

OBČAN V SÍTI

04/2026

www.sdruzeniobcan.cz | <https://zdravotnictvi2030plus.cz/>

ÚHEL POHLEDU



Petr
Grenar



Dan
Rakušan



Romana
Švejdvová



Ladislav
Švec

VOLNÉ FÓRUM



Ivan
Duškov



Jiří
Nový



Jiří
Vojtěch



Petr
Čech



Radovan
Kouřil

JAK OMEZIT POSKYTOVÁNÍ ZBYTNÉ PÉČE V NAŠEM ZDRAVOTNICTVÍ?

Kolem našeho zdravotnictví se utahuje smyčka nákladů rostoucích rychleji než jeho příjmy, a to v době stále ještě příznivé demografické situace. Pokud na tom něco zásadně a rychle nezměníme, tak se po roce 2030, kdy začneme pociťovat dopady stárnutí populace, zatáhne natolik, že se solidární veřejné zdravotnictví stane jen vzpomínkou. Jedinou rozumnou cestou z této lapálie je zvýšení jeho vnitřní efektivity.

Po léta je zřejmé, že naše zdravotnictví poskytuje a platí i služby, které pacienti nepotřebují nebo které jsou poskytovány nákladněji, než by se patřilo. Do té prvé skupiny patří například nejen zjevná duplicitní vyšetření, ale i četná laboratorní vyšetření, u kterých má indikující lékař problém vysvětlit, co od jejich výsledku očekává. Naši tradici jsou nabobtnalá předoperační vyšetření, která po desetiletí odolávají doporučeným postupům odborné spo-



lečnosti i ministerským směrnicím. Stejně tak je nadužívána celá škála zobrazovacích metod z důvodů, které není třeba rozebírat. Ilustraci naší marnotratnosti je tradiční dominance lůžkové péče. Naši pacienti mají dvakrát větší šanci být se stejným onemocněním hospitalizováni než

tržeba nizozemšťi. S tím souvisí i nebyvale pomalý rozvoj jednodenní péče. Pozoruhodnou štedrost projevuje náš systém při proplácení péče, která může být ve stejné nebo lepší kvalitě poskytována výrazně levněji. Na první dobrou mne napadá protonová terapie ve vztahu k fotonové a robotická chirurgie v běžných indikacích.

Dosud to nikomu nevadilo, a pokud se někdo snažil o nápravu, tak byl po zásluze potrestán. Před více než patnácti lety jsme s tehdejšíím předsedou České urologické společnosti doc. Hanušem prošli péči vykázanou za posledních pět let VZP na urologické pacienty s onkologickou diagnózou. Vyšlo nám, že 30 % provedených vyšetření bylo zbytečných nebo obsoletních a vedlo jenom k prodloužení doby mezi podezřením na nádor a zahájením léčby. Nikdo nám za to na ramena nepoklepal, já jsem si jen posílil pověst věčného potíživysty a pan docent následně neobhájil své postavení v odborné společnosti. Celá desetiletí jsme jeli ve stejných kolejkách

a většině zúčastněných zavedený systém vyhovoval. Když peníze docházely, tak je tam erár ze státního rozpočtu dosypal. Nic nového, už i feldkurát Otto Katz si liboval: „To se nám to hoduje, když nám lidé půjčují peníze.“ Dnes už se i erár ošivá při představě dalších finančních transferů z rozpočtu do zdravotnictví. A tak přichází čas, kdy nastává reálná potřeba dotáhnout do konce transformaci financování našeho zdravotnictví ze státního modelu do pluralitního veřejného zdravotního pojištění. Je celkem jasné, jak vložit šem do zdravotních pojišťoven, aby se změnila z distributorů peněz na dobré hospodáře. Stejně tak je připravena úprava role státu, aby si hleděl svého a nezasahoval tam, kde nemá.

Celá ta paleta změn připravovaných Ministerstvem zdravotnictví by neměla naději na úspěch, kdyby ji nepodpořili lékaři a zdravotníci, kteří v nově nastaveném systému budou pracovat. Je skvělé, že ve světě vzniklá iniciativa Choosing Wisely, která identifikuje a omezuje zbyteč-

ně poskytovanou péči, dorazila před pár lety i k nám. Je nesena mladými lékaři a lékařkami, a pokud se podaří její poznatky promítnout i do každodenní medicíny, tak máme vyhráno. Když ve státech s dlouhodobě etablovanými zdravotními systémy identifikují 20–30 procent zbytečné péče, tak se až bojím odhadovat její podíl u nás. Rozhodně to není málo. Zároveň je to skvělá zpráva pro budoucnost našeho zdravotnictví. Pokud je začneme dobře řídit a poskytovat v něm jen potřebnou péči ve správnou chvíli, na správném místě a správným způsobem, tak nás jeho rozpad nečeká a smyčka rostoucích nákladů se výrazně uvolní.

Abychom se ne bavili jen o penězích. Je jednoznačné, že zbytečná péče poškozují zejména pacienta. Zbytečně mu pouští žilou, marní čas, přidělává starosti, zatěžuje zářením, poškozují zdraví, a nakonec mu i sahá do peněženky. Zvýšení efektivity zdravotnictví není jenom ve „státním“ zájmu, ale primárně ku prospěchu občanů a pacientů.

MUDr. Pavel Vepřek

ÚHEL POHLEDU

BOJ PROTI PLYTVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ – INICIATIVA CHOOSING WISELY

MUDr. Petr Grenar
internista, Klinika urgentní medicíny, FN HK

Úvod

Za poslední století se průměrná délka života prodloužila o více než třicet let. Tento pozitivní vývoj však současně vede k rostoucí personální i ekonomické zátěži zdravotních systémů, mimo jiné v důsledku narůstajícího počtu pacientů s chronickými onemocněními. Je však pouhé navyšování personálu a financí jediným řešením pro dlouhodobou udržitelnost lékařské péče? Podle kvalifikovaných odhadů je

dnes až 30 % prostředků zdravotních systémů vyspělých zemí vynakládáno na zbytečnou péči, tzv. low-value care. Tedy péči, která přináší pacientovi jen velmi malý nebo nepřináší žádný užitek a může mu potenciálně škodit. Tato péče je pak součástí širší problematiky plytvání ve zdravotnictví, tzv. waste. Jako plytvání jsou označovány výdaje na zdravotní péči, které by bylo možné eliminovat, aniž by bylo ohroženo dosažení cílů zdravotních systémů (1). Přestože pro Českou republiku nejsou k dispozici přesné odhady rozsahu zbytečné péče, neexistuje důvod předpokládat, že by se situ-



Petr Grenar

ace zásadně lišila od ostatních vyspělých zemí. Nepřímé indikátory poskytují například data OECD (Organisation for Economic Co-

-operation and Development) a úřadu Světové zdravotnické organizace pro rozvoj zdravotních systémů v Evropě (European Observatory on Health Systems and Policies), podle kterých Česká republika převyšuje evropský průměr o 16 %, respektive o 26 % v ukazatelích preventabilní a léčbou odvrátitelné mortality (2).

Choosing Wisely

Choosing Wisely v dnešní době představuje globální iniciativu působící na dvou úrovních. Na úrovni lékařů si klade za cíl iden-

o změnu zdravotní péče vychází od lidí na nižších úrovních zdravotního systému (kliniků). Z pohledu managementu se podpora iniciativy jeví mnohem efektivnější k potlačení zbytečné péče než restriktivní opatření.

Plýtvání ve zdravotnictví

Dokument OECD zaměřující se na boj proti nehospodárnému vynakládání prostředků ve zdravotnictví z roku 2017 uvádí, že k plýtvání ve zdravotnictví může docházet na čtyřech různých úrovních – pacienti, klinici (lékaři a zdravotníci),

transfuzí, snížení preskripce inhibitorů protonové pumpy, laboratorního testování atd.

Závěr

Problematika péče s nízkou přídanou hodnotou představuje zásadní výzvu pro udržitelnost moderních zdravotních systémů. Dostupná data i mezinárodní zkušenosti ukazují, že více než čtvrtina poskytované péče nepřináší odpovídající benefit, a naopak může zvyšovat riziko poškození pacienta i ekonomickou zátěž systému. Udržitelnost zdravotního systému tak nelze redukovat pouze na navyšování zdrojů, ale vyžaduje systematickou optimalizaci poskytované péče. Iniciativa Choosing Wisely významně napomáhá k identifikaci a následné redukci zbytečné péče. Sama o sobě však není dostatečná. Efektivní deimplementace low-value care vyžaduje koordinovaný přístup napříč všemi úrovněmi zdravotního systému. Za klíčové považujeme zejména nastavení úhradových mechanismů tak, aby vedly poskytovatele k omezení zbytečné péče (orientace na kvalitu, ne na objem). Mechanismus úhrady reflektující časovou a terapeutickou náročnost péče o chronicky nemocné, polymorbidní pacienty by mohl například motivovat ambulantní specialisty k aktivnějšímu zapojení do péče o tuto skupinu (4). To by mohlo vést ke snížení zátěže pohotovostních oddělení a současně k prevenci hospitalizací z důvodu exacerbace chronických onemocnění, které jsou ve svém důsledku výrazně nákladnější. V českém kontextu

Podle kvalifikovaných odhadů je dnes až 30 % prostředků zdravotních systémů vyspělých zemí vynakládáno na zbytečnou péči, tzv. low-value care.

tifikovat zbytečnou péči a podporuje její deimplementaci. Současně vybízí pacienty, aby prostřednictvím dialogu s ošetřujícím lékařem vybírali péči, která je skutečně nutná a pacientem preferovaná. Iniciativa byla spuštěna v roce 2012 americkou internistickou společností v kontextu rostoucí pozornosti věnované problematice nadužívání zdravotní péče (overuse) a péče s nízkou přídanou hodnotou (low-value care). Ačkoliv primárním cílem této iniciativy je ochrana pacienta, identifikací a deimplementací zbytečné péče představuje potenciální přínos k zajištění produktivní efektivity zdravotních systémů. Iniciativa Choosing Wisely představuje přístup „zdola nahoru“ (tzv. „bottom-up“) kdy snaha

manažeři (vedoucí pracovníci ve zdravotnických zařízeních) a regulátoři systému (ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny). Je nutné zdůraznit, že plýtvání ve zdravotnictví nevzniká selháním jedince, ale představuje systémový problém, který je výsledkem interakce všech aktérů. Dle provedených studií je samotné šíření myšlenek Choosing Wisely pro redukci low-value care málo účinné (pouze cca 13% úspěšnost) ve srovnání s aktivními intervencemi zahrnujícími všechny čtyři úrovně (65% úspěšnost) (3). Inspirací nám může být Choosing Wisely Canada, která úzkou spoluprací s ministerstvem zdravotnictví motivuje vedení nemocnic a lékaře k racionálnímu podávání krevních



představuje vznik iniciativy Choosing Wisely Czech důležitý první krok. Další rozvoj by však měl být systematicky podporován na úrovni zdravotních politik a managementu nemocnic. Pouze kombinace bottom-up přístupů s cílenými systémovými opatřeními může vést k reálnému omezení low-value care a současně k zachování vysoké kvality a dostupnosti zdravotní péče.

Zdroje:

1. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing. 2017.
2. OECD/EOHP. Czechia: Country Health Profile 2023. OECD Publishing. 2024.
3. Cliff BQ, Avancena ALV, Hirth RA, Lee SD. The Impact of Choosing Wisely Interventions on Low-Value Medical Services:

- A Systematic Review. Milbank Q. 2021; 99(4): 1024–1058.
4. Freund T, Campbell SM, Geissler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, Szecsenyi J. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. Ann Fam Med. 2013; 11(4): 363–370.

VYBÍREJ MOUDŘE – INICIATIVA CHOOSING WISELY V ČR

**MUDr. Dan Rakušan, MHA
internista, Interní klinika 3. LF
UK a FTN**

Péče bez přínosu: problém low-value care

Podle kvalifikovaných odhadů je dnes až 30 % prostředků ve zdravotnických systémech vyspělých zemí vynakládáno na tzv. low-value care, tedy péči, která pacientovi nepřináší žádný užitek a může mu i škodit (1). Zbytečná vyšetření vedou také k overdiagnosis, tedy k průkazu abnormalit, které by pacienta neohrozily, nepůsobily mu újmu ani nezkrátily život, pokud by zůstaly neodhaleny. Overdiagnosis vede k nálepkování pacientů spornou diagnózou a následně i k léčbě sporných nálezů, tedy k overtreatment. V této souvislosti jsme často ovlivněni psychologickými efekty, jako je terapeutická iluze – přeceňujeme efekt našich terapeutických kroků na zlepšení pacientova stavu. Zároveň podléháme kognitivním zkreslením: nehledáme alternativní vysvětlení změn pacientova stavu a přehlízíme možné nežádoucí účinky naší zvolené léčby (2). Typickým příkladem je užití antibiotik v nesprávné indikaci, například při léčbě infektů horních cest dýchacích nebo asymptoma-

tické bakteriurie. Mimo antibiotika jsme samozřejmě konfrontováni i s nadužíváním dalších léků a nežádoucí účinky medikace představují častou příčinu hospitalizace, zejména u geriatrických pacientů. V praxi se navíc nežádoucí účinky často řeší přidáním dalšího preparátu namísto snahy o redukci medikace.

Když více neznamená lépe

Polypragmazie je jedním ze symptomů defenzivní medicíny, kdy podléháme iluzi, že více je lépe a že lepší lékař více koná a ordinuje. V duchu defenzivní medicíny používáme diagnostické testy i v situaci nízké pravděpodobnosti choroby a riskujeme, že se staneme zajatci falešně pozitivních či klinicky nevýznamných incidentálních nálezů, které spouštějí lavinu dalších vyšetření a zbytečných kontrol. Použití nákladných vyšetřovacích metod často koreluje s obavou lékaře ze stížnosti či žaloby. Před zkušeností a klinickým úsudkem tak dáváme přednost zdánlivé objektivitě vyšetření, obtížně snášíme nejistotu a máme tendenci věřit „objektivnímu“ nálezu. Indikace diagnostického či terapeutického kroku pak často slouží spíše ke snížení nejistoty lékaře než k prospěchu pacienta.



Dan Rakušan

Jak nás klame klinické myšlení

Možná ještě významnější roli v overdiagnosis a overtreatment hrají kognitivní zkreslení v klinickém rozhodování, například konfirmační zkreslení nebo preference kauzálního myšlení s rychlým vytvořením koherentního příběhu před statistickým „bayesovským“ uvažováním. Thomas Bayes (1701–1761) formuloval teorém, který lze v medicínské praxi zjednodušeně vyjádřit takto: „Čím vyšší je pravděpodobnost onemocnění před provedením testu, tím spíše můžeme věřit pozitivnímu nálezu.“ Problém současné medicíny však dobře ilustruje i opačná část tohoto tvrzení: „Čím nižší je pravděpodobnost onemocnění před testem, tím

spíše je test falešně pozitivní.“ Bayesovské uvažování je v praxi často opomíjeno a pozitivní výsledek testu je interpretován jako přítomnost choroby bez dostatečného zohlednění falešné pozitivitivity. To významně přispívá k nadužívání diagnostiky i léčby (3).

Kde zbytečně vyšetřujeme

Mezi příklady nadužívaných vyšetření patří laboratorní dia-

v daném oboru nadužívané nebo nepřinášející pacientům smysluplný prospěch (4). Za deset let vzniklo více než 800 doporučení, do kampaně se zapojilo více než 80 odborných společností a iniciativa se rozšířila do více než 30 zemí. Mezi základní principy patří využívání postupů založených na evidence-based medicine, neduplikování vyšetření, pečlivé zvažování rizik, volba méně zatěžujících

šich pracovištích se podařilo realizovat několik projektů založených na principech Choosing Wisely. Od roku 2023 je k dispozici platforma na stránkách České internistické společnosti (<https://www.cisweb.cz/choosing-wisely>), kde lze nalézt řadu materiálů včetně patientských letáků a záznamů přednášek. K dnešnímu dni se k této iniciativě připojily Společnost urgentní medicíny a medicíny katastrof, Česká pediatriká společnost a Česká odborná společnost klinické farmacie. Na vlastních seznamech zbytné péče (tzv. top five listech) pracují Česká internistická společnost, Česká gastroenterologická společnost a Česká společnost pro trombózu a hemostázu.

Polypragmazio je jedním ze symptomů defenzivní medicíny, kdy podléháme iluzi, že více je lépe a že lepší lékař více koná a ordinuje.

gnostika tumorových markerů, vyšetřování trombofilních stavů, nadměrné rozsahy předoperačních vyšetření či zbytečné testování koagulačních parametrů a autoprotilátek (např. ANA, protilátky proti štítné žláze). Ze zobrazovacích metod jde například o ultrazvuková vyšetření břicha, srdce nebo štítné žlázy u asymptomatických pacientů či nadužívání CT vyšetření s potenciálně škodlivou radiační zátěží.

Co přináší iniciativa Choosing Wisely

Kampaň Choosing Wisely je globální iniciativa s cílem identifikovat péči nízké hodnoty a implementovat postupy k jejímu omezení. Princip „Choosing Wisely“, tedy „Vybírej moudře“, lze vyjádřit i hesly „Less is more“ nebo „Less but better“, případně jej chápat jako formu kvartérní prevence – ochrany pacienta před iatrogenním poškozením nadbytečnou diagnostikou a léčbou. Kampaň byla spuštěna americkou internistickou společností v roce 2012 výzvou pro devět spřítelečných odborných společností, aby vytvořily tzv. Top Five listy – seznamy pěti diagnostických či terapeutických výkonů, které jsou

postupů, individualizace péče a podpora dialogu mezi lékařem a pacientem s důrazem na sdílené rozhodování.

Aktivní pacient jako součást řešení

Součástí iniciativy jsou také edukační materiály pro pacienty, které je vedou k pokládání jednoduchých, ale zásadních otázek: „Je toto vyšetření skutečně nutné? Jaká jsou jeho rizika? Existují jiné možnosti? Co se stane, když nebudu dělat nic?“ Platí, že aktivní a informovaný pacient zpravidla získává kvalitnější a efektivnější péči.

Česká zkušenost

Zásadním faktem je, že se jedná o iniciativu vyrůstající „zdola“, z první linie, od praktikujících kliniků, kteří jsou schopni při znalosti každodenní praxe identifikovat oblasti neoptimální péče, analyzovat jejich výskyt, intervenovat a následně sledovat efekt a udržitelnost změn. V českém prostředí se této iniciativě věnujeme přibližně tři roky. Uspořádali jsme několik desítek odborných akcí – jak formou seminářů v regionálních nemocnicích, tak přednáškových bloků na odborných kongresech – a na na-

Zdroje:

1. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. OECD Publishing. 2017.
2. Furlan L, Francesco PD, Costantino G, Montano N. Choosing Wisely in clinical practice: Embracing critical thinking, striving for safer care. J Intern Med. 2022; 291(4): 397–407.
3. Bours MJ. Bayes' rule in diagnosis. J Clin Epidemiol. 2021; 131: 158–60.
4. Wintemute K. Choosing Wisely Canada. Can Fam Physician. 2017; 63(4): 274–276.

POHLED VZP NA PROBLEMATIKU ZBYTNÉ PĚČE

MUDr. Romana Švejďová
ředitelka, Odbor kontroly a re-
vizy zdravotní péče, Ústředí
VZP ČR

Jak velký je objem zbytečně poskytnuté péče v našem zdravotnictví a jak si na tom stojí ostatní země?

Mezinárodní organizace OECD dlouhodobě upozorňuje, že ve zdravotnických systémech vyspělých zemí existuje významný prostor pro efektivnější využití zdrojů. Souhrn dostupných analýz naznačuje, že až přibližně jedna pětina výdajů na zdravotnictví může být využita lépe – tedy přeměřována z péče s nízkou nebo nulovou přidanou hodnotou k péči, která má prokazatelný přínos pro pacienta a systém.

Je důležité zdůraznit, že tento údaj není cílem úspor ani plánem plošného omezování péče. Slouží jako orientační rámec systémového plýtvání a řád velikosti problému. Česká republika se v tomto ohledu nijak nevymyká – i u nás se zbytná

Jak tuto péči identifikovat a jak zajistit, aby pacienti dostávali potřebnou péči správným způsobem, v pravý čas a na správném místě?

Identifikace zbytečné péče nemůže být založena na plošných zákazech nebo mechanických restrikcích. VZP vychází z datově řízeného přístupu, který se opírá o analýzu čerpání hrazených služeb napříč regiony a poskytovateli.

Hlavními nástroji jsou identifikace neodůvodněné regionální a poskytovatelské variability, vyhledávání duplicitních laboratorních a zobrazovacích vyšetření a sledování výkonů či preskripcí, které jsou v rozporu s aktuálními poznatky evidence-based medicine. Typickým příkladem jsou časná zobrazovací vyšetření u nespecifické bolesti zad bez varovných klinických známek, která často nepřinášejí pacientovi benefit a mohou spustit kaskádu dalších zbytečných výkonů.

Cílem těchto aktivit není omezovat potřebnou péči, ale zlepšovat její



Romana Švejďová

kteří by měly být zpochybnovány, protože nepřinášejí očekávaný klinický přínos, jsou duplicitní nebo mohou pacientovi uškodit.

Základní sdělení iniciativy je jednoduché: více péče neznamená automaticky lepší péči. Síla tohoto přístupu spočívá v tom, že nejde o administrativní regulaci nebo diktát plátce, ale o konsenzus odborné komunity vycházející z důkazů a klinické praxe.

VZP se o tato doporučení již dnes opírá v revizní a analytické činnosti. Dalším krokem je jejich postupné převádění do podoby „měkkých“ datových signálů a zpětné vazby, které podporují standardizaci dobré praxe bez vytváření konfliktů mezi plátcem a poskytovatelem.

Jakou roli v tomto procesu mohou hrát zdravotní pojišťovny?

Zdravotní pojišťovny mohou sehrát klíčovou roli jako aktivní nákupci kvality zdravotní péče. VZP se v souladu se svou strategií 2025–2030 posouvá od pasivního proplácení vykázaných výkonů k aktivnímu partnerství zaměřenému na hodnotu a výsledek pro pacienta.

Důležitým nástrojem jsou automatizované kontroly a tzv. měkká upozornění. Jde o nezávazná,

Zbytná péče prodlužuje čekací doby, zvyšuje zátěž zdravotnického personálu a může představovat i bezpečnostní riziko pro pacienty.

péče projevuje zejména v podobě neodůvodněné variability, duplicitních vyšetření a výkonů s omezeným klinickým přínosem.

Z pohledu VZP není klíčový pouze finanční dopad, ale především dopad kapacitní. Zbytná péče prodlužuje čekací doby, zvyšuje zátěž zdravotnického personálu a může představovat i bezpečnostní riziko pro pacienty. Práce se zbytností je proto jednou z nejrychlejších cest ke stabilizaci dostupnosti péče bez nutnosti dalšího výrazného navyšování výdajů.

indikaci, načasování a návaznost. Správně zvolený postup může být pro pacienta bezpečnější, přínosnější a zároveň šetrnější ke kapacitám systému.

Na co je zaměřena iniciativa „Choosing Wisely“ a jak se jí daří ovlivňovat podobu poskytované péče?

Iniciativa Choosing Wisely (v České republice známá jako Moudrá volba) je založena na tom, že samotné odborné společnosti definují postupy, vyšetření či výkony,

informativní upozornění přímo v systému, která poskytovatele včas upozorní na možnou duplicitu nebo atypickou indikaci ještě před vznikem sporu nebo vrácením dokladu. Nejde o zákaz ani sankci, ale o pomocný signál, který umož-

ňuje předejít zbytečné administrativě a konfliktům.

Současně VZP rozvíjí value-based úhradové modely, podporuje prevenci a screening a buduje digitální infrastrukturu pro rychlou a bezpečnou výměnu dat. Uvolně-

né zdroje ze zbytné péče tak mohou být cíleně investovány do inovativní a skutečně potřebné léčby, čímž je chráněna dostupnost péče i solidarita systému.

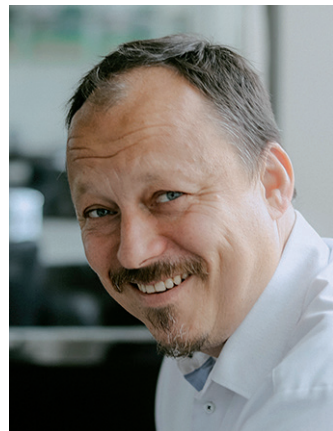
VYBÍREJ MOUDŘE

JUDr. Ladislav Švec
náměstek ministra, Ministerstvo
zdravotnictví ČR

Název globálního zdravotnického projektu Choosing Wisely je neuvěřitelně univerzální a dal by se použít v jakékoliv souvislosti. To, že takový projekt vznikl a úspěšně se rozvíjí mezi lékaři, je pro mne ale jako zjevení. Vždyť všichni, kdo se pohybujeme ve zdravotnictví a nejsme MUDr., našlapujeme po špičkách, když chceme pouze naznačit, že ne vše funguje, jak má. A najednou je tu celosvětové hnutí a stále sílicí skupina českých lékařů a osvětených odborných společností, kteří unisono říkají: „Podívejte, pravděpodobně až 30 % péče, kterou poskytujeme,

Každopádně cíle projektu směřují ke stejnému cíli jako úsilí současného politického vedení Ministerstva zdravotnictví. Vždyť jestli víme, že pro udržení současné úrovně zdravotnictví musíme významně zvýšit jeho flexibilitu a vnitřní efektivitu, nejde v zásadě o nic jiného než o to, naučit se moudře vybírat kde, kdo, co, jak a za kolik. I proto bude mít projekt Choosing Wisely nyní na MZ otevřené dveře.

Těšíme se na první čtyři slíbené, na české realie lokalizované a odbornými společnostmi projednané seznamy „nedoporučených“ postupů. Koncept Choosing Wisely totiž na rozdíl od KDP nespočívá v definování správného procesování péče, ale naopak v popisu toho,



Ladislav Švec

Každopádně cíle projektu směřují ke stejnému cíli jako úsilí současného politického vedení Ministerstva zdravotnictví.

je nadbytečných. A snad až 10 % péče, kterou poskytujeme, může za určitých podmínek dokonce škodit. A nejsou to dojmy, ale výsledky studií a analýz... a my s tím chceme něco dělat, protože je pro nás důležité, aby naše práce dávala smysl nejen odborně, ale i ekonomicky!“ Dámy a pánové, kteří jste v českých podmínkách, kde se otevřenost dosud moc nenosí, s projektem Choosing Wisely přišli, klobouk dolů.

co se v rámci léčení z různých důvodů (zastaralé přístupy, výhodnost) zcela běžně dělá, ale dělat nemusí a nemá. Tento obrácený přístup je praktický, nosný a velmi dobře využitelný. Doufám proto, že budou ve spolupráci s pokrokovými odbornými společnostmi rychle přibývat další kryté oblasti. U toho ale nesmí zůstat! Úsilí lékařů a odborných společností z Choosing Wisely bude mít smysl pouze za předpokladu, že

se na základě seznamů zbytečné, či dokonce škodlivé péče začne praxe měnit. A zde již bude nutná součinnost ostatních, státní správy, zdravotních pojišťoven i poskytovatelů. První krok na této cestě byl učiněn. Tím druhým, o který bych se nyní rád zasadil, bude publikace „nedoporučených postupů“ v rámci MZ ČR. Třetím plánovaným krokem bude zajištění měření a sledování popsanych oblastí (tedy zjištění, jak jsme na tom doopravdy). Na základě těchto zjištění pak mohou následovat další kroky směrem k ocenění těch poskytovatelů, kteří poskytují péči moderně, bezpečně a také efektivně. Pokud bude efektivní chování měřeno a oceňováno, není důvod, proč by se nemělo tímto směrem vydat celé české zdravotnictví.

1. Myslíte si, že veškerá péče, kterou nám poskytuje naše zdravotnictví, je potřebná a poskytovaná správným způsobem, v pravý čas a na správném místě? Pokud ne, tak v jakých oblastech nejvíc hřešíme?
2. Co je potřeba změnit, abychom vydávali peníze pojištěnců jen na potřebnou péči?
3. Jakou roli v tomto procesu dnes hrají zdravotní pojišťovny a co od nich očekáváte do budoucna?

Odpovídá PhDr. Ivan Duškov, MSc., ředitel, VZP

1. Ne. Český systém poskytuje řadu špičkové péče, ale zároveň trpí klasickým paradoxem moderních systémů zdravotnictví: někde péči nadužíváme, jinde ji poskytujeme pozdě nebo nedostatečně. V literatuře se tomu říká kombinace overuse, underuse a misuse – tedy nadbytečná, nedostatečná a nevhodně poskytnutá péče. Low-value care je péče, která pacientovi přináší malý nebo nepřináší žádný přínos, ale spotřebovává kapacity, peníze a někdy pacienta i poškozuje. Nejvíce dle mého soudu „hřešíme“ ve čtyřech oblastech. Za prvé v nadbytečné diagnostice a vyšetřeních, kde se někdy vyšetřuje spíše „pro jistotu“ než podle klinické indikace. Za druhé v pozdní prevenci a screeningu – systém často platí drahou léčbu komplikací, kterým šlo předejít. Za třetí v nemocniční péči, kde část výkonů stále probíhá lůžkově, přestože by při dobré organizaci mohla být řešena ambulantně, jednodenně nebo doma. A za čtvrté v chronické péči, kde neumíme dostatečně řídit cestu pacienta napříč praktickým lékařem, ambulantním specialistou, nemocnicí a sociálními službami. Důležité je říct: nejde o šetření na pacientovi. Jde o to, aby se veřejné peníze neposílaly do péče, která nepřináší odpovídající zdravotní výsledek. Cochrane Sustainable Healthcare i iniciativa Choosing Wisely dlouhodobě upozorňují, že omezení medicínského excesu

je obtížné, ale nezbytné, protože zbytečná péče může pacientům škodit a zároveň vytlačuje péči skutečně potřebnou.

2. Musíme se posunout od logiky „zaplatíme výkon“ k logice „zaplatíme potřebnou péči, která má pro pacienta prokazatelný přínos“ – tedy Value Based Healthcare. To znamená několik konkrétních změn.

První je systematické vyhodnocování medicínské hodnoty. Úhrada by se měla více opírat o data z PubMed, Cochrane, HTA, klinických doporučených postupů a reálných dat pojišťoven. Nestačí vědět, že výkon existuje. Musíme vědět, pro kterého pacienta, v jaké indikaci, v jaké fázi nemoci a s jakým očekávaným výsledkem má smysl.

Druhá změna je práce s indikací. Největší prostor není v plošném škrtání péče, ale v přesnějším určení, kdy je péče indikovaná a kdy už jde o nízkou hodnotu. To je podstata Choosing Wisely: neříkat „toto nikdy“, ale říkat „toto nedělejme rutinně, pokud nejsou splněny jasné klinické důvody“. Třetí změna je měření výsledků, nejen počtu výkonů. U chronických onemocnění, centrové léčby, operativy nebo prevence musíme sledovat, zda péče skutečně vede k lepším výsledkům – méně komplikací, méně rehospitalizací, lepší funkční stav, delší přežití, vyšší kvalita života, lepší adherence a spokojenost pacienta.

Čtvrtá změna je deimplementace – tedy aktivní opouštění postupů,



Ivan Duškov

kteří už neodpovídají důkazům. To je manažersky těžší než zavádět novinky. Systematické přehledy ukazují, že intervence ke snížení low-value care fungují, ale musejí být cílené: kombinovat data, zpětnou vazbu lékařům, úhradové motivace, doporučené postupy a komunikaci s pacienty. Krátce řečeno: peníze pojištěnců musíme řídit stejně přísně jako klinickou kvalitu. Veřejné zdravotní pojištění nemá platit „co nejvíce péče“, ale co nejvíce zdraví za dostupné prostředky.

3. Já často říkám (a kolegům ve VZP se to moc nelíbí), že dnes jsou české zdravotní pojišťovny často vnímány jako plátcí faktur. To už nejde. Pojišťovna má být strategický nákupčí zdravotní

pěče – tedy instituce, která za peníze pojištěnců nakupuje dostupnou, kvalitní, potřebnou a efektivní péči.

Do budoucna musejí dle mého soudu zdravotní pojišťovny hrát minimálně pět rolí.

Za první datovou roli: identifikovat nadužívání, podužívání, regionální rozdíly, duplicity, pozdní diagnostiku, zbytečné hospitalizace a rozdíly ve výsledcích péče.

Za druhé smluvní roli: nasmolovat péči podle potřeb populace, nikoli jen podle historické sítě. Tam, kde chybí ambulantní péče, musí pojišťovna aktivně vytvářet kapacitu. Tam, kde je nadbytečná nebo nekvalitní péče, musí být schopna smluvní vztah měnit.

Za třetí úhradovou roli: motivovat poskytovatele nejen k objemu výkonů, ale k výsledkům, koordinaci, prevenci a správné indikaci. To neznamená mechanicky zavést value-based healthcare všude. Znamená to používat hodnotově orientované prvky tam, kde dávají smysl a jsou měřitelné.

Za čtvrté koordinační roli: pomáhat pacientovi projít systémem. U screeningu, chronických nemocí nebo duševního zdraví nestačí péči zaplatit; musíme pacienta aktivně dovést ke správnému místu péče.

Za páté evidence-based roli: pojišťovna musí umět říct, že některé postupy podpoří, protože jsou doložené, a jiné nebude dále rozšiřovat, protože jejich přínos není dostatečný. To musí být opřeno o klinická data, nikoli o dojmy nebo lobbying.

Odpovídá MUDr. Jiří Nový, kardiolog, Klinika urgentní medicíny, FN HK

1. Rozhodně ne. Pokud mám vybrat jeden segment, kde je to nejvíce zjevné. Naše zdravotnictví – a mohu porovnat s tím, co jsem viděl v zahraničí na západ od nás (kde samozřejmě mají také své starosti a problémy) – má z mého



Jiří Nový

pohledu jako jeden z hlavních problémů přespříliš neefektivní systém v ambulantní specializované péči. Nemusíte být extra odborník – ti si koneckonců vždy obhájí (tu více, tu méně pravdivě) „svou“ péči – ale stačí si prohlédnout statistiku OECD. Teď budu trochu nudit čísly. Přestože máme jeden z největších počtů návštěv lékaře (každý Čech navštíví lékaře průměrně 9× za rok), tak skutečné měřítko kvality – tedy například očekávaná doba dožití nebo úmrtí, kterému bylo při správné péči možné se vyhnout – vychází ve stejné statistice jako jedna z nejhorších v Evropě. Česká republika má ve statistice OECD 2023 uvedeno 335 preventabilních úmrtí na 100 000 obyvatel. Například podobně velké Dánsko má 174, přestože Dán navštíví lékaře jen zhruba 5× za rok. Z toho je více než zjevné, že zdraví nerovná se počet návštěv u lékaře. Cílem zdravotní péče je na jednom z prvních míst prodloužení života a udržení jeho kvality, nikoliv častá návštěva lékaře.

2. To je samozřejmě ve velmi úzké souvislosti s otázkou výše. Zvýšit zásadním způsobem efektivitu. To se lehko řekne, ale je to poměrně komplexní věc. Pokud chcete je-

den příklad, co změnit relativně snadno a rychle, je to snížení počtu akutních nemocničních lůžek. Máme jeden z nejvyšších počtů v Evropě (u nás 7 na 1000 obyvatel, Dánsko 2,5, průměr OECD je 3–5) a opět odkazují na předchozí otázku. Nevede to k vyšší kvalitě péče. Peníze, které bychom nemuseli vydávat na udržování neefektivní péče v některých nemocnicích, bychom mohli například investovat do nelékařského personálu, kterého máme naopak nejméně z okolních zemí. Často také v médiích slyšíme, že je málo lékařů v České republice, není, počet je jednoznačně nadprůměrný. A to jsme ale zpátky u té efektivitě ve využití dostupných zdrojů.

3. No tak pojišťovny, ty hrají klíčovou roli. A upřímně, pozorují po celou dobu své dosavadní skoro 30leté praxe, že v ní významně a opakovaně selhávají. Nemůžete čekat od politika, že bude někde rušit nemocnici, přestože všechna data ukazují na to, že by tam neměla být. Pojišťovna tuto možnost má a snadno dosažitelnou. Vyžadovat důsledně dodržování podmínek a pravidel. Co tedy nemohu pochopit, je rozpor mezi tím, co vidím ve své reálné praxi, a co pojišťovny akceptují. Za jeden příklad uvedu například situaci, kdy zdravotnické zařízení má nasmolovanou péči, pro kterou fakticky (vidíme to na vlastní oči) nesplňuje personální podmínky. Jednou jsem se zástupců pojišťovny zeptal na konkrétní příklad, který jsem osobně podrobně znal, bylo mi řečeno, že oni ve smlouvě mají pro uvedená zařízení lékařů dost. Že se jednalo o výmysl pouze pro potřeby sepsání smlouvy a uvedený personál v dané nemocnici nikdo nikdy neviděl, jim bylo jaksi jedno. V papírech to sedí. Dalším momentem a výzvou pro pojišťovny je v segmentu ambulantní péče paradox mezi množstvím ambulantních specialistů na počet obyvatel a malá šance

pacienta dostat se k takovému lékaři včas – všichni mají „plno“. V Británii jsem viděl systém, kdy ambulance je povinná přijmout každý rok určité procento „nových“ pacientů, jinak jsou jim kráceny platby, to je za mě třeba velmi efektivní motivace k tomu, přesunout méně nemocné k praktickému lékaři a přijmout ty, kteří specializovanou péči zrovna teď více potřebují. Co tedy očekávám od pojišťoven? Očekávám, že konečně snad začnou plnit svou roli.

Odpovídá MUDr. Jiří Vojtěch, vedoucí lékař, Centrum fetální medicíny, Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze

1. Jako vedoucí lékař Centra fetální medicíny a ultrazvukové diagnostiky na Klinice gynekologie, porodnictví a neonatologie 1. LF UK a VFN v Praze (porodnice U Apolináře) sleduji, jak našim zdravotnickým systémem procházejí těhotné ženy a jejich děti, jaké vlivy je možné vyzorovat a jaké jsou možnosti ovlivnění jejich dlouhodobého zdraví. V odpovědích uvádím příklady z oblasti perinatologie a fetomaternální medicíny, ale tyto problémy jsou podle mě modelové pro celý systém.

Že by veškerá péče byla poskytována potřebně, správně, včas a na správném místě, si nemyslím. V perinatologii vidíme úseky, které fungují naprosto fantasticky, a současně jsou v našem systému místa, kde se generuje značné množství „šumu“, vyšetření bez jasného přínosu pro ženu či dítě. Začnu konkrétním příkladem, který ilustruje obě strany mince: kombinovaný screening v 1. trimestru těhotenství. Ten je ve světě standardní součástí prenatalní péče už více než dvě desetiletí a stojí na jasně definované metodice: ultrazvukové morfologii v 11.–14. týdnu, měření šíjového projasnění, biochemii (PAPP-A, free β -hCG, PLGF), měření střed-



Jiří Vojtěch

ního arteriálního tlaku a průtoků děložními tepnami a kalkulaci rizika ve validovaném softwaru. Takto provedený screening dokáže včas odhalit velkou část chromozomálních a strukturálních vad, a také identifikovat ženy s vysokým rizikem preeklampsie (onemocnění s vysokým krevním tlakem v těhotenství, spojené s projevy orgánového poškození matky a plodu), pro které máme levnou a účinnou prevenci v podobě včas nasazeného nízkodávkového aspirinu.

V České republice ale tento výkon formálně neexistuje jako standardizovaná součást prenatalní péče. Není jasně definován v závazných národních postupech, nemá stanovené podmínky provedení ani audit a nemá přímou úhradu ze zdravotního pojištění. V praxi se „nějak dělá, kdo chce a jak chce“, často nekompletně (bez krevních testů, bez měření krevního tlaku, bez vyšetření děložních cév), někdy bez použití validovaného softwaru, a s nejednotnou interpretací. Přesto mu běžně říkáme „screening“, ačkoli základní parametry screeningu (definovaná cílová populace, standardizovaný protokol, povinný audit kvality a jasně popsany návazný postup) nesplňuje.

Současně platí, že těhotenství a porodů v ČR dlouhodobě ubývá. To by logicky mělo vést k centralizaci, profesionalizaci a systematické kontrole kvality, ne k roztříštěnosti a „garážovým“ řešením bez dohledu. Realita je taková, že v běžné praxi velmi často vidím nesprávně provedený nebo nekompletní I. trimestrální „screening“ a u významné části žen, které skončí s velmi časnou preeklampsií na hranici viability plodu, nebyl screening preeklampsie proveden vůbec. A v těchto případech si nutně kladu otázku, jestli bylo možné rozvoji tak závažného onemocnění zabránit, nebo ho alespoň významně oddálit. To je podle mě ukázkový příklad péče, která není poskytována v pravý čas – a přitom jde o oblast, kde můžeme za velmi málo peněz zabránit velmi drahým a tragickým komplikacím.

Podobný paradox vidíme u novorozenců. V perinatologických centrech se poskytuje superspecializovaná péče, která obstojí ve srovnání s těmi nejlepšími pracovišti na světě, často v limitovaných podmínkách, za cenu obrovského osobního nasazení a za zlomek nákladů, jaké jsou běžné v zahraničí. Neonatologové společně s rodiči „vypiplají“ extrémně nezralé miminko a po propuštění z nemocnice se část těchto dětí, pokud nemají možnost navštěvovat centrum komplexní péče, v systému doslova rozptýlí. Přitom mezinárodní doporučení pro následnou péči o extrémně a velmi nezralé novorozence jasně ukazují, že pro dobrý dlouhodobý výsledek je potřeba koordinovaná práce celého týmu – praktického pediatra, dětského neurologa, kardiologa, pneumologa, oftalmologa, foniatra, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, logopeda, dětského psychologa a eventuálně psychiatra, nutričního terapeuta, sociálního pracovníka a specialistů rané péče. Pokud tato síť chybí nebo nemá dostatečnou kapacitu, část našich „zázračně zachráněných“

novorozenců nedostane šanci plně využít potenciál, který jim špičková intenzivní péče dala.

Do této mozaiky zapadá i fakt, že hlavním „nosičem“ informací o těhotné je v České republice v roce 2026 stále papírová těhotenská průkazka vyplňovaná rukou, v různých verzích, často s hojnou reklamou, bez jednotného standardu a bez robustního elektronického sdílení mezi poskytovateli. Nejde jen o estetický problém, v systému založeném na papíru se nevyhnutelně ztrácejí informace, které by měly být základem pro individualizovanou, datově řízenou péči.

Z perinatologické perspektivy tedy neplatí, že vše, co děláme, je potřebné a optimálně načasované. Vidíme jak nedostatečné využití vysoce účinných, levných nástrojů (screening a prevence), tak roztržitou péči bez standardizace a auditu, která generuje nerovnosti v dostupnosti i kvalitě, jak u matek, tak u dětí.

2. Jako lékař nevnímám „potřebnou péči“ jako restriktivní škrtý, ale jako maximalizaci užítka na jedno vynaložené euro či korunu – pro ženu, její dítě i společnost. Odborníci na gatekeeping ve zdravotnictví již desítky let hovoří o nezbytných změnách, které by vedly ke snížení objemu zbytečné péče a cílené posílení té, která má měřitelný dopad na léčbu onemocnění i dlouhodobě zdraví.

Za prvé, potřebujeme jasně definovat, standardizovat a auditovat klíčové výkony. Na základě těchto parametrů by měl systém umět aktivně působit na poskytovanou péči – pozitivně i negativně.

Za druhé, úhrady by měly následovat kvalitu a přínos, nikoli pouze objem. Dnes existuje paradox, že se relativně snadno financují opakované kontroly, nespecifická zobrazovací vyšetření nebo hospitalizace s minimálním přínosem, zatímco některé vysoce efektivní intervence (v mém oboru to je systematický screening nebo

strukturované sledování žen po těhotenství s hypertenzí) vůbec nejsou ukořtené v úhradových mechanismech. Přitom mezinárodní studie (jako např. POP-HT) ukazují, že jednoduchý program domácího měření tlaku po těhotenství s hypertenzí významně zlepšuje krevní tlak i celkové zdraví v dlouhodobém horizontu. Za třetí, personalizovaná medicína. Musíme například lépe pracovat s konceptem „žena není zmenšený muž“.

Data z velkých studií ukazují, že kardiovaskulární riziko u žen stoupá už při nižších hodnotách krevního tlaku než u mužů. Preeklampsie a další těhotenské komplikace jsou tak v podstatě „stress testem“ ženského kardiovaskulárního aparátu – kardiovaskulárním alarmem, který nám systémově uniká. Čtvrtým předpokladem je digitalizace a sdílení dat. Systém, který spoléhá na papírovou dokumentaci, bude vždy generovat zbytečná vyšetření (protože nikdo neví, co už bylo uděláno) a současně nevyhnutelně přehlédne ty pacienty, kteří by si zasloužili zvýšenou pozornost. Elektronická dokumentace s dobře nastavenými upozorněními (např. „žena po časné preeklampsii → nabídnout program monitorace krevního tlaku“) by pomohla nasměrovat péči tam, kde má největší přidanou hodnotu. A konečně, je potřeba otevřeně mluvit o tom, že některé „oblíbené“ postupy jsou spíše tradicí než medicínou založenou na důkazech. A o tom, že pokud se nám podaří posílit časnou, kvalitní a cílenou péči (zejména tu preventivní), část pozdějších nákladných intervencí vůbec nebude potřeba.

3. Zdravotní pojišťovny dnes vnímám především jako plátce, který reaguje na již zaběhlé klinické zvyklosti, a méně jako aktivního partnera, který by strategicky formoval podobu péče. V oblasti prenatalní péče se to projevuje tím, že klíčové výkony nejsou standardně hrazeny, případně jsou

hrazeny komplikovanými způsoby (např. částečnou refundací z fondů prevence na základě individuální žádosti ženy), zatímco méně účinné nebo málo cílené intervence úhradově zázemí mají.

Do budoucna bych od zdravotních pojišťoven očekával tři věci.

Za prvé, aby byly skutečným „průvodcem“ pacienta systémem. To předpokládá funkční systém, který bude mít (se souhlasem pacienta a v rámci funkční elektronizace) přístup k základním klinickým datům a bude schopný aktivně identifikovat situace, kdy péče chybí, nebo naopak kdy dochází k jejímu nadměrnému využívání.

Za druhé, aby začaly cíleně podporovat a bonifikovat péči, která má jasný dlouhodobý přínos. Z hlediska nákladů jde v preventivní medicíně často o částky v řádu stokorun ročně, zatímco náklady na léčbu infarktu nebo cévní mozkové příhody, včetně ztráty produktivity, jdou do statisíců až milionů.

Za třetí, očekával bych, že pojišťovny pomohou svými daty a motivačními programy kultivovat prostředí: podporou center, která mají prokazatelně excelentní výsledky, a současně tlakem na nápravu tam, kde se to dlouhodobě nedaří, při současném zajištění geografické dostupnosti, což v důsledku znamená spíše menší počet dobře fungujících center.

Těhotné ženy a malé děti jsou z definice zranitelné. Nemůžeme po nich chtít, aby si samy hlídaly, jakou péči mají dostat, ke komu jít a komu se vyhnout. Tohle je role plátců péče a celého systému, který má informovat, jasně definovat pravidla, aktivně hlídat dostupnost a náležitou kvalitu. Posun k partnerskému přístupu, osobní autonomii a příjemnějšímu respektujícímu prostředí se nám postupně docela dobře daří. Teď je ale namísto podívat se už konečně také „pod kapotu“ zdravotnického stroje a vedle vzhledu a pohodlí kabiny začít také systematicky

měřit a hodnotit i výkonost, spolehlivost a efektivitu. V ideálním světě zdravotní pojišťovna není jen plátcem, ale spolutvůrcem péče, který pomáhá definovat standard, motivuje poskytovatele k jeho naplňování a pacientovi pomáhá se v systému orientovat.

Odpovídá MUDr. Petr Čech, neurochirurg, FN Ostrava, DRG expert a konzultant, poradce ministra zdravotnictví

1. Nemyslím si, že veškerá péče v českém zdravotnictví je poskytována potřebně, ve správný čas a na správném místě. Vedle nesporně vysoké kvality máme dlouhodobý problém s nadužíváním některých služeb, zejména u zobrazovacích a laboratorních vyšetření, a také s neoptimálním rozdělením péče mezi ambulantní a lůžkový sektor. Část pacientů je hospitalizována zbytečně, protože chybí kapacita nebo motivace řešit jejich stav ambulantně či v jednodenní péči. Praktický lékař přítom stále není plně využíván jako koordinátor péče a pacient se často pohybuje systémem bez jasného řízení. Pořád nám taky končí hospitalizací více pacientů s dekompenzací chronického onemocnění, než by při správném řízení péče mělo. V ambulantním sektoru chybí důsledná vazba na indikaci – řada výkonů je dostupná snadno, ale bez dostatečné kontroly jejich přínosu. Nesprávné nastavení úhrad jednodenní péče vede v poslední době k nárůstu invazivních vyšetření (hysteroskopií, artroskopií) bez navýšení jejich přínosu pro pacienty či společnost. Roste nám počet bariatrických operací, spondylochirurgických zákroků atd., díky incentívám systému úhrad v úhradové vyhlášce. Efektivita robotiky v některých indikacích a nastavení její úhrady by vydaly na samostatnou publikaci. V akutní lůžkové péči pak systém CZ-DRG velmi dobře třídí přípa-



Petr Čech

dy podle nákladovosti, ale neřeší, zda k hospitalizaci mělo vůbec dojít, a nedokáže dostatečně odlišit komplikace vzniklé během péče od těch, které měl pacient již při přijetí. Systém se pak samozřejmě chová přesně tak, jaké motivace mu nastavujeme.

2. Pokud chceme vydávat prostředky veřejného zdravotního pojištění pouze na potřebnou péči, je nutné změnit především motivace v systému. Základem je posun od úhrady za objem k úhradě za hodnotu, tedy za skutečný přínos pro pacienta. To znamená doplnit stávající nástroje, včetně CZ-DRG, o informace o kvalitě péče, například systematicky rozlišovat diagnózy přítomné při přijetí a komplikace vzniklé v průběhu hospitalizace, a tyto rozdíly promítnout do úhrad. Stejně důležité je zavést jasná indikační pravidla pro nákladné výkony a vyšetření napříč celým systémem, nejen v nemocnicích, ale i v ambulantní sféře. U vybraných výkonů by měla být úhrada podmíněna splněním těchto kritérií. Významnou roli musí sehrát posílení primární péče, která by měla skutečně fungovat jako vstupní brána a koordinátor péče, a současně systematický rozvoj jednodenní chirurgie a ambulantních forem léčby

tam, kde jsou medicínsky vhodné. Současně je potřeba více pracovat s daty a srovnávat poskytovatele mezi sebou i v čase, aby bylo možné identifikovat neefektivní praxi a šířit dobrou praxi z vysoce efektivních pracovišť.

3. Zdravotní pojišťovny dnes hrají spíše roli administrátora úhrad, do budoucna by se však měly stát aktivním nákupčím zdravotní péče. To znamená nejen platit, ale také definovat, jaká péče má být poskytována, v jakém rozsahu a za jakých podmínek. Měly by systematicky sledovat kvalitu a výsledky péče, pracovat s indikacemi a aktivně podporovat přesun péče do efektivnějších segmentů, zejména zbytečných hospitalizací do ambulantní a jednodenní péče. Jejich úkolem by mělo být nastavovat motivace tak, aby systém neodměňoval vyšší produkci nebo vznik komplikací, ale naopak prevenci, efektivitu a skutečný přínos pro pacienta. České zdravotnictví má dostatek dat i nástrojů, ale klíčové je začít je důsledně využívat k řízení hodnoty péče napříč celým systémem.

Odpovídá Ing. Radovan Kouřil, generální ředitel, OZP

1. Z pohledu plátce, kterému dle zákona náleží role kontroly souladnosti poskytnutých služeb s podmínkami úhrady, mi nepřísluší se vyjadřovat k léčebným postupům a indikaci poskytovaných služeb. Nelze ale tvrdit, že veškerá poskytovaná péče je indikována optimálně z hlediska nákladové efektivnosti a časové a místní dostupnosti. Český systém dlouhodobě vykazuje rysy jak nadbytečné, tak duplicitní poskytované péče a zároveň nedostatečné či nedostupné péče.

Za klíčové problematické oblasti lze považovat nadužívání diagnostiky a rozsahu ambulantní péče (vysoký počet kontaktů na obyvatele a opakování vyšetření

bez jasně přidané hodnoty). Dalším důležitým rysem je fragmentace péče na příliš velkou míru specializace a slabá koordinace péče, která vede k paralelnímu sledování pacienta více specialisty bez sdílené dokumentace, s dopady na indikaci dalších služeb. Primární péče přitom dosud neplní zcela roli koordinátora patientské cesty, což je standardem v řadě efektivnějších zdravotnických systémů. V souvislosti s koordinací péče je rovněž důležité posilovat management primární i sekundární prevence a následně chronických stavů k zachování kvality života pacienta a zabránění či oddálení nákladných komplikací. Zásadním problémem je nízká míra využití a sdílenosti dat pro řízení péče.

2. Zajištění finanční udržitelnosti systému vyžaduje změnu v přístupu k alokaci finančních prostředků. Klíčové je opustit model založený primárně na objemu poskytované péče (generování výkonů) a posílit důraz na jejich přínos pro pacienta. Jedním ze zásadních kroků by mělo být faktické posílení primární péče jako vstupního bodu a koordinátora systému. Praktický lékař by měl mít nejen odpovědnost, ale i kompetence a motivace řídit péči o pacienta napříč jednotlivými úrovněmi systému. Současně je nezbytné rozvíjet principy value-based healthcare, tedy vazbu úhrad na skutečné výsledky léčby. To zahrnuje jak změnu úhradových mechanismů směrem ke kombinaci kapitačních plateb, výkonových složek a kvalitativních bonusů i malusů, tak



Radovan Kouřil

zavádění balíčkových úhrad za epizody péče.

Bez digitalizace a sdílení zdravotnické dokumentace nelze těchto cílů efektivně dosáhnout. Interoperabilní datové prostředí je předpokladem pro koordinaci péče, omezení duplicit i pokročilé analytické nástroje.

Pro zajištění toho, že prostředky veřejného zdravotního pojištění budou směřovat primárně do potřebné a kvalitní péče, je nutné kombinovat strukturální, regulační i behaviorální nástroje (koordinace péče, gatekeeping, vazba platby na výsledky léčby, balíčky v širším smyslu, eliminace péče s nízkou klinickou hodnotou, prevence a screening, nákladová efektivita, benchmarking poskytovatelů s úhradovými dopady...).

3. Zdravotní pojišťovny dnes v českém systému veřejného zdravotního

ho pojištění plní nezastupitelnou roli správce veřejných prostředků a garanta dostupnosti péče pro své pojištěnce. V prostředí silně regulovaného systému operují v jasně vymezeném a dost těsném rámci, který určuje jak rozsah hrazené péče, tak do velké míry (sekundárně) i podobu smluvních vztahů s poskytovateli. Jejich role proto není primárně exekutivní ve smyslu „řízení péče“, ale spíše koordináční, stabilizační a zajišťující rovnováhu systému.

Vedle tradičních funkcí, jako je smluvní politika, úhrada zdravotních služeb a revizní činnost, se v posledních letech postupně posiluje i jejich role v oblasti prevence, práce s daty a podpory kvality péče. Zdravotní pojišťovny disponují unikátními populačními daty, která jim umožňují identifikovat rizikové skupiny pacientů, sledovat vzorce čerpání péče a vyhodnocovat její efektivitu v širším kontextu. Jasně nastavené úhrady jim však umožňují pouze nevýznamné promítnutí těchto dat do úhrad. A toto je něco, co je potřeba změnit.

Klíčovým směrem je rozvoj jejich funkce jako partnera poskytovatelů i pacientů, nikoli pouze plátce. Do tohoto směru může patřit využívání dat pro podporu kvality a koordinace péče (nikoli jen pro kontrolní účely), rozvoj programů řízení chronických onemocnění ve spolupráci s poskytovateli, zavádění motivačních prvků v úhradách, které reflektují kvalitu a výsledky péče, podporu inovací, které prokazatelně zvyšují efektivitu systému. To vše je samozřejmě podmíněno disponibilními finančními zdroji.