

Šest překážek pacienta při přístupu k péči

1. Úhradová vyhláška a úhradové smlouvy motivují zdravotnická zařízení k omezování péče, a to i té potřebné.

Příkladem:

- Kapitační platba "za každého pacienta v kartotéce" praktického lékaře vede k tomu, aby pacienty registroval, ale neléčil.
- Regulační omezení na předepisování léků a vyžádané péče motivují ambulantní lékaře, aby pacienta pro recept "poslali ke kolegovi", nebo aby neobjednali potřebná vyšetření
- Nemocniční "roční paušál" motivuje nemocnici, aby pacienty odmítala; případový paušál (např. DRG) pak nemocnici motivuje k tomu, aby použila horší materiál
- Úhrada nákladných léčiv s ročním stropem motivuje lékaře, aby zejména na konci roku odmítali pacienty nebo léčbu odkládali na další rok.

To je důvod, proč se pacienti někdy cítí u lékařů "nechtění" a proč se bez značné dávky průbojnosti ke kvalitní péči mnohdy nedostanou.

Otázka: Domníváte se, že má být zachován tento systém úhrad, který ekonomicky trestá lékaře za správnou a včasnou péči? Pokud ne, jak byste ho nahradili?

2. Na pacienty již začíná dopadat problém nedostatku lékařů a sester, situace se ještě zhorší.

Domníváme se, že podstatnou část problému tvoří složitost vzdělávání a vstupu do oboru - pro mladého zájemce o práci ve zdravotnictví nepřiměřeně složitě a zdlouhavé získat oprávnění k samostatné práci. Ještě složitější je otevřít si vlastní ordinaci a získat smlouvy s pojišťovnami. Tyto obtíže neodstraní žádné zvyšování platů. V jiných evropských státech jsou přitom pravidla mírnější.

Otázka: Domníváte se, že jsou v pořádku současná pravidla vstupu mladých lékařů a sester do oboru? Pokud ne, jak byste je změnili?

3. Mnoho zdravotníků odrazuje nepřiměřená administrativa, která vede také k tomu, že se nemají čas starat o pacienty.

Slýcháme od lékařů a sester, že ztratí třetinu i více času administrativou. To je nesmírně nákladné (práce zdravotníků se podílí na nákladech nemocnic až polovinou), také dochází k plýtvání nedostatečnými kapacitami lékařů a sester na činnosti, které by mohl vykonávat méně kvalifikovaný personál nebo stroj, případně by se mohly zcela zrušit. Pacienti přitom nejsou ti, kdo by vyžadovali podepisování nekonečných formulářů - naopak by přivítali větší možnost komunikace se zdravotníky, na kterou tito nemají čas (paradoxně i kvůli vyplňování informovaných souhlasů...).

Otázka: Myslíte si, že administrativa ve zdravotnictví je přebujelá? Pokud ano, kde konkrétně byste administrativu omezili a jak?

4. Pojištěnci a pacientská sdružení nejsou zastoupeni v rozhodování o tom, co se bude z jejich odvodů hradit.

Oproti stavu na přelomu tisíciletí byli pojištěnci v roce 2008 vyloučeni z řízení o tom, jaké výkony se hradí. Účastníky řízení o úhradách léků a podmínkách úhrady nebyli nikdy - od počátku jde o boj mezi pojišťovkami a farmaceutickými firmami, do kterých pacienti nesmí mluvit, ačkoliv se jich bytostně týká. Názor pacientských sdružení zákon nijak neumožňuje zohlednit ani u úhrad zdravotnických pomůcek.

Občané nemohou nijak mluvit do podoby sítě zdravotnických zařízení, tedy zda jejich lékař dostane smlouvu nebo zda jejich místní nemocnici zavřou.

Pojištěnci také postupně ztratili možnost volit a být voleni do orgánů zdravotních pojišťoven; v orgánech VZP jsou zastoupeni jen nepřímo, v orgánech ostatních zdravotních pojišťoven není většina pojištěnců zastoupena vůbec. Tento problém byl v roce 2014 předložen Ústavnímu soudu, který dosud nerozhodl.

Otázka: Domníváte se, že je v pořádku, pokud se pacientská sdružení nemohou účastnit rozhodování o úhradách či síti nemocnic a že občané nemají možnost volit a být voleni do orgánů zdravotních pojišťoven? Pokud ne, jak byste tento stav změnili?

5. Pacient, který se nedostal k hrazené péči nebo utrpěl škodu na zdraví, se nedomůže práva včas.

Pro pacienta je velmi obtížné domáhat se svých práv.

Pokud jde o přístup k hrazené péči, pacient si sice teoreticky může stěžovat, psát na pojišťovnu a dokonce se hrazené péče domáhat soudně. Mnoho nemocných ale nemá nikoho, kdo by za ně takto bojoval a i pro ty ostatní je to složité a drahé. Navíc právní řízení trvají týdny či měsíce, než soudy rozhodnou, může být pozdě. Pacientům tedy často nezbývá, než se uchýlit k prosbám nebo využitím známostí, jde o živnou půdu korupce.

Pokud jde o náhradu škody, naprostá většina poškozených není nikdy odškodněna. Řízení u soudu trvá v lepším případě tři, v horším případě třeba i osm let. Je nákladné a složité, úspěšnost záleží na znaleckých posudcích a je nízká. Nekvalitní zdravotnická zařízení se reálně nemají čeho bát, uspořit na kvalitě se bohužel pro nevymahatelnost práva vyplatí.

Otázka: Souhlasíte s tím, že patientská práva jsou dnes z velké části jen na papíře a že pro jejich skutečnou vymahatelnost se musí něco udělat? Co konkrétně?

6. Nákladná moderní léčba

Na trh v současnosti přichází řada moderních léčiv z oblasti tzv. biologické léčby, která zachraňují životy pacientů a/nebo podstatně zlepšují jejich zdravotní stav.

Potíž je v tom, že náklady na takovou moderní léčbu jsou obrovské a bez vhodné regulace je není schopen zvládnout žádný zdravotní systém na světě, ani v bohatších státech, jakými jsou například Německo, Švédsko nebo Holandsko.

***Otázka: Pokud chcete náklady na léčbu regulovat, jaký mechanismus regulace navrhuje?
Pokud navrhuje navýšení prostředků na moderní léčbu, kde je hodláte vzít?***