra agresivity ve společnosti narůstá a také zdravotníci se od epidemie nemoci Covid-19 stále častěji stávají terčem útoků agresivních pacientů. Je třeba zvýšit tresty za útoky na zdravotníky, a to i v případech, kdy k útoku nedojde bezprostředně při výkonu povolání, ale také tzv. pro výkon povolání. Zdravotníci potřebují ochranu na úrovni veřejných činitelů, aniž by měli jejich status.

Benefity pro zdravotníky

Práce ve zdravotnictví je extrémně náročná. Vzhledem k tomu, že zdravotnictví je v současnosti závislé na práci lékařek a lékařů v seniorním věku (dle ÚZIS je ambulantní péče zajišťována v základních oborech jakými jsou interna a chirurgie z 50 % lékaři staršími 60ti let a z 22 % dokonce staršími 70ti let), nemohou být řešením předčasné odchody do důchodu. Lékaři a lékařky, především ti pracující v nemocnicích však kvůli pohotovostním službám odpracují každý rok několik měsíců navíc. Množství práce potřebné k získání nároku na starobní penzi tak odpracují o několik let dříve než zbytek populace. Za to si zaslouží speciální příplatek – rentu.

Redukovat počet specializačních oborů – prostupnost, zastupitelnost

Vysoký počet specializačních oborů prohlubuje nedostatek lékařů, kterých sice na první pohled nemusí být málo, ale kvůli špatnému systému vzdělávání jsou navzájem nezastupitelní. ČR nepotřebuje tak velký počet super specializovaných lékařů. Potřebujeme lékaře se širším odborným rozhledem a se širšími kompetencemi. Univerzálnější lékaři budou pro pacienty dostupnější a polymorbidní pacienti, kterých bude se stárnutím populace stále více, nebudou muset navštěvovat souběžně tolik lékařů. Sníží se počet kontaktů pacienta s lékaři a systém ušetří.

Bez zásadní změny ve specializační vzdělávání nejsou tuto úlohu schopní plnit praktičtí lékaři. Cesta vede spíše přes podporu všeobecných internistů a všeobecných chirurgů, kterých potřebujeme mnohem více než úzce zaměřených specialistů. Změny ve specializačním vzdělávání, ke kterých došlo v uplynulých dvaceti letech bohužel směřovaly přesně opačným směrem a jsou tak jednou z příčin současného nedostatku lékařů a regionální nedostupnosti lékařské péče.

Jak zlepšit dostupnost zdravotní péče?

Regionální rozdíly v dostupnosti zdravotní péče se v ČR prohlubují. Lidé, kteří žijí na venkově sice platí stejné zdravotní pojištění jako obyvatelé velkých měst, oproti nim však mají výrazně ztížený přístup ke zdravotní péči. Často neseženou ani praktického lékaře nebo pediatra pro dítě. Za ambulantní specializovanou péčí musí cestovat neúměrně daleko, přičemž objednací doby na neakutní vyšetření či zákroky již překračují přijatelnou mez.

Přestat se na zdravotnictví dívat jen optikou fakultních nemocnic

Ministerstvo zdravotnictví v úhradových vyhláškách soustavně upřednostňuje fakultní nemocnice, jejichž je zřizovatelem. Jedná se o střet zájmů.

Ministři zdravotnictví většinou pochází z okruhu ředitelů či náměstků fakultních nemocnic, případně jsou akademiky z univerzitního prostředí. Tato vysoce efektivní fakultní lobby postupně přetvořila české zdravotnictví ke svému vlastnímu prospěchu. Kromě protekčních úhrad pro fakultní nemocnice se jedná též o systém specializačního vzdělávání lékařů, který zajišťuje fakultním nemocnicím trvalý přísun levné pracovní síly v podobě mladých lékařek a lékařů, kteří zoufale chybí v regionálních nemocnicích a v ambulantních zařízeních. Je třeba přestat se na zdravotnictví dívat pouze optikou fakultní nemocnice a začít respektovat skutečnost, že nejenom ve velkých městech, ale všude žijí lidé, kteří sice platí stejné zdravotní pojištění, ale pokud žijí na venkově, mají v současnosti mnohem horší dostupnost lékařské péče. Zajištění dostupné zdravotní péče v regionech je jedním ze základních opatření podporujících udržitelnost našeho venkova.

Spravedlivé úhrady – za stejné výkony všem stejně

Ve zdravotnictví platí zvláštní ekonomická pravidla. Zatím co veškeré náklady poskytovatelů zdravotních služeb jsou tržní, tedy nemají nárok na žádné slevy či úlevy při nakupování zboží a služeb v porovnání s ostatními podnikatelskými subjekty, tak jejich příjmy v podobě úhrad od zdravotních pojišťoven jsou přísně regulované s pouze minimální možností legálně si „přivydělat“. Toto je příčinou permanentního ekonomického napětí. Poskytovatelé zdravotních služeb včetně soukromých lékařů na rozdíl od podnikatelů v jiných oblastech nemají možnost legálně promítnout zvyšující se náklady a vysokou poptávku po svých službách do cen. Má-li být tento princip cenové regulace zachován, musí úhrady od zdravotních pojišťoven pokrývat náklady poskytovatelů a umožňovat jim tvorbu přiměřeného zisku. Za stejný výkon by měli všichni poskytovatelé dostávat identickou platbu. Jen při splnění této podmínky bude možno porovnávat jejich ekonomickou efektivitu.

Seznam zdravotních výkonů jako základní ceník

Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami je vyhláška ministerstva zdravotnictví. Musí se stát základním ceníkem zdravotních výkonů, který zohlední skutečné náklady poskytovatelů zdravotních služeb a umožní jim vytvářet přiměřený zisk. Poskytovatelé zdravotních služeb musí být schopni z úhrad od zdravotních pojišťoven pokrýt své náklady a vydělat na vlastní reprodukci. Nemohou být existenčně závislí na dotacích, které jsou poskytovány pouze někomu.

Maximum vzdělávání v regionálních nemocnicích

Specializační vzdělávání potřebuje zásadní strukturální změny. Je třeba snížit počet základních oborů. Pokud to dovolují pravidla EU, pak také zkracovat dobu specializačního vzdělávání. Zvýšit vzájemnou prostupnost mezi obory a umožnit krátké rekvalifikační kurzy. Pokud se lékař rozhodne změnit svůj obor, měla by mu být započítána maximální možná míra již dosažené praxe. Co největší část specializačního vzdělávání by měla být pro všechny lékaře shodná. To, že ministerstvo na nátlak lobbystických skupin umožnilo fakticky zrušit tzv. základní vzdělávací kolečko, to je chyba, kterou je třeba napravit. Tak jako v minulosti, je třeba obnovit funkční systém, kdy ne každý lékař nebo lékařka musí dosáhnout maximální možné kvalifikace jen proto, aby mohl samostatně pracovat. Plnou kvalifikaci potřebují pouze vedoucí lékaři. Pro sekundární lékaře a soukromé lékaře stačí kvalifikace střední.

Sdílené akreditace pro vzdělávání se zapojením ambulantních lékařů

Nejenom velké nemocnice, ale také nemocnice regionální a ambulantní specialisté musí mít možnost spolupodílet se na vzdělávání mladých lékařů a tím také na výchově svých nástupců. Spolupráci zdravotnických zařízení na specializačním vzdělávání lékařů umožní systém sdílených akreditací.

Podpora regionálního zdravotnictví – místo konkurence spolupráce nemocnic

Zdravotní péče v regionálních nemocnicích je levnější a občané ji preferují. Do specializovaných center má smysl koncentrovat především vysoce specializovanou velmi drahou zdravotní péči a výzkum. Současná síť nemocnic v ČR odpovídá naší tradici a je obdobná jako v sousedním Německu a Rakousku. Ne každá nemocnice však musí poskytovat zdravotní péči v celém rozsahu a ve všech oborech. Nemocnice by si neměly vzájemně konkurovat, ale měly by být motivovány k tomu, aby navzájem spolupracovaly třeba tak, že jedna bude rozvíjet například obory operativní a v těch ostatních se zaměří na péči ambulantní či jednodenní. Sousední nemocnice pak může postupovat obráceně. Režim sdílených akreditací jim umožní i nadále se podílet na specializačním vzdělávání mladých lékařů a omezený počet kvalifikovaných lékařů bude lépe využíván.

Podpora jednodenní péče

V případech, kdy je to odborně možné a kdy má pacient potřebné zázemí, je vhodné upřednostňovat tzv. jednodenní péči, kterou mohou poskytovat jak nemocnice, tak na tuto péči specializovaní poskytovatelé, pokud ovšem mají zajištěno řešení možných komplikací. Systém ušetří za tzv. hotelové služby.

Vytvoření základní sítě LPS, vytvoření sítě pohotovostních lékařů

Tzv. ePohotovost považuje ČLK za pouhé užitečné poradenství, které v některých případech může specifické skupiny obyvatel odklonit od cesty na urgentní příjem nemocnice a nasměrovat je do ordinace praktických lékařů či pediatrů v jejich normálních ordinačních hodinách. Jde o projekt poměrně nákladný s nevyjasněným právním zázemím. Nejde o plnohodnotné zajištění pohotovostní lékařské služby. Za její dostupnost by měly stále nést odpovědnost kraje, nikoliv zdravotní pojišťovny,

kteře nemají pro zajišťování této služby žádnou motivaci. Regionální politici by měli mít zájem na zachování dostupnosti lékařské péče pro své občany a stát by jim v tom měl pomáhat.

Na urgentní příjmy v nemocnicích, pokud zajišťují lékařskou pohotovostní službu, a na další místa poskytování lékařské pohotovostní služby je třeba navázat síť pohotovostních lékáren, které budou za tuto službu dotovány. K čemu je pacientovi recept, byť třeba elektronický, když si nemá kde potřebný lék vyzvednout. Alternativním řešením by byla výdejní místa s omezeným sortimentem léčiv, která by odborně garantovala lékárna sídlící jinde.

Jak reagovat na stárnutí populace?

Stárnutí populace nelze zastavit. Poté, co v současnosti ekonomicky aktivní příslušníci populačně silných ročníků tzv. Husákovy děti zestárnou, bude obtížné zajistit pro ně nejenom důstojné důchody, sociální služby ale i zdravotní péči. Tito lidé nesli na svých bedrech náklady transformace naší společnosti a ekonomiky a nezaslouží si nejistotu, které budou vystaveni, pokud stát svoji politiku nezmění. Zdravotnictví bude nutnou součástí řešení tohoto problému.

Lůžka následné péče

Stárnoucí populace bude potřebovat stále více lůžek dlouhodobé neboli následné péče. Část regionálních nemocnic je vhodné na poskytování této péče transformovat buď zcela nebo alespoň částečně. Jistě bude nutné vybudovat nová zdravotnická a sociální zařízení tohoto typu. Dlouhodobá péče musí být regionálně dostupná, aby pacienti nebyli odříznuti od kontaktu s rodinou.

Potřebám stárnoucí populace třeba přizpůsobit počet střední a pomocného zdravotnického personálu. Reagovat musí rovněž systém specializačního vzdělávání lékařů. Mladí lékaři a lékařky musí být motivováni k tomu, aby si volili potřebné obory, jako je například interna případně s nástavbovou specializací geriatric.

Podpora domácí péče

Vedle ekonomické podpory zdravotních služeb poskytovaných v domácím prostředí pacientů motivovat praktické lékaře k tomu, aby ve větší míře zajišťovali návštěvní službu. Pacienti si cení, pokud jejich lékař či lékařka o ně projeví zájem a vyšetří či ošetří je v jejich domácím prostředí. Telemedicínské služby, které jsou zajímavou variantou pro lidi mladší a střední generace, nenahradí péči o seniory. Vedle převozu k lékaři sanitními vozy by senioři, zejména na venkově, kde je špatná dopravní dostupnost, ocenili možnost dotované taxislužby pro cesty k lékaři.

Stát by měl ekonomicky lépe ocenit ty, kdo se starají svépomocí o staré lidi. Nemusí se přitom jednat pouze o příbuzné. Čím déle budou senioři schopni žít ve svém domácím prostředí, tím spokojenější budou mít stáří a tím více společnost ušetří.

Jak zlepšit zdravotní stav populace?

Výchova ke zdraví do školních osnov

Do výuky na základních školách zařadit jako povinný předmět výchovu ke zdraví, aby si děti odnášely ze školy pro život důležité informace, které jim neposkytuje rodina. Nezdravý životní styl a špatné návyky se totiž přenáší z rodičů na děti. Nejvíce se to týká dětí ze sociálně slabšího prostředí.

Více hodin tělocviku

Moderní doba přinesla zásadní změny v tom, jak děti a mládež tráví volný čas. Ubylo tzv. přirozeného pohybu. Dnes máme na jedné straně menšinu aktivních sportovců a na druhé straně většinu dětí a mládeže, která vůbec nesportuje. Právě hodiny tělesné výchovy jsou pro takové děti v podstatě jedinou příležitostí, jak si zasportovat. Epidemie obezity mezi dětmi a mládeží představuje pro budoucnost obrovské riziko i ekonomickou a zdravotní zátěž.

Projekt iniciovaný ČLK pod názvem BudFit24 se snaží s využitím moderních technologií, které jsou pro děti atraktivní, motivovat je k pravidelnému pohybu. Cílovou skupinou jsou děti prepубertálního věku trpící nadváhou či obezitou. Podobné programy by měl stát podporovat.

Zdravotní daň na tabák, alkohol, slazené nápoje

Již v kapitole financování zmiňované opatření, kdy zvýšení daní a tím i ceny povede ke snižování konzumace škodlivin, a to například i tím, že výrobci budou dobrovolně snižovat množství alkoholu a cukru ve svých nápojích, aby udrželi dostupnou cenu.

Podpora preventivních programů – včasná diagnostika

Ve spolupráci s ÚZIS, zdravotními pojišťovnami, odbornými společnostmi a ČLK vytipovat choroby, u kterých se preventivní programy opravdu vyplatí s ohledem na jejich dopad na životy a zdraví, a na náklady zdravotního a sociálního systému, přičemž existují možnosti jejich včasné diagnostiky.

Podporou sekundární i tzv. terciální prevence může být rovněž změna systému financování ambulantní specializované péče, kdy by zdravotní pojišťovny platily ambulantním specialistům paušální platby za dispenzarizaci pacientů s některými chronickými chorobami (např. diabetes, hyperlipoproteinémie, chronické srdeční selhání...).

Jak zvýšit naši zdravotní bezpečnost?

Silné zdravotnictví je jednou z podmínek zajištění národní bezpečnosti. Touto optikou je třeba pohlížet také na investice do zdravotnictví. S ohledem na stárnutí populace bude zdravotnictví spolu se sociálními službami hrát stále výraznější úlohu v naší ekonomice.

Silná autonomní hygienická služba

Epidemie nemoci Covid-19 ukázala, jak důležitá je hygienická služba pro ochranu zdraví obyvatel. Hygienická služba je součástí kritické infrastruktury státu. Zajišťuje naši bezpečnost. Proto potřebuje jednotné velení, vysokou míru autonomie, dostatečné kompetence a finanční prostředky, aby mohla zaplatit kvalifikované odborníky. Hygienická služba musí svá rozhodnutí a doporučení opírat o skutečně odborné názory. Současný Státní zdravotní ústav se v případě výrazné personálního posílení může stát základem, který bude spolupracovat s vysokými školami a dalšími vědeckými institucemi. Šéf hygienické služby by měl být členem ústředního krizového štábu ČR a neměl by být snadno odvolatelný. Jen tak může požadovat v případě potřeby nezbytnou součinnost od všech ministrů, hejtmánů a dalších orgánů státu a samospráv.

Personální posílení ZZS

Zdravotnická záchranná služba by měla mít jednotnou organizaci a vedle plateb od zdravotních pojišťoven by měla být spolufinancována státem. Síť výjezdových center musí odpovídat odborně akceptovatelných dojezdovým časům. Je třeba posilovat spolupráci s dalšími složkami integrovaného záchranného systému. Za náročnou práci musí být zaměstnanci adekvátně zaplacení včetně nároku

na speciální benefity. ZZS potřebuje větší počet lékařů, protože výjezdy posádek bez lékaře častěji končí převozem do nemocnic, což zatěžuje jejich urgentní příjmy. Je třeba posilovat telemedicínskou komunikaci výjezdových skupin s lékaři.

Rezervace základních léků pro potřeby pacientů v ČR

Výpadky v dostupnosti často základních léků musí skončit. Farmaceutické firmy i distributorské firmy mají zájem prioritně prodávat léky drahé, z toho důvodu na trhu chybí často naopak léky základní. Situace je chaotická a o dostupnosti léků nemají aktuální informace ani lékaři a často ani lékárníci.

Problematika lékové bezpečnosti a dostupnosti samozřejmě musí být v první řadě řešena na úrovni celé EU, přesto se vláda ČR musí snažit dostupnost léků zajistit i svými prostředky. Tým odborníků (odborné společnosti a ČLK) by měl sestavit seznam základních léků včetně tzv. nouzových alternativ, které by měly být součástí státních hmotných rezerv případně by měl být jejich potřebný objem deponován ve skladech distributorů a rezervován pro potřeby pacientů v ČR. Samozřejmostí je zajištění průběžného obnovování zásob s jejich uvolňováním na trh v dostatečném předstihu před uplynutím expirační lhůty.

Důsledné dodržování principů medicíny založené na důkazech

Postupné vytváření a aktualizace doporučených diagnostických a terapeutických doporučení (tým odborníků nominovaných odbornými společnostmi a ČLK) prioritně pro choroby zásadního zdravotního a ekonomického významu. Léčbu podle těchto doporučení musí zdravotní pojišťovny hradit v plném rozsahu. Lékaři se od doporučených postupů samozřejmě odchýlit mohou, ale musí být schopni odlišný postup odborně zdůvodnit.

Náměty, co dělat se zdravotnictvím po volbách 2025

MUDr. Milan Kubek – prezident České lékařské komory

<https://www.lkcr.cz/aktuality/100536cs>