

Univerzita Karlova  
Fakulta sociálních věd  
Institut sociologických studií  
Katedra veřejné a sociální politiky

Hodnocení konzultanta diplomové práce

Název práce:

**Postavení primární péče a analýza regulačních mechanismů úhrad praktických lékařů pro dospělé v ČR**

Autor: Ivana Koníčková

Konzultant: MUDr. Petr Háva, CSc.

V Praze 20.6.2007

---

Z pozice konzultanta práce musím konstatovat, že se mi s autorkou práce nepodařilo realizovat potřebný **počet a rozsah konzultací** a konečná verze práce mi byla předložena bez možnosti v potřebné míře diskutovat aspoň její závěry, ale i ostatní části. Autorce se podařilo v práci získat a zpracovat poměrně rozsáhlé množství informací především v části, která se týká analýzy regulačních mechanismů úhrad zdravotní péče praktických lékařů v letech 1997-2006. Autorka akceptovala některé počáteční návrhy, zpracovala poměrně extenzivně teoretická východiska práce. Otevřenou otázkou však je, jestli zvolená témata, jejich vztah k existujícím problémům a jejich příčinám, odpovídají společensky významné strukturaci těchto problémů nebo korespondují více nebo jenom profesnímu pohledu skupiny PL?

Celkové kvalitě práce by nepochybně prospěla **pozornější formulace jejích cílů**. Za cíl si totiž Ivana Koníčková vytkla analýzu regulačních mechanismů úhrad a zhodnocení nákladovosti zdravotní péče, poskytované praktickými lékaři. Ve stejném odstavci formuluje autorka hypotézu a v jiném odstavci pak analytické/výzkumné otázky, které se však již nevztahují jenom k regulaci úhrad, ale také k postavení systému primární péče.

Editačně by bylo vhodnější hypotézu přidružit k otázkám. Z průběhu naší diskuse vyplynul návrh, aby **původní úzké zaměření jenom na analýzu regulačních mechanismů úhrad bylo doplněno také o analýzu role a postavení praktických lékařů a systému primární péče v ČR**. Tento návrh autorka akceptovala, promítla jej do pěti výzkumných otázek (str. 9.-10.) a do samotné práce, avšak nereflektovala jej ve formulovaných cílech práce.

Otázkou je, zdali formulace hypotézy ohledně poškození lékařů a pacientů je empiricky za současné situace datové dostupnosti v ČR odpovídajícím způsobem testovatelná. Ze závěru práce víceméně vyplývá, že nikoliv. Prioritní je totiž v takovém případě poškození na straně pacientů a zde by bylo možné jej sledovat např. prostřednictvím stížností pacientů, pokud by v ČR byl akceptován systém pro jejich mimosoudní uplatnění a řešení. Takový návrh však byl opakovaně zmínut zejména vlivem lékařů, pracujících na MZ ČR. Stejně tak v ČR nebyla dosud věnována odpovídající pozornost rozvoji nástrojů pro řízení kvality poskytovaných služeb, výzkumu výsledků. Tyto skutečnosti představují významná omezení možností hodnotit kvantitativně „poškození“ na straně pacientů. Taková poškození jsou sledována systematicky v zahraničí (jde např. o evidenci úmrtí nebo trvalého poškození zdravotního stavu v důsledku špatné nebo nedostačující léčby). Za přínos této práce lze tedy považovat formulaci požadavku na měření výsledků poskytovaných služeb. Bylo např. zajímavé objektivizovat postoje PL k existenci nezávislých mechanismů pro mimosoudní vyřizování stížností ze strany pacientů.

**Pro samotnou analýzu regulačních mechanismů úhrad** poskytovaných služeb (pokud by tedy podle cílů měla být hlavním předmětem práce), by bylo vhodnější, aby byla v rámci teoretických konceptů věnována pozornost především mechanismům úhrad, nákupu služeb, nástrojům v podobě smluvních vztahů, hodnocení potřeb a spotřeby. Je přitom zřejmé, že klasické úhradové mechanismy jako jsou úhrady za výkony či kapitační úhrada, nejsou dostatečně jemným a motivujícím nástrojem. Modernější přístupy se snaží soustředit na vývoj zdravotního stavu pacientů. Zejména jde o starší pacienty, kteří trpí současným výskytem více nemocí (komorbidita). Jde však také o možnosti v dimenzi podpory zdraví. Regulační limity, které byly zavedeny v ČR v průběhu 90. let jsou spíše projevem provizorní nouze jednostranně administrativního přístupu, který sleduje cíl nekontrolovatelného tempa růstu nákladů nad rámec možností růstu příjmů do celého systému.

**Modernějšímu vývoji v ČR brání** významně zájmy na straně zdravotních pojišťoven, kvalifikační limity jejich pracovníků, ale i zájmy samotných poskytovatelů služeb a jejich dodavatelů, kterým by společně nejlépe vyhovoval velmi liberalizovaný systém. Takové uspořádání by však nebylo finančně udržitelné. V ČR však současně nebyly vytvořeny podmínky pro rozvoj potřebného výzkumu a analýz, které by se staly východiskem pro rozvoj modernějších typů úhrad a rozvoj transparentnosti pro všechny účastníky. Analýza vývoje regulačních mechanismů je tedy analýzou spíše rámcového nástroje, který musí být dále

doplněn a více otevřené přístupy analýzy spotřeby. Rozhodně však poskytovatelů služeb nemohou očekávat, tempo růstu nákladů na zdravotní péči lze rychle zvyšovat bez kontroly souvisejících parametrů a bez ohledu na celkový vývoj ekonomiky. Ve zdravotnictví dochází k rozšíření cenotvorby na základě nátlaku poskytovatelů služeb a zejména pak jejich dodavatelů (léčiv, materiálu) na co nejvyšší cenu a nikoliv k cenotvorbě, odvozené od prokazatelných nákladů. Takové postupy cenotvorby jsou však oprávněným předmětem kritiky ze strany veřejnosti.

**V úvodní části** (str. 6. až 9.) se podle mého názoru nepodařilo ještě dobře strukturovat studované problémy a jejich příčiny. Bylo by vhodné v takovém případě pracovat již s odkazy na literaturu, problémy konceptualizovat a operacionalizovat. Větší důraz by pak mohl být kladen a analýzu příčin. Je zřejmé, že praktičtí lékaři v ČR představují profesní skupinu, které dlouhodobě není v rámci celého systému zdravotnických služeb věnována adekvátní pozornost. To se projevuje v několika dimenzích, jež jsou uvedeny v závěru práce (další vzdělávání, odpovědnost, nenaplnění aktivní role v koordinaci poskytované péče pacientovi, v rozsáhlejší aktivní spolupráci s plátcem zdravotnických služeb – model koordinátora, role v oblasti podpory zdraví). PL se stali ohroženou skupinou. Počet mladých lékařů, vstupujících do tohoto oboru se snižuje a neodpovídá vývoji potřeb počtu těchto lékařů v příštích 10-20 letech.

**Pro diskusi postavení a role PL a dalších ambulantních služeb, je užitečné vyjít z teoretických konceptů primární péče.** V současné době spíše převažuje v této teoretické rovině rozšířený model primární péče, který zahrnuje také ambulantní specialisty. Z hlediska mezinárodního srovnání existují v dosaženém stupni rozvoje a organizace ambulantních zdravotnických služeb poměrně značné rozdíly. Určitou exkluzivitou českého zdravotnictví je oddělení PL pro dospělé a PL pro děti a dorost. Před rokem 1990 to byla ještě existence samostatných dorostových lékařů, která byla v průběhu transformace českého zdravotnictví zrušena. Další významnou změnou po roce 1990 byl dvojnásobný růst počtu ambulantních specialistů (Graf č. 5, str. 54). Tyto základní procesy a koncepty autorka zpracovala.

Diskutabilním problémem, na který autorka poukazuje, je **svobodná volba lékaře** (poskytovatele služeb) ze strany pacienta. Autorka reflektuje tento princip jako zdroj negativního vlivu na spotřebu péče, či jako příčinu nemožnosti analyzovat či případně koordinovat vývoj spotřeby péče ve vztahu k pacientovi. Takový závěr nemá empiricky

prokázány a pouze jej přebírá v rovině subjektivních prohlášení jednotlivých lékařů. Koncept praktického lékaře v roli koordinátora je možným řešením pro realizaci analýzy spotřeby péče cestou spolupráce PL s plátcem služeb. Navíc pro objem spotřeby péče jsou rozhodující poskytovatelů služeb a nikoliv pacienti. Zde bych tedy autorku rád upozornil na důležitost empirického doložení závěrů, které jsou z praktického hlediska velmi významné pro tvorbu efektivních regulačních opatření s cílem kontroly spotřeby.

2. kapitola práce se zabývá analýzou primární péče v ČR se zaměřením na PL pro dospělé. V této části jsou však uváděna také některá data o ostatních lékařích v ambulantních službách. Celkově lze hodnotit tuto část za přínosný analytický přehled. Největší přínos práce spočívá v kapitolách 3. a 4., které se věnují analýze vývoje regulačních mechanismů úhrad PL v letech 1997-2006.

**Analýza vývoje nákladů na zdravotní péči PL v kapitole 5.** není bohužel doložena dostatečně přehlednými grafy. Jejich velikost je malá. Koláčové grafy nejsou vhodné pro analýzu časového vývoje v letech 2000-2005. Pro analýzu tohoto vývoje je vhodnější např. graf. č. 9 na str. 67, z kterého je patrné zpomalení tempa meziročního růstu nákladů u PL v porovnání s jinými segmenty ambulantních služeb. Pro analýzu meziročního tempa růst je vhodnější uvést přímo graf s odpovídajícími hodnotami indexu růstu. Pak by byla průkaznost v textu uvedených hodnot přijatelná. Zde se tedy autorce bohužel nepodařilo argumentovat přesvědčivým způsobem. V úvahu je nutné brát tempo růstu nákladů v jednotlivých segmentech služeb a také v oblasti nákladů na léčiva v porovnání s tempem růstu celkových nákladů a s tempem růstu celkových příjmů do zdravotnického systému. Pak lze odpovědně činit související závěry. Je zároveň všeobecně známo, že ambulantní lékaři jsou poměrně rozsáhle korumpováni ze strany výrobců a distributorů léčiv, takže právě oblast preskripce léčiv je jedním z kritických míst celého systému. Ovšem na preskripci se podílí v ambulantních službách spíše ambulantní specialisté. Systém bonifikací a používaných limitů na předepisování léčiv, používaný v ČR, nelze považovat za adekvátní přístup. Jde spíše o důsledek deficitů lékové politiky. Analýza lékové politiky však není předmětem předložené práce.

**Závěr práce** (str. 116.-120.) se vyznačuje určitou převahou pohledů/aspektů ze strany samotných PL. Práce se soustředila jenom na tuto skupinu a její problémy (regulační limity, podcenění role a významu PL v celém systému). Přínos analýzy vývoje regulačních limitů

úhrad v letech 1997-2006 lze spatřovat v souhrnném dokladování této vývojové fáze českého zdravotnictví. Jde tedy o historickou analýzu, historický dokument, který dokumentuje na meziročních tempech růstu vývoj úhrad péče PL.

Probíhající teoretické reflexe a diskuse o systému primární péče se v současné době zaměřují na integrovaný přístup ke spektru ambulantních služeb. Lze tedy říci, že i případné pokračování práce autorky v této oblasti by bylo vhodné rozšířit v souladu s těmito koncepty a snažit se jej event. i doplnit o zlepšení v oblasti ekonomických analýz, měření výsledků a dalších aspektů kvality poskytovaných služeb. Nebylo by dobré, aby se odborně zaměřené analýzy či výzkum zúžily jenom na předměty, které se primárně vztahují ke sféře zájmů jenom jedné profesní skupiny.

Z hlediska veřejné a sociální politiky jsou primárním bodem potřeba, spotřeba a výsledky poskytovaných služeb ve vztahu k pacientovi. K nim pak lze vztahovat produkci služeb v jednotlivých segmentech a hodnotit efektivitu alokace prostředků do těchto segmentů. To však vyžaduje aplikaci odpovídajících analytických nástrojů, jakými jsou např. národní zdravotní účty.

Jiným problémem je dosti podstatná skutečnost, že v ČR došlo ke zdvojnásobení počtu ambulantních specialistů!! To představuje růst nákladů o několik miliard. Otázkou je nakolik je takto naddimenzovaný počet pro fungování celého systému potřebný a jakou váhou se podílí event. i na růstu spotřeby péče, která nemusí být v souladu s její potřebou.

Postavení primární péče lze v předložené práci považovat za předmět prioritního významu. Zde pak je ovšem zapotřebí hodnotit jak jeho vnitřní organizaci, tak i koordinaci, kooperaci, dlouhodobou finanční udržitelnost, relevantní vztah mezi potřebou a spotřebou péče, možnosti rozvoj spolupráce mezi PL a plátcí zdravotnických služeb při hodnocení spotřeby poskytovaných služeb ve vztahu k její potřebě.

Závěr se dotýká na str. 117 také problému ohodnocení práce lékařů. Tento problém není předmětem analýzy v samotné práci, ta se zabývala především regulací úhrad ve vztahu k tempu růstu spotřeby péče. Problematika ohodnocení práce lékařů by vyžadovala další analýzy nákladové struktury poskytovaných služeb, výsledků hospodaření PL a výše jejich disponibilních příjmů. Tyto údaje jsou dostupné jen ve velmi omezeném rozsahu. Je nepochybně zřetelné, že regulace vedla ke vzniku problémů, avšak takové problémy by bylo zapotřebí transparentním způsobem objektivizovat. Samotní lékaři však ve většině případů nejsou nakloněni otevřené spolupráci ohledně sběru dat o nákladech na produkci jejich služeb. Dávají zjevně přednost vyjednávání a smluvním vztahům před nákladovými analýzami a objektivizací. To však vede k netransparentnosti a samozřejmě také ke vzniku závažných a

přítom poměrně zbytečných problémů. Rozvoj demokracie, či rozpor s existencí demokratického státu, na který se autorka na str. 118 odvolává, však znamená transparentnost fungování celého systému pro všechny jeho účastníky a nikoliv taková omezování až zatajování informací, jak tomu již řadu let v českém zdravotnictví je. Je přitom všem zjevné, že postupy MZ ČR koncem roku 2005 a počátkem 2006 rozhodně nelze považovat za projev podpory rozvoje demokracie. V tomto směru jsou kritické reflexe PL oprávněné a jsou naopak objektivním dokladem existence nedemokratického přístupu MZ ČR. Situace se však nijak podstatně nemění. Z pohledu občana je veřejná nedostupnost dat o hospodaření zdravotnictví ještě více znepokojivá. Ve vyspělých státech je obvyklé, že zdravotnické služby jsou předmětem nezávislého výzkumu. Projevem nedemokratického vývoje v ČR je, že výzkum takového typu není v ČR podporován. Autorka sama konstatuje, že se při svém práci potýkala s nedostupností dat.

Z hlediska celkového hodnocení musím konstatovat, že v práci je uvedeno i několik diskutabilních myšlenek, které nejsou dostatečně doloženy a reprezentují spíše zájmové nebo zjednodušující pohledy. Jde např. o:

str. 7: „Pro pacienty platí svobodný pohyb v systému, libovolná spotřeba péče z jejich strany není nijak regulována.“

Str. 7: „Nezvládnutí složité transformace v kontextu globálních a společenských změn poslední doby a značná ekonomická krize ve zdravotnictví bylo zejména počínaje loňským rokem, hlavním důvodem pro otevření celospolečenské diskuse nad systémem našeho zdravotnictví.“

Práci doporučuji i přes uvedené výhrady (formulace cílů nekoresponduje zcela s obsahem, výchozí problémy nejsou strukturovány ve vztahu k jejich známým příčinám, teoretické koncepty by mohly více reflektovat nové vývojové trendy v oblasti úhrad a nákupu zdravotnických služeb) přijmout k obhajobě. Za hlavní přínos práce lze považovat reflexi ekonomické netransparentnosti českého zdravotnictví, která je spolu s nedostačujícím nezávislým výzkumem zdravotnických služeb a jednáním MZ ČR dokladem demokratických deficitů transformace české společnosti a příčinou vzniku významných problémů aktérů zdravotnického systému. V této práci jde především o praktické lékaře a pacienty.