

Obsah

Poděkování	2
Předmluva	3
Shrnutí	6

Poděkování

Autoři knihy “Strategické scénáře 2020: Budoucnost zdravotnictví ve střední a východní Evropě ” by chtěli především poděkovat Paulu van Hoofovi, za jeho důvěru a entuziasmus a také společnosti Glaxo Smith Kline (GSK), která nás v roce 2011 finančně podporovala. Právě díky jejich finanční pomoci jsme mohli založit naši jedinečnou mezinárodní organizaci Central & East European Health Policy Network (CEE HPN) a dokončit svůj první projekt s názvem “ Strategické scénáře 2020: Budoucnost zdravotnictví ve střední a východní Evropě ”.

Produkcí a úpravu textů koordinovala Andrea Benáková. Peter Pažitný a Peter Balík byli zodpovědní za korekturu Strategických scénářů. Design knihy navrhla Mária Rojko. Nádherné kresby divokých karet jsou od výtvarníka Miloše Koptáka.

Rádi bychom poděkovali celému týmu CEE HPN - Lence Borošové, Andree Benákové a Ivaně Morvayové za skvělou komunikaci, organizaci a koordinaci všech záležitostí týkajících se CEE HPN.

Děkujeme také Health Care Management Training Centru, fungujícímu při Semmelweiské Universitě, za poskytnutí zázemí všem členům CEE HPN během budapešťského workshopu v březnu 2011.

Předmluva

Kniha “Strategické scénáře 2020: Budoucnost zdravotnictví ve střední a východní Evropě” je počinem organizace Central & East European Health Policy Network (CEE HPN). Vznikla v průběhu diskuzí v rámci čtyř strukturovaných workshopů a mnoha hodin domácích příprav. Začali jsme v březnu 2011 a poslední odstavce jsme dopisovali v březnu 2012. S **plánováním strategických scénářů** nám pomáhal Ivan Perlaki.

Název knihy je možná trochu zavádějící – u některých čtenářů může vyvolat pocit, že víme, co se stane. To samozřejmě nevíme. Strategické scénáře pouze představují možné alternativy toho, co se může v budoucnu stát a čtenáři by je měli vnímat spíše jako **myšlenkové mapy** možných variant, ne jako čtyři alternativní předpovědi.

Budoucnost je otevřená a s určitostí ji nemůže předpovědět nikdo. Cílem našich strategických scénářů je oprostit se od našich vžitých představ o budoucnosti a uvědomit si, že budoucnost nakonec nemusí odpovídat představám, které o ní máme dnes. Strategické scénáře nám ohledně vizí budoucnosti v mnoha směrech otevrou oči.

Umožní nám “přemýšlet o tom, co jsme dosud považovali za nemyslitelné”. Díky nim uvidíme mnoho věcí z jiného úhlu – ať už těch, které se týkají jen nás, nebo záležitostí, které se dotýkají širší skupiny, organizace, nebo dokonce celého národa. Přinutí nás uvažovat o nich jinak, než jak na ně většinou pohlížíme. Uvědomíme si, že budoucnost nám může přinést nové skvělé příležitosti, ale stejně tak rizika, která nám nikdy ani nepřišla na mysl, a proto jsme s nimi nikdy nepočítali. Strategické scénáře nám poskytnou tuto “optiku navíc”. Už nikdy nebudeme na budoucnost pohlížet stejně jako předtím.

Plánování strategických scénářů je prvním stupněm našich příprav na budoucnost. Pokud chceme být úspěšní, musíme se připravit tak, abychom obstáli v jakékoliv modelové situaci. A právě proto, že nevíme, který ze scénářů nastane (možná to bude kombinace několika scénářů), musíme počítat s každým z nich.

Musíme být připraveni využít veškerý budoucí potenciál a zároveň překonat všechna rizika, která mohou v každém ze čtyř strategických scénářů nastat (nebo třeba zabránit vzniku možných rizik). Naší přirozenou snahou samozřejmě zůstává mít možnost budoucnost co nejvíce ovlivnit a aktivně se podílet na vytvoření co největšího počtu nových příležitostí při minimalizaci velkých rizik.

Naším cílem není budoucnost předvídat, ale brát v úvahu **významné příležitosti a klíčová rizika**, která se mohou v případě každého ze čtyř scénářů v různých částech světa objevit. Hlavní výhodou těchto scénářů – pokud na ně budeme pohlížet jako na myšlenkové mapy – je fakt, že nás přinutí zamyslet se nad naším chováním v daném scénáři alternativní budoucnosti. Jinými slovy – jak bych se já a/nebo jiné důležité zainteresované osoby chovaly v případě, že by nastal scénář „Spotřebitel vládne“? Nebo jak by vypadal život běžného člověka v případě situace “Lékaři diktují”?

Hlavní aspekty každého scénáře jsou definovány vzorcem dvou nezávislých **hlavních neznámých**:

1. Kdo má moc – spotřebitelé nebo lékaři? Podle odpovědi na tuto otázku můžeme uvažovat dva naprosto rozdílné světy: svět spotřebitelů a svět lékařů.
2. Míra liberalizace a/nebo regulace zdravotnictví. Na protichůdných stranách máme liberální prostředí versus regulované prostředí.

Vzorec 1: Strategické scénáře 2020: *Budoucnost zdravotnictví ve střední a východní Evropě*

Svět spotře bitelů	Spotřebitel vládne	Vláda slouží



Scénáře popisují každodenní život těchto klíčových **zúčastněných stran**:

- **Spotřebitelé.** Tato skupina nejsou jen pacienti. Pokud říkáme spotřebitelé, máme na mysli skupinu lidí využívající veškeré dostupné služby zdravotnictví za účelem zlepšení jejich zdravotního stavu tak, aby se jednoduše řečeno cítili lépe. Spotřebitelé se rozhodují na základě osobních preferencí a dostupných informací.
- **Vláda.** Pod pojmem vláda rozumíme celou správu a regulaci systému zdravotní péče v širším slova smyslu. Do této skupiny patří členové vlády, úředníci Ministerstva zdravotnictví, zástupci kontrolních orgánů a také jednotlivci, kteří se přímo podílejí na vytváření kontrolních předpisů pro všechny subjekty trhu.
- **Lékaři.** Tím máme na mysli lékaře v pravém a základním smyslu tohoto slova. Lékaři jsou lékaři, nejsou to poskytovatelé zdravotní péče, nebo nemocniční a zdravotnická zařízení, ani ostatní personál. Lékaři jsou zde definováni jako skupina mající velmi silnou moc, která ale hájí pouze své vlastní zájmy.
- **Průmysl.** Tady pojmem průmysl označujeme všechny vlivné subjekty ve zdravotnictví, nejen lékaře. Tuto skupinu tvoří všichni poskytovatelé zdravotní péče (nemocnice, kliniky, lékaři, lékárníci, laboratorní pracovníci, zdravotní sestry, atd.), dále výrobci, dodavatelé, pojišťovny a investoři. Průmyslem je v podstatě označován segment trhu zdravotní péče, který vnímá zdravotnictví jako výdělečný sektor.

Během sestavování strategických scénářů jsme si uvědomili, že země střední a východní Evropy čelí, co se týká zdravotní péče, poměrně zásadnímu problému - nerovnováze mezi potřebami obyvatel a dostupností služeb, které by tyto potřeby pokryly. Tato nerovnováha vytváří dva základní typy problémů:

- **Problém č. 1:** v této situaci mají obyvatelé své potřeby, ale tyto potřeby nejsou systémem zdravotní péče dostatečně pokryty. Důvodem je nedostatek adekvátních produktů a/nebo služeb, které by tyto jejich potřeby uspokojily.
- **Problém č. 2:** tato situace nabízí dostatek produktů a/nebo služeb v oblasti zdravotní péče, nicméně tyto výrobky a služby neodpovídají skutečným potřebám obyvatel.

Vzorec 2: Strategické scénáře 2020:: Budoucnost zdravotnictví ve střední a východní Evropě

Služby nejsou žádané	Bez problému	Problém č. 2 Přehnaná zdrav. péče Nepotřebná zdrav. péče Nebezpečná zdrav.péče
	Problém č. 1 Nedostatečná zdrav. péče Čekací listiny Korupce	Bez problému
Služby jsou žádané	<i>Nedostatek služeb</i>	<i>Dostatek služeb</i>

Důležitou součástí knihy je pět **divokých karet**. Divoké karty – neboli „Černé labutě“ – jsou události, které mají velmi nízkou pravděpodobnost vzniku, ale pokud k nim dojde, jejich důsledky jsou fatální. Vytvářejí existenční rizika pro všechny zúčastněné strany. Divoké karty se vždy objeví naprosto nečekaně, tudíž mohou být náhodně

použity v jakékoli fázi scénářů. V naší knize najdete tyto divoké karty: nákup nesmrtelnosti, zneužití osobních lékařských záznamů, pandemie, sluneční erupce a kartu Černá labuť. Karta Černé labutě je záměrně prázdná – chceme vám tak dát možnost projevit vaši vlastní představivost a kreativitu.

Na konci každého scénáře najdete časově seřazené **průvodní jevy**. Ty nám s dostatečným předstihem ukazují, kterou cestou k budoucnosti jsme se vydali a ke kterému strategickému scénáři vlastně směřujeme. Umožní nám získat časový náskok, abychom dokázali co nejlépe využít všechny skvělé příležitosti, které nám bude daná situace nabízet a zároveň zvládnout eliminovat nebo alespoň zmírnit dopad velkých rizik, kterým bychom pak v budoucnu mohli čelit. Abychom dokázali průvodní jevy identifikovat správně, musíme samozřejmě vytvořit prostředky pro jejich sledování a musíme vybudovat komplexní systém monitorování a snímání životního prostředí - to znamená, že musíme vytvořit **systém včasného varování**. Pokud vás zajímá, ke kterému scénáři směřuje konkrétní země střední a východní Evropy, sledujte pravidelně náš systém včasného varování na www.ceehpn.eu.

Naše organizace podporuje systém zdravotní péče zaměřený na spotřebitele, i když mnozí z nás žijí ve světě, kde lékaři diktují nebo průmysl řídí. Vývoj našich scénářů byl pro nás všechny velkou výzvou, a v průběhu celého procesu jsme se snažili být otevření vůči všem myšlenkám a názorům lidí, kteří pochází z kulturně odlišných oblastí.

Cílem této knihy je zahájit diskusi o budoucnosti systémů zdravotní péče v zemích střední a východní Evropy. Čtenářům přejeme příjemné chvíle strávené u čtení scénářů a divokých karet. Prosíme, snažte se k nim

přistupovat bez předsudků a čas od času se sami sebe zeptejte: **“Co když ...?”**

Shrnutí

Jak číst tuto knihu?

Tato kniha obsahuje čtyři strategické scénáře a pět divokých karet. Všechny scénáře začínají v průběhu let 2010 – 2011 v zemích střední a východní Evropy. Jsou záměrně psány tak, že nespecifikují zemi, ve které se mají odehrávat, tudíž mohou platit pro každou zemi v dané oblasti. Scénáře probíhají souběžně, čtenáři je mohou číst v libovolném pořadí. Divoké karty jsou do knihy začleněny náhodně, protože tyto události se mohou objevit v jakémkoliv ze scénářů.

Grafická linie, která zakresluje jednotlivá rozhodnutí a události, které se k nim pojí, je uvedena na modelu Scénáře & Rozhodnutí, zobrazeném níže. Definuje možné změny mezi jednotlivými scénáři a faktory, které mohou k těmto změnám vést. Nicméně to všechno jsou pouze naše vlastní domněnky. Ponecháme na čtenářích, jestli je napadnou ještě další možné zlomové situace a časové souvislosti, které by mohly eventuálně vést k nastolení jiného scénáře. Budeme rádi, pokud se s námi o své myšlenky a nápady podělíte, abychom je mohli zveřejnit na našich internetových stránkách. V případě zájmu prosím kontaktujte CEE HPN.

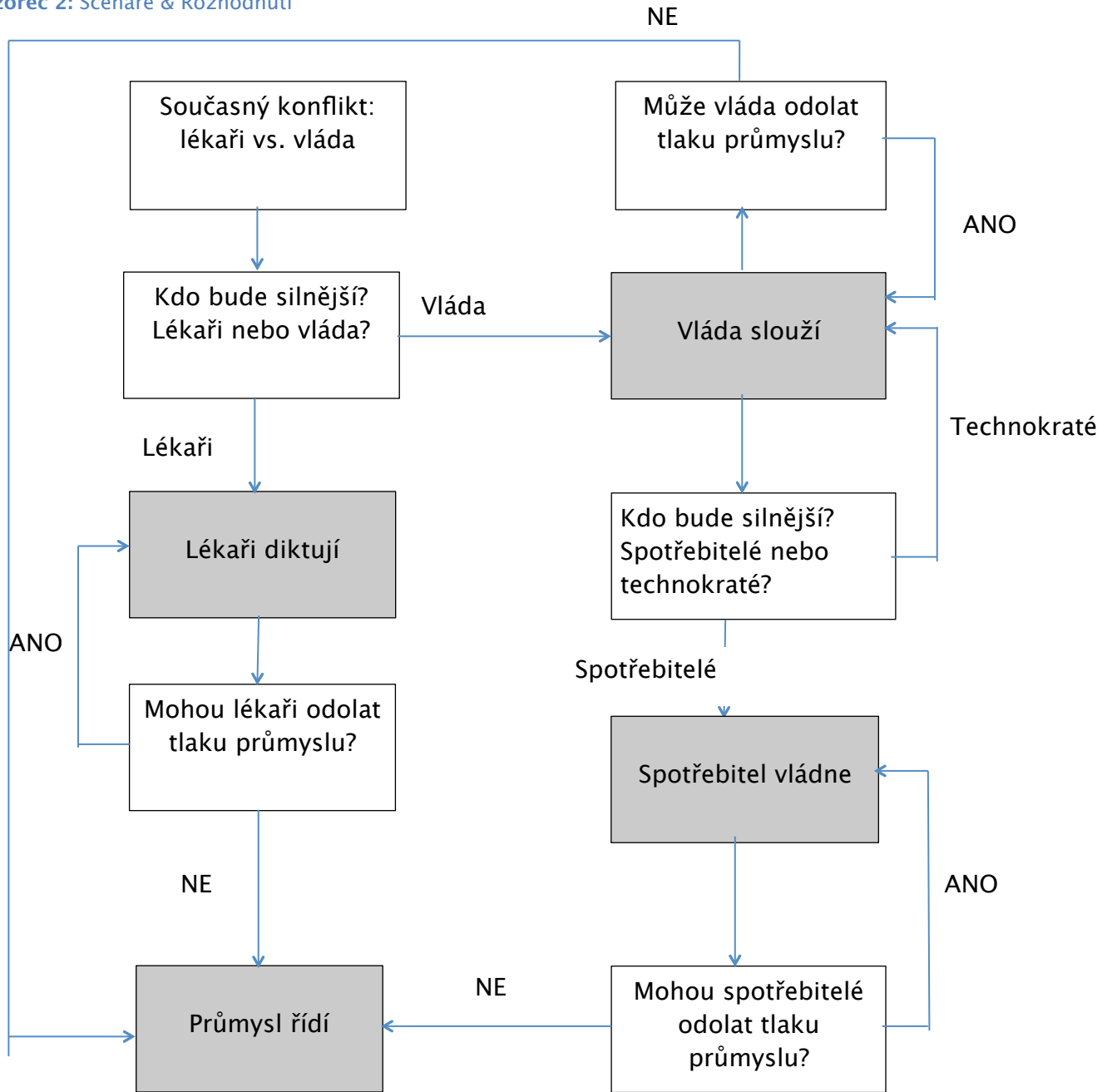
Současný konflikt: lékaři vs. vláda

Rozdíly mezi platy zdravotnického personálu v zemích střední a východní Evropy vůči jejich kolegům ze západní Evropy vedly k jejich výraznému odlivu na západ. Náhrada za tyto pracovníky, která měla do zemí střední a východní Evropy přijít z východu (ze zemí bývalého Sovětského svazu, Turecka, Blízkého východu a Indie) byla složitější a tedy nedostačující. Tento trend zvýšil vyjednávací moc zbývajících lékařů a zdravotních sester, pracujících především v nemocnicích. Jejich stávka za vyšší platy byla úspěšná.

Vše začalo v České republice. Více než 3 800 lékařů podepsalo petici „Děkujeme, odcházíme“. Zároveň podali výpověď. Po dvouměsíčním vyjednávání ministr zdravotnictví ustoupil jejich požadavku a zvýšil platy lékařů o 5 000 Kč. V důsledku toho byli téměř všichni lékaři přijati zpět na svá předchozí působiště. Povstání lékařů začalo. PR agentura, která celou stávku organizovala a koordinovala jménem Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů byla nominována na cenu Global Sabre Awards v kategorii Public Affairs (*Global Sabre Awards každoročně vyhláší 50 nejlepších PR projektů z celého světa. Public Affairs znamená Věci veřejné – pozn. překladatele*).

Stávka pokračovala i na Slovensku. Zástupce českých lékařů a zástupce Lékařského odborového svazu na Slovensku spolupracovali, takže i zde začali lékaři hromadně podávat výpovědi. Přidalo se jich více než 2 400. Požadovali lepší pracovní podmínky, zvýšení platů, navýšení rozpočtu zdravotnictví a ukončení procesu transformace nemocnic na státní akciové společnosti. Lékaři opět uspěli. Vláda, která odstoupila měsíc před stávkou, byla příliš oslabená na to, aby dokázala odolat vzrůstajícímu tlaku, a boj prohrála. Platy lékařů byly zvýšeny v řádech stovek Euro.

Vzorec 2: Scénáře & Rozhodnutí



Alternativní scénáře

Spotřebitel vládne

Tento scénář popisuje události, které vedly k radikálnímu odklonu od konvenčních postojů týkajících se lékařské profese, společnosti a poskytování zdravotní péče. S pomocí nejmodernějších informačních technologií se aktivistickým skupinám mladých pacientů a občanů podařilo vyvolat sérii politických, sociálních a ekonomických změn ve společnosti. Vznikla politická strana, která úspěšně prosadila novou legislativu založenou na principech nezávislosti každého jednotlivce, odpovědnosti, transparentnosti, respektování zákonů a připravenosti je v případě potřeby obhajovat, a také spravedlivé hospodářské soutěže, která jako jediná zaručuje inovaci a udržitelnost tohoto vývoje.

Na trhu funguje velké množství pojišťoven, které nabízí různé produkty zdravotního pojištění (plánů zdravotní péče). Nicméně každá z nich má v nabídce alespoň základní balíček výhod, který je stále definován zákonem. Plány zdravotní péče se mohou lišit a konkurovat si cenou, strukturou sítě poskytovatelů zdravotní péče, rozdílnou úrovní použitých nástrojů řízení péče a kvalitou administrativy.

Vláda slouží

V tomto scénáři vláda odmítá nadále lékařům ustupovat. Zavedla přísnou fiskální politiku a najala skupinu mladých technokratů, která měla za úkol sestavit strategický plán. Tento scénář popisuje systém, ve kterém jsou hlavním nástrojem zdravotní politiky státu právní předpisy a snaha zvládnout možné vedlejší účinky nadměrné regulace trhu. Za účelem uspokojení požadavků spotřebitelů nebrala vláda v úvahu jejich požadavky, ale k jejich potřebám bylo naopak přistupováno vědecky, z čistě praktického hlediska.

Snaha vlády o maximalizování výhod pro celou společnost měla za následek nadměrnou regulaci trhu zdravotnictvím, s níž souviselo vytvoření velkého množství administrativních povinností a zbytečné byrokracie. Každá změna musela být v souladu s novými předpisy. Hlavní svrchované organizace hrály v tomto systému rozhodující roli.

Průmysl řídí

Sociální vzory a hodnoty, podobná kultura a dědictví spoluvytváří v zemích střední a východní Evropy prostředí, které je tolerantní ke korupci. Žádná mocenská skupina – lékaři, spotřebitelé ani sociální inženýři – bez ohledu na to, jak silní vypadali na začátku, nedokázali odolávat ziskuchtivým zájmům příliš dlouho. Způsob, jak na svou stranu získat všechny zúčastněné byl sofistikovaný, pomalý, ale vytrvalý a v podstatě zákonitý. V tomto scénáři vše řídil průmysl.

Vedení se ujal průmysl a zájem lékařů a poskytovatelů zdravotní péče byl zaměřen spíše na technologie a postupy, ne na pacienty. Zvyšovalo se množství specializovaných pracovišť a spolu s nimi zaměření na prováděné úkony. Velmi rychle narůstaly rozdíly v dostupnosti zdravotní péče pro obyvatele měst a vesnic, ve prospěch obyvatel žijících ve více urbanizovaných oblastech. Lidé nepožadovali informace; požadovali někoho, kdo jim ke zdravotní péči zajistí přístup. Profese zdravotního makléře začala hrát ve společnosti velmi důležitou roli. Vláda se schovávala za slovy „systém je liberální, všichni jsou zodpovědní“, zatímco se v podstatě jednalo o deregulaci a liberalizaci bez koncepce.

Lékaři diktují

V tomto případě vše ovládali pouze lékaři. Prezident lékařské komory se stal Ministrem zdravotnictví a každý nový zákon musel být nejprve projednán lékařskou komorou a teprve pak byl zákon postoupen k dalšímu připomínkování. Ředitelé nemocnic byli výhradně lékaři, kteří museli být do svých funkcí schváleni nově zřízenými ministerskými poradními výbory, ve kterých pracovali opět pouze lékaři.

Moc lékařů stále narůstala, protože lékaři pracovali i na Ministerstvu zdravotnictví, jako ředitelé univerzitních nemocnic a pojišťoven, podíleli se na vytváření zdravotní politiky státu, byli akademickými pracovníky na univerzitách a dokonce i novináři píšící o zdravotnické tematice byli lékaři. Jeden nezávislý novinář, kterého vyhodili z časopisu Lékařský týdeník, charakterizoval situaci slovy „bílý klan“.

Vzorec 3: Porovnání úloh pro každý scénář

	Spotřebitel vládne	Vláda slouží	Průmysl řídí	Lékaři diktují
Financování	Konkurenční zdravotní pojišťovny jsou financovány prostřednictvím nominálního pojistného, spolu se systémem veřejných dotací.	Státní zdravotní pojištění má na trhu monopolní postavení, je financováno příspěvkem na zdravotní pojištění.	Konkurenční zdravotní pojišťovny jsou financovány příspěvkem na zdravotní pojištění.	Státní zdravotní péče je financována z peněz daňových poplatníků.
Zajištění zdrojů	Sofistikovaný systém vyrovnávání rizik zahrnuje demografické i chronické choroby a prediktory akutní nemocniční péče.	Sofistikovaný systém vyrovnávání rizik zajišťuje regionální přerozdělení zdrojů na základě vědeckého posouzení potřeb.	Systém vyrovnávání rizik je nedostatečný z důvodu lobbingu, nedomyšlených rozhodnutí a omezujících vládních regulací.	Regionální systém vyrovnávání rizik funguje na základě preferencí lékařů.
Nákup	Flexibilní, zaměřený na výsledek, řízený plány zdravotní péče a/nebo zdravotním stavem spotřebitelů, za podpory agentur specializujících se na nákupy a koordinaci zdravotní péče.	Globální rozpočty, které jsou později nahrazeny platbami na základě dosažených výsledků.	Poplatky za poskytnutá ošetření, nestrukturované rozpočty a platby za provádění nemocničních úkonů jsou poskytovateli zdravotní péče blokovány.	Platy, globální rozpočty a systém „per capita“.
Poskytování služeb	Služby jsou orientovány na pacienty, koordinovány, fungují v závislosti na komplexním informačním a komunikačním systému.	Přesně na základě pokynů a protokolů o poskytnutí péče.	Velmi roztržitěné, se zaměřením na řízení spíše než na pacienta. Velké množství nepotřebné zdravotní péče.	Tyto služby jsou považovány za nedostatečné, existují dlouhé čekací listiny, přístup ke zdravotní péči je omezený.

Vzorec 4: Porovnání výsledků pro každý scénář

	Spotřebitel vládne	Vláda slouží	Průmysl řídí	Lékaři diktují
Hospodářský dopad	Zdravotnictví je stabilní a mezinárodně konkurenceschopné, tvoří jedno z nejvýznamnějších odvětví hospodářství.	Svrchované organizace úspěšně kontrolují vynaložené náklady a finančně velmi efektivně maximalizují jejich přínos pro společnost.	Veřejné i soukromé náklady na zdravotní péči narůstají, ale úroveň zlepšení tomu neodpovídá. To ohrožuje fiskální stabilitu.	Narůstající platy lékařů jsou průběžně financovány prostřednictvím zvýšení DPH a z majetkových a spotřebních daní.
Finanční ochrana	Lidé jsou v případě nemoci velmi dobře chráněni proti případným finančním potížím.	Proporcionální financování ze základního balíčku výhod.	Zhoršuje se z důvodu neoficiálních poplatků pro poskytovatele zdravotní péče, nedostatečného zajištění zdrojů a řízení rizik.	Silná korupce narušuje finanční ochranu obyvatelstva.

Zdravotní výsledky	Při měření výsledků na základě konkrétních, přesně vymezených kritérií se u většiny populace zdravotní stav zlepšil.	Zdravotní stav populace se výrazně zlepšil.	Díky novým technologiím je možné zajistit jen velmi okrajové zlepšení, a to pouze pro některé skupiny pacientů. Horší výsledky jsou důsledkem omezeného přístupu a nízké kvality péče, zejména u chronických onemocnění.	Zdravotní výsledky pacientů se zlepšují spíše náhodně. Výjimku tvoří ti pacienti, kteří jsou schopni zajistit si přístup k těm nejlepším lékařům a nejmodernějším léčebným metodám.
Účinnost	Systém velmi dobře uspokojuje potřeby spotřebitele, ať jsou jakékoliv.	Velmi vysoká, a to z hlediska hodnocení zdravotnických technologií, analýzy nákladů a přínosů i orientace na potřeby spotřebitelů zdravotní péče.	Klesající, z důvodu většího objemu nepotřebné zdravotní péče a chaotického zavádění nových technologií.	Zůstává na nízké úrovni, vzhledem k malé produktivitě poskytovatelů zdravotní péče. Celková úroveň poskytnuté péče je přímo závislá na přístupu lékařů.
Přístup	Zdravotní péče je dostupná všem spotřebitelům, vždy včas a ve vysoké úrovni kvality.	Síť poskytovatelů zdravotní péče je fixní a je vytvořena tak, aby splňovala požadavky na dostupnost z hlediska čekací doby a vzdálenosti.	Velmi proměnlivý, v závislosti na schopnosti pacienta zajistit si zdravotního makléře.	Dostupnost zdravotní péče, zejména té specializovanější, se zhoršila, protože dostatečně sofistikované prostředky pro uplatnění moderních technologií mají pouze vybraná zdravotnická zařízení.
Možnost výběru pro spotřebitele	Spotřebitelé si mohou zvolit z několika konkurenčních pojišťoven a vybrat si z jejich bohaté nabídky plánů zdravotního pojištění. Integrovaný, veřejně přístupný informační systém umožňuje okamžitý přístup k výsledkům hodnocení poskytovatelů zdravotní péče a pojišťoven.	Spotřebitel/ka má omezenou možnost volby. Lokální monopoly, minimální konkurence a přísné pokyny neposkytují spotřebiteli mnoho příležitosti projevit svobodnou vůli.	Závislá na schopnosti platit. Pro bohatší vrstvy obyvatelstva spíše dobrá.	Spotřebitel/ka má stále velmi omezenou možnost volby. Systém přidělování zdravotní péče přetrvává.
Spokojenost spotřebitele	Vysoká úroveň spokojenosti. Spotřebitel/ka je středem zájmu, protože se může svobodně rozhodnout, kam vloží své finanční prostředky. Poskytovatelé zdravotní péče a pojišťovny usilují o zájem spotřebitelů.	Spokojenost spotřebitelů neklesá, přestože je jejich možnost volby stále více omezena a to proto, že vláda zahájila masivní komunikační a vzdělávací kampaň. Spotřebitelé jsou přesvědčováni o tom, že dostávají tu nejlepší možnou zdravotní péči.	U skupin obyvatel s podprůměrnými příjmy z pochopitelných důvodů nízká, spíše nízká i u finančně silnějších vrstev, z důvodu nedostatečných informací a nekonsolidované zdravotní péče.	Spokojenost spotřebitele je malá vzhledem k dlouhým čekacím listinám, ale jeho názor nemá žádnou váhu a přístup ke zdravotní péči je limitován.

1. Spotřebitel vládne

2012

Zdravotnictví chyběly finanční prostředky na péči o nemocné a zraněné občany. Stále častěji se na některé léčebné výkony zaváděly čekací listiny. Velká lékařská zařízení, jako např. fakultní nemocnice, byly čím dál více zadlužené. Většina lékařských zařízení stagnovala. Ke konci roku 2012 odešlo ze zdravotnictví velké množství personálu, který už byl stávající situací frustrovaný. Někteří odešli pracovat do zahraničí, ostatní do jiných sektorů ekonomiky.

Souběžně s tím se k novinářům a nezávislým bloggerům dostalo několik závažných případů zanedbání povinné péče, které se také čím dál častěji začaly objevovat i v televizi a na internetu. Tyto případy profesního pochybení lékařů brzy odhalily další děsivé příběhy nespokojených pacientů, které v průběhu zimy 2012 úplně ovládly média.

Z blogu: www.hospitalwatch.eu

Počet návštěv: 157 232 (za posledních 24 hodin)

Dne: 29. 11. 2012

Nemocnice se hrouťí. Dluhy tvoří více než 50% jejich ročních příjmů a Asociace dodavatelů prohlásila, že faktury jsou více než 400 dnů po splatnosti. Vzhledem k balíčku úsporných opatření státního rozpočtu odmítla vláda uvolnit další zdroje pro financování zdravotnictví. Aby si zachovala alespoň poslední zbytky popularity, vytrvale odmítá i zavedení poplatků za pobyt v nemocnici.

V jisté fakultní nemocnici byli dodavatelé nuceni ukončit dodávky elektřiny, tepla a vody. Vedení nemocnice se ocitlo v zoufalé situaci, protože venku mrzlo. V důsledku toho museli být pacienti převezeni do 30 km vzdálené soukromé nemocnice, kde museli platit poplatky za každý den pobytu. Všichni pacienti kromě důchodců na tuto podmínku přistoupili.

2013

Na jaře roku 2013 zkrachovala jedna středně velká banka a cash flow (příjem nebo výdej peněžních prostředků, pozn. překladatele) farmaceutických firem se stále zhoršoval. Na konci léta 2013 byl celý sektor zdravotnictví vystaven silnému tlaku. Vláda nebyla schopná sestavit reálný záložní plán, protože velké množství úředníků stále čerpalo dovolenou. V polovině září, kdy se z dovolených vrátili, zjistili, že farmaceutické společnosti ukončili dodávky léků do zdravotnických zařízení. Vláda musela vyhlásit stav lékařské pohotovosti a byla také mobilizována armáda. Rozpočtový deficit výrazně vzrostl a na konci října 2013 v důsledku neustávajících nepokojů vláda padla.

Souběžně s tím nabraly rychlý spád i aktivity na internetu. Skupina mladých pacientů trpících rakovinou, (z nichž některým zbývalo jen pár měsíců života) z internetových sociálních sítí se spojila s moderními pouličními umělci a společně zahájili sérii veřejných shromáždění, protestů, informačních kampaní a dalších aktivit na vyjádření nesouhlasu. Ovládli veřejná prostranství ve velkých městech, která se tak stala platformou politických bojů. Pavel Preker, neoficiální mluvčí tohoto hnutí, zemřel během jednoho z těchto shromáždění. Jeho silný emocionální příběh, publikovaný na titulních stranách časopisů, napadal tradiční způsob poskytování zdravotní péče.

Smrt Pavla Prekera inspirovala nejen obyčejné lidi, ale i akademiky, nezávislé analyticky, občanská sdružení a vůbec celou společnost. V důsledku toho byly skupinami odborníků, universitami a nezávislými společnostmi vytvořeny alternativní návrhy řešení situace ve zdravotnictví. Vzdělávací systém přinesl nové výukové kurzy o právech pacientů.

Dopis na rozloučenou, který ležel před domem Prekerových mezi záplavou květin a svíček

Nejdraší Pavle, potkali jsme se jen přes internet, ale budeš mi chybět. Cítím, že můj život se krátí. Ty a další členové hnutí jste mně i mnoha dalším lidem, kteří trpí rakovinou, ukázali, jak žít důstojný život. Uvědomili jsme si, že náš hlas má také svou váhu a že naše onemocnění by nám nemělo bránit vyjádřit naše přání.

Na začátku jsem byla velmi stydlivá a neměla odvalu chtít víc. Ale následovala jsem tvého příkladu a stala se pro lékaře skutečným partnerem v diskuzi. Můj život se zlepšil – ne po stránce zdravotní, ale mého sebevědomí. Tělo mě bolí, ale duše je spokojená.

S velkou láskou

Maria

P. S.: Brzy se potkáme na druhé straně řeky.

2014

V létě 2014 proběhla v zemi mohutná stávka pacientů, kteří se shromáždili před zdravotnickými zařízeními, nemocnicemi a také před Ministerstvem zdravotnictví a žádali, aby byla pacientům věnována větší pozornost. Stávka byla organizována přes sociální sítě. Nová vláda se snažila řešit krizi ve zdravotnictví tím, že navrhla technické úpravy, rozpočtová omezení a protikorupční opatření. Přes to všechno se situace nadále zhoršovala a někteří pacienti byli nuceni podstoupit specializovanou léčbu v zahraničí.

Nebyl definován žádný základní balíček výhod, takže pojišťovny byly nuceny hradit poskytnutou zdravotní péči v plné výši. Navíc neměly dostatek nástrojů pro kontrolu výdajů a dostatek příležitosti ke zvýšení příjmů, protože byly centrálně řízeny vládou. Tím se ocitly v pasti, což bylo zjevné především u Hlavní zdravotní pojišťovny, která neměla žádnou motivaci a žádné technické možnosti pro zavedení účinných kontrolních opatření. Nebyla schopna vyrovnat rozdíl mezi příjmy a výdaji. V důsledku toho ohlásila Hlavní zdravotní pojišťovna bankrot.

2015

Jako reakce na negativní vnímání zdravotnictví ve společnosti a vzhledem k narůstajícím problémům byla vytvořena nová politická Strana spotřebitelů zdravotní péče. Fungovala virtuálně, přes internet a sociální sítě, a její program byl zaměřen výhradně na zdravotnictví. Strana spotřebitelů zdravotní péče využila k získání popularity mezi mladými, staršími, zdravými i nemocnými občany odkaz Pavla Prekera. Oficiálně byla strana zaregistrovaná 16. června 2015. Připojilo se k ní několik ekonomicky smýšlejících odborníků z oblasti zdravotní politiky, kteří vypracovali návrh nového systému, orientovaného na spotřebitele. Byli zkušení, protože se podíleli na tvorbě předchozích reforem a věděli přesně nejen co dělat, ale také *jak* navržené systémové změny zavádět v praxi.

Strana okamžitě zahájila kroky vedoucí k posílení úlohy spotřebitele:

- Za prvé začala podporovat jednotlivce i skupiny, aby zakládali místní sdružení spotřebitelů a sledovali kvalitu poskytovaných služeb.
- Za druhé vytvořila nezávislou funkci ambasadora Strany spotřebitelů. Úloha ambasadora spočívala v tom, že shromažďoval a řešil stížnosti občanů. S tím mu pomáhal tým, který poskytoval právní a psychologické poradenství.
- Za třetí pravidelně informovala média o stížnostech, které ambasador řešil, a neustále předkládala vládě příběhy lidí, kterým nebyla poskytnuta odpovídající péče.

Veřejně demonstrováná ochota zavést nový systém s orientací na spotřebitele, s menší korupcí a rovnocenným přístupem měla u společensky oblíbených médií se zdravotnickou tematikou velmi pozitivní ohlas. Tato média přijala nový jazykový termín a začala nazývat pacienty spotřebiteli zdravotní péče. Vláda dělala, že nevidí a neslyší, a doufala, že vedoucím činitelům strany brzy dojdou síly. Popularita Strany spotřebitelů zdravotní péče ale překročila 30%.

- Za druhé to byla finanční omezení týkající se poskytovaných služeb. Balíček výhod měl přísný finanční rámec. Začalo se odpočítatelnými položkami, poté %spoluúčastí a končilo se pojištěním omezení ztráty (stop-loss pojištění). Tato finanční nastavení se lišila dle typu poskytované zdravotní péče a sociální skupiny.
- Za třetí - protokoly o poskytnutí péče, definující základní klinický rámec.

Vláda také zrušila omezení pro vstup odborných lékařských pracovníků na trh zdravotní péče. Kvalifikační požadavky se lišily a role lékařů se změnila – stále více zdravotní péče bylo nyní poskytováno certifikovanými zdravotními sestrami. Od června 2017 fungoval nový licenční systém, který rozdělil zdravotnické pracovníky do více kategorií a stanovil nižší požadavky na poskytování primární zdravotní péče, protože počet lékařů primární zdravotní péče se snižoval. 17. listopadu 2017 se Ministerstvo zdravotnictví sloučilo s Ministerstvem sociálních věcí.

2018

Nastala nová éra pojišťoven a plánů zdravotní péče. Nová legislativa ještě více zvýšila zájem o trh zdravotního pojištění. Na trh vstoupilo velké množství nových společností, mezi nimi také mezinárodní pojišťovna a tuzemská banka. Navíc i jeden z největších zaměstnavatelů na trhu založil zdravotní pojišťovnu. Zvýšená konkurence mezi zdravotními pojišťovnami byla patrná především v oblasti výhod pro spotřebitele. Větší výhody pro pojištěnce vyplývaly z úspor, které při cenových vyjednáváních dohodly zdravotní pojišťovny a poskytovatelé služeb.

Množství peněz v celém systému se navyšovalo, zatímco podíl veřejných financí klesal. Stalo se tak díky velké oblibě plánů zdravotní péče a většího podílu sdílených nákladů v místě, kde byla zdravotní péče poskytována. Důvodem nárůstu tohoto podílu byla vyšší spotřeba zdravotnických služeb, a to i nad rámec sítě preferovaných poskytovatelů zdravotní péče. Najednou bylo mnohem méně nelegálních a neoficiálních plateb.

2019

Od roku 2019 připravovala síť preferovaných poskytovatelů zdravotní péče většinu plánů zdravotní péče, které byly na trhu zdravotních pojišťoven k dispozici. Bylo nutné vytvořit nové pracovní pozice koordinátorů a konzultantů zdravotní péče.

Práce v oblasti zdravotní péče: koordinátor

Náš klient: významná zdravotní pojišťovna hledá vhodného kandidáta na pozici koordinátora zdravotní péče.

Popis práce: koordinátor zdravotní péče v programu léčby astmatu.

Požadavky: vynikající komunikační schopnosti, odolnost vůči stresu, časová flexibilita, schopnost pracovat samostatně, vůz, mobilní telefon, bakalářský diplom z oboru zdravotní péče.

Plat: dvojnásobek průměrného platu v zemi.

Další kroky: zašlete nám svůj strukturovaný životopis, na základě jeho vyhodnocení vám zašleme pozvánku k osobnímu pohovoru.

Největší televizní stanice v zemi sponzorovala vyhodnocení plánů zdravotní péče. Nezávislí analytici tyto výsledky zpochybnili – prohlásili, že nejsou objektivní. Další čtyři organizace provedly svůj vlastní srovnávací průzkum. Sdružení spotřebitelů zase sledovaly kvalitu poskytovatelů zdravotní péče. Nezávislá hodnocení poskytovatelů zdravotní péče vypracovaná spotřebiteli byla považována za věrohodný zdroj informací a získala u široké veřejnosti obrovskou popularitu. Velmi důležitou součástí těchto průzkumů byly srovnávací tabulky cen zdravotní péče u různých poskytovatelů. Mělo to své opodstatnění, protože v systému zdravotní péče existovaly rozdíly ve spotřebitelských cenách.

Telefonický rozhovor dvou sester (Jany a Kateřiny)

Jana: Ahoj Katko, potřebuju poradit – právě mi volala máma, musí pro tátu zařídit náhradu kyčelního kloubu. Ale neříkej jí prosím tě, že jsem ti volala.

Katka: Říkala jsem si, že se něco děje, ale víš, nechtěla jsem se jich ptát, znáš je, oni vědí nejlíp co a jak.

Jana: Jasně, ale co se týká zdravotní péče, tak dost tápou, potřebují pomoc. Mám dojem, že jsou dost konzervativní a všechno si chtějí „zařídit sami“, znáš je.

Katka: Ale je rok 2019, ne 1999, tak se radši mrknu na internet. Dám krk na to, že to neudělali.

Jana: Našla jsi něco?

Katka: Tak na internetu jsou 4 spotřebitelské webové stránky, které hodnotí dodavatele kyčelních náhrad. Tyto vypadají věrohodně a jsou pro uživatele velmi snadné. No a tady píšou, že je celkem 15 míst, kde náhrady provádí a 4 z nich mají označení „A“, 8 je v kategorii „B“ a 3 v kategorii „C“. Podívám se na ty „A“ – ale, jedna z nich je jen 75 km daleko, tu bychom si mohli vybrat.

Jana: Díky Katko, moc jsi mi pomohla, pošli mi prosím do emailu odkaz na tu nemocnici a já to proberu s maminkou.

Katka: Není zač, a řekni mámě, ať mi zavolá častěji.

Struktura lékařských společností a lékařských komor se změnila – poptávka po lékařských službách narůstala a inovoval se systém jejich poskytování. Stále více lékařů se začalo zaměřovat na osobní růst, aniž by u těchto tradičních odborných organizací hledalo podporu. Sledovali nové možnosti vzdělání v oblasti zdravotnictví, a příliš nespolehnali na oficiální vzdělávací program lékařské komory.

Efektivní boj proti korupci, jako např. odměňování informátorů nebo lidí pracujících uvnitř systému, kteří nahlašovali podvodnou činnost, šel ruku v ruce s úspěšnými protikorupčními soudními spory. Informátoři byli za svoji činnost odměňováni 10% provizí, která byla hrazena z vládních úspor.

Konečný stav, rok 2020

Celé zdravotnictví bylo postaveno na systému veřejně-soukromých financí. Financování z veřejných zdrojů sestávalo jak z příjmů daňových poplatníků, které byly definovány zákonem, tak z financí za prodej alkoholu a tabákových výrobků a z daní za jiné nadstandardní výrobky. Peníze z daní byly soustředěny v Centrálním fondu zdravotnictví, který byl řízen Úřadem pro regulaci trhu zdravotní péče. Ten byl také odpovědný za řízení soukromého sektoru. Úřad sloužil i jako veřejný sponzor a poskytovatel dotací na zdravotní pojištění upravené o pojistná rizika. Souběžně držel finanční rezervu pro pokrytí nákladů při dočasném přerušení příjmů z daní do výše 2% ročních výdajů z veřejných prostředků.

Změny ve zdravotnictví v roce 2020

Kapitola 3: Financování a zajištění potřebných zdrojů

Nominální pojistné představuje v rámci základního povinného zdravotního pojištění druhý největší zdroj financí v celém sektoru zdravotnictví, a dosáhlo zhruba 30% celkových finančních zdrojů. Nominální pojistné má nízkou úroveň rizika a odráží rizikové profily dle chování každého jednotlivce. Systém veřejných dotací (financovaný přímo Centrálním fondem zdravotnictví) financuje průměrné nominální pojistné u sociálně slabších skupin obyvatelstva až do výše 60%.

V případě poskytnutí zdravotní péče se postupuje dle povinného plánu přiměřeného sdílení nákladů (spoluúčast), který nepodléhá doplňkovému zdravotnímu připojištění. Tato spoluúčast představuje pouhých 5% z celkových nákladů na zdravotní péči (včetně příplatků za léky), protože je předmětem základního zdravotního pojištění nad rámec limitu omezení ztráty (stop-loss).

Nicméně v rámci základního systému zdravotního pojištění existuje možnost zvolit si plán s vyšším sdílením nákladů. V tomto případě se plán s vyšším sdílením nákladů (představující více než 35% spoluúčast na všech nákladech základního zdravotního pojištění) kombinuje se zdravotním spořicí účet. Zdravotní pojišťovna, která takový typ produktu ve svém portfoliu nabízí, tento účet dotuje. Tyto dotace jsou upravené o rizika.

Celkový podíl přímých plateb dosahuje 25% z celkových nákladů na zdravotní péči, takže podíl plateb třetích stran činí pouhých 75%.

Vyrovňování rizik se používá jak u pojistného, tak u dotací zdravotních spořicích účtů. Ačkoliv zákon nařizuje otevřenou registraci, systém vyrovňování rizik zapříčil, že tržních strategie založené na (1) omezeném pokrytí nebo (2) vyloučení z důvodu dřívějších skutečností nebylo možné aplikovat.

Doplňkové zdravotní pojištění představuje méně než 5% z nákladů na zdravotní péči a pokrývá zejména:

- okrajovou skupinu služeb zdravotní péče, které nejsou zahrnuty v základním balíčku výhod
- náklady na zdravotní úkony, které nebyly v rámci základního zdravotního pojištění schváleny (z lékařského hlediska nebyla potvrzena jejich nezbytnost)
- alternativní zdravotní péči
- sdílení nákladů umožněné pojištěním

Zdroj: Evropské středisko pro sledování zdravotnických systémů

Na trhu bylo zastoupeno množství zdravotních pojišťoven, které nabízely mnoho druhů plánů zdravotní péče, takže fungovala zdravá konkurence. Nicméně všechny nabízely (nejméně) základní balíček výhod stanovený zákonem. Plány zdravotní péče se mohly lišit a konkurovat si v těchto bodech:

- cena (tj. základní sazba nominálního pojistného)
- struktura sítě poskytovatelů zdravotní péče (rozdělení na preferované a nepreferované)
- odlišná úroveň aplikovaných metod řízení péče
- kvalita administrativy

Některé plány zdravotní péče rozšířily svoji nabídku o doplňkové pojistné v rámci doplňkového zdravotního pojištění, zatímco některé nabídly pouze plány základního zdravotního pojištění za nominální pojistné.

Vzhledem k velmi silné pozici spotřebitelů podléhal téměř každý plán zdravotní péče systému bodování státních plánů zdravotní péče, který řídila soukromá Asociace spotřebitelů zdravotního pojištění - nejvlivnější spotřebitelská skupina. Byla založena v roce 2019 a prováděla srovnávací analýzy plánů zdravotní péče. Ty byly hodnoceny na základě těchto kritérií:

- dostupnost zdravotní péče
- výsledky programů pro léčbu chronických nemocí
- odměňování zdravých životních návyků

Nejvýše hodnocené plány své bodování zveřejňovaly a požadovaly pak vyšší sazby nominálního pojistného.

Nejlepší plány zdravotní péče za rok 2020 dle jednotlivých kategorií:

Název plánu: Cestovatel Náročný Zodpovědný

Kategorie	Základní plán	Síť preferovaných poskytovatelů	Plán s vysokou spoluúčastí
1. Dostupnost péče	Splňuje očekávání	Splňuje očekávání	Nad rámec očekávání
2. Ukazatele výkonnosti v případě léčby chronické choroby očekávání	Splňuje očekávání	Nad rámec očekávání	Splňuje očekávání
3. Odměňování zdravých životních návyků Splňuje očekávání	Nad rámec očekávání	Splňuje očekávání	Splňuje očekávání

Zdroj: Systém bodování státních plánů zdravotní péče

Sofistikovaný systém vyrovnávání rizik, dostupnost doplňkových produktů pojištění a jednoduchá legislativa umožnili vytvoření nových plánů zdravotní péče. V prvních 6 měsících neměly nové plány povinnost vyhovět vstupním normám stanoveným v zákoně o zdravotním pojištění. Díky tomu mohl vzniknout dynamický trh zdravotního pojištění, který nabízel zajímavé podmínky pro nové pojištěnce a dřívějším pojištěncům umožňoval odstoupit od jejich stávajících plánů, aby si mohli zřídit nové plány podle aktuálních potřeb.

Nicméně počet pojišťoven, ziskových i neziskových, zůstal nezměněn. Na trhu sice fungovala jedna státní zdravotní pojišťovna, ale její tržní podíl klesl v roce 2020 pod 30%. Všechny ostatní zdravotní pojišťovny byly v soukromém vlastnictví. Tu nejúspěšnější řídila organizace, která si říkala Ježíšova společnost.

Existovalo i velké množství specializovaných plánů zdravotní péče, které byly zaměřeny na konkrétní cílové skupiny, např. na pacienty s vrozenými poruchami metabolismu. Nicméně většina byla zaměřena na širokou základnu spotřebitelů.

Nově vznikl trh agentur specializujících se na nákupy a koordinaci zdravotní péče pro konkrétní chronické choroby. Tyto agentury dokázaly vytvořit atraktivní program odměn pro chronicky nemocné pacienty. Úspěšně soustředily kupní sílu těchto pacientů a jejich jménem nakupovaly ve velkém. Klienti platili agenturám formou záloh a ty vytvářely zisk díky odměnám za úspěšnost, pokud svým klientům pomohly na nákupu ušetřit.

Podíl těchto agentur na trhu zdravotní péče rostl spolu s tím, jak přibývalo plánů se spoluúčastí, protože lidé si je mohli dovolit platit ze svých zdravotních spořicíh účtů. Tento flexibilní finanční systém otevřel prostor pro velké inovace ve zdravotní politice a umožnil vytváření nových plánů zdravotní péče.

Zdravotní pojišťovny začaly zohledňovat důležitost těchto agentur, protože jejich nákupní potenciál byl větší než možnosti zdravotních pojišťoven. To přineslo na trh zdravotní péče zásadní změny. A tak museli konsolidovaní poskytovatelé zdravotní péče čelit nové konkurenci – malým, vysoce specializovaným firmám, které nabízely služby za velmi nízké ceny. Zpočátku se objevovaly signály, že se určité části služeb stávají komoditami (*komodita je zboží, které je na trhu obchodováno bez rozdílů v kvalitě, pozn. překladatele*), například diagnostika, snímkování a jednoduché léčebné postupy. To bylo způsobeno tím, že na online aukcích byly nabízeny zakázky na „balíčky“ jasně definovaných služeb, které museli poskytovatelé zdravotní péče přijmout jako celek.

Trh zdravotní péče byl zcela otevřen. Takzvané jednoduché léčebné postupy byly z hlediska výsledků a rizik velmi dobře definovány. Podléhaly protokolům o poskytnutí péče. Poskytovatelé byli zvyklí na to, že pokud chtěli nárokovat proplacení poskytnutých služeb, museli zajistit požadovaný výsledek. Sami navrhli způsob, jak své služby začlenit do již existujících systémů léčení nemocí v rámci konkrétních léčebných plánů. Stalo se tak pomocí již existujících rozhraní pro výměnu informací a

neomezenému přístupu k elektronickým lékařským záznamům. IT systémy a komunikační infrastruktura v té době skvěle fungovala. Díky různým chytrým aplikacím mobilních telefonů bylo možné zdravotní stav lidí sledovat na dálku.

Léčba byla stále realizována podle tradičního modelu integrované zdravotní péče. Nicméně, tato péče byla nově nabízena i agenturami pro nákup a koordinaci zdravotní péče. Ty, jelikož nakupovaly napřímo, měly nejnižší ceny na trhu.

Farmaceutický průmysl zavedl v rámci poskytovaných služeb dodávky léků přímo ze skladů. V důsledku toho poskytovatelé péče skupili v roce 2020 více než 70% všech léků.

Lidé byli vždy okamžitě ošetřeni a čekací listiny postupně vymizely. Spotřebitelé si vždy jasně stanovili své požadavky a preference. To bylo možné díky jejich členství v „tradičních“ plánech poskytování zdravotní péče a díky zvýšení přímé poptávky po zdravotnických službách, která byla podpořena agenturami pro nákup a koordinaci zdravotní péče.

Díky dohodám o nákupu mohl být jakýkoli požadavek okamžitě splněn. Zdravotní pojišťovny (díky administraci plánů zdravotní péče) a agentury pro nákup a koordinaci zdravotní péče formovaly tyto trhy tak, aby byly schopné reagovat na okamžité požadavky spotřebitelů.

V roce 2020 bylo zdravotnictví plně řízeno poptávkou. Poskytovatelé zdravotní péče investovali do průzkumu trhu a inovací, aby byli schopni lépe reagovat na měnící se požadavky spotřebitelů. Doufali, že na konkurenčním trhu uspějí.

I když bylo zdravotnictví řízeno poptávkou, náklady na lékařské ošetření se nezvyšovaly a expanze zdravotnictví pomalu končila. Zároveň se zdravotnictví začalo spíše orientovat na nové příležitosti v oblasti životního stylu, péče o zdraví, zdravého stárnutí a poradenské činnosti. To vše díky změnám v plánech zdravotní péče a flexibilní legislativě zdravotního pojištění.

Příručka pro přežití v situaci “Spotřebitel vládne”

- 1. Zajisti si připojení k internetu!**
- 2. Kup si mobilní telefon – smartphone!**
- 3. Zajisti si svého konzultanta zdravotní péče!**
- 4. Dobře se seznam se svým plánem zdravotní péče!**
- 5. Využívej služeb agentur pro nákup a koordinaci zdravotní péče!**

Kapacita zdravotnických zařízení byla využívána k tomu, aby pokryla i poptávku zákazníků z jiných zemí: v roce 2020 příjem z této skupiny zákazníků přesáhl 20% všech příjmů zdravotnictví. Ve stejné době začali největší poskytovatelé zdravotní péče otevírat nová zařízení i v zahraničí, zejména v Asii a Africe.

Lékařská sdružení neplnila žádnou formální úlohu. Lékařská komunita, která měla ve společnosti vždy pověst jako skupina významných profesních odborníků a akademiků, přestala ve své tradiční podobě existovat. Změny, které se udály, toto tradiční pojetí prostě nadále neumožňovaly. Státní orgány už nemohly sledovat všechny změny v požadavcích na pracovníky v oblasti zdravotnictví.

V roce 2020 měla země jednu z nejliberálnějších legislativ lékařské profese. Nicméně pracovní náplň, způsobilost a odpovědnost zdravotnického personálu byly přesně definovány, což umožňovalo zaměstnat profesionály z celého světa. Jen u malého procenta profesí bylo nezbytné plynně ovládat jazyk.

Odpovědnost za výsledky poskytnuté péče byla plně na institucionálních poskytovatelích zdravotní péče a plánech zdravotní péče. Systém požadoval jejich plnou odpovědnost za poskytnutá ošetření, pak si mohli následně uplatnit nároky na jejich proplacení u pojišťoven. Jediná státní instituce, která byla do sektoru zdravotnictví zapojena, byl Úřad pro regulaci trhu zdravotní péče. Dohlížel na dodržování plánů zdravotní péče v souladu s legislativou.

Lidé s krátkodobým onemocněním byli ve své podstatě dobře informovaní zákazníci, kteří byli zodpovědní za své zdraví. Při jednání s lékaři jim nechybělo sebevědomí, a také si dokázali sami vyhledat a ověřit informace. Pacienti trpící chronickými chorobami si mohli vybrat z několika typů plánů zdravotní péče, až se z nich stali odborníci na programy, které byly nabízeny pro jejich konkrétní diagnózu. Tito pacienti znali svoji nemoc stejně dobře jako plány zdravotní péče a aktivně se na léčbě podíleli.

Organizace pacientů sestavily několik srovnávacích hodnocení plánů zdravotní péče a poskytovatelů, které sloužily jako zdroj informací pro spotřebitele a podporovaly zdravý životní styl. To způsobilo mezi lidmi úplné šílenství – všichni byli zdravým životním stylem posedlí. Organizace pacientů fungovaly jako významné politické lobbistické skupiny a podporovaly legislativu, která upřednostňovala zájmy spotřebitelů.

Systém zdravotní péče orientovaný na spotřebitele byl řízen úkoly, výsledky a preferencemi spotřebitelů a ne rolí lékařů, jak tomu bylo dříve. Licencovaní koordinátoři zdravotní péče a konzultanti hráli v systému důležitou roli.

Zdravotnictví se stalo z podnikatelského hlediska pro investory velice zajímavým odvětvím, protože se úzce propojilo s ostatními souvisejícími oblastmi jako kosmetika, wellness, fitness, zdravá strava a behaviorální terapie (*léčba využívající mechanismus učení v širším slova smyslu a soustředující se na pěstování a upevňování žádoucích návyků a dovedností, např. duševně hygienických a stravovacích – pozn. překladatele*).

Průvodní jevy

Časové období	Průvodní jevy
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Ze zdravotnictví odešlo velké množství personálu, který už byl stávající situací frustrovaný. Někteří odešli pracovat do zahraničí, ostatní do jiných sektorů ekonomiky. • Děsivé příběhy nespokojených pacientů zaplňovaly média.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Vláda nebyla schopna sestavit reálný záložní plán. • Skupina mladých pacientů trpících rakovinou změnila myšlení lidí. • Skupinu vedl člověk, jehož silný emoční příběh napadal tradiční způsob poskytování zdravotní péče. • V důsledku toho byly skupinami odborníků, universitami a nezávislými společnostmi vytvořeny alternativní návrhy řešení situace ve zdravotnictví.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Mohutná stávka pacientů, kteří se shromáždili před zdravotnickými zařízeními a také před Ministerstvem zdravotnictví. • Hlavní zdravotní pojišťovna ohlásila bankrot.
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Byla založena nová politická Strana spotřebitelů zdravotní péče. Fungovala virtuálně, přes internet a sociální sítě. • Připojilo se k ní několik ekonomicky smýšlejících odborníků z oblasti zdravotní politiky, kteří vypracovali návrh nového systému, orientovaného na spotřebitele. • Byla zakládána místních sdružení spotřebitelů. • Vznikla nová nezávislá funkce ambasador Strany spotřebitelů. • Nová strana informovala média o stížnostech pacientů. • Propojenost médií se zdravotnickou tematickou a společností rostla. • První dáma nepřežila převod do nemocnice v zahraničí. • Na chvíli bylo zdravotnictví záležitostí nejen "chudých a nemocných", ale také "bohatých a zdravých".
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Strana spotřebitelů zdravotní péče se stala vedoucí stranou koalice. • Nová legislativa získala podporu skupiny lékařů, kteří propagovali a obhajovali orientaci na spotřebitele.
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Rostla konkurence mezi pojišťovnami, které soupeřily o výhody pro spotřebitele. • Počet soukromých zařízení narůstal. • Ceny za lékařskou péči byly oficiálně zveřejněny. • Kontrola úrovně poskytnuté péče.

2018	<ul style="list-style-type: none"> • Nová éra pojišťoven a plánů zdravotní péče. • Větší množství výhod pro pojištěnce vyplývalo z úspor, které při cenových vyjednáváních dohodly zdravotní pojišťovny a poskytovatelé sužeb. • Množství peněz v celém systému se navyšovalo, zatímco podíl veřejných financí klesal. • Méně nelegálních a neoficiálních plateb.
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Sítě preferovaných poskytovatelů péče. • Koordinátoři a konzultanti zdravotní péče. • Nezávislá hodnocení poskytovatelů zdravotní péče vypracovaná spotřebiteli byla považována za věrohodný zdroj informací a získala u široké veřejnosti obrovskou popularitu • Stále více lékařů se začalo zaměřovat na osobní růst, a u tradičních odborných organizací už podporu nehledalo.
2020	<ul style="list-style-type: none"> • Celé zdravotnictví bylo postaveno na systému veřejně-soukromých financí. • Plány zdravotní péče se mohly lišit a mohly si konkurovat. • Asociace spotřebitelů zdravotního pojištění byla nejvlivnější spotřebitelská skupina. • Nejvýše hodnocené plány své bodování zveřejňovaly a požadovaly pak vyšší sazby nominálního pojistného. • Jedna státní zdravotní pojišťovna na trhu fungovala, ale její tržní podíl klesl v roce 2020 pod 30%. • Flexibilní finanční systém otevřel prostor pro velké inovace ve zdravotní politice a umožnil vytváření nových plánů zdravotní péče. • Signály, že se určité části služeb stávají komoditami, například diagnostika, snímkování a jednoduché léčebné postupy. • Neomezený přístup k elektronickým lékařským záznamům • Poskytovatelé péče skupili v roce 2020 více než 70% všech léků. • Zdravotnictví bylo plně řízeno poptávkou. • Zdrav. zařízení vykrývala i poptávku zákazníků z jiných zemí: v roce 2020 příjem z této skupiny zákazníků přesáhl 20% všech příjmů zdravotnictví. • Lékařská sdružení neplnila žádnou formální úlohu. • Byla zavedena jedna z nejliberálnějších legislativ lékařské profese. • Pacienti trpící chronickými chorobami si mohli vybrat z několika typů plánů zdravotní péče, až se z nich stali odborníci na programy, které byly nabízeny pro jejich konkrétní diagnózu. • Organizace pacientů fungovaly jako významné politické lobbistické skupiny a podporovaly legislativu, která upřednostňovala zájmy spotřebitelů. • Zdravotnictví se stalo z podnikatelského hlediska pro investory velice zajímavým odvětvím.

2. Vláda slouží

2012

Postavení pacientů ve společnosti bylo velmi oslabeno a v podstatě nikdo nehájil jejich práva. Fakt, že vše řídili lékaři, soukromé investory spíše odrazoval a bránil tak přílivu financí do zdravotnictví. Korupce byla na denním pořádku. Mnoho občanů hledalo pomoc v jiných zemích EU. Systém neumožňoval žádnou zpětnou vazbu na kvalitu práce a sami lékaři se jakémukoli srovnávání a hodnocení bránili. *“Zachraňujeme životy, ne rozpočty!”* Vláda sama obhajovala lékaře, jejich profesionalitu a výsledky práce.

Vláda, podporovaná většinou obyvatel, kteří se už nechtěli cítit jako rukojmí, odmítla lékařům dále ustupovat. Jeden z odborářů poskytl pod silným vlivem alkoholu interview významné TV stanici. Okamžitě ho dali na YouTube, kde se z něj stala úplná senzace. Navíc se ukázalo, že čtyři z šesti vedoucích osobností stávky (členové odborů) často cestovali do luxusních destinací za peníze farmaceutických firem. Média odhalila, že předseda odborové organizace od svých pacientů opakovaně žádal peníze na to, aby je mohl „správně léčit“. Tím image demonstrantů velmi utrpěla.

Lidé začali být lépe informováni a požadovali stále vyšší kvalitu lékařské péče. Bohužel organizace, které zastupovaly pacienty, ztrácely důvěryhodnost a jejich existence byla dlouhodobě neudržitelná. Alternativní způsoby léčby, jako např. homeopatie, čínská medicína nebo orientální medicína byly částečně financovány systémem státního zdravotního pojištění a získávaly na popularitě.

Problémy v celém zdravotnickém sektoru měly závažné finanční dopady, které bylo potřeba řešit. Nová vláda se k nim postavila velmi zodpovědně, a aby splnila kriteria Maastrichtské smlouvy ohledně 3 % schodku veřejných financí, zavedla přísnou fiskální politiku. Ministerstvo financí, které disponovalo významnými pravomocemi, se ujalo vedení zdravotní politiky a přechodně tak ve vedení nahradilo dosavadní Ministerstvo zdravotnictví.

Pod tlakem Ministerstva financí sestavilo Ministerstvo zdravotnictví v červnu 2012 tým domácích i zahraničních poradců. Požádalo je, aby ve spolupráci s Mezinárodním měnovým fondem a Světovou zdravotnickou organizací navrhli balíček změn, ve kterém zohlední stávající problémy ve zdravotnictví. Vedoucí celého týmu byla technokratická ekonomická expertka na zdravotní politiku Lena Workovič, která získala doktorát z Erasmus University v Rotterdamu. Pracovala společně se členy skupiny mladých technokratů, kteří měli diplomy z prestižních univerzit ze zemí západní Evropy a USA, pevné akademické zázemí a smysl pro sociální spravedlnost, nebo řekněme sociální inženýrství. V prosinci 2012, po měsících tvrdé práce celého týmu, předložila Lena Workovič vládě návrh klíčových opatření. Staré dobré časy vlády se vrátily.

Poslední stránka s názvem "Soubor opatření", které Lena Workovič 12. prosince 2012 prezentovala vládě.

Summary of measures

- Increase the legislative, regulatory and control role of the government
- Increase access to care by introducing treatment protocols supported by the National Board of Healthcare Standards
- Increase quality by enforcing of treatment protocols by the Central Quality Bodies
- Increase cost-effectiveness by scientific evaluation of medical procedures, technologies, drugs and medical aids supported by the Health Technology Assessment Agency
- Increase the position of patient by definition of the basic benefit package
- Increasing capital investments from public sources and PPPs
- Guarantee cost containment through centrally set remuneration for providers and wages for doctors and nurses
- Promote new media language focused on patients with the following key words: unity, solidarity, and vulnerable patients

20.12.2012

Lena Workovič

45

Překlad:

*Zvýšit legislativní, regulační a kontrolní úlohu vlády

*Zlepšit dostupnost zdravotní péče zavedením protokolů o poskytnutí péče, které stanoví Státní rada pro zdravotní normy

*Zlepšit kvalitu poskytované zdravotní péče dodržováním protokolů o poskytnutí péče, pod dohledem Centrálních kontrolních úřadů

*Zvýšit finanční efektivitu vědeckým zhodnocením protokolů o poskytnutí péče, technologií, použitých léků a zdravotních pomůcek, dodávaných Agenturou pro hodnocení zdravotnických technologií

*Zlepšit postavení pacienta přesným definováním základního balíčku výhod

*Navýšit kapitál z veřejných zdrojů i Asociací PPP (Asociace pro podporu projektů partnerství veřejného a soukromého sektoru, pozn. překladatele)

*Zaručit snižování nákladů centrálně nastavenými odměnami pro poskytovatele zdravotní péče a stanovením pevných platů pro lékaře a sestry

*Podporovat média v zaměření na pacienty pomocí těchto klíčových slov: jednota, solidarita, a bezbranní pacienti

2013

V únoru 2013 představila vláda strategický plán zdravotnictví na příštích 10 let. Celá koncepce plánu byla založena na objektivních zásadách využití všech výhod, které zdravotnictví za rozumnou cenu nabízí, a na upevnění vedoucí pozice vlády. Bylo zajímavé sledovat, že na jedné straně se vláda chovala velmi racionálně, ale na druhé straně v médiích vystupovala velmi populisticky. Vládní úředníci byli schopni transformovat slova „efektivita nákladů“ nebo „protokoly o poskytnutí péče“ do slov „jednota“, „solidarita“ nebo „bezbranní pacienti“. Hlavním záměrem vlády bylo vytvořit svrchované organizace, které na jednu stranu fungovaly jako instituce, jejichž hlavním úkolem bylo zlepšování systému zdravotnictví, ale zároveň měly velmi silou moc. V březnu 2013 založila vláda první svrchovanou organizaci – Státní radu pro zdravotní normy. Hlavním úkolem Rady bylo stanovení protokolů o poskytnutí péče pro 50 nejzávažnějších chorob, které tvořily 90% všech výdajů ve zdravotnictví (tzn. diabetes, ischemická choroba srdeční, rakovina plic, Alzheimerova choroba, atd.).

Tyto protokoly o poskytnutí péče vycházely z norem Agentury pro hodnocení zdravotnických technologií a z mezinárodních norem. Druhým úkolem bylo stanovit minimální požadavky na úroveň poskytnuté péče při léčbě každé z výše uvedených nemocí. Třetím úkolem Rady bylo navrhnout začlenění nebo vyjmutí konkrétního ošetření ze seznamu všech ošetření, které byly součástí základního balíčku výhod.

Výňatek z reportu, který poslalo místní zastoupení ambasády USA do Washingtonu, březen 2013

Zdravotnictví: President Státní rady pro zdravotní normy má doktorát z institutu London School of Hygiene and Tropical Medicine (*prestižní Londýnský lékařský institut se zaměřením na tropické choroby, pozn. překladatele*)

Jak píše tisk, nově zvoleným presidentem Státní rady pro zdravotní normy je Mladen Borkovan, který získal doktorát na věhlasné London School of Hygiene and Tropical Medicine. To je přesně v souladu se záměrem vlády, která se snaží najít osobnosti s vynikajícím vzděláním, z akademického prostředí, které se budou podílet na řešení problémů ve zdravotnictví. Kritické oponují tím, že Mladen je sice vzdělaný akademik, ale může mít problém řídit skupinu různorodých osobností, sestavenou z akademiků a lékařů. Stejně tak se obávají, že se Rada stane akademickým bojištěm bez toho, aby skutečně odvedla kus práce.

Moc druhé svrchované organizace - Státní zdravotní pojišťovny - byla posílena tím, že jí byly dány kompetence k zavedení protokolů o poskytnutí péče do praxe. S ohledem na snižování nákladů bylo stanoveno, že pokud pacient poruší stanovený protokol, bude mu navýšeno pojistné, nebo mu nebudou v průběhu léčení hrazeny náklady na léčbu.

Příjmy státního zdravotního pojištění ještě více rostly - bylo zavedeno zdanění činností poškozujících životní prostředí a také tzv. nezdravé stravy, např. sladkých nápojů a potravin s vysokým obsahem cukru, tuku nebo soli.

2014

Za účelem zajištění správného dodržování protokolů o poskytnutí péče zřídila vláda třetí svrchovanou organizaci - Centrální úřad pro kontrolu kvality. K dodržování stanovených protokolů měl celý arzenál prostředků. Na správnou aplikaci protokolů dohlíželo mnoho lékařských pracovníků.

Každé zdravotnické zařízení muselo v souladu se schválenými protokoly zajistit přesné provedení ošetření, dodržet minimální stanovené požadavky na jeho úroveň a zároveň poskytnout ošetření, které bylo hrazeno základním balíčkem výhod každého občana. Splnění všech těchto kritérií bylo kontrolováno lékařskými supervizory Centrálního úřadu pro kontrolu kvality. Poskytovatelům, kteří požadavkům nevyhověli, byly vyměřeny vysoké pokuty. Ovšem výsledky těchto kontrol nebyly nikde publikovány, a to byl vážný problém, do kterého se média trefovala.

Výňatek ze zveřejněné analýzy, která byla provedena pro soukromého investora

12. června 2014

Centrální úřad pro kontrolu kvality je nový kontrolní orgán vlády. Podle našeho průzkumu bude spíše než k ochraně pacientů sloužit jako nástroj k vymáhání pokut. Očekáváme, že vláda bude soukromá zdravotnická zařízení trestat přísněji, než ta státní. Proto nabádáme ke zvýšení právní a lékařské bdělosti ve všech soukromých nemocnicích. Očekávejte přísné kontroly.

Centrální úřad pro kontrolu kvality byl obviněn z manipulativních a netransparentních postupů, protože panoval obecný názor, že zvýhodňoval státní zařízení. V prosinci 2014 přestala Státní zdravotní pojišťovna proplácet náklady soukromým zdravotnickým zařízením, které nesplňovaly požadovaná kritéria. To vedlo k dalšímu posílení vládní moci nad celým systémem. Zveřejnění výsledků hodnocení

proběhlo až díky mediálnímu tlaku veřejnosti, ale pro některá soukromá zdravotnická zařízení, která byla mezitím ze systému vyčleněna, bylo už příliš pozdě. Tento okamžik znamenal zlom ve zdravotní politice vlády a od té doby byly výsledky vždy snadno dostupné na internetu.

I přes vynucené dodržování protokolů o poskytnutí péče se úroveň péče ve státních nemocnicích zlepšovala jen velmi pomalu. To byla příležitost pro soukromé investory, kteří přitáhli bohaté občany a vyšší střední vrstvu – obě skupiny požadovaly i takovou zdravotní péče, která nebyla hrazena zdravotním pojištěním.

Farmaceutický trh byl komplexně řízen tak, aby byly splněny dva hlavní cíle – za prvé snižování nákladů, jak to požadovala Státní zdravotní pojišťovna, a za druhé dostupnost léků. Marže se dostaly na ekonomicky udržitelné minimum. Propagace výrobků byla považována za zbytečnou, a proto byla výrazně omezena. Byly zavedeny programy tzv. generik (*generické léky jsou ekvivalenty originálních léčebných přípravků, které mohou přijít na trh po vypršení jejich patentové ochrany, pozn. překladatele*). Zavádění nových výrobků na trh bylo částečně pozastaveno. Byla založena čtvrtá svrchovaná organizace, Agentura pro hodnocení zdravotnických technologií, která měla za úkol vědecky zhodnotit protokoly o poskytnutí péče, technologie, léky a používané zdravotnické pomůcky. Tato agentura úzce spolupracovala s Radou, zejména v záležitostech ohledně vyloučení některých druhů ošetření ze základního balíčku výhod.

Poslání Agentury pro hodnocení zdravotnických technologií:

Agentura pro hodnocení zdravotnických technologií si klade za cíl vědecky zhodnotit protokoly o poskytnutí péče, technologie, léky a používané zdravotnické pomůcky z hlediska vynaložených finančních prostředků. Agentura pro hodnocení zdravotnických technologií je nezisková, nevládní a nezávislá organizace, financovaná Státní zdravotní pojišťovnou, která jí posílá 0.5% svého ročního rozpočtu. Výkonný ředitel Agentury pro hodnocení zdravotnických technologií je jmenován parlamentem, jeho funkční období je 5 let. Je politicky nezávislý. Výsledky práce Agentury jsou závazné pro Ministerstvo zdravotnictví i pro Státní zdravotní pojišťovnu.

Převzato: www.htaa.eu

Na konci roku 2014 už bylo zřejmé, že všechny svrchované organizace měly velmi silný vliv. Na druhou stranu image vlády utrpěl několika obviněními z manipulace. Aby vláda svůj image vylepšila, zvýšila míru zainteresovanosti pacientů ve všech svrchovaných organizacích. Ale to byl jen formální krok, protože vláda skrytě financovala fiktivní skupiny spotřebitelů a nominovala jejich kvazi činitele mezi členy svrchovaných organizací. Tím ještě více upevnila svou kontrolu nad těmito organizacemi.

2015

Od roku 2015 vláda úspěšně prosadila několik návrhů. Za prvé velmi přesně definovala základní balíček výhod a vyjmula z něj mnoho typů ošetření, které pak přestaly být hrazeny ze základního pojištění. Z druhé zavedla několik opatření na podporu finanční efektivity. Za třetí ještě zpřísnila svůj dohled. Úkol týkající se snížení nákladů byl splněn, protože opatření přijatá v předcházejícím roce zajistila 3% úsporu nákladů vynaložených na zdravotnictví. Nicméně nesouhlasné názory pacientů a zklamání poskytovatelů zdravotní péče narůstaly.

Navzdory novým regulačním opatřením byli pacienti s úrovní poskytované péče stále nespokojeni. Vláda se soustředila na maximalizaci užitku, ale systém opomíjel individuální potřeby a požadavky jednotlivce. Poskytovatelé zdravotní péče vyjádřili obavu, že systém nedisponuje dostatečnými finančními prostředky, a přinutili Státní zdravotní pojišťovnu, aby jim navýšila odměny. Aby snížila rozdíly ve finančních odměnách poskytovatelů, musela Státní zdravotní pojišťovna přejít k centrálnímu stanovení odměn a mezd.

Ekonomové doporučili vládě, aby si nechala vypracovat komplexní „Analýzu zdravotních potřeb obyvatelstva“, aby měla v rukou vědecky podloženou studii, na základě které může rozhodovat o

prioritách zdravotní péče. Díky výrazným vládním investicím do IT zdravotnictví se podařilo vytvořit přesnou databázi údajů. Původně měla sloužit pro sledování potřeb zdravotnictví a jeho výstupů, nicméně výsledky spíše odrážely umělé statistiky.

2016

Vláda nebyla schopna propojit výsledky práce technokratů se systémem financování zdravotnictví. Hlavním důvodem byl centrální řídicí systém, který nebyl schopný zaznamenat a uspokojit individuální potřeby pacienta. I přes tyto komplikace vláda donutila Státní zdravotní pojišťovnu, aby změnila systém financování tak, aby byl orientovaný na potřeby jednotlivce. Celkové rozpočty byly zpřístupněny i poskytovatelům zdravotní péče, ale byly zavedeny komplikované systémy úpravy rizik. Základem pro výpočet byly předpokládané jednotkové náklady a jejich předpokládaná četnost. Konkurence mezi poskytovateli péče a jejichmi spotřebiteli téměř neexistovala. Odpovědí systému na tyto změny bylo vytvoření územních monopolů. To bylo nevyhnutelné, protože v rámci celkového rozpočtového programu měla Státní zdravotní pojišťovna zájem udržet stabilní systém poskytovatelů zdravotní péče. Navíc celkové rozpočty byly stanoveny přednostně, takže ostatní pak téměř neměli šanci.

Zdravý životní styl začal být v rámci systému zdravotní péče upřednostňován, zatímco špatné zdravotní návyky byly zakázány. Tyto změny odrážely centralistický a represivní přístup vlády a nebyly součástí motivačního systému Státní zdravotní pojišťovny. Obézní lidé, silní kuřáci a závislí lidé byli pro systém nežádoucí. Pojišťovací politika byla upravena tak, aby zohledňovala styl života jednotlivce. Novela zákona o zdravotních službách zavedla okamžité vyloučení alternativní medicíny ze systému státního zdravotního pojištění. Většina lidí byla přijetím této novely velmi rozhořčena.

§ 3 zdravotnického zákona

(1) Zdravotní péče je činnost prováděná výhradně zdravotnickým personálem. Seznam zdravotnických činností je uveden v Příloze A tohoto zákona.

(2) Zdravotní péči není možné provádět žádnou jinou osobou než zdravotnickým personálem.

(3) Alternativní medicína není zdravotní péče.

2017

Střet zájmů mezi "výhodami pro společnost" a "individuálními požadavky" byl nevyhnutelný. V důsledku zavedeného jednostranného přístupu se lidé, kteří trpěli vzácnými chorobami nebo lidé, jejichž nemoc vyžadovala větší subjektivní nároky na léčbu, cítili ze systému vyčlenění. Na druhou stranu mohli lidé s běžnými zdravotními problémy velmi snadno zažalovat lékaře za zanedbání povinné péče, protože protokoly o poskytnutí péče byly velmi dobře zpracovány. Navíc vláda zajistila dostatečný počet pracovníků, kteří dodržování protokolů kontrolovali. Vzhledem k tomu, že pacienti začali vyhrávat případy žalob za zanedbání povinné péče, utrpěli poskytovatelé velké finanční ztráty. V roce 2017 dosáhl objem škod 4% celkových výdajů, čímž byla ohrožena finanční udržitelnost zdravotní péče, především soukromých nemocnic. Aby se předešlo dalším škodám, zavedla vláda povinný koordinační mechanismus a rovněž vytvořila Centrální rozpočtový fond, který pokryl všechny dodatečné výdaje na případy zanedbání povinné péče. Z tohoto fondu ale mohly čerpat peníze jen státní nemocnice, což ještě zlepšilo dodržování protokolů o poskytnutí péče. Navíc si poskytovatelé museli na základě rozhodnutí vlády sjednat povinné pojištění pro případ žaloby za zanedbání povinné péče, včetně maximální výše jednotlivých škod.

2018

Nadměrná kontrola v celém systému zdravotní péče snížila vzájemnou konkurenci na minimum. Státní nemocnice, které byly pod dohledem svrchovaných organizací, vzaly odpovědnost za zdravotnictví na sebe a soukromé poskytovatele v podstatě vyšachovaly ze hry. Kompetence pro vzdělávání zdravotnických pracovníků a řízení zdravotnických zařízení byly pevně v rukou vlády.

Boj o post na nového prezidenta Státní rady pro zdravotní normy vyústil v otevřený konflikt mezi Ligou pacientů, která zastupovala spotřebitele, a Národním sdružením pacientů, což byla fiktivní organizace. Liga pacientů byla známá díky prvnímu vydání praktické publikace "Příručka pacienta 2018", která pomáhala pacientům pochopit systém zdravotní péče. Po nepříjemné mediální bitvě byl 15. srpna 2018 zástupce Ligy pacientů vládou jmenován do funkce prezidenta Rady. Aby se vyrovnaly rozhodovací pravomoci, další dva zástupci v Radě byli z Národního sdružení pacientů.

2019

Kapitálové investice do zdravotnictví pocházely především z veřejných zdrojů. Velmi oblíbeným způsobem financování nemocniční infrastruktury byly také Asociace PPP (Asociace pro podporu projektů partnerství veřejného a soukromého sektoru, pozn. překladatele), protože nebyly pod přísným dohledem EU. Soukromé kapitálové investice byly velmi nízké.

V roce 2019 předložila Státní zdravotní pojišťovna výsledky každoročního jednání s Ligou pacientů, které se týkaly podílu financování výdajů na zdravotnictví. Tato jednání byla postavena na vědeckých základech - na nejnovějších poznatcích „Analýzy zdravotních potřeb obyvatelstva“ a druhého vydání publikace "Příručka pacienta 2019".

V červnu 2019 zavedla Státní zdravotní pojišťovna pro poskytovatele zdravotní péče systém úhrad založený na výsledkových ukazatelích. Tento nový platební mechanismus nahradil dosavadní centralizovaný systém odměňování z roku 2015.

Konečný stav, rok 2020

V roce 2020 se vláda snažila maximalizovat výhody pro celou společnost, což ale vyústilo v zavedení přísných kontrolních opatření, což v konečném důsledku znamenalo zavedení nepřiměřeného množství byrokratických kroků. Každá změna musela být v souladu s novými předpisy. Svrchované organizace hrály v celém systému rozhodující roli:

- Státní rada pro zdravotní normy – zodpovědná za rozhodnutí týkající se protokolů o poskytnutí péče pro 50 nejzávažnějších chorob a za stanovení minimálních požadavků na zdravotní péči při léčbě těchto nemocí
- Státní zdravotní pojišťovna – zodpovídá za zavádění protokolů o poskytnutí péče schválených Radou do praxe a za stanovení odměn pro poskytovatele zdravotní péče
- Centrální úřad pro kontrolu kvality – za pomoci lékařů dohlíží na uplatňování nastavených standardů kvality stanovených zákonem
- Agentura pro hodnocení zdravotnických technologií – zodpovědná za vědecké hodnocení zdravotnických postupů, technologií, léků a zdravotnických pomůcek. Úzce spolupracuje s Radou, společně rozhodují o vyřazení některých typů ošetření ze základního balíčku výhod.

Hlavním úkolem, kterým vláda tyto svrchované orgány pověřila, bylo usnadnit dialog mezi pacienty a zástupci zdravotnictví. To vedlo k vytvoření systému, který se více orientoval na pacienta, a Liga pacientů se podílela na tvorbě zdravotní politiky. Pacienti mohli vzhledem k zavedení protokolů o poskytnutí péče a fungujícího lékařského dohledu lépe prosazovat svá práva. Systém se ještě více zaměřil na to, aby se předcházelo selhání v různých jeho částech, i když to jeho fungování prodražilo. Jinými slovy, zajištění větší bezpečnosti znamenalo zvýšení nákladů.

V roce 2020 se Liga pacientů skutečně aktivně zapojila do všech rozhodovacích procesů. Pravidelně vyjadřovala své názory, které byly v souladu se státními zájmy. Národní sdružení pacientů nadále fungovalo jako fiktivní organizace, ale její vliv slábnul.

Každý občan měl nárok na základní výhody poskytované v rámci systému státního zdravotního pojištění. Zdravotní péče byla financována především z daní, a z tohoto veřejného systému nebylo možné vystoupit. Veřejné výdaje stále převažovaly, finanční spoluúčast spotřebitelů byla pouze okrajová a preference spotřebitelů byly zohledněny jen formálně. A jelikož ze systému nebylo možné vystoupit, mnoho lidí, kteří měli specifické požadavky, hledalo zdravotní péči v soukromých zařízeních.

Protokoly o poskytnutí péče byly přesně stanoveny dle vědeckých poznatků a vzájemných dohod zúčastněných stran. Hlavním způsobem financování byl státní rozpočet, který používal různé důmyslně nastavené adaptační mechanismy. Platební mechanismy byly vždy nastaveny na základě nových výsledkových ukazatelů.

Lidem, kteří řešili pouze nějakou krátkodobou nemoc, byla profesionálním způsobem poskytnuta adekvátní zdravotní péče, nicméně systém neumožňoval individuální přístup. Pacienti trpící chronickými chorobami byli léčeni účinnými, ale ne úplně nejmodernějšími léčebnými metodami, a lidé se špatnými zdravotními návyky byli ponecháni svému osudu.

Poskytovatelé primární zdravotní péče byli pro Státní zdravotní pojišťovnu strategickými partnery, protože zdravotní návyky byly spolu s opatřeními na snižování nákladů součástí nové zdravotní politiky.

Poskytovatelé specializované ambulantní péče byli financováni z veřejných zdrojů a přísně sledování svrchovanými organizacemi. Nově vznikající soukromý sektor měl dobrou výchozí pozici, protože legální kvazi monopoly státních zdravotnických zařízení nebyly schopny reagovat na individuální požadavky pacientů.

Lékárny měly za úkol poskytovat pacientům řádné informace, ale jejich zisky byly limitovány přísnými předpisy.

Odborná činnost a kariérní možnosti zdravotnického personálu podléhaly přísným pravidlům. V podstatě neexistoval prostor pro profesní růst; ideální model dobrého pracovníka byl člověk, který přesně dodržoval stanovená pravidla. Soukromá zdravotnická zařízení nabízela lepší pracovní možnosti než ta státní. Defenzivní lékařství (lékařská praxe spočívající v někdy až nadměrném diagnostickém testování, kvůli případnému obvinění ze zanedbání povinné péče, pozn. překladatele) bylo nejpoužívanějším způsobem lékařské praxe a všichni striktně dodržovali protokoly o poskytnutí zdravotní péče.

Lékařské asociace se jednání o zdravotní politice téměř neúčastnily a jejich vliv byl nežádoucí - ať už ze strany technokratů, tak i ze strany vlády.

Státní zdravotní pojišťovna byla odpovědná za základní balíček výhod, protože soukromé zdravotní pojišťovny poskytovaly pouze doplňkové zdravotní pojištění.

Farmaceutické společnosti měly v rámci systému státního zdravotního pojištění velmi omezené možnosti propagace svých výrobků, protože se upřednostňovalo používání těch nejlevnějších léků. Proto byly spolu s výrobcí zdravotnických zařízení nuceny předložit Agentuře pro hodnocení zdravotnických technologií zpracované nákladové analýzy vždy, když chtěly uvést na trh nový výrobek.

Investoři, kteří odmítli zmanipulované, byť vědecky podložené stanovisko vlády, byli ze systému odměňováni Státní zdravotní pojišťovnou prostě vyčlenění. Vznikaly PPP, protože ty umožňovaly zvýšit úroveň investic do zdravotnictví a zároveň splňovaly přísná finanční kritéria stanovená EU. Soukromí poskytovatelé zdravotních služeb, kteří za své služby požadovali od pacientů platby v hotovosti, byly kromě sektoru IT jediní, o které měli investoři zájem.

Shromažďování dat a vědecká činnost si vyžádaly obrovský nárůst IT. Vláda byla významným odběratelem IT technologií, což bylo pro celý sektor IT velkou hnací silou. Postavení a pravomoci vlády byly velmi silné, protože vláda podporovala technokratické pojetí zdravotnictví s tím, že tato koncepce maximalizuje výhody pro společnost, ale už neřešila potřeby jednotlivce.

Příručka pro přežití v situaci "Vláda slouží"
1. Staň se členem jedné ze svrchovaných organizací.
2. Staň se členem Ligy pacientů.
3. Staň se lékařským supervizorem.
4. Kup si druhé vydání publikace "Příručka pacientů 2019".

Průvodní jevy

Časové období	Průvodní jevy
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Vláda odmítla lékařům dále ustupovat. • Vláda zavedla přísnou fiskální politiku. • Tým poradců vlády byl sestaven ze skupiny mladých technokratů.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Vláda představila strategický plán zdravotnictví na příštích 10 let. • Vláda založila první svrchovanou organizaci – Národní radu pro normy zdravotní péče. • Moc druhé svrchované organizace - Státní zdravotní pojišťovny - byla posílena tím, že jí byly dány kompetence k zavedení protokolů o poskytnutí péče do praxe.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Vláda zřídila třetí svrchovanou organizaci - Centrální úřad pro kontrolu kvality. • Na aplikaci protokolů dohlíželo mnoho lékařských pracovníků. • Byla založena čtvrtá svrchovaná organizace, Agentura pro hodnocení zdravotnických technologií, která měla za úkol vědecky zhodnotit protokoly o poskytnutí péče, technologie, léky a používané zdravotnické pomůcky. • Vláda skrytě financovala fiktivní skupiny spotřebitelů, které umožnili vládě ještě lepší kontrolu nad svrchovanými organizacemi.
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Vláda velmi přesně definovala základní balíček výhod. • Snížení rozdílů ve finančních odměnách poskytovatelů a stanovení odměn a mezd plně v kompetenci Státní zdravotní pojišťovny. • Komplexní „Analýza zdravotnických potřeb obyvatelstva“, aby měla v rukou vědecky podloženou studii, na základě které může rozhodovat o prioritách zdravotní péče.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Vláda nebyla schopna propojit výsledky práce technokratů se systémem financování zdravotnictví. • Zdravý životní styl začal být v rámci systému zdravotní péče upřednostňován, zatímco špatné zdravotní návyky byly zakázány.
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Střet zájmů mezi "výhodami pro společnost" a "individuálními požadavky" byl nevyhnutelný. • Léčebných postupy byly do infrastruktury velmi dobře zapracovány a účinně prosazovány, takže pacienti začali vyhrávat případy žalob za zanedbání povinné péče. • Vytvoření Centrálního rozpočtového fondu, který pokryl všechny dodatečné výdaje na případy zanedbání povinné péče.
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Státní nemocnice, které byly pod dohledem svrchovaných organizací, vzaly odpovědnost za zdravotnictví na sebe a soukromé poskytovatele v podstatě vyšachovaly ze hry. • První vydání praktické publikace "Příručka pacienta 2018", která pomáhala pacientům pochopit systém zdravotní péče.

2019	<ul style="list-style-type: none"> · . Velmi oblíbeným způsobem financování nemocniční infrastruktury byly také Asociace PPP (Asociace pro podporu projektů partnerství veřejného a soukromého sektoru, pozn. překladatele). · Systém úhrad založený na výsledkových ukazatelích.
2020	<ul style="list-style-type: none"> · Vláda se snažila maximalizovat výhody pro celou společnost, což ale vyústilo v zavedení přísných kontrolních opatření, což v konečném důsledku znamenalo zavedení nepřiměřeného množství byrokratických kroků. · Zajištění větší bezpečnosti znamenalo zvýšení nákladů. · V podstatě neexistoval prostor pro profesní růst; ideální model dobrého pracovníka byl člověk, který přesně dodržoval stanovená pravidla. · Vláda podporovala technokratické pojetí zdravotnictví s tím, že tato koncepce maximalizuje výhody pro společnost, ale už neřešila potřeby jednotlivce.

3. Průmysl řídí

2012

Situace ve zdravotnictví byla ovlivněna třemi zásadními faktory: za prvé, ekonomika stagnovala a situace vůbec nebyla příznivá. Z druhé, ze zdravotnictví odcházelo obrovské množství pracovníků. A za třetí – zvyšující se věkový průměr praktických lékařů i specialistů rovněž představoval nemalý problém.

V roce 2012 vykázala ekonomika poprvé od hospodářské recese v roce 2009 malý nárůst. To ale trvalo velmi krátce, a už v roce 2012 země opět zaznamenala zpomalení ekonomického růstu. Celá situace se opakovala v sinusoidě a finanční situace byla nestabilní. Výdaje na zdravotnictví byly stále výrazně nižší než v západních zemích, a protože neproběhly žádné změny ve financování, platilo se na základě aktuální potřeby a systém nebyl schopen generovat více finančních prostředků.

Pozice vlády byla v důsledku finanční krize oslabena a vzhledem k malé důvěře obyvatel nebyla vláda schopna stanovit plán zdravotní politiky, takže dělala jen okamžitá a krátkodobá rozhodnutí. Mnoho firem vnímalo oslabenou vládu jako snadný terč útoku různých lobbistických skupin.

2013

V roce 2013, měřeno % HDP, byly výdaje na zdravotnictví na stejné úrovni jako v roce 2010. Na začátku roku 2013 odešla ze zdravotnictví velká skupina personálu. Někteří do zahraničí, jiní přešli do jiných odvětví průmyslu. Navíc v západních zemích přestala fungovat ochrana pracovního trhu - zdravotnictví tedy zaznamenalo velký odliv pracovních sil, což byl důsledek stagnace ve financování. Začala narůstat poptávka po zdravotnickém personálu ze zahraničí. V roce 2013 už zdravotnictví nedostatek pracovníků všech profesí pocítilo velmi silně – chyběli lékaři, sestry, pracovníci záchranné služby, pracovníci v laboratořích, lékárníci, stomatologové, chirurgové a anesteziologové.

Třetím zásadním faktorem byl zvyšující se věkový průměr praktických lékařů. V roce 2013 opustilo své pracovní pozice 20% praktických lékařů, protože jim bylo hodně přes 70 let. A za této složité situace převzal vedení zdravotnictví pevně do svých rukou průmysl.

Vláda se s nedostatkem personálu vypořádala tak, že zavedla velmi liberální právní předpisy, které měly usnadnit vstup zahraničních zdravotnických pracovníků do země. V první vlně se jednalo především o farmaceutický personál, pak přicházeli i lékaři ostatních specializací. Stávající poskytovatelé zdravotní péče se proti těmto novým předpisům ohrazovali, ale neúspěšně. Po dlouhých jednáních bylo dosaženo kompromisu – předpisy pro vstup zdravotnických pracovníků do země zůstanou nezměněny, ale vláda přislíbila, že nejdůležitější pravomoci budou nadále v rukou poskytovatelů zdravotní péče - především co se týče předepisování léků, posílání pacientů do nemocnic, atd. Zlé jazyky tvrdily, že po skončení klíčových jednání mezi vládou a hlavními zástupci poskytovatelů zdravotní péče se vláda zavázala, že nebude nadále posilovat práva pacientů a rovněž nebude zavádět přísná opatření pro kontrolu a dohled nad poskytovateli.

14. 4. 2013: Píše nezávislý bloger s přezdívkou Lékařníci: proč odmítám liberalizaci právních předpisů:

1. Být farmaceutickým lékařem je poslání, nikoliv obchod.
2. Lékárna musí patřit pouze lékárníkům, protože jen ti vědí, co je pro pacienta nejlepší.
3. Pokud lékárně nevlastní farmaceutický lékař, jsou ekonomické zájmy nadřazeny zájmům lékařským.

Nové předpisy stanovily, že za lékárny mohou převzít odpovědnost i laboratorní pracovníci, nejen farmaceutičtí lékaři. Došlo i ke zmírnění velmi přísných podmínek pro studenty medicíny. Od září 2013 byla délka studia na lékařských fakultách zkrácena z 6 na 4 roky a lékařům bylo povoleno skládat atestaci již po 1 roce praxe, nemuseli tedy čekat 3 – 5 let, jak tomu bylo dříve. V prosinci 2013 se zdravotnický trh otevřel i pro zahraniční lékaře a sestry. Byl zaveden zvláštní režim, který měl pomoci získat kvalifikované lékařské pracovníky ze zemí bývalého Sovětského svazu a Indie. To se týkalo nejen lékařů, ale i akademických pracovníků. Lékařské fakulty zaznamenaly obrovský příliv studentů z východu.

2014

Otevřít si svou vlastní lékařskou praxi bylo v roce 2014 velmi snadné. Lékařům-internistům byla povolena změna specializace a kritéria pro udělení licence byla nastavena tak, aby si vlastní ordinaci otevřel co největší počet mladých lékařů.

Co se týče struktury poskytovatelů péče, zaznamenalo zdravotnictví v tomto ohledu dramatické změny. Mnoho mladých lékařů a cizinců z Asie si otevřelo svou vlastní praxi, ke spolupráci přizvali zdravotní sestry. Když jste vyhledali lékařské ošetření, mohlo se vám často stát, že jste s lékařem hovořili rusky, nebo jste byli ošetřeni lékařem z Indie.

Objevovaly se výrazné rozdíly v kvalitě zaznamenávaných údajů a informací. Vzhledem k velké provázanosti silných poskytovatelů a oslabených politiků neexistovaly žádné opravdu spolehlivé údaje o prováděných zdravotních výkonech, výsledcích nebo nákladech na poskytnutou péči. Kontrola poskytovatelů péče byla ze strany státu téměř nulová, protože stát upřednostňoval jejich zájmy před zájmy pacientů. To ještě posílilo pozici zdravotního průmyslu na trhu. Zvýšená poptávka po lécích, laboratorních vyšetřeních a diagnostických výkonech typu CT (*radiologická vyšetřovací metoda, která pomocí rentgenového záření umožňuje zobrazení orgánů těla člověka, pozn. překladatele*) a MRI (*přístroje pro měření magnetické rezonance, pozn. překladatele*) mnohonásobně vzrostla a stala se významným zdrojem příjmu lékařů. Počet lékařů-techniků se každoročně zvyšoval. Vzhledem k větší poptávce a rostoucí moci lékařů-techniků došlo k obrovskému nárůstu počtu lékařských výkonů ve všech oblastech zdravotnictví.

Protože neexistovala přesná definice základního balíčku výhod, účtovala zdravotnická zařízení poplatky za poskytnuté ošetření jak pacientům, tak pojišťovně. V důsledku toho se podíl soukromých výdajů výrazně zvýšil.

Týdenní analýza: počet lékařů-techniků narůstá každoročně o 18%

Počet tzv. lékařů-techniků narůstá. Lékař-technik je obvykle mladý lékař, který využívá nejmodernější technologie a postupy za účelem zvýšení zájmu o svou lékařskou praxi a dosažení vyšších zisků. Lékař-technik obvykle nabízí svým pacientům použití moderních zařízení, pomocí kterých může sledovat jejich zdravotní stav i na dálku. Mezi tyto přístroje patří mimo jiné osobní měřidla krevního tlaku, glukometry k měření hladiny cukru v krvi a přístroje ke sledování základních životních funkcí, které jsou pomocí technologie bluetooth přímo napojeny na mobilní telefon pacienta a pravidelně posílají jeho/její data přímo lékaři-technikovi.

Podle Statistického úřadu vzrostl v roce 2014 počet lékařů-techniků o 18% a výdaje pojišťoven na testy a diagnostiku se zvýšily o 24%, což bylo o 7 % více než v r. 2013 (17%).

2015

V roce 2015 nebylo běžné publikovat informace o činnosti poskytovatelů zdravotní péče, a pokud k tomu došlo, data byla nepřesná nebo nepravdivá. Nikdo nepožadoval větší transparentnost údajů týkající se práce lékařů ani výsledků práce poskytovatelů zdravotní péče. Jediným zdrojem informací byl Statistický úřad a pojišťovny. I když podmínky k vstupu na trh byly velmi příznivé, k větší

transparentnosti to paradoxně nevedlo. Pacienti spíše využívali svých osobních kontaktů, nebo si přístup ke kvalitnímu lékaři zajistili penězi – ať už oficiálně, nebo neoficiálně.

Zdravotní péče nebyla bohužel dostupná všem občanům rovnocenným způsobem. Podle jedné nezávislé studie narůstaly rozdíly v dostupnosti zdravotní péče pro obyvatele měst a vesnic (stejně jako narůstaly rozdíly mezi bohatými a chudými) velmi rychle. Celé zdravotnictví bylo pevně v rukou poskytovatelů zdravotní péče, kteří určovali pravidla – který typ ošetření je nejvhodnější, nebo jaké léky použít. Pacienti, kteří se dožadovali svých práv, byli vnímáni jako „problematičtí“. Na určité lékařské úkony existovaly dlouhé čekací listiny, které poskytovatelé používali jako nástroj k tomu, aby z pacientů „tahali peníze“.

Tzv. informovaný souhlas (*souhlas pacienta s operací, složitějším vyšetřením nebo ambulantním zákrokem, pozn. překladatele*) byl pouhou formalitou a neměl žádné opodstatnění. Lékaři pacientům nevěnovali v podstatě žádnou pozornost. Důležité bylo poskytnuté ošetření, ne pacienti. Podstatné bylo vykázat činnost, ne prokázat výsledky. Nové firmy na trhu se velmi rychle sloučily do kartelů, aby měly vůči pojišťovně silnou vyjednávací pozici.

Pojišťovny nebyly schopny zavést žádné platební mechanismy, které by zahrnovaly poplatky za koordinaci péče nebo za poskytnuté ošetření. Poplatky za úkony ve zdravotní péči zcela ovládly trh. Poskytovatelé tak nebyli nuceni zvyšovat její kvalitu, ani nést plnou odpovědnost za její výsledky.

Život lidí a jejich přístup ke zdravotní péči byl velmi odlišný. Poskytovatelé zdravotní péče, hnáni vidinou zisku, měli zdravotnictví pevně ve svých rukou a tiše a nenápadně vše řídili. Pacienti, kteří se s lékaři znali osobně, měli přístup ke kvalitní lékařské péči zaručen. Pokud se s nimi osobně neznali, byl výsledek nepředvídatelný. Lidé by za telefonní čísla vlivných lékařů dali cokoliv.

Telefonický rozhovor dvou sester (Jany a Kateřiny)

Jana: Ahoj Katko, potřebuju, abys mi pomohla – právě volala máma, musí pro tátu zařídit náhradu kyčelního kloubu. Ale neříkej jí prosím tě, že jsem ti volala.

Katka: Říkala jsem si, že se něco děje, ale víš, nechtěla jsem se jich ptát, znáš je, oni vědí nejlíp co a jak.

Jana: Jasně, ale co se týká zdravotní péče, tak dost tápou, potřebují pomoc. Mám dojem, že jsou dost konzervativní a všechno si chtějí „zařídit sami“, znáš je.

Kate: Já vím. Můj výborný kamarád Ivan je lékař, tak mu zavolám, aby mi poradil. Pomohl mi už minule, když jsem potřebovala sehnat dermatologa. Nebyl sice levný, ale nemusela jsem čekat a doktor byl sympaták.

Jane: Myslíš, že jsi jako musela platit něco navíc?

Kate: Ano, on ale pracuje ve státní nemocnici, takže jsem mu neplatila oficiálně.

Jane: A podle tebe je tohle stejná situace?

Kate: Ano, a budeme asi muset zaplatit víc...

PS: V roce 2020 bylo Ivanovi 46 let a stal se jedním z nejlepších osobních zdravotních makléřů. V době, kdy se odehrával tento telefonát, neměl ani tušení, že v budoucnu bude tato profese tak dobře honorována.

2016

Rostoucí liberalizace v sektoru poskytovatelů péče vedla k tomu, že lidé si za lékařské úkony připláceli z vlastní kapsy, což začalo brzy sehrávat velmi důležitou roli. Vláda navyšovala objem veřejných

zdrojů velmi pomalu a argumentovala tím, že hospodářský růst je zpomalený a proto je nutné zaměřit se spíše na zvyšování efektivity. To vedlo k tomu, že vláda pojistný trh zcela uvolnila. Očekávala, že tato liberalizace zvýší kupní sílu zdravotních pojišťoven, které pak budou usilovat o vyšší kvalitu služeb za nižší poplatky.

Jak se později ukázalo, toto očekávání se nesplnilo. Vláda trh příliš neregulovala, naopak schválila velmi liberální pojišťovací zákony bez toho, aby provedla patřičný průzkum, řádně zajistila finanční zdroje a zavedla opatření na ochranu spotřebitele.

2017

Financování zdravotnictví bylo stále více regresní (*regresní financování znamená postupování pohledávek vzniklých z dodávek zboží a poskytování služeb na obchodní úvěr za tuzemskými odběrateli. Postoupením pohledávky dochází ke změně věřitele pohledávky, jímž se stává factoringová společnost, pozn. překladatele*). Bohatí lidé se vyhýbali placení daní a sociálního pojištění a za poskytnuté ošetření raději platili hotově, nebo jako protislužbu nabízeli své kontakty a vliv. Pro sociálně slabé se situace velmi zhoršila. Dne 22. 7. 2017 se ve zprávách na nerovné podmínky dostupnosti drahých léků zaměřili a pojmenovali tuto skutečnost "loterie PSČ". Poukazovali na to, že získat drahý lék je spíše otázka věcí náhody, než jednou z výhod systému. Název "loterie PSČ" vznikl podle směrovacího čísla každého regionu, protože existovalo jen velmi málo míst, kde byly i drahé léky dobře dostupné. Neexistovala žádná agentura, která by analyzovala zdravotnické technologie, tudíž zavádění nových léků na trh nebylo transparentní a bylo předmětem korupce.

Po roce 2017 už bylo zajišťování adekvátních finančních zdrojů velmi složité. Nekontrolovaná liberalizace trhu vedla k vzniku paralelních nákupních systémů s velmi slabými mechanismy vyrovnávání rizik, takže zdravotní pojišťovny se ve svých obchodních strategiích zaměřily především na výši rizik. Zdraví občané byly často atakovány agresivními kampaněmi zdravotních pojišťoven, jejichž hlavním úkolem bylo zjištění úrovně rizik.

2018

Liberální prostředí, které umožňovalo vysoké zisky a které nebylo téměř nijak řízeno, vedlo ke zvýšení počtu pojišťoven. Na trhu, který čítal 15 milionů obyvatel, bylo 25 zdravotních pojišťoven. To bylo pro společnosti zabývající se řízením zdravotní péče nezajímavé, na těchto trzích také často chyběly programy pro léčbu přenosných nemocí. Důvodem byl špatně nastavený systém úpravy rizik. Jedna pojišťovna se dokonce snažila zavést program komplexního řízení chronických nemocí. Nicméně vzhledem k tomu, že systém úpravy rizik nepočítal s rozdílným výchozím zdravotním stavem pojištěnců, a pojišťovna přilákala velké množství nemocných, utrpěla obrovské finanční ztráty a zbankrotovala.

Zprávy ze dne 14. 6. 2018: Zdravotní pojišťovna MEGA zbankrotovala

Poté, co přilákala vysoké procento rizikových klientů, už zdravotní pojišťovna MEGA fiskální rok 2017 nepřežila. Pojišťovna zavedla nový program komplexního řízení chronických nemocí, který přilákal velké množství vysoce rizikových pojištěnců. Vzhledem k tomu, že systém úpravy rizik má nízkou předvídatelnost a celkový počet chronicky nemocných pacientů přesáhl 40% celkového počtu pojištěnců, nebyla MEGA nadále schopna dostát svým finančním závazkům. Po 6 měsících, během kterých kdy se snažila s obtížemi bojovat, musela nakonec oznámit bankrot.

2019

Byli to hlavně poskytovatelé zdravotní péče, kteří způsobovali migraci pojištěnců mezi jednotlivými pojišťovnami. Další způsoby, jak přilákat pojištěnce, byly agresivní reklamní kampaně v médiích a pojišťovací makléři.

Na přílišnou liberalizaci a nespokojenost spotřebitelů zareagovala vláda tím, že zvýšila své regulační pravomoci. Ale spíše než o zavedení skutečných regulačních opatření šlo jen o formální krok. Nová regulační opatření, aplikovaná v rámci skrytého řízení trhu prosazovala práva pacientů jen málo. Vláda se sice snažila řešit okamžitou problematickou situaci, ale opět hájila práva poskytovatelů spíše než práva spotřebitelů.

Protože chyběla pevně stanovená pravidla, docházelo k paradoxním situacím. Na jednu stranu nabízeli poskytovatelé zdravotní péče spoustu služeb, které byly nepotřebné, nebo měly pro spotřebitele nulovou hodnotu. Na druhou stranu přibývalo čekacích listin lidí, kteří si nemohli dovolit platit hotově nebo kteří požadovali ošetření, které nebylo rentabilní. Stále více se hovořilo o případech zanedbání povinné péče, ale odezva byla nulová a neexistovala jakákoli evidence případů, kdy pacienti žaloby za zanedbání povinné péče vyhráli.

Konečný stav, rok 2020

V roce 2020 zažívalo "manželství" mezi firmami na zdravotnickém trhu a poskytovateli zdravotní péče zlaté časy. Postavení poskytovatelů péče bylo pod vlivem zdravotnických firem dominantní. Především lékaři-technikové se těšili velké popularitě. Na druhou stranu neexistoval způsob, jak ze systému vyčlenit nekvalifikované lékaře nebo špatné poskytovatele péče. Ekonomicky smýšlející poskytovatelé zdravotní péče rozhodovali o způsobech léčby, lécích i zdravotnických potřebách, ale o své činnosti poskytovali velmi omezené informace. Hlavním zdrojem informací bylo, co si lidé řekli mezi sebou a neúčinnějším způsobem, jak se dostat ke kvalitní lékařské péči, bylo mít hodně peněz, nebo kontakty na důležité lékaře. Osobní zdravotní makléři pomáhali pacientům získat přístup k těm nejlepším lékařům a do těch nejvyhlášenějších zdravotnických zařízení.

Bulvární noviny, 5. 5. 2020: Máte už svého osobního zdravotního makléře?

Pokud ne, tak si co nejdříve nějakého sežeňte. Podle informací, které jsme získali od poskytovatelů zdravotní péče, vám osobní zdravotní makléř zajistí nejrychlejší přístup k lékařské péči. Makléř zná osobně mnoho lékařů a je s nimi v přímém kontaktu. Jeho úkolem je najít pro klienta co nejdříve termín setkání s lékařem. Ivan, velmi úspěšný osobní zdravotní makléř, nám sdělil, jakým způsobem pracuje. Řekl, že odměny, které platí lékařům, se skládají ze dvou částí: první část tvoří pevná měsíční sazba (za telefonáty, sjednávání termínů). Druhou část odměny pak tvoří platba za uskutečněnou práci.

Pokud se lidé rozhodnou najít si osobního zdravotního makléře, musí mu platit měsíční paušál a poplatky za ostatní služby. Podle Ivana je v tuto chvíli na trhu asi 50 těchto makléřů, ale jejich počet stále narůstá. Většina z nich jsou lékaři, protože ti mají na základě svých kontaktů ještě z dob studií nebo z předchozích zaměstnání možnost vytvořit síť kontaktů. Odhaduje se, že výše platu osobního zdravotního makléře je přibližně 4x vyšší než plat kvalifikovaného lékaře.

Po liberalizaci trhu počet poskytovatelů péče soustavně rostl, nicméně kvalita jimi poskytovaných služeb klesala. Na druhou stranu zdravotnická zařízení byla perfektně vybavena a pracovali v nich vynikající lékaři, ke kterým se ale bohužel nedostal každý. Většina z nich byla placena na základě poskytnutých služeb. Neexistovala žádná motivace ke zlepšování výsledků a vzájemné spolupráce celého systému. Poskytovatelé toužili po zisku a spolu s lékaři-techniky ovládali podstatnou část trhu. Účelově zprivatizovali fakultní nemocnice a využili jejich vybavení pro provoz vlastního podnikání. Nebylo neobvyklé, že si lékař-technik přivlastnil zisk, který měly nemocnice generovat od svých pacientů. Zároveň však snížili náklady na provoz těchto nemocnic.

Hlavní strategií pojišťoven bylo zakoupit nepříliš kvalitní, avšak levnou péči a vyhnout se vysoce rizikovým pojištěncům. Vzhledem k tomu, že nikde nebyly publikovány žádné údaje týkající se kvality nebo výsledků, byly smluvní vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli péče založeny na základě poplatků za služby a jednotlivé úkony, ne na základě kvality a výsledků poskytnuté péče.

Pro farmaceutické společnosti nastalo skvělé období. Měly možnost ovlivňovat poskytovatele zdravotní péče, a protože měly monopol na výrobu léků, ještě více posílily svůj vliv. Mnoho rozhodnutí záviselo na tom, jestli byli lidé schopni za jisté věci zaplatit a také na osobních vztazích s lékaři, řediteli nemocnic dalšími vlivnými lidmi.

Základní balíček výhod definován nebyl, pacienti neznali svá práva a nevěděli, které služby byly hrazeny pojišťovnou. To ponechávalo dostatek prostoru pro procedury tichého souhlasu (*in praxi to znamená, že pokud se dotýčný úřad ve stanovené lhůtě k záležitosti nevyjádří, považuje se jeho mlčení za souhlas, pozn. překladatele*) a ještě více posílilo vliv poskytovatelů. Pacienti a spotřebitelé zdravotní péče nevěděli, na co mají nárok, takže poskytovatelé se sami rozhodovali, jakým způsobem je budou léčit a klidně požadovali po pacientech neoficiální platby.

Velmi oblíbené bylo tzv. „úplatkové pojištění“. Více než 30% populace mělo takové pojištění sjednáno. Finanční spoluúčast nebyla oficiálně povolena, takže úplatkové pojištění umožňovalo hrazení plné výše úplatku ve všech situacích, kdy bylo potřeba úplatek dát. Administrace tohoto úplatkového pojištění byla zpočátku problematická, protože pacienti nahlásili vyšší úplatek, než jaký ve skutečnosti dali. Tento problém ale vyřešilo zavedení tzv. „tabulek úplateků“, které pojišťovny na základě průzkumu mezi poskytovateli zdravotní péče sestavily.

Příručka pro přežití v situaci „Průmysl řídí“

1. Získej telefonní čísla na dobré lékaře!
2. Najdi si osobního zdravotního makléře!
3. Kup si přístroj ke sledování základních životních funkcí a zajisti si jeho napojení na lékaře!
4. Opatři si úplatkové pojištění!

Poskytovatelé zdravotní péče účtovali pacientům spoustu neoficiálních poplatků. Nebylo zcela jasné, co bylo hrazeno z veřejných zdrojů a co ne. Průměrný občan si mohl dovolit hradit tyto poplatky a zvolit si poskytovatele zdravotní péče, ale neměl v podstatě žádné informace o kvalitě této péče. Sociálně slabší lidé platit nemohli, a proto byli ošetřeni pouze ve státních nemocnicích a poliklinikách.

Pacienti s chronickými chorobami na tom byli nejhůře. Za prvé, plátcí a následně poskytovatelé zdravotní péče se jim snažili vyhnout, protože vzhledem ke špatně nastaveným pojistným rizikům a nedostatečným platebním mechanismům stáli systém spoustu peněz. Za druhé, většina z nich si dlouhodobě nemohla dovolit platit soukromou lékařskou péči. Zdravotní stav obyvatelstva se nezlepšoval.

Organizace zastupující pacienty fungovaly, ale jejich požadavky nebyly vyslyšeny. Bylo založeno sdružení „Piráti“, které hájilo zájmy pacientů, ale vláda ho ignorovala a poskytovatelé na ně útočili. To vedlo k ještě většímu rozčarování mezi pacienty a jejich moc dále slábla. Pacienti nemohli prosazovat svá práva žádným způsobem - nebyl definován základní balíček výhod ani protokoly o poskytnutí péče. Neexistovala žádná oficiální srovnávací statistika poskytovatelů.

Hlavním cílem každého poskytovatele primární zdravotní péče bylo, aby se stal lékařem-technikem, protože ti byli placeni na základě poskytnutých služeb. Poskytovatelé specializované ambulantní péče vydělávali na tom, že účtovali pacientům neoficiální poplatky. Částečné konsolidace sektoru, které prováděli investoři, přinesly zajímavé zisky. Konkurence narůstala především v oblastech s velkou koncentrací obyvatelstva.

Nemocnice vytěžily ze systému největší množství financí. Ty největší investice do zdravotnictví putovaly především do státních nemocnic. Tak se často stávalo, že nemodernější přístroje byly umístěny ve starých, rozpadajících se budovách. Tato zařízení pak ale ve většině případů používali lékaři-technici k vyšetřování svých soukromých pacientů. Lidé, ohrožení závažnými chorobami, hledali péči v nemocnicích a byli ochotni zaplatit, co si mohli dovolit. Nemocnice měly v podstatě lokální monopoly na poskytování zdravotní péče.

Lékárny bojovaly za každý předpis na léky. Drahé léky byly k dispozici v nemocnicích, nebo v nemocničních lékárnách. V hustě obydlených lokalitách vznikaly lékárenské řetězce. Naproti tomu malé lékárny v odlehlých, málo obydlených oblastech, stěží přežívaly – měly malé zisky a pojišťovny jim platily se zpožděním. Jejich postavení bylo dost omezeno samotnými lékaři. Profesní status farmaceutických lékařů klesal, bylo na ně nahlíženo spíše jako na pomocnou sílu, nikoliv jako na samostatnou lékařskou profesi. Ve chvíli, kdy bylo supermarketům umožněno zařadit do sortimentu volně prodejné léky, se jejich situace ještě zhoršila.

Doktoři si byli schopni vydělat hodně peněz - měli k tomu všechny předpoklady, ale jejich přístup byl poněkud krátkozraký. Ti z nich, kteří v praxi používali nejmodernější technologie, si finančně vedli nejlépe. Zdravotní sestry, pokud splňovaly nároky lékařů, mohly také získat vyšší platy. Nezískaly sice větší pravomoci, ty zůstaly nadále v rukou lékařů, ale někteří poskytovatelé zdravotní péče je ještě zaměstnávali externě, nad rámec jejich pracovních úvazků.

Vzhledem k nedostatečné regulaci trhu se pojišťovny zaměřovaly na finančně silné pojištěnce, od kterých se snažili získat ještě další poplatky. Poskytovatelé se snažili zmařit jakékoli snahy o investice do zdravotnictví. Z pohledu investorů existovaly zajímavé příležitosti pro krátkodobé investice, zejména v oblasti privatizace zdravotních pojišťoven. V jistých částech sektoru pojišťovnictví vznikaly zajímavé, i když do značné míry omezené investiční příležitosti. Nicméně strategičtí investoři byli velmi opatrní, a to z důvodu neexistujících či netransparentních pravidel trhu.

Centrály velkých mezinárodních inovativních farmaceutických firem trvaly na tom, aby byly zavedeny přísné etické normy. Tím vzniklo více prostoru pro lokální společnosti, vyrábějící generika (*generické léky jsou ekvivalenty originálních léčebných přípravků, které mohou přijít na trh po vypršení jejich patentové ochrany, pozn. překladatele*). Silná pozice lékařů-techniků vedla k vytvoření spojení mezi inovativními farmaceutickými firmami a poskytovateli zdravotní péče, kteří tak byli schopni přesunout náklady na drahé léky na pojišťovny a jejich klienty.

Dodavatelé zdravotnických technologií zažívali zlaté časy, protože osobní přístroje ke sledování základních životních funkcí získávaly na popularitě. Lidé začali používat různé zdravotnické pomůcky, diagnostické a zobrazovací testy, které jim lékař-technici nabízeli. Dodavatelům nákladných zdravotnických technologií (např. MRI) se v tomto netransparentním prostředí také dařilo výborně.

Průvodní jevy

Časové období	Průvodní jevy
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Ekonomika stagnovala. • ze zdravotnictví odcházelo obrovské množství pracovníků • zvyšující se věkový průměr praktických lékařů i specialistů • Mnoho firem vnímalo oslabenou vládu jako snadný terč útoku různých lobbistických skupin.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Délka studia na lékařských fakultách zkrácena z 6 na 4 roky. • Zdravotnický trh se otevřel i pro zahraniční lékaře a sestry. • Lékařské fakulty zaznamenaly obrovský příliv studentů z východu. • Vláda zavedla velmi liberální právní předpisy, které měly usnadnit vstup zahraničních zdravotnických pracovníků do země. • Vláda zavázala, že nebude nadále posilovat práva pacientů a rovněž nebude zavádět přísná opatření pro kontrolu a dohled nad poskytovateli

2014	<ul style="list-style-type: none"> • Otevřít si svou vlastní lékařskou praxi bylo v roce 2014 velmi snadné. • Mnoho mladých lékařů a cizinců z Asie si otevřelo svou vlastní praxi, ke spolupráci přizvali zdravotní sestry. • Vzhledem k velké provázanosti silných poskytovatelů a oslabených politiků neexistovaly žádné opravdu spolehlivé údaje o prováděných zdravotních výkonech, výsledcích nebo nákladech na poskytnutou péči. • Počet lékařů-techniků se každoročně zvyšoval. • Obrovský nárůst počtu lékařských výkonů ve všech oblastech zdravotnictví. • Neexistovala přesná definice základního balíčku výhod. • Podíl soukromých výdajů se výrazně zvýšil.
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Pacienti spíše využívali svých osobních kontaktů, nebo si přístup ke kvalitnímu lékaři zajistili penězi – ať už oficiálně, nebo neoficiálně. • Zdravotní péče nebyla bohužel dostupná všem občanům rovnocenným způsobem. • Pacienti, kteří se dožadovali svých práv, byli vnímáni jako „problematičtí“. • Důležité bylo poskytnuté ošetření, ne pacienti. Podstatné bylo vykázat činnost, ne prokázat výsledky. • Poplatky za úkony ve zdravotní péči zcela ovládly trh. • Pacienti, kteří se s lékaři znali osobně, měli přístup ke kvalitní lékařské péči zaručen. • Lidé by za telefonní čísla vlivných lékařů dali cokoliv.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Vláda pojistný trh zcela uvolnila. • Vláda trh příliš neregulovala, naopak schválila velmi liberální pojišťovací zákony bez toho, aby provedla patřičný průzkum, řádně zajistila finanční zdroje a zavedla opatření na ochranu spotřebitele.
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Financování zdravotnictví bylo stále více regresní. Bohatí lidé se vyhýbali placení daní a sociálního pojištění a za poskytnuté ošetření raději platili hotově, nebo jako protislužbu nabízeli své kontakty a vliv. • Neexistovala žádná agentura, která by analyzovala zdravotnické technologie. • Zdravotní pojišťovny se ve svých obchodních strategiích zaměřily především na výši rizik.
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Trhy byly pro společnosti zabývající se řízením zdravotní péče nezajímavé, často chyběly programy pro léčbu přenosných nemocí.
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Poskytovatelé nabízeli spoustu služeb, které byly nepotřebné, nebo měly pro spotřebitele nulovou hodnotu. • Neexistovala jakákoli evidence případů, kdy pacienti žaloby za zanedbání povinné péče vyhráli.

2020	<ul style="list-style-type: none"> • “Manželství” mezi firmami na zdravotnickém trhu a poskytovateli zdravotní péče zažívalo zlaté časy. • Neexistoval způsob, jak ze systému vyčlenit nekvalifikované lékaře nebo špatné poskytovatele péče. • Osobní zdravotní makléři pomáhali pacientů získat přístup k těm nejlepším lékařům a do těch nejvyhlášenějších zdravotnických zařízení. • Neexistovala žádná motivace ke zlepšování výsledků a vzájemné spolupráce celého systému. Poskyvatelé toužili po zisku a spolu s lékaři-techniky ovládali podstatnou část trhu. • Hlavní strategií pojišťoven bylo zakoupit nepříliš kvalitní, avšak levnou péči a vyhnout se vysoce rizikovým pojištěncům. • Pro farmaceutické společnosti nastalo skvělé období • Existoval dostatek prostoru pro procedury tichého souhlasu. • Velmi oblíbené bylo tzv. „úplatkové pojištění“. • Pacienti s chronickými chorobami na tom byli nejhůře • Moc pacientů i jejich organizací dále slábla. Pacienti nemohli prosazovat svá práva žádným způsobem. • Profesní status farmaceutických lékařů klesal, bylo na ně nahlíženo spíše jako na pomocnou sílu, nikoliv jako na samostatnou lékařskou profesi. • Vzhledem k nedostatečné regulaci trhu se pojišťovny zaměřovaly na finančně silné pojištěnce, od kterých se snažili získat ještě další poplatky. • Strategičtí investoři byli velmi opatrní, a to z důvodu neexistujících či netransparentních pravidel trhu. • Osobní přístroje ke sledování základních životních funkcí získávaly na popularitě.
------	---

4. Lékaři diktují

2012

Po vzoru vývoje událostí v České republice a na Slovensku zasáhly stávky lékařů i Maďarsko a Polsko. Spolu s Čechy a Slováky založili Maďaři a Poláci společné lékařské odbory V4 (tzv. *Vysehradská čtyřka- aliance České republiky, Slovenska, Maďarska a Polska, pozn. překladatele*), které sloužily jako koordinační orgán. Začali korigovat společné aktivity a šířit své know-how ze stávek přímo mezi své členy. Konflikt mezi lékaři a vládou skončil vítězstvím lékařů – vláda přislíbila zvýšení jejich platů.

Vláda již nedokázala déle čelit silnému mediálnímu tlaku lékařů, kteří hlásali že “zdravotnictví není obchod”, “lékařství není o penězích” a “hodnota života je nevyčíslitelná”.

Nicméně zvýšení platů nevyhovující a znepokojivou situaci ve zdravotnictví nevyřešilo. Krize v Evropě a v celé Eurozóně uvalila na veřejné finance přísná rozpočtová omezení. Vzhledem k tomu, že nebyly k dispozici žádné další prostředky, které by pokryly náklady na zvýšení platů, došlo k ještě většímu prohloubení dluhů a vyvstaly další problémy. Zpoždění výplaty mezd podnítilo další protesty.

Následkem ekonomické krize a trvajících stávek lékařů nemohlo zdravotnictví udržet předchozí kvalitu lékařské péče. Vzdělaní lidé ze střední vrstvy i firmy stále více vyhledávaly pro své rodiny a zaměstnance kvalitní soukromou zdravotní péči. Úroveň zdravotnictví začali vnímat jako potenciální překážku pro svůj život a profesní působení v zemích střední a východní Evropy. Instituce jako Mezinárodní měnový fond a Světová banka se o zhoršující kvalitu zdravotní péče začaly rovněž více zajímat.

Poměrně vysoké procento populace vystoupilo ze zavedeného systému, protože za zdravotní péči platili dvojnásobek. Nicméně vláda v tomto období spíše vyčkávala a neměla odvahu systém radikálně transformovat. Rozdíly a nerovné podmínky v úrovni péče se vzhledem k nedostatku zdrojů a trvalé korupci stále více prohlubovaly. Po vydobytém úspěchu vyšších platů přišel prudký pokles. Nízkou úroveň zdravotní péče zaznamenali dokonce i starší lidé, kteří byli zvyklí na její snadnou dostupnost bez přehnaných nároků na kvalitu.

Deklarace Rady seniorů, dne 9. 10. 2012

Rada seniorů je situací ve zdravotnictví znepokojena. Starší lidé platí na léky vysoké doplatky a po zavedení nového úsporného balíčku vlády se jim přístup k nejnovějším lékům ještě více ztížil.

Starší lidé tvoří 16% populace, mnoho z nich trpí různými nemocemi. Apelujeme na vládu, aby:

- 1. Zaručila starším lidem volný přístup k lékům a léčebným prostředkům.*
- 2. Zlepšila úroveň zdravotní péče u chronických chorob.*
- 3. Navýšila množství peněz v systému zdravotní péče.*

Poznámka: Rada seniorů je občanské sdružení lidí starších 65 let, které nemá žádné politické ambice.

2013

Případy lidí, kteří přišli o zdraví či život jen proto, že je zdravotní pojišťovny odmítly, když potřebovali podstoupit předepsanou léčbu nebo testy k určení diagnózy, vyvolaly velmi emotivní mediální vlnu. Po vypuknutí infekce vyvolané *Escherichia Coli* (*bakterie vyvolávající průjemová onemocnění, pozn. překladaatele*) bylo v hlavním městě nutné okamžitě hospitalizovat 400 lidí, z toho 200 dětí. 20 dětí zemřelo, protože odezva na vypuknutí infekce byla z důvodu byrokratických procesů pomalá a v regionu bylo k dispozici pouze omezené množství lůžek pro dětské pacienty. Lobbing lékařů spolu s médii byl úspěšný a společně se jim podařilo přesvědčit veřejnost i Ministerstvo zdravotnictví o nutnosti zajistit větší množství nemocničních lůžek, spíše než zlepšit mediální obraz reakce na tuto katastrofu. Navíc se na této situaci přesvědčili o tom, že při vypuknutí infekce takového rozsahu potřebují více lékařů.

Jak se brzy ukázalo, doktoři nahlásili ještě více případů, kdy byla pacientům z důvodu snižování nákladů odmítnuta léčba. Toto vedlo k opačnému směru ve vývoji – odklon od hospodárného zdravotnictví k vyšší poptávce, což odhalilo ve zdravotnickém zásobování obrovské nedostatky.

V červnu 2013 lékaři obvinili ekonomy z devastace celého systému zdravotnictví. Kromě toho se skupině ambiciózních lékařů podařilo přesvědčit veřejnost i vládu, že jedině lékaři jsou schopni celou situaci vyřešit. Připravili zákon, který stanovil, že všechny osoby, které budou v sektoru zdravotnictví zastávat pozice s rozhodovacími pravomocemi, musí mít lékařské vzdělání.

2014

Od ledna, kdy zákon vešel v platnost, ovládli celý zdravotnický systém lékaři. Prezident Lékařské komory se stal Ministrem zdravotnictví a každý nový zákon musel být nejprve projednán s Lékařskou komorou. Pokud ho schválila, mohl být zákon uvolněn k dalšímu připomínkování. Ředitelé nemocnic byli výhradně lékaři, kteří podléhali schválení nově zřízeným ministerským poradním výborem, složeném pouze z lékařů. Moc lékařů byla ještě zesílena tím, že lékaři zastávali také všechny pracovní pozice na Ministerstvu zdravotnictví, byli řediteli univerzitních nemocnic, výkonnými řediteli pojišťoven, tvůrci zdravotní politiky, akademickými pracovníky na univerzitách a dokonce i novináři, kteří psali o lékařské tematice. Jeden nezávislý novinář, kterého vyhodili z časopisu Lékařský týdeník, charakterizoval situaci slovy „bílý klan“.

Lékaři sami tento názor ještě umocňovali: „Jen my víme, co lidé opravdu potřebují. My rozhodujeme, jak se rozdělí finance. My dokážeme nejlépe posoudit, jak má zdravotnictví opravdu fungovat, protože v něm působíme už celé generace“. Typický archetyp podle Junga: moudrý stařec, jehož názor nikdo nepochybně.

V září zavedly lékařské fakulty kvóty jak na celkový počet studentů (numerus clausus), tak i na počet studentů přijímaných na jednotlivé lékařské obory. Děkan lékařské fakulty, kterému je 89 let, velmi dobře shrnul celou situaci do úvodní věty svého proslovu k zahájení nového školního roku: „Ochraňujeme prestiž lékařského povolání“. Současně Ministerstvo zdravotnictví schválilo usnesení vlády týkající se přísných opatření, výrazně omezující zahraničním lékařům možnost ucházet se zde o práci.

Pro pacienty bylo nyní velmi obtížné vyhrát případy žaloby za zanedbání povinné péče, protože pouze lékařské soudy mohly uznat jiné lékaře vinnými a pokud případ řešil běžný soud, musel se opírat o znalecké posudky lékařů. Lékaři se chránili navzájem. Byly zaznamenány i velkolepé právní případy s lékaři, kteří se stali obětními beránky, zejména v obdobích politických nepokojů. V médiích jim byla věnována velká pozornost a nakonec byli usvědčeni. Vedle toho pak zůstaly nepovšimnuty každodenní nedostatky ve zdravotní péči, protože lékaři věnovali pozornost soudním sporům.

Zdravotní pojišťovny byly zrušeny, protože lékaři je vnímali jako nepotřebný mezičlánek, který pouze odčerpával jejich peníze. Všechny soukromé zdravotní pojišťovny následkem toho opustily zemi. Zdravotní pojištění bylo nahrazeno Státní zdravotní péčí, která byla financována z daní. Regionální centra Státní zdravotní péče uzavřela s lékaři a dodavateli smlouvy a stanovila jim pevné ceny. Státní zdravotní péče byla řízena lékaři, kteří si stanovili pracovní dobu tak, aby jim vyhovovala, a stejně tak si sami určili minimální počty zaměstnanců.

Jelikož každý lékař jednal podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, etických principů celostní medicíny a všech jejích možných variant, nebylo možné aplikovat žádný jednotný postup. Stejně tak nebylo možné změřit výsledky léčby, a srovnávat je s výsledky jiných lékařů bylo nemorální.

Příliv lékařů z východu byl oficiálně zakázán. Navíc volný pohyb zdravotnického personálu v rámci členských zemí EU způsobil odliv lékařů ze země. To byl také jeden z výrazných argumentů lobbistů – zvýšení platů lékařů by tomuto trendu zabránilo. Aby vláda pokryla zvýšení platů lékařů, zvýšila sazbu DPH.

2015

Volný trh přestal existovat, konkurence vymizela. Zdravotnický trh fungoval pouze pro malé soukromé kliniky, lékaři posílali své pacienty do státních nemocnic. Převládal názor, že nemocnice a polikliniky by měly dělat vše pro blaho pacientů a nesledovat ekonomické zájmy. To vedlo mezi soukromými investory k poklesu zájmu o nemocniční sektor, vyjma lékaře samotné. Brzy bylo zřejmé, že financovat zdravotnictví z veřejných peněz je pro stát velmi zatěžující. Aby vláda udržela rovnováhu, zvýšila daň z nemovitosti.

Nad lékaři neexistoval žádný nezávislý dohled a žádná instituce nekontrolovala kvalitu služeb ve zdravotnictví. Ze soudních případů žalob za zanedbání povinné péče vycházeli lékaři vítězně a „myli si ruce.“ Navíc lékaři měli ještě vyšší požadavky, než kdykoliv předtím. V parlamentu docházelo k plamenným debatám mezi opozičními stranami, které obviňovaly vládu z toho, že nedostatečným financováním zdravotnictví zabíjí své občany. Po volbách se situace změnila a obdobná debata se s bývalým Ministrem zdravotnictví konala znovu. Stál před jedním z členů Parlamentu a ukazoval mu fotku 6-leté Nenušky, která zemřela proto, že jí nebyla včas poskytnuta potřebná léčba – současný ministr nepovolil její převoz do známé zahraniční univerzitní nemocnice. Matka Nenušky stanovala celý týden před budovou Parlamentu, s transparentem požadujícím okamžitou rezignaci vlády.

2016

Pod tlakem, který vyvíjela Státní zdravotní péče, schválil Parlament nový zákon týkající se výloh na veřejné zdravotnictví. Byl naplánován roční nárůst ve výši 0.25% nad skutečným HDP. Bohužel zvýšení platů lékařů, kterého dosáhli během stávků odborů, způsobilo navýšení rozpočtů nemocnic. Snížený přísun financí ze zákonem povolených soukromých zdrojů zvýšil tlak na státní rozpočet. Aby vláda pokryla narůstající náklady, které odstartovalo zvýšení platů lékařů, byla nucena zvýšit spotřební daň u alkoholu a tabákových výrobků a zavést povinné doplňkové zdravotní pojištění. Spolu s tím zavedla povinné doplatky na léky a prodloužila čekací seznamy.

2017

Celý systém zdravotnictví řízený lékaři začal brzy vykazovat první nedostatky. Seznamy lidí čekající na služby se prodlužovaly. Na to se vláda snažila zareagovat zavedením internetového pořadového systému. U chronicky nemocných pacientů však tento pořadový systém pouze zvýšil zájem o alternativní způsoby léčby, které nejsou v souladu s právním systémem. Černý trh vzkvétal a korupce narůstala. Lékaři ze soukromých klinik byli placeni za to, že umožnili pacientům hospitalizaci ve státních nemocnicích. Byly založeny různé kvazi legální organizace, které měly „zlegalizovat“ úplatkářství.

Výdaje na léky rostly v řádech dvouciferných čísel. Lékaři, vázání pouze Hypokratovou přísahou, předepisovali léky podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, pro blaho pacientů. To nakonec vedlo k situaci, kdy výdaje na léky v rozpočtu zdravotnictví rostly rychleji než celý rozpočet.

2018

Náklady na zdravotnictví převýšily 10% HDP a stále rostly. Ministerstvo financí požadovalo účelné systémové změny. Bohužel, tento krok znamenal nutnost dialogu s lékaři, kteří byli naopak proti přijetí inovativních řešení. Jejich argumenty na obhajobu růstu financování byly: zvýšení platů lékařů,

zachování kontinuity lékařského pokroku a dostupnost špičkových diagnostických přístrojů a zdravotnického vybavení, které s sebou přirozeně nesou vyšší náklady.

2019

Bylo poukázáno na další zvýšení nákladů, protože počet lidí ve věku nad 65 let dosáhl 18% celé populace a stále narůstal. Lékařská věda si prodloužení průměrné délky života připsala jako výhradně svoji zásluhu. V souladu s tímto trendem zahájila Státní zdravotní péče vývoj nejmodernějších technologií pro udržení života v komatu a také pro nevyлéčitelně nemocné pacienty, což spotřebovalo obrovské finanční prostředky. Na druhou stranu se zpřístupnily některé moderní metody léčby, včetně transplantací orgánů, a lékaři donutili vládu, aby tento druh léčby hradila. Nicméně vyvstaly obavy, že tento krok může způsobit finanční krach celého systému.

Počet seniorů, kteří žili sami v jedné domácnosti, stále narůstal. Mezi lidmi bylo více peněz a starší lidé nahromadili značné úspory. Někteří z nich byli schopni dát část těchto úspor na léčebné potřeby. To přispělo ke zvýšení počtu pečovatelských domů. Zdravotní péče byla financována státem, zatímco stravování a ubytovací služby si lidé platili sami.

Systém se bohužel potýkal s nedostatkem středního a nižšího zdravotnického personálu, protože ten dostával pracovní nabídky od nejlepších soukromých center a nechtěl pracovat ve státním sektoru. To vedlo k rozdělení občanů na ty, kteří si mohli dovolit koupit zdravotní péči v soukromých centrech a na ty, kteří si ji jednoduše dovolit nemohli.

Na rozdíl od jiných zaměstnanců si mohli lékaři sami svobodně rozhodnout, kdy odejdou do důchodu, zároveň však měli povinné členství v lékařských sdruženích.

Konečný stav, rok 2020

Pacienti neměli žádný přímý přístup ke zdravotní péči a museli často využívat lékařskou pohotovost. Pro ty, kteří měli akutní obtíže, byla dostupnost zdravotní péče vcelku dobrá, ale možnost volby lékaře ne. Ve většině případů bylo ošetření poskytnuto přímo na pohotovosti, namísto v ordinacích praktických lékařů. Pacienti byli z pohotovosti jedné nemocnice často posíláni do ústavní péče nemocnice jiné, protože okamžitá dostupnost nemocničních lůžek v jednotlivých městech byla nepředvídatelná.

Praktičtí lékaři fungovali většinou jako síto na pacienty. O chronicky nemocné pacienty se starali především specialisté, protože praktičtí lékaři měli pocit, že lidé, kteří trpí nějakou chronickou chorobou, představují pro jejich praxi nežádoucí zátěž. Někteří vážně nemocní lidé byli schopni získat specializovanou péči v těch nejlepších zařízeních, nicméně dosáhnout umístění v takovém zařízení bylo velmi složité.

Organizované skupiny pacientů selhaly a systém se jim změnit nepodařilo. Ty z nich, které zastupovaly chronicky nemocné pacienty, se snažily sdružovat, ale vysloužily si pouze posměch odborného lékařského tisku. Ten je považoval pouze za skupinu amatérů, kterým chybí jakékoli lékařské povědomí a nemají tedy žádné právo vyjadřovat se ke komplikovaným lékařským záležitostem. Levicový deník sestavil žebříček soukromých nemocnic, seřazených podle úrovně poskytované lékařské péče. To byl velmi úspěšný počín, který umožnil novinám zavést "internetový uživatelský poplatek", díky kterému se mohl uživatel dozvědět podrobnosti vyhodnocení.

Praktičtí lékaři byli placeni "per capita". Ti chytří se snažili zaměřit na mladé a zdravé občany, protože přístup k těm nemocným a starším byl omezen. Noviny psaly o jednom velmi „chytřím“ doktorovi, který si otevřel geriatrickou praxi (Geriatric = péče o seniory, pozn. překladatele) v pronajatém bytě v pátém patře bez výtahu. Státní zdravotní fond mu přidělil 2000 pacientů. Nicméně, přesně podle očekávání, se v ordinaci objevoval jen na 2 hodiny denně a ve zbývajícím čase melouchařil na místní pohotovosti. Poskytovatelé specializované ambulantní péče byli přetížení, protože praktičtí lékaři na ně odkazovali své pacienty.

Horliví a ambiciózní lékaři dělali, co mohli, ale i oni se museli potýkat s přísnými postihy od řídicích orgánů v případě, že objednali příliš mnoho laboratorních vyšetření, rentgenů a CT. Najít např. kardiologa nebo gastroenterologa nebylo jednoduché, protože někteří z nich ještě pracovali na částečný úvazek v zahraničí a na praxi v jejich vlastní zemi jim nezůstávalo mnoho času.

V říjnu 2020 vyčerpal ředitel jedné nemocnice veškeré finanční prostředky, které měl na daný rok k dispozici, takže během listopadu a prosince byly ošetřovány pouze akutní případy. Díky tomu ho učinili za chod nemocnice plně fiskálně odpovědným, protože v roce 2019 vyčerpal veškeré finance již v měsíci srpnu. Doufal, že se stane budoucím náměstkem Ministra zdravotnictví, a proto nechtěl opakovat stejnou chybu. Nedostatek financí ale vedl k uzavření některých oddělení nemocnice, stížnostem v lokálním tisku a v neposlední řadě ke smíšeným reakcím místního zastupitelstva. Starosta města naštěstí přesvědčil ústřední vládu, aby oddělení nechala otevřená a přidělila nemocnici 10% obecního rozpočtu. Díky tomu byl zvolen poslancem parlamentu.

Lobbying lékárníků byl úspěšný - byl přijat zákon, který stanovil, že lékárenské řetězce jsou protizákonné. Ty následkem toho ztratily na trhu vyjednávací pozici. Farmaceutické firmy pokračovaly v úzké spolupráci s lékaři, kteří se teď stali jejich hlavní cílovou skupinou. Díky tomu přizpůsobily rozpočty na propagaci tak, aby odpovídaly potřebám lékařů. Státní zdravotní péče vytvořila oddělení, které se zaměřilo výhradně na hromadné nákupy značkových léků, které byly následně distribuovány a používány ve státních nemocnicích. Program byl vcelku úspěšný, ale jeho členové byli často obviňováni z korupce.

Lékařům se vedlo dobře a jejich platy rychle a soustavně rostly. Někteří odešli za prací do zahraničí, jiní dělali 3 práce najednou. Postupem času získali pocit neporazitelnosti, protože se ze své práce zodpovídali většinou svým nadřízeným profesním organizacím, a ty jim byly v podstatě nakloněny. Na druhou stranu bylo snadné o práci přijít, takže jistota zaměstnání se vytrácela. Konkurence v rámci jednotlivých oddělení byla obrovská, protože být na vedoucí pozici znamenalo zajistit si trvalý přísun soukromých pacientů a znásobit své příjmy. Celostátní deník přinesl skvělý investigativní článek o doktoru Havláňkovi, který do kanceláře svého kolegy umístil kamery a mikrofony, aby dokázal, že bere úplatky a zabránil mu tak stát se ředitelem.

Někteří příběhy úspěšných lékařů a vědců se staly úplnou senzací. Například jeden mladý lékař se spojil se Státním ústavem genetiky a pod jeho záštitou vyvinul nový preparát. Klinické studie tohoto preparátu při léčbě lupusu prokazovaly oproti stávajícím způsobům léčby vynikající výsledky. A protože se jednalo o multimiliardový trh, ceny akcií firmy, která preparát začala vyrábět, okamžitě vzrostly a z mladého lékaře-vědce se stal přes noc miliardář. Bulvární časopisy pak otiskly jeho fotografie se známou mladou rockovou zpěvačkou, se kterou chodil. Ten rok vzrostl počet přihlášek na lékařské fakultě o 15%.

Soukromým klinikám, které založili a vedli lékaři, se dařilo, ale většinou pouze tehdy, když v jejich čele stáli prominentní členové státního sektoru. Pokud jste ale do takového zařízení jako pacienti přišli, měli jste jistotu, že budete rychle přijati a podle potřeby hospitalizováni.

Zdravotním sestřám se dařilo průměrně. Jejich příjmy byly stabilní, ale nízké, nicméně měly jistotu zaměstnání. Pokud nebyly spokojené, měly možnost odstěhovat se do zahraničí a pracovat v některém z pečovatelských domů. To je jedna ze světlých stránek EU. Na druhou stranu pro zdravotní sestry chyběly možnosti vzdělávání a běžná zdravotní sestra v zemi nemohla dosáhnout profesní úrovně zdravotních sester v zemích západní Evropy. Zahraniční politici veřejně vyjádřili podporu zdravotnickému personálu ze zemí střední Evropy v jejich péči o stárnoucí západoevropskou populaci.

Farmaceutické firmy prosperovaly, protože lékaři požadovali pro své pacienty stále více nových léků. Zároveň bylo obtížné stanovit strop pro finanční úhradu léků předepisovaných lékaři. Dodavatelé přístrojů MRI (přístroje pro měření magnetické rezonance, pozn. překladatele) dosáhli v roce 2020 díky velkému počtu nových objednávek zdravotnických přístrojů vynikajících obrátů.

Investiční bankéři už příliš mnoho příležitostí pro další investice nenacházeli a museli ukončit jednání týkající se slibného projektu na nový nemocniční řetězec. Stejně tak nebylo přijato nové nařízení ohledně používání osobních měřidel krevního tlaku, a to přesto, že společnost, která tato měřidla vyrábí, za přijetí zákona intenzivně lobbovala.

Nadnárodní společnost získala smlouvu na vytvoření systému elektronických lékařských záznamů ve všech státních nemocnicích a ambulancích v zemi, který byl založen na IT systému používaném americkým ministerstvem pro válečné veterány. Vznikly obavy, že systém nebude uveden do provozu včas, protože místní pobočka této nadnárodní společnosti byla zodpovědná i za jiné projekty v zemi. K dnešnímu dni ho zavedli do 100 nemocnic a 450 klinik a zároveň školí více než 300 koncových uživatelů.

<p>Příručka pro přežití v situaci "Lékaři diktují"</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Staň se lékařem! 2. Provdej se za lékaře! 3. Zapiš děti ke studiu na lékařské fakultě! 4. Staň se členem výkonných orgánů Státní zdravotní péče!

Průvodní jevy

Časové období	Průvodní jevy
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Stávky lékařů • Spolu s Čechy a Slováky založili Maďaři a Poláci společné lékařské odbory V4, které sloužily jako koordinační orgán. • Silný mediální tlak lékařů, kteří hlásali že "zdravotnictví není obchod", "lékařství není o penězích" a "hodnota života je nevyčísitelná". • Úroveň zdravotnictví jako potenciální překážka pro život a profesní působení v zemích střední a východní Evropy. • Nízkou úroveň zdravotní péče zaznamenali dokonce i starší lidé, kteří byli zvyklí na její snadnou dostupnost bez přehnaných nároků na kvalitu.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Lobbing lékařů spolu s médií byl úspěšný a společně se jim podařilo přesvědčit veřejnost i Ministerstvo zdravotnictví o nutnosti zajistit větší množství nemocničních lůžek. • V červnu 2013 lékaři obvinili ekonomy z devastace celého systému zdravotnictví. Kromě toho se skupině ambiciózních lékařů podařilo přesvědčit veřejnost i vládu, že jedině lékaři jsou schopni celou situaci vyřešit.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Lékaři ovládli celý zdravotnický systém. • Charakterizace situace slovy „bílý klan“. • Lékařské fakulty zavedly kvóty na celkový počet studentů (numerus clausus), i na počet studentů přijímaných na jednotlivé lékařské obory. • Přísná opatření výrazně omezující zahraničním lékařům možnost ucházet se o práci ve zdravotnictví • Pro pacienty bylo velmi obtížné vyhrát případy žalob za zanedbání povinné péče. • Lékaři se chránili navzájem. • Zdravotní pojišťovny byly zrušeny, protože lékaři je vnímali jako nepotřebný mezičlánek, který odčerpával jejich peníze. • Zdravotní pojištění bylo nahrazeno Státní zdravotní péčí, která byla financována z daní. • Aby vláda pokryla zvýšení platů lékařů, zvýšila sazbu DPH.

2015	<ul style="list-style-type: none"> • Volný trh přestal existovat, konkurenci vymizela. • Aby vláda udržela rovnováhu, zvýšila daň z nemovitosti. • Nad lékaři neexistoval žádný nezávislý dohled a žádná instituce nekontrolovala kvalitu služeb ve zdravotnictví.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Aby vláda pokryla narůstající náklady, které odstartovalo zvýšení platů lékařů, byla nucena zvýšit spotřební daň u alkoholu a tabákových výrobků a zavést povinné doplňkové zdravotní pojištění.
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Černý trh vzkvétal a korupce narůstala. • Lékaři, vázání pouze Hypokratovou přísahou, předepisovali léky podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, pro blaho pacientů.
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Ministerstvo financí požadovalo účelné systémové změny. Bohužel, tento krok znamenal nutnost dialogu s lékaři, kteří byli naopak proti přijetí inovativních řešení.
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Lékařská věda si prodloužení průměrné délky života připsala jako svoji zásluhu. • Systém se bohužel potýkal s nedostatkem středního a nižšího zdravotnického personálu. • Lékaři měli povinné členství v lékařských sdruženích.
2020	<ul style="list-style-type: none"> • Praktiční lékaři fungovali většinou jako síto na pacienty. • Organizace, které zastupovaly chronicky nemocné pacienty, se snažily sdružovat, ale vysloužily si pouze posměch odborného lékařského tisku. Ten je považoval pouze za skupinu amatérů, kterým chybí jakékoli lékařské povědomí a nemají tedy žádné právo vyjadřovat se ke komplikovaným lékařským záležitostem. • Poskytovatelé specializované ambulantní péče byli přetížení, protože praktičtí lékaři na ně odkazovali své pacienty. • Nedostatek financí vedl k uzavření některých oddělení nemocnice. • Lobbing lékárníků byl úspěšný - byl přijat zákon, který stanovil, že lékárenské řetězce jsou protizákonné. • Lékařům se vedlo dobře a jejich platy rychle a soustavně rostly. • Ten rok vzrostl počet přihlášek na lékařské fakulty o 15%. • Zahraniční politici veřejně vyjádřili podporu zdravotnickému personálu ze zemí střední Evropy v jejich péči o stárnoucí západoevropskou populaci. • Farmaceutické firmy prosperovaly. • Systém elektronických lékařských záznamů byl zaveden do všech státních nemocnic.