

DOBA DOŽITÍ ... VE ZDRAVÍ




Dostupnost zdravotní péče seniorům

(Klišé – úskalí – šance)

Petr Fiala
AČMN

Konference RS ČR v PSP ČR
2. října 2014



***... třesu se strachem před přízraky,
že jednou ze mne bude taky
důchodce ...***

***„Důchodce“
Karel Kryl, 1968***

Obsah



- I. Doba dožití ... ve zdraví
- II. Dostupnost zdravotní péče seniorům.
 - a) klišé
 - b) úskalí a hrozby
 - c) šance a výzvy
- III. Závěr

I. Doba dožití ... ve zdraví (?)

- „Lékaři nedovedou prodloužit mládí, ale stáří ...“
- V r. '89 byla průměrná délka života cca 69 let u mužů a 76 u žen. Za posledních 25 let se zvýšila na cca **75 let u mužů a 81 let u žen.**
- Komu je dnes 60, má před sebou ještě asi 20 let života, ženy téměř 25 let.
- Poměr Ž : M v 85 letech je až 4:1.
- Proto se někdy říká, že „**Geriatricie je nauka o starých ženách...**“ (mužů se už netýká ...).
- Avšak **zdravotnictví má na dožití vliv jen asi z 20%,** 80% = prostředí, strava, způsob života, genetika aj.
- Sedemdesátník/-ice spotřebuje **víc péče** (a peněz) než devadestátník/-ice.

Co je zdraví?

- První problém: Co je to zdraví? Kdo z nás je zdravý?
- WHO: Zdraví není jen nepřítomnost nemoci, ale „**stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody**“.
Podle této definice se dá ovšem klasifikovat **70–95 %** lidí jako nemocných nebo postižených ...
- **Rehabilitační medicína** proto dnes hodnotí spíš **funkční obtíže** vůči určité činnosti atp. („disability“).
- „**Doba dožití ve zdraví**“ je značně **vágní pojem** a je třeba být při jeho interpretaci velmi obezřetný – je povýtce subjektivní a nevyjadřuje jen zdraví samo, ale např. i své vlastní postoje ke zdraví, finanční, kulturní či sociální situaci a řadu dalších charakteristik.

Dožití ve zdraví ...

- Přesto **DG-Sanco** („Min. zdravotnictví EU“) přišlo v r. 2004 s projektem EHEMU – „monitorovací jednotka evrop. Očekávané délky života ve zdraví“, první výsledky v r. 2008.
- Sleduje se počet zbývajících let od 65 (tj. vlastní stáří) bez/se **zdravotním** omezením.
- Protože se touto problematikou blíže **nezabývám**, odkazují na jiné obory (statistika, sociální lékařství, epidemiologie atp.) a na webové stránky www.ehemu.eu nebo na náš ÚZIS.
- Jiná věc je ovšem **vnější rámec** toho, co trápí naše seniory v našem zdravotnictví a v sociální péči.

II. Dostupnost zdrav. péče seniorům

Úvodní poznámky:

1. Budeme zkoumat onen **vnější rámec, tj. podmínky dostupnosti** zdravotní a sociální péče pro seniory.
2. Zaměříme se na některá **klišé, úskalí, hrozby** a nakonec na **šance** pro seniory.
3. V něčem naváží na minulou přednášku z 13.12.2013.
4. **Systemy zdravotnictví:** Země Evropy mají buď pojišťovenství nebo „NHS“, v USA tržní systém.
5. Tržní systém stál USA **17,7%** HDP (2011) země EU vystačily s **9-11%**, Visegrád kolem **7%**. Na osobu a na rok cca **7 : 4-5 : 2 tis. dolarů** dle „PPP“.
6. **Tržní zdrav. není systémové**, je dražší, neboť hledá svůj prospěch (zisk), veřejné zdrav. hledá **prospěch pacienta**, v tom smyslu je systémové (efektivnější).

a) Kliše

- Důchodce a jeho důchod.
- Problematika srovnávání.
- Máme nízkou „**spoluúčast**“.
- Když dva dělají totéž ...
- Máme nízké **soukromé výdaje**, a vysoké veřejné výdaje na zdravotnictví.
- Za ty, kteří na to nemají, mají kompenzovat „spoluúčast“ na zdravotní péči **sociální zdroje**.
- Na zdravotnictví a sociální péči si musíme **napřed vydělat**.
- Podobných kliše existuje řada, podíváme-li se na ně blíže, vidíme, že jen málokdy se zakládají na realitě.

Důchodce a jeho důchod

- Mluvíme-li o seniorech, mluvíme hl. o **důchodcích**.
- Změnilo se jejich postavení za 45 let po Krylově písni?
- Náš **průměrný důchod činí dnes kolem 11 tis. Kč** měsíčně (M-12 tis., Ž-10 tis.). **Rádi by aspoň 15.tis ...**
- Náš průměrný hrubý plat = 25-26 tis. Kč, ale cca 2/3 na něj nedosáhnou. Medián je kolem 20 tis. Kč.
- Čistý plat = v průměru 20 tis. Kč (medián cca 16 tis). Proto v rodinách zpravidla **musí vydělávat oba rodiče**, aby uživili rodinu. **Malá šance na velké úspory.**
- **Obzvláštní problémy** mají samoživitelky, chronicky nemocní, nezaměstnaní, osamělí důchodci ... atd.
- Výsledek: **Důchodci mají sotva na přežití**, nikoliv na důstojný a plnohodnotný život.

Problematika srovnávání

- Mezinárodní srovnání ve zdrav. a soc. sféře je velmi **ošidné**, v každé zemi bývá odlišné nastavení.
- **Chybí „společný jmenovatel“** (např. + veř. služby).
- Často: minim. důchod + různé fondy, jinde ne. Obecně jsou **důchody v EU výrazně vyšší** než v ČR.
- Např. v SRN je prům. důchod cca 60 tis. Kč (2300 Euro), kdy 40 tis. dá stát, ostatní z jiných zdrojů.
- Obvykle činí v EU důchod cca **55-80% prům. mzdy**.
- **Důchodci v EU-15** mohou dál žít svým vlastním životem, ani **výdaje na zdraví je výrazně neomezuují**.

Průměrná měsíční mzda v některých zemích EU v r. 2012.

Země	DK	D	A	S	GR	CZ
Tis. Euro	4,4	3,4	3,7	2,8	1,6	0,9

Zdroj:
OECD Stat. 2014

O nízké spoluúčasti

- Obecně platí, že zdravotnictví si v EU **lidé platí na 100% sami**, a to buď z daní (odvodů) na pojistné nebo v hotovosti. **Nikdo jim nic nedaruje!**
- Rozdíl je jen v tom, jak které země tu víc, tu míň uplatňují různé složky, a jak vypadá výsledek.
- Např. v Rakousku jsou **nízké odvody** na pojistné - cca 7% (platí je i důchodci), a regulují výdaje vyššími „příplatky“ v hotovosti, které jsou 20-25% (22,8% v r. 2012).
- U nás jsme zvolili **opačný postup**. Relativně vyšší odvody (13,5%) a nižší platby v hotovosti.
- Výsledek: I tak máme se vším všudy 2 - 2,5x nižší výdaje na zdravotnictví proti EU-15 ...

Duo cum faciunt idem, non est idem

- **Když dva dělají totéž, není to totéž ...**
- Je evidentní, že když česká **důchodkyně** dá ze svého důchodu (10 tis. Kč) v nemocnici 60 či 100 Kč denně, dál platí byt, režii, léky, zdrav. pomůcky atd., **nemá kde brát**. ÚS proto mluví o „**rdousivém efektu**“.
- Němečtí, belgičtí, finští či italští důchodci zkrátka ze svých důchodů zvládnou i **dramaticky vyšší „spoluúčast“** než u nás. Tyto platby je „nerdousí“.
- Jiné klišé praví, že **stejně problémy jako my** mají se stárnutím populace a se zdrav. a sociální problematikou všude. Rádi se na to **vymlouváme**.
- Toto klišé připomíná větu „**Vím, že nic nevím.**“; Jinak zní od Sokrata, jinak od propadajícího třetáka...

O nízkých soukromých výdajích

- Podle některých máme u nás nízké „soukromé“ výdaje, a vysoké „veřejné“ výdaje.
- Už jsme si řekli, že si 100% stejně musíme všichni zaplatit ze svého.
- Tento ukazatel má proto jen **nevalnou** vypovídací schopnost, ale i tak ... :

Země 2012	% veř. výdajů	% soukr. výdajů
CZ	83,5	16,3
DK	85,2	14,8
A	77,2	22,8
NL	85,6	14,2
D	77,2	22,8
USA	48,6	51,4

Zdroj: OECD Health Stat., 2014

O sociálních kompenzacích

- Zejména **zdravotní pojišťovny** tvrdí, že mnoho hospitalizací je „sociálních“, a ony je nebudou platit. Poplatky soc. slabých má kompenzovat „**sociální síť**“.
- Ze strany **MPSV** slyšíme, že jim nepřísluší platit zdravotní péči, a to ani v sociálních zařízeních.
- Prvním výsledkem je, že potřebnou péči si musí **doplatit sami senioři bez kompenzací** ze svého, tj. ze svých průměrných důchodů (či s pomocí rodiny).
- Druhým výsledkem je **celkové podfinancování** péče na rozhraní sociálním a zdravotním.
- Třetím výsledkem je, že **bez přiznání „bezmocnosti“** se dnes téměř nikdo nedostane do DD, DSP atd....

„**Musíme si na to napřed vydělat.**“

- Jiné klišé praví, že si na sociální služby a zdravotnictví **musíme napřed vydělat**. Hodnota služeb je pak prakticky daná pouze disponibilními zdroji.
- Toto klišé je jedním z nejzatvrzelejších reliktnů komunistické ek. teorie, která tvrdila, že **služby nevytvářejí (nad-)hodnotu**, a musíme si na ně napřed vydělat ve výrobě.
- Pikantní je, že to i dnes zní z úst „**pravicových ekonomů** (!) v bývalých „soc. zemích“ ...
- **Postup je opačný**: I veřejné služby mají svou reálnou cenu, **nutné náklady**, kt. je třeba uhradit. Buď z veřejných nebo ze soukromých zdrojů.

b) Úskalí a hrozby ⁽¹⁾

1. **Nízké výdaje na zdravotnictví** – kolem 7% HDP.
2. **Neúsporné uspořádání zdravotnictví – hybrid** tržního a regulovaného zdrav. Vывádění peněz mimo rezort. Podle kvalif. odhadů je to 10-15% (30-40 mld. ročně). Např.:
 - a) **Outsourcing** = režie + zisk.
 - b) **„Lukrativní obory“** – úhrady jsou výrazně vyšší než nutné náklady.
 - c) **Klasické tunely** – týká se nejen Homolky.
3. **Rozpad struktury nemocnic** – každý, kdo se dokáže domluvit se ZP, může dělat cokoliv (lukrativního), chybí bývalá hierarchie: **okresní-krajské-centrální** nem.

Úskalí a hrozby (2)

4. **Extrémní postoje** – např. kapitační platby x výkonový systém nebo paušály x DRG; vše vyřeší trh x je třeba regulací atd. Nejobtížnější je **hledání rovnováhy** při tvrdém lobbingu silných hráčů.
5. **Odchody sester a lékařů** – lékaři mizí po stovkách v cizině, sestry jdou do jiných odvětví. Vyšším počtům odcházejících **paradoxně zabránila krize**. Ale co bude teď po krizi ...?
6. **Snižování počtu ek. aktivních lidí** – uvádí se jako výrazný problém. Ve skutečnosti se s tím už řada zemí potýká a docela dobře vyrovnává. Např. v ČR máme ca 60% ek. aktivních nad 15 let, B – 52%, GB 51%, I – 48% atd.

Úskalí a hrozby ⁽³⁾

7. **Připravovaná obchodní smlouva USA-EU („TTIP“)** !!! – neveřejná jednání, a tak se málo ví, že USA prosazují možnost podnikání amerických fin. skupin i ve veřejných službách, např. ve zdrav. Zděšení v GB, neboť konzervativní premiér Cameron ji víceméně podporuje! Více např.:

<http://www.independent.co.uk/news/uk/politics/>

Jedná se patrně o strategicky nejvýznamnější hrozbu celému evropskému zdravotnictví od 2.svět. války!

c) Šance a výzvy

- V první řadě jde o to říci si, zda a jak chceme v ČR **zlepšit poměry** ve zdravotnictví a soc. sféře, hlavně pro seniory, kt. ji nejvíce potřebují. **Máme šanci?**
- Mám za to, že pořád **lze navázat na vše dobré** z naší minulosti a mnohé dobré převzít z EU-15. Není třeba „objevovat Ameriku“ – a to ani doslova.
- Naše zdravotnictví v podstatě lze **kultivovat**. Pojišťovenský systém může být efektivnější než v současnosti. Existuje celá řada možností a šancí. Zmíním tři:
 - 1. Neziskové nemocnice**
 - 2. Ošetrovatelské pojištění**
 - 3. Populační exploze a produktivita práce**

Neziskové nemocnice

- Rozhodující množství nemocnic v EU-15 funguje na neziskovém principu. Tím se **snižují náklady nejméně o zisk**, s nímž pracují všechny ziskové subjekty.
- Není rozhodující **právní forma**, neboť na všechny platí **stejná pravidla**. Důležitá je kodifikovaná analytická evidence a rovný přístup k veřejným zdrojům. **Za stejnou práci stejnou odměnu.**
- Pro nás je to šance lépe využít 300 mld. Kč ročně.
- Dřívější snahy („Lex Koudelka“ či „Lex Rath-Kunštek“) nevedly k cíli. Musíme začít „de novo“.
- Současná vláda má **šanci tento stav změnit.**

Ošetrovatelské pojištění

- Např. v Německu má jejich „sociální pojištění“ pět sloupů: pojištění ve stáří, v nemoci, při úrazu, v nezaměstnanosti a od r. 1995 i „ošetrovatelské“.
- Pro seniory v ČR je to patrně jediná šance („Kolumbovo vejce“) jak překlenout mezeru na rozhraní „zdravotně-sociálním“ či „sociálně-zdravotním“.
- MPSV a MZd. ČR se za 25 let nedokázaly dohodnout, nevidím žádný nový důvod, proč by měly nyní.
- **Princip:** Část zdrojů se vezme ze sociálních a část ze zdrav. fondů. Technické zvládnutí není složité. V SRN v r. '95 odhadli odvody na 3,2%, nyní realita cca 4,7%.

Populační exploze a produktivita práce

- **Prognózy populace** jsou často nepřesné: v r. '73 jsme čekali, že v r. 2000 nás bude cca 15 mld. ...
- **Realita:** Lidstvo neroste po **exponenciále**, ale spíš inverzně po **logaritmické křivce** (jakýsi „**gen lidstva**“?).
- Navíc: Vývoj ukazuje **potenciál, aby čím dál méně lidí uživilo čím dál víc důchodců**. Viz ek. aktivní populace.
- **Klíčem je produktivita práce**, která je u nás stále zlomkem vyspělého světa:
- V r. 1973 připouštěly i sovětské zdroje (Cagolov), že produktivita práce v sov. bloku je jen 1/5-1/3 ku USA.
- Současnost v ČR: cca 2 pracující na 1 důchodce.
- **Budoucnost: 1 pracující může uživit 2 i více důchodců díky výrazně vyšší produktivitě práce.**

III. Závěr

- **Je na čase s problémy seniorů něco udělat.**
Možnosti řešení existují.
- Dnes jde hlavně o to, zda má současná vláda zájem, **aby se pro seniory v tomto směru cosi udělalo** či bude-li hledat důvody, proč to nebo ono nejde ...
- Nepochybně tu existují dvě odlišné skupiny, **dva rozdílné názorové světy** či vize zdravotnictví: jedna spíše **evropská sociální**, druhá spíše **americká tržní**. Myslím, že tyto dva pohledy se patně nikdy nesblíží.
- Jen aby se nám v těchto sporech nevytratilo to nejdůležitější – člověk, ať už jako **senior či pacient**.

Děkuji Vám za pozornost

A thick, horizontal yellow brushstroke with a textured, painterly appearance, spanning across the width of the slide below the text.

petrfiala@hotmail.com