



# Analýza českého zdravotnictví

2010

# **Analýza českého zdravotnictví**

**Lékařský odborový klub – svaz českých lékařů**

V Praze dne 31. 8. 2010

## Obsah

Shrnutí.....	4
Úvod.....	5
1. Odměňování lékařů.....	7
1.1. Nové výzvy a měnící se prostředí poskytování péče.....	10
1.2. Migrace lékařů .....	10
1.3. Motivace lékařů a jejich odměňování .....	10
1.4. Měření výkonnosti a produktivity lékařů .....	12
2. Finanční rezervy současného zdravotnictví.....	13
2.1. Omezení suplování sociální péče zdravotnictvím .....	17
2.2. Posílení konkurence mezi zdravotními pojišťovnami – nominální pojistné.....	18
2.3. Opatření vedoucí k omezení neefektivního hospodaření poskytovatelů .....	19
2.3.1. Povinné internetové aukce .....	19
2.3.2. Závazné seznamy cen přístrojů.....	20
2.3.3. Centralizace nákupů .....	21
2.3.4. Management lidských zdrojů.....	22
2.4. Změna nastavení úhrad ve směru respektování regionální nemocnosti .....	22
3. Možnosti navýšení příjmů českého zdravotnictví.....	25
3.1. Vyjmutí úrazů z veřejného zdravotního pojištění .....	27
3.2. Změny ve výběru pojistného .....	29
3.2.1. Navýšení pojistného za OSVČ .....	29
3.2.2. Asignace spotřebních daní a zvýšení spotřebních daní z piva .....	30
3.2.3. Zavedení a asignace daně z „nezdravých“ potravin.....	31
3.3. Navýšení příjmů zdravotnických zařízení z krajských a obecních rozpočtů .....	31
3.4. Umožnění příplácení na nadstandard .....	32
3.5. Navýšení spoluúčasti pacientů .....	34
Závěr .....	35

## Shrnutí

Podíl zdravotnictví na HDP dosahuje v České republice 7,1 %, zatímco v průměrné zemi OECD 9 %. (OECD Health Data 2010, rok 2008). Zdravotnictví je sektorem s vysokým podílem lidské práce, osobní náklady tvoří 44,2 % výdajů zdravotnických zařízení ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)). Nízké výdaje na zdravotnictví jsou umožněny mimo jiné nižším ohodnocením pracovníků ve zdravotnictví; zatímco v OECD dosahuje mzda lékaře specialisty trojnásobku průměrné mzdy, v České republice dosahuje pouze 1,9 násobku (Health at a Glance 2009).

České zdravotnictví čeká v blízké budoucnosti mnoho výzev, mezi které patří rostoucí nároky obyvatelstva na kvalitu zdravotní péče či stárnutí populace. Aby české zdravotnictví dokázalo odpovědět na měnící se potřeby společnosti, potřebuje kvalitní lidský kapitál. Současná úroveň ohodnocení lékařů však nevytváří dostatečnou motivaci pro vytvoření a udržení kvalitního lidského kapitálu v českém zdravotnictví.

V současném systému financování zdravotnictví existují rezervy, které by dokázaly pokrýt zvýšení příjmu lékařů bez radikálního omezování jejich počtu. Tyto rezervy lze hledat jak v neefektivním nastavení systému veřejného zdravotního pojištění, tak v neefektivním hospodaření poskytovatelů.

Omezení neefektivního hospodaření zdravotních pojišťoven a zároveň navýšení zdrojů zdravotnictví by bylo možné docílit zavedením nominálního pojistného. Ke zvýšení efektivity hospodaření poskytovatelů přispěje zavedení povinných internetových aukcí na nákupy léčiv, zdravotnických prostředků a materiálu, dále závazná databáze cen drahých přístrojů, centralizace nákupů a kvalitnější management lidských zdrojů. K úsporám může dojít i v oblasti dlouhodobé péče, ve které zdravotnictví často zbytečně supljuje sociální systém.

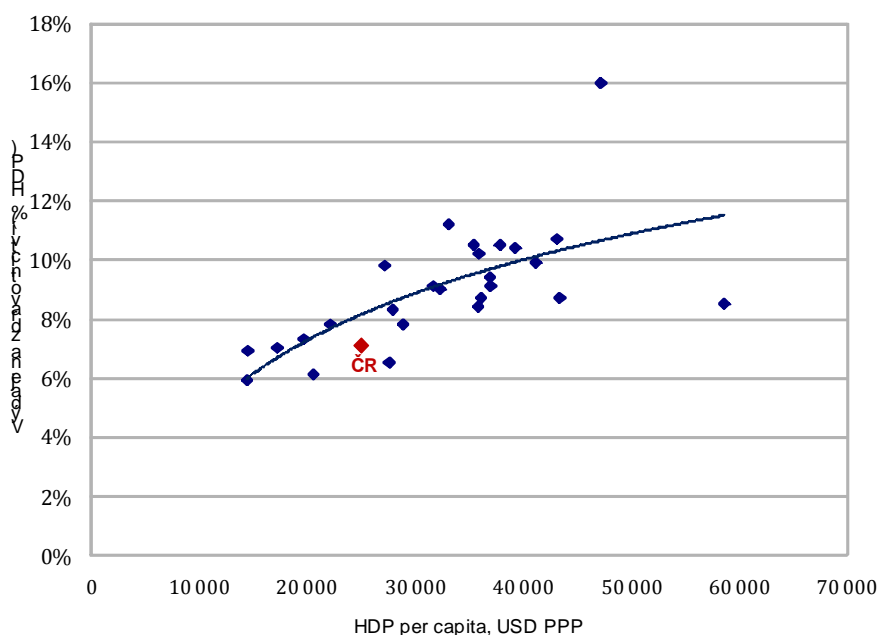
Možností získání prostředků pro navýšení finančního ohodnocení lékařů je ovšem více. Vzhledem k nízkému podílu zdravotnictví na HDP v České republice se nabízí navýšení zdrojů zdravotnictví, a to jak zdrojů veřejných (tj. s povinnou účastí pro obyvatelstvo), tak zdrojů soukromých. Z veřejných zdrojů se jako vhodné jeví vyjmutí úrazů z veřejného zdravotního pojištění a zavedení povinného připojištění pro případ úrazu, navýšení plateb na zdravotní pojištění OSVČ, asignace a zvýšení spotřebních daní z piva, vína, lihu a tabáku na zdravotnictví či zavedení a asignace daně z „nezdravých“ potravin vedoucích k obezitě na zdravotnictví.

Ve srovnání se zahraničím lze také na první pohled vidět rezervy v oblasti soukromých zdrojů ve zdravotnictví. Nejen, že české domácnosti vydají na alkohol a cigarety více prostředků než na péči o své zdraví, ale i z mezinárodního hlediska je v České republice podíl soukromých zdrojů na financování zdravotnictví nízký. Z hlediska mezinárodního srovnání v České republice zaostává zejména segment soukromého zdravotního pojištění. Vhodným navýšením soukromých zdrojů se jeví zavedení možnosti připlácení na nadstandard nebo zavedení spoluúčasti pacientů na léčbě po vzoru francouzského systému.

## Úvod

České zdravotnictví patří dlouhodobě mezi nejlevnější systémy mezi státy OECD. Zatímco průměrně věnují vyspělé ekonomiky zdravotnictví 9 % HDP, v České republice představovaly výdaje na zdravotnictví v roce 2008 pouze 7,1 % HDP (OECD Health Data 2010, rok 2008, [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)). Ani v případě, že bereme v úvahu ekonomickou úroveň České republiky, nedosahuje tento podíl odpovídající výše. Graf výdajů na zdravotnictví v procentech HDP ve vztahu k ekonomické vyspělosti země měřené HDP per capita ukazuje, že Česká republika na zdravotnictví šetří.

Graf č. 1.: Výdaje na zdravotnictví v % HDP ve vztahu k HDP per capita (USD, PPP), rok 2008

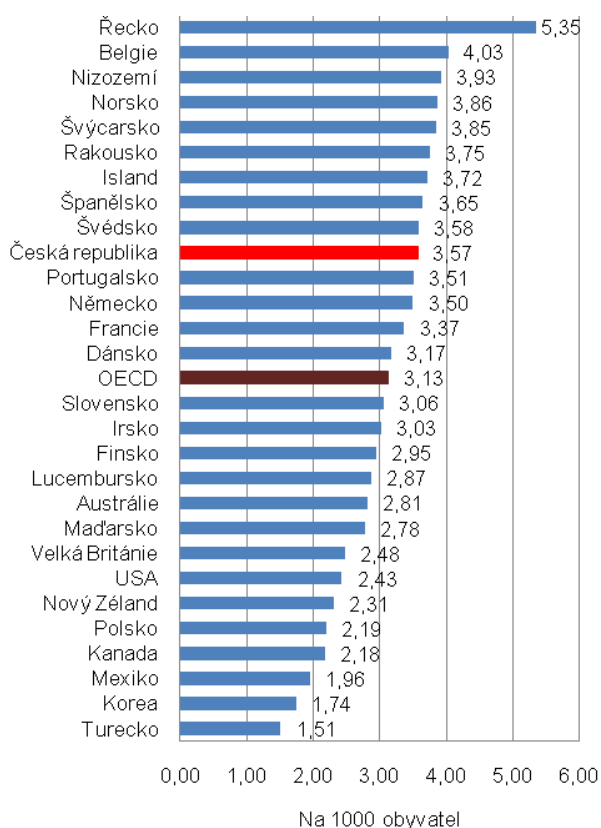


Zdroj: OECD Health Data 2010

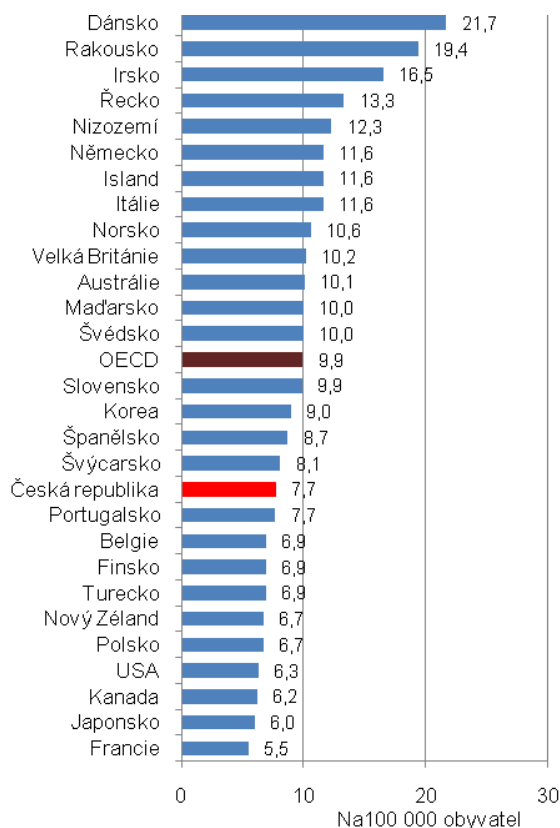
Zdravotnictví patří mezi sektory s vysokým podílem lidské práce. Osobní výdaje tvoří 44,2 % výdajů zdravotnických zařízení ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz), rok 2008). Nízké náklady českého zdravotnictví jsou z velké části umožněny relativně nižším ohodnocením práce zdravotnického personálu. Zatímco mzda lékaře specialisty dosahuje v zemích OECD průměrně trojnásobku průměrné mzdy v ekonomice, v České republice dosahuje pouze 1,9 násobku průměrné mzdy, pro specialisty – podnikatele dosahuje příjem sice 3,1 násobku průměrné mzdy, v OECD však 4,6 násobku (Health at a Glance 2009 – OECD Indicators, <http://www.oecd.org/health/healthataglance>).

Zatímco na první pohled se zdá počet lékařů v České republice více než dostatečný (viz Graf č. 2), již druhý pohled na vývoj počtu absolventů lékařských fakult (graf č. 3) nám ukazuje, že nedostatečné odměňování lékařů představuje pro Českou republiku časovanou bombu. Z hlediska rozložení mezi sektory je také nutno zmínit, že je ve srovnání se zahraničím lékařů relativně málo v nemocnicích a primární péči, zato podíl ambulantních specialistů patří mezi nejvyšší.

Graf č. 2: Počet lékařů na 1000 obyvatel



Graf č. 3: Počet absolventů na 100 000 obyvatel



Zdroj: OECD, Health at a Glance 2009 (rok 2007 nebo poslední dostupný)

Cílem této analýzy je odpovědět na otázky, kde najít ve zdravotnictví prostředky pro adekvátní ohodnocení zdravotnického personálu, které zabezpečí kvalitní zdravotní péči pro občany České republiky. První část analýzy předloží základní fakta o odměňování lékařů a nových výzvách, kterým lékaři budou muset v blízké budoucnosti čelit, druhá část se zaměří na finanční možnosti současného zdravotnictví bez navyšování příjmové stránky včetně SLET analýzy (analýza založená na zkoumání sociálních, legislativních, ekonomických a technologických faktorů) jednotlivých opatření, třetí část nastíní cesty navýšení zdrojů zdravotnictví v podmínkách České republiky roku 2010 taktéž včetně SLET analýzy.

## 1. Odměňování lékařů

V roce 2008 bylo podle předpisů o platu odměňováno 12 109 lékařů a zubních lékařů<sup>1</sup>. Průměrný měsíční plat lékařů a zubních lékařů ve státním sektoru dosahoval 45 781 Kč. Z celkového počtu odměňovaných podle předpisů o platu bylo 55 % lékařů a zubních lékařů zařazeno ve 14. platové třídě s průměrným měsíčním platem 53 213 Kč, 18 % ve 13. platové třídě s průměrným měsíčním platem 38 433 Kč a přes 20 % ve 12. platové třídě, kde průměrný měsíční plat představoval 30 082 Kč. Důležitou proměnnou je ovšem i struktura příjmu lékařů. Tarifní plat v roce 2008 představoval pouze 49,3 % příjmu lékařů, 8,6 % tvořil plat za práci přesčas, odměny 12,4 % a osobní příspěvek 10,7 % (Zdravotnická ročenka české republiky 2008, ÚZIS, 2009).

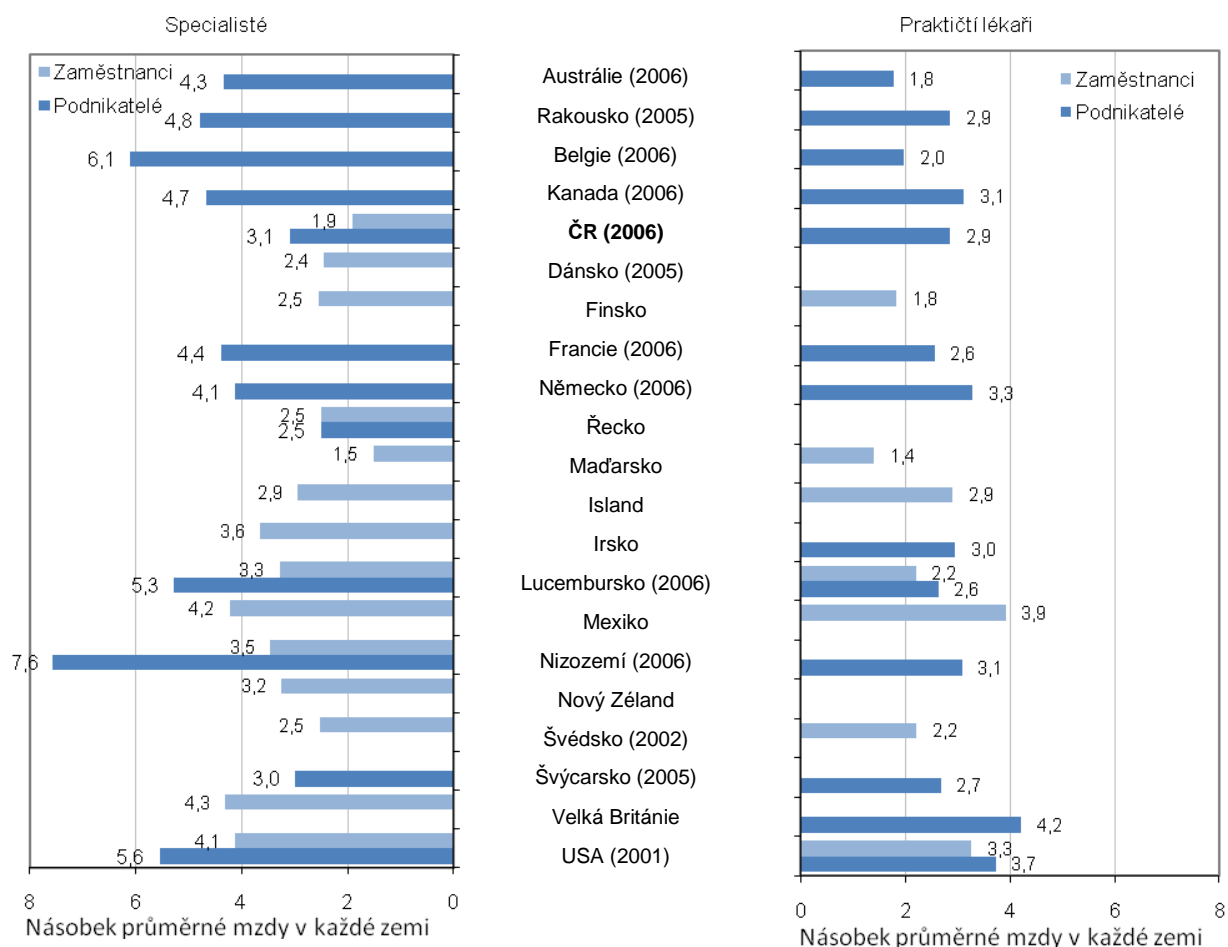
Průměrná mzda lékařů a zubních lékařů – zaměstnanců v privátních zdravotnických zařízeních byla nižší než průměrný příjem lékařů ve státním sektoru a činila 43 767 Kč, ovšem lékaři a zubní lékaři – zaměstnavatelé, kteří tvoří v privátních zařízeních převážnou část lékařů, do výpočtu zahrnutí nejsou, protože pobírají podnikatelskou odměnu. (Zdravotnická ročenka 2008)

Mezinárodní srovnání odměňování lékařů je z hlediska odlišností systémů odměňování lékařů a nízké kvality mezinárodních dat v této oblasti obtížné, dostupná data ovšem ukazují, že z hlediska relativní výše mzdy lékařů - specialistů vzhledem k průměrné mzdě v ekonomice jsou čeští lékaři ohodnoceni méně, než je v zahraničí, s výjimkou Maďarska, běžné. Relativní příjem praktických lékařů odpovídá zahraniční úrovni. (Grafy č. 4 a 5)

---

<sup>1</sup>Podle předpisů o platu jsou odměňováni zaměstnanci příspěvkových organizací a organizačních složek státu (zřizovatel MZ, kraj, obec a město, ostatní centrální orgány)

Grafy č. 4 a 5: Rozdíly v odměňování lékařů, násobek průměrné mzdy, rok 2007 nebo poslední dostupný



Zdroj: OECD, Health at a Glance 2009

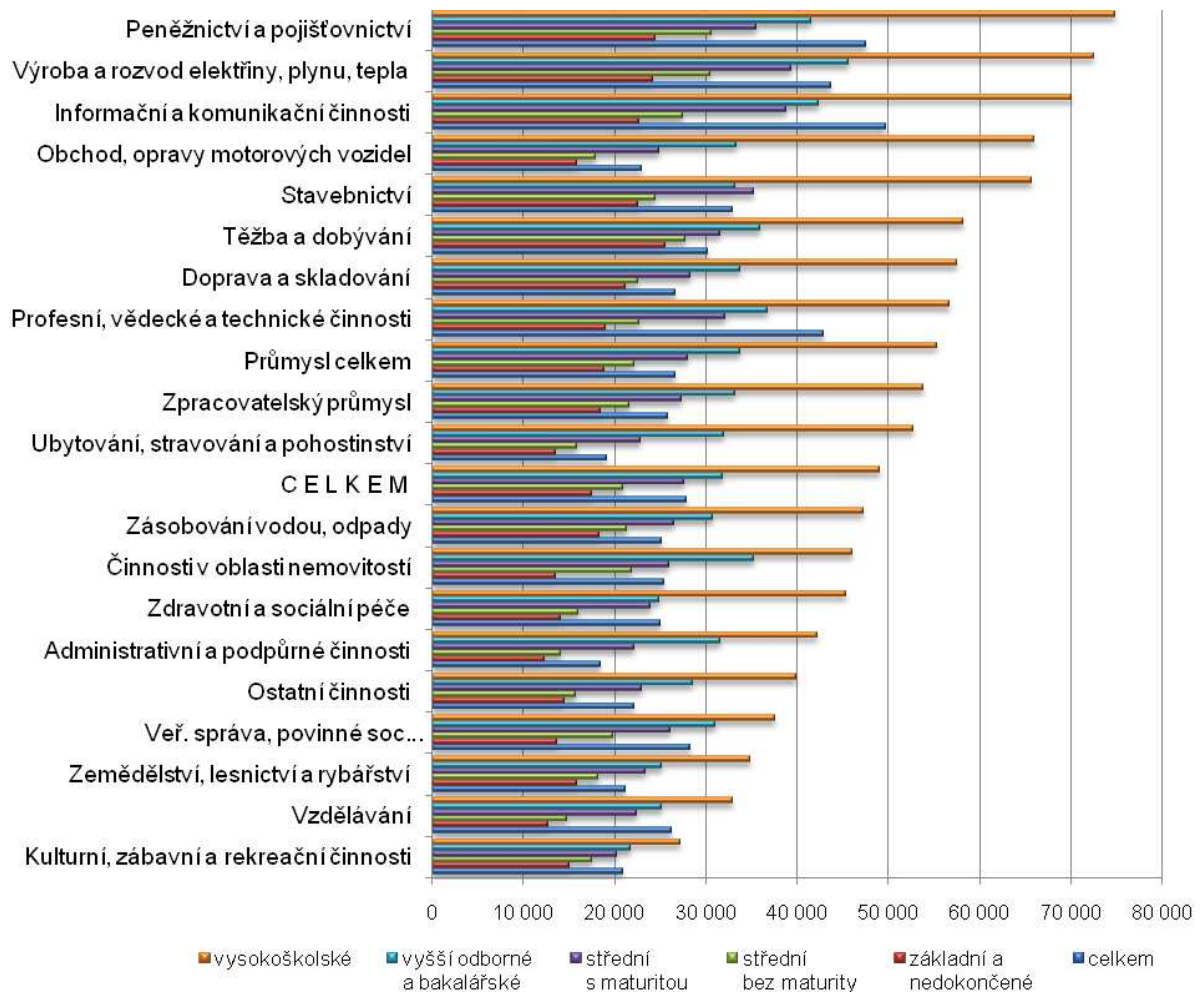
Hodnotíme-li mzdy a platy lékařů z hlediska teorie lidského kapitálu, nacházíme v České republice významné nesrovnalosti. Podle této teorie odpovídá mzda jedince jeho mezní produktivitě, která je určena výší lidského kapitálu aproximovaného vzděláním. Již zběžný pohled na graf průměrné měsíční mzdy v závislosti na vzdělání a odvětví zaměstnání (viz graf č. 6) ukazuje, že ve zdravotnictví jsou oproti průměru České republiky níže ohodnoceny všechny kategorie vzdělání.

Regresní analýza meziodvětvových mzdových diferencíálů v České republice odhalila pro odvětví zdravotnictví negativní mzdový diferencíál ve výši 5,4 %<sup>2</sup>, to znamená, že osoba stejného pohlaví a věku, stejného stupně vzdělání a s identickou délkou praxe je ohodnocena méně, než by získala v jiných sektorech národního hospodářství.

<sup>2</sup> Jelínková, K. (2009): Meziobvětvové mzdové diferencíály v České republice, IES FSV UK



Graf č. 6: Průměrná hrubá měsíční mzda podle odvětví a vzdělání v roce 2009 (Kč za měsíc)



Zdroj: Struktura mezd zaměstnanců v roce 2009, <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/3109-10>

Výše odměňování činí lékařské profese atraktivní a zajišťuje tak dostatečný přísun kvalitních lidí do tohoto sektoru. Pokud nebudou lékaři v odpovídajícím postavení v rámci žebříčku odměňování, dojde k poklesu jejich počtu (nejprve k poklesu počtu studentů medicíny, za několik let k poklesu počtu absolventů a nových lékařů atd.)

Kvalita lékařské práce přímo ovlivňuje výsledky celého zdravotnického sektoru. Pokud lékařům vytvoříme lepší podmínky, kvalitnější vzdělávání, odpovídající ohodnocení a moderní infrastrukturu a technické vybavení, budou výsledky jejich práce přispívat k blahobytu celé země.

Dlouhodobé ignorování přínosů práce lékařů vede k deterioraci jejich počtu (zejména v některých odbornostech a regionech), nedostatku profesionálů pro další vzdělávání či pro vědu a výzkum. Znalosti a praxe pak neodpovídají moderním potřebám měnící se nemocnosti obyvatel a postupem času může dojít k zhoršování výsledků poskytované péče i přes maximální snahu a vypětí všech.

### 1.1. Nové výzvy a měnící se prostředí poskytování péče

Zdravotní systém snad nejvíce ze všech veřejných programů bude v budoucnu čelit stárnutí populace. Změna demografické struktury změní potřeby obyvatel směrem od akutní medicíny, která je v ČR na světové úrovni, směrem k dlouhodobým chronickým onemocněním. Tato onemocnění vyžadují jiný a nový přístup lékařů a nelékařských pracovníků, což vytváří potřebu jejich dalšího vzdělávání a spolupráce. Pacienti mají více onemocnění zároveň (polymorbidita), jsou více informováni a očekávají větší komfort péče. Odborníci se musejí vzdělávat i v jiných specializacích, musí vytvářet pracovní týmy a daleko více spolupracovat s ostatními zdravotnickými pracovníky a i se samotnými pacienty.

Stárnutí populace vede k rostoucí potřebě zdravotní péče. Potřeba zdravotní péče roste s věkem pacienta a počet této starší populace se v blízké budoucnosti ztrojnásobí. To vytvoří velký tlak na práci lékařů a jejich pracovní vytížení. Studie ze zahraničí počítají s nárůstem poptávky po práci lékařů o 26 %<sup>3</sup> a předpokládají jejich pokles o 10 % (např. ve Francii).<sup>4</sup>

Stárnutí se však bude týkat i samotných lékařů a je proto nutné vytvořit i odpovídající podmínky této skupině pracovníků. Jediným způsobem jak zvýšit počet lékařů je buď jejich imigrací, nebo zvýšením počtu studentů. Vyškolení odborného lékaře trvá minimálně 10 let a zájem o vzdělávání v medicíně v ČR klesá, ačkoli v ČR nemáme administrativní omezení počtu studentů medicíny (numerus clausus) jako je tomu v jiných zemích.

### 1.2. Migrace lékařů

Migrace lékařů ve velké míře odráží migraci pracovníků v celé ekonomice, respektive migraci vysoce specializovaných pracovníků (IT, věda a výzkum, management). Z tohoto pohledu je ČR zemí, ze které odborníci odcházejí do zahraničí.

Dalším problémem migrace pracovníků do zahraničí jsou meziregionální rozdíly v odměňování, zejména v regionech hraničících s Německem a Rakouskem. V těchto regionech pak dochází k odchodu lékařů do zahraničí, ačkoli je jejich trvalé bydliště v ČR. Přesné údaje o počtech takovýchto „pendlerů“ nejsou k dispozici. Jejich počet se však bude potenciálně zvyšovat s klesajícími bariérami a svobodným pohybem osob v rámci EU. Nové generace jsou již daleko lépe vybaveny jazykovými schopnostmi, jsou flexibilnější a mobilnější a moderní komunikační nástroje již umožňují překonávat velké vzdálenosti. Kulturní rozdíly a počáteční nedůvěra ke kvalitám vzdělání lékařů z ČR také klesá, a proto lze očekávat větší pohyb českých lékařů do zahraničí. Ten je dále akcentován mzdovým diferencíalem mezi ČR a ostatními státy EU.

### 1.3. Motivace lékařů a jejich odměňování

Z ekonomického hlediska bychom mohli chování lékařů zjednodušit na racionální jedince, jejichž výkonnost je přímo úměrná výši ohodnocení. Existuje ovšem mnoho studií, které sice ukazují, že je finanční ohodnocení pro lékaře důležité, ale zároveň jejich chování a rozhodování ovlivňuje mnohem více

<sup>3</sup>AAMC (2008). The Complexities of Physician Supply and demand: Projections through 2025, Center for Workforce Studies, November

<sup>4</sup>DREES (2009). Le démographie médicale a l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et regionales. Etudes et résultats. No 679. February

faktorů<sup>5</sup>. Že peníze nejsou vše, ukazuje například to, nakolik chtějí lékaři pracovat v odlehlých a špatně dostupných regionech. Ačkoli v některých zemích existují bonusové systémy zvýhodňující ohodnocení lékařů v těchto regionech, je velmi obtížné zajistit tam dostatečné odborné lidské zdroje. Ukazuje se tedy, že odpovídající finanční ohodnocení musí jít ruku v ruce s moderním vybavením nemocnic a kvalitní infrastrukturou daného regionu (pracovní možnosti pro partnery, možnosti vzdělávání pro děti apod.)<sup>6</sup>.

Významné pracovní vytížení, mnoho přesčasových hodin a práce přes noc vede k vyčerpání lékařů, což může vést k chybám a celkově zvyšuje náklady celého zdravotnictví<sup>7</sup>. Lékařský institut v USA (IOM) vytvořil speciální komisi pro posouzení hodnotící pracovní podmínky lékařů a vydal zprávu<sup>8</sup> s výsledky, která obsahuje doporučení zajišťující rovnováhu mezi bezpečností poskytované péče pro pacienty, efektivního využití lidských zdrojů a dostatečného prostoru pro vzdělávání personálu. Problémem totiž je dosažení všech cílů najednou – zvýšení bezpečnosti a kvality péče, dobré pracovní podmínky pro lékaře a další vzdělávání během poskytování péče. Tato studie také uvádí, že by opatření vedoucí k naplnění závěrečných doporučení vedlo k potřebě velkého nárůstu personálu a jeho cena by představovala dodatečných 1,7 miliard USD.

	IOM Doporučení
Maximum hodin týdně	80 hodin, průměrně během 4 týdnů
Maximální délka služby	30 hodin, 16 hodin bez spánku, (příjem pacientů až 16 hodin, plus 5 hodin spánku mezi 22.00 a 8.00, zbytek pro vzdělávání, studium apod.)
Maximální pohotovost na telefonu	Každou třetí noc, průměrně
Minimální čas volna mezi plánovanými službami	10 hodin po směně
Maximální frekvence noční služeb v nemocnici	48 hodin volna následující po 3 nebo 4 nočních službách
Povinné volno	5 dní v měsíci, 1 den (24 hodin) týdně, jednou 48 hodin měsíčně
Vedlejší služby	Interní a externí vedlejší aktivity se započítávají do týdenních 80 hodin
Limitní počet hodin při výjimečných situacích	88 hodin
Limity pohotovosti	dvanáctihodinová služba, a ekvivalentní doba odpočinku mezi službami; 60hodinový týden s dalšími 12 hodinami studia

Zdroj: Resident duty hours: enhancing sleep, supervision, and safety: Committee on Optimizing Graduate Medical Trainee (Resident) Hours and Work Schedules to Improve Patient Safety. Washington, DC: National Academies Press, 2008.

Regulace maximální pracovní doby lékařů se mezi zeměmi velmi liší. V Dánsku je maximálně možný počet hodin týdně do 37, v jiných zemích (Kanada, Austrálie) horní limit není stanoven. Ve Francii je maximální

<sup>5</sup> Stanton, S, and Shortt, SED. 2003. "The influence of payment method on patterns of physician practice: experience at a Canadian academic health centre." *Research in Healthcare Financial Management*; 8(1): 43-58.

<sup>6</sup> Kamien, M. 1998. "Staying in or leaving rural practice: 1996 outcomes of rural doctors' 1986 intentions." *Medical Journal of Australia*; 169: 318-321.

<sup>7</sup> Barger LK, Ayas NT, Cade BE, et al. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attention failures. *PLoS Med* 2006;3(12):e487.

<sup>8</sup> Resident duty hours: enhancing sleep, supervision, and safety: Committee on Optimizing Graduate Medical Trainee (Resident) Hours and Work Schedules to Improve Patient Safety. Washington, DC: National Academies Press, 2008.

limit 52,2 hodin, na Novém Zélandě 72, ve Velké Británii mezi 56 a 64, v EU pak průměr tvoří 48. V České republice je maximální počet hodin přesčas 8 týdně, tj. celkem maximálně 48 hodin týdně.

#### 1.4. Měření výkonnosti a produktivity lékařů

Mezi nové výzvy, které očekávají lékaře ve 21. století, patří i odměňování podle výkonnosti. Měření výkonu a kompetencí lékařů je ovšem tak obtížné, že se zdá nemožné. Přesto je však záhodno se o to pokusit, pokud bychom chtěli diferencovat příjmy lékařů podle jejich přínosu<sup>9</sup> (pro pacienty, zaměstnavatele, zdravotnické zařízení, případně celý systém).

Zajištění kompetentnosti lékaře, jeho znalostí a zkušeností je na úvodu jeho kariéry podrobeno podrobnému zkoumání (přísný vzdělávací program, specializační vzdělávání, zkoušky, atestace atd.), v průběhu další kariéry však lékaři nepodstupují žádná hodnocení jejich výsledků a postupu ve vzdělání, případně aktuálnosti jejich znalostí. Medicína je velmi komplikovaná a komplexní věda, kde se na výsledcích péče lékařů podílí nejen individuální charakteristiky lékaře, ale i podmínky a prostředí ve kterých péči poskytuje (nemluvě o variabilitě pacientů).

V Kanadě byl implementován program odborného hodnocení práce lékařů (peer-based assessments) s cílem zvýšení kvality výsledků péče. To zahrnuje jak hodnocení výsledků lékařské péče, tak hodnocení spokojenosti pacientů, jejich stížnosti či případné chyby lékaře, dále specifické indikátory výsledků péče z pohledu pacientů (jejich kvalita života) a dále údaje o nemocnosti a mortalitě po určité době od hospitalizace. Lékaři dále musejí pravidelně potvrzovat své odborné znalosti a postupovat přezkušování. Hlavní otázkou není to, zda toto zkoušení má vliv na výsledky péče, ale spíše to, jak se výsledky tohoto hodnocení mají projevit v akreditaci či pracovním ohodnocení lékařů. Samotné hodnocení lékařů provádí odborné společnosti, v USA toto hodnocení provádí společně se zástupci státu, poskytovatelů a plátců péče.

Výsledky hodnocení lékařů jsou pak využívány pro zlepšování jejich dalšího vzdělávání, ve změnách v organizaci péče poskytovatelů či při jejich zařazení do pracovních týmů. Tato hodnocení jsou také vhodná pro případy, kdy se jedná o lékaře, kteří získali vzdělání v jiných státech, regionech, či pracovali u jiného zdravotnického zařízení (nebo přerušili svou činnost – porod, dlouhodobá nemoc apod.)

Zajištění relevantních informací o práci lékařů může napomoci přemostit profesní snahu o zajištění subjektivity kompetencí a společenským tlakem efektivního vynakládání veřejných prostředků na zdravotní péči.

Na závěr úvodní části lze shrnout, že české zdravotnictví, stejně jako současní i budoucí lékaři v České republice budou v blízké budoucnosti čelit mnoha výzvám. Pouze kvalitní pracovní síla dokáže vyřešit problémy, před kterými stojíme. Proto jí musíme vytvořit odpovídající podmínky, a to nejen finanční, ale i organizační a sociální.

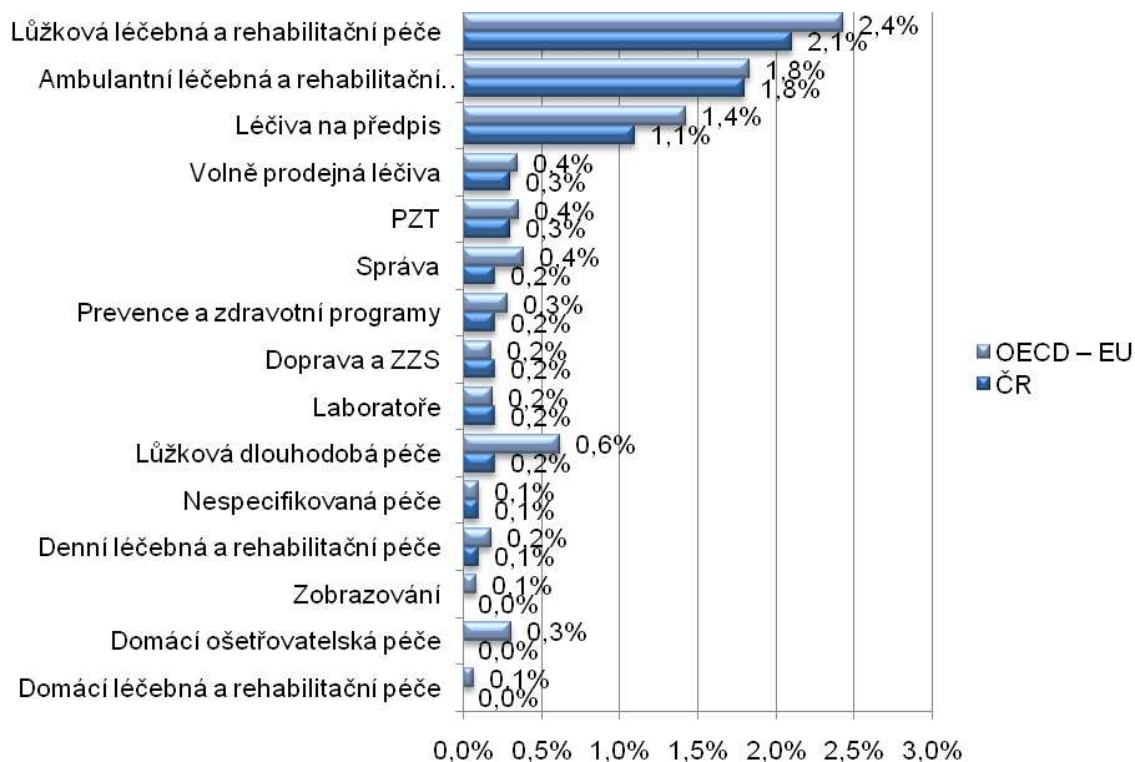
---

<sup>9</sup> Epstein RM. Assessment in medical education. N Engl J Med 2007;356:387-96.

## 2. Finanční rezervy současného zdravotnictví

V roce 2008 spotřebovalo české zdravotnictví 219,1 mld. Kč veřejných zdrojů, z toho 200,6 mld. Kč v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, a 43,5 mld. Kč zdrojů soukromých. Bližší analýza výdajů na zdravotnictví ukazuje, že oproti průměru evropských států OECD, za které existují dostupná data v rámci systému zdravotních účtů, šetří Česká republika výrazněji na výdajích na lůžkovou péči, a to zejména na péči dlouhodobou. Tento fakt je ovšem ovlivněn způsobem financování dlouhodobé péče v ČR, k jejímuž pokrytí je mimo jiné využíváno příspěvku na péči v gesci MPSV, který nebyl v systému zdravotních účtů do roku 2008 vykazován. V případě započítání příspěvku na péči docházíme k navýšení podílu zdravotnictví na HDP o 0,5 p. b., tj. na úroveň 7,6 % HDP, a nepoměr v oblasti dlouhodobé péče je tímto částečně potlačen. Mezinárodní srovnání zde také naráží na obecný problém definice dlouhodobé péče. Její vymezení se mezi jednotlivými zeměmi liší a ne ve všech zemích je dlouhodobá péče hrazena ze zdravotnického sektoru.

Graf č. 7: Výdaje na zdravotnictví v ČR a OECD – EU podle druhů péče (ICHA-HC), rok 2008, % HDP

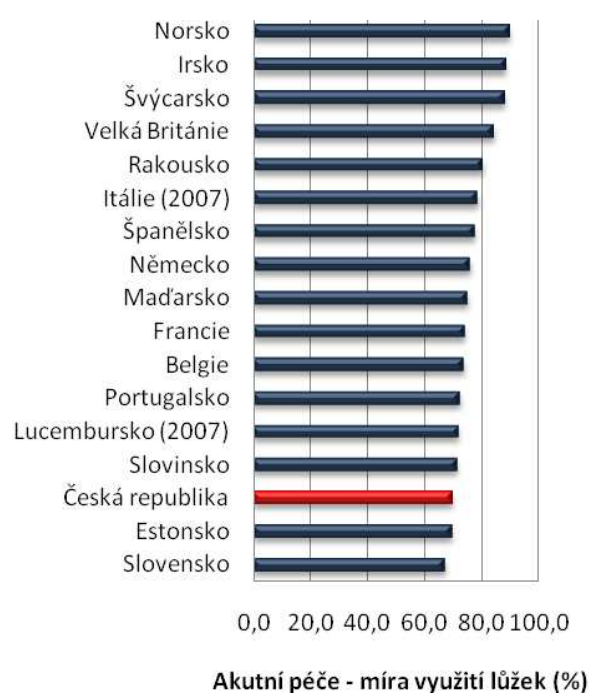
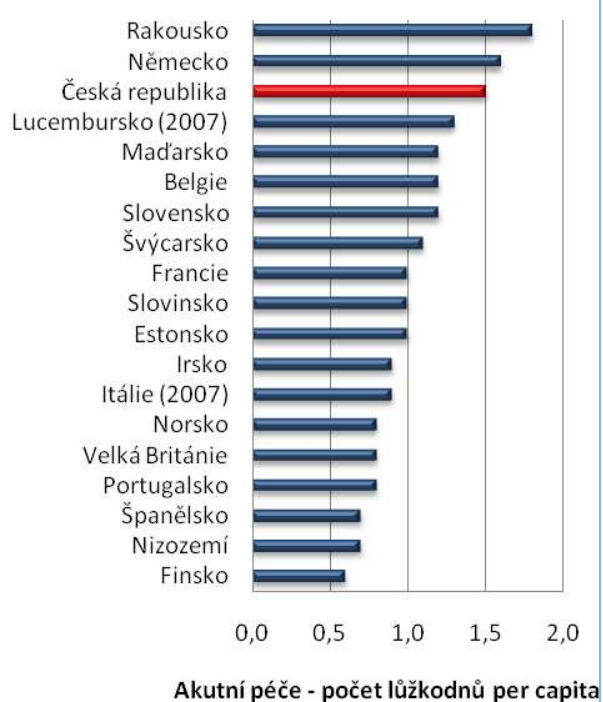


Zdroj: OECD Health Data 2010

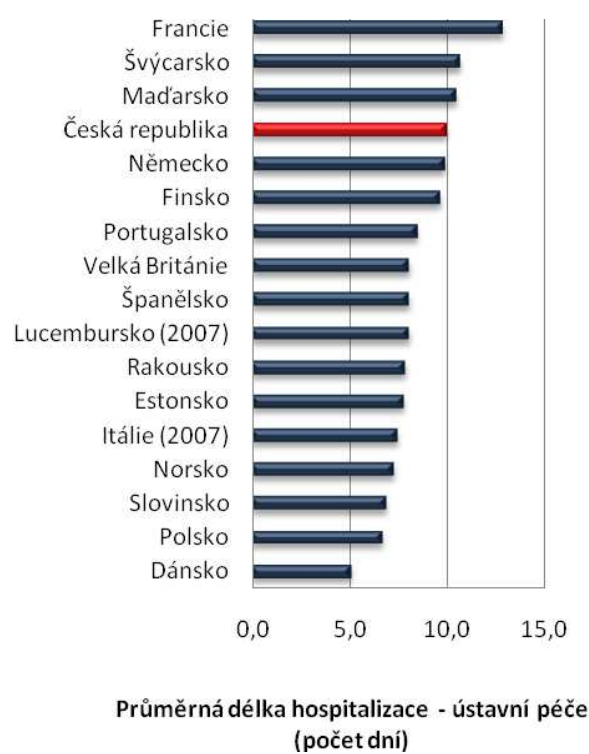
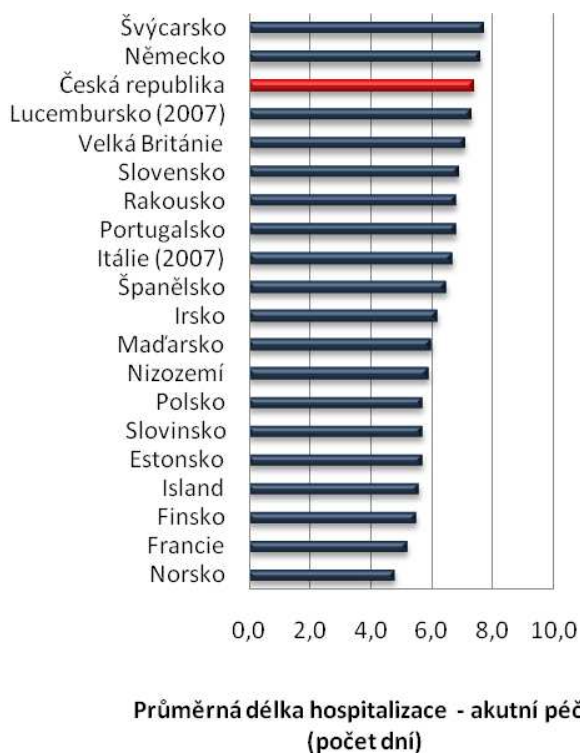
Odhlédneme-li od oblasti dlouhodobé péče, nacházíme nižší než průměrné výdaje v oblasti léčiv na předpis (úspora 0,33 % HDP, tj. 12 mld. Kč), lůžkové péče (úspora taktéž 0,33 % HDP, tj. 12 mld. Kč) a správy systému (0,19 % HDP, tj. 6,9 mld. Kč). Mírně vyšších než průměrných výdajů dosahují laboratoře a doprava a záchraná služba, obě oblasti jsou ovšem z hlediska celkových nákladů málo významné. V nevhodném rozdělení financí mezi sektory proto nelze hledat příčinu nízkého ohodnocení lékařů.

Z hlediska kapacit dosahuje Česká republika v oblasti lůžkové péče naopak nadprůměrných hodnot, a to jak v počtu ošetřovacích dnů na osobu, tak v průměrné délce trvání hospitalizace, a to jak v případě, kdy uvažujeme pouze akutní péči, tak v případě ústavní péče celkem. Stav trvá i v roce 2008, ve kterém bylo zavedeno vybírání regulačních poplatků, jejichž úkolem bylo zamezit nadbytečnému čerpání zdravotní péče a omezit dlouhodobé pobyty v nemocnici např. ze sociálních důvodů. Hledáme-li příčinu této skutečnosti, nabízí se srovnání příčin hospitalizace. Ve srovnání s ostatními státy se péče v ČR liší především v geriatrických problémech. To jsou podle analýz projektu Kulatý stůl (2008) zejména hospitalizace při těchto diagnózách – demence, Alzheimerova choroba, cévní onemocnění mozku, ateroskleróza, onemocnění pohybové soustavy a zlomenina krčku stehenní kosti. Tyto choroby vyžadují vyšší objem ošetrovatelské péče a podobný typ péče může být poskytován i v jiných zařízeních než čistě zdravotnických (např. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem). Problematika suplování sociální péče zdravotními zařízeními patří beze sporu mezi problémy současného zdravotnictví, které budou spolu se stárnutím populace gradovat.

Grafy č. 8 až 11: Srovnání poskytované zdravotní péče v ČR a ve státech OECD







Zdroj: Health at a Glance 2009, OECD

Základní pilíř financování zdravotnictví v České republice představuje systém veřejného zdravotního pojištění. Systém vykazuje sice relativně nízké náklady na správu (viz mezinárodní srovnání výše), ovšem role zdravotních pojišťoven jakožto inteligentních nákupčích zdravotní péče pro své klienty není v současném systému akcentována. Chybějící motivace k aktivní roli při nakupování zdravotní péče je důsledkem nastavení legislativy, která výrazně zúžila prostor pro konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami. Nízká míra konkurence mezi zdravotními pojišťovnami, která se projevuje mimo jiné nízkou mírou přestupů pojištěnců (2,11 % v roce 2008, zdroj: Health System Review – Czech Republic, European Observatory of Health Systems and Policies), nemotivuje zdravotní pojišťovny k hospodárnému zacházení s prostředky veřejného zdravotního pojištění.

Řízení a správa zdravotních pojišťoven je v současnosti ve velké míře ovlivňována správními a dozorčími radami, kam jsou nominováni zástupci státu podle politického klíče. To na ředitele jednotlivých zdravotních pojišťoven vytváří tlak pro rozhodování ohledně úhrad, smluv se zdravotnickými zařízeními apod. Jakékoli rozhodnutí zdravotních pojišťoven je pod politickým a mediálním drobnohledem, což komplikuje ekonomické chování zdravotních pojišťoven a samotných poskytovatelů zdravotní péče. Zdravotní systém v mnohém substituuje sociální systém a všechna opatření musí být opatřena sociální klauzulí, ačkoli pro to není zdravotnický systém vhodný. Zdravotní pojištění hraje roli pojištění proti nepříznivému zdravotnímu stavu a ochranu proti jeho sociálním dopadům má řešit spíše sociální systém. Tuto roli však v mnohém neplní, a to nejen z důvodu nedostatečného informačního propojení.

Systém poskytování zdravotní péče a její úhrada patří k nejvíce regulovaným sektorům národní ekonomiky. Původní myšlenka regulace tržních selhání na trhu zdravotních služeb (morální hazard, informační asymetrie, negativní výběr atd.) však přerostla v negativní vliv selhání státu v prostředí neexistence antimonopolních pravidel. V českém prostředí hrají hlavní roli dva aktéři – Ministerstvo zdravotnictví a Všeobecná zdravotní pojišťovna. Ministerstvo zdravotnictví kromě tvorby pravidel a regulací navíc zastupuje i významnou část poskytovatelů zdravotní péče (fakultní nemocnice a ostatní státní poskytovatele). Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR pak hraje roli pojišťovny poslední instance, za její záruky ručí stát a dále plní další systémové funkce. Její moc při vyjednávání s poskytovateli zdravotní péče je velmi výrazná a nelze v žádném případě mluvit o rovném postavení smluvních partnerů (např. při vyjednávání o uzavření smlouvy, při smlouvání o výši úhrad, záloh atd.).

V rámci systému veřejného zdravotního pojištění je proto možné hledat významné finanční rezervy dané současným neefektivním hospodařením nevhodně nastaveného systému.

Finanční rezervy způsobené neefektivním hospodařením poskytovatelů patří mezi další oblast, které je třeba věnovat pozornost. Rigidity v systému veřejného zdravotního pojištění se přímo přenášejí na jednotlivé poskytovatele péče, kteří tak minimálně reagují na měnící se potřeby obyvatel (zejména na rostoucí potřebu zdravotně-sociální péče či péče o chronicky nemocné pacienty). Byrokratická regulace cen na trhu, způsobů úhrad a požadavků na zdravotnická zařízení (technické a personální vybavení) vytváří nevhodný systém motivací pro poskytovatele zdravotní péče. K nevhodným motivacím mnohých poskytovatelů patří bez sporu i rizika vlastní státnímu sektoru, kterými jsou zejména korupce a neefektivní využívání svěřených prostředků. K častým problémům poskytovatelů patří také nevhodný management lidských zdrojů. Na úrovni poskytovatelů je proto také možné hledat finanční rezervy současného zdravotnictví.

V posledních letech také přibývá důkazů velkých regionálních rozdílů v nákladech péče a objemu poskytované péče. Jedná se především studie z USA (např. Dartmouth Atlas), ale není důvodem předpokládat, že se situace v ČR významně odlišuje. Zatím nedisponujeme dostatkem informací o těchto rozdílech výdajů zdravotních pojišťoven dle jednotlivých regionů, údaje za celé kraje jsou navíc příliš hrubé, aby dostatečně popsaly regionální rozdíly. Optimálně by v rámci solidárního systému financování zdravotní péče měly vydané prostředky směřovat do regionů s vyšší nemocností a vyšší potřebou péče. V České republice je však objem finančních prostředků mezi regiony dán historickým vývojem úhradových mechanismů a nově také centralizací některých druhů péče (kardiocentra, traumacentra, onkocentra apod.), které na sebe "stahují" velké objemy péče.

Jak uvádí Kulatý stůl (Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, 2008, str. 107) „výše čerpání prostředků zřejmě vůbec nesouvisí se zdravotním stavem populace v jednotlivých geografických oblastech, ale s jinými vlivy.“ Studie z USA poukazují na několik determinant těchto rozdílů – nabídkou tvořená poptávka (v regionech s vyšší koncentrací zdravotnických zařízení je poskytováno více péče, ačkoli to nemusí mít vliv na výsledky péče), nulová cena péče při spotřebě a nedostatek informací pacienta pro rozhodování a nejasný nárok na péči, kdy poskytovatel významně ovlivňuje konečný objem poskytnuté péče. V případě nedostatku finančních prostředků jednoduše nejsou některé výkony poskytnuty. Velmi odlišné jsou také prostředky z rozpočtů krajů a obcí pro zdravotnictví. Nejen že se



velmi regionálně liší, ale také od roku 2003 mají klesající trend, přičemž jsou kraje a obce zřizovateli většiny lůžkových zdravotnických zařízení a mají tak přímý vliv na jejich rozpočty.

V následujících kapitolách budeme hledat finanční rezervy jak na úrovni celého systému, tak na úrovni jednotlivých poskytovatelů. Kapitoly popíší možnosti, jak řešit suplování sociální péče zdravotnictvím, jak omezit neefektivní hospodaření na úrovni systému veřejného zdravotního pojištění i na úrovni poskytovatelů i jak omezit nevhodné regionální rozložení financování zdravotnictví.

## **2.1. Omezení suplování sociální péče zdravotnictvím**

V České republice bylo koncem roku 2009 evidováno 154 odborných léčebných ústavů (léčebny pro dlouhodobě nemocné, léčebny TRN, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, ostatní, úzce oborově zaměřené odborné léčebné ústavy, ozdravovny, hospice a další lůžková zařízení nezařaditelná jinam). Z toho bylo 69 léček pro dlouhodobě nemocné se 7000 lůžky (Zdravotnická ročenka 2008). Jak bylo uvedeno v předchozí části, průměrná délka hospitalizace v České republice patří mezi nejvyšší v rámci zemí OECD. Příčinou hospitalizace jsou přitom často problémy, které se nacházejí na pomezí oblasti zdravotní a sociální péče. Financování takové péče ze zdravotního pojištění odčerpává zdroje zdravotnictví do oblasti sociální péče a supluje tak roli sociálního systému, který v oblasti dlouhodobé ošetrovatelské péče selhává. Problém neřešení dlouhodobé péče v situaci stárnutí populace, které predikují všechny renomované demografické instituce, se bude průběžně zhoršovat a nebude-li implementováno koncepční řešení financování dlouhodobé péče, dojde buď k omezování péče o stárnoucí obyvatele, nebo k dalšímu zhoršování finanční situace českého zdravotnictví.

V kontextu stárnutí populace se z rizika potřeby ošetrovatelské péče ve stáří stává postupem času jistota. Systém pojištění v takovém případě ztrácí smysl, protože pojištění je vhodné pro oblasti života, ve kterých dochází k nepředvídatelným a nákladným situacím, u kterých je vhodné sdílení rizika mezi obyvateli. Je-li ovšem budoucí potřeba ošetrovatelské péče jistotou, vhodnějším produktem se stává spoření. Vzhledem k charakteru ošetrovatelské péče, na níž by si měl každý spořit, tj. pro většinu mladých lidí oblasti velmi vzdálené, se vhodnějším systémem jeví spoření povinné. Spoření na dlouhodobou péči je opatřením s dalekým horizontem, které by ovšem vzhledem ke stárnutí populace nemělo být odkládáno.

Zdroje pro zdravotnictví však přinese pouze úhrada za sociální péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních, která je poskytována již v současnosti, jelikož zajištění soběstačnosti pacientů ve zdravotnických zařízeních je často poskytováno zdravotnickými pracovníky také proto, že není možné pacienty přeložit do sociálních zařízení. Pobyťová zařízení sociálních služeb získávají na svůj provoz dotace z rozpočtu Ministerstva práce a sociálních věcí. Příjemci Příspěvků na péči mají také výplatu této dávky pozastavenou během hospitalizace. Krátkodobým opatřením je proto zpřístupnění dotací z kapitoly MPSV (např. pro zdravotnická zařízení registrovaná jako pobyťová sociální zařízení) a výplata Příspěvků na péči během hospitalizace – příjemcem by však bylo zdravotnické zařízení poskytující péči. To by mohlo zvýšit příjem zdravotnických zařízení až o 2 mld. Kč ročně.

Opatřením se střednědobým horizontem je vytvoření systému navazující následné péče, který umožní rychlý přesun pacientů z lůžek do nižších typů zařízení (rehabilitační, rekonvalescenční, lázně, sociální zařízení, ambulantní služby, domov).

Dlouhodobým opatřením řešícím suplování sociální péče zdravotnictvím je omezení počtu OLÚ, podpora budování nových kapacit domů s pečovatelskou službou např. formou PPP a větší priorita při úhradách domácí péče a rehabilitace obecně. To však vyžaduje změnu koncepce poskytování zdravotní péče, její koncentraci na akutní případy a přenechání zodpovědnosti o ošetrovatelskou péči na domácnostech, komunitách, obcích a neziskovém sektoru financovaném ze soukromých zdrojů (soukromé spoření na ošetrovatelskou péči a pojištění vzniku předčasné invalidity a úrazů).

### *SLET analýza*

<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Přesuny pacientů mezi zařízeními</li> <li>▶ Větší zodpovědnost pacientů a jejich aktivní podíl při léčbě</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění</li> <li>▶ Vyhláška 471/2009</li> <li>▶ 108/2006 Sb., o sociálních službách</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Úhrada výdajů zdravotnických zařízení z kapitoly sociálních věcí</li> <li>▶ Příjem zdravotnických zařízení cca 2 mld. Kč</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vytvoření nového sociálního systému dlouhodobé péče financované pouze částečně ze zdravotnictví</li> <li>▶ Zavedení nového systému povinného spoření na dlouhodobou péči</li> </ul>

## **2.2. Posílení konkurence mezi zdravotními pojišťovkami – nominální pojistné**

Nominální pojistné, které tvoří jeden z pilířů financování zdravotnictví v Holandsku a Švýcarsku, představuje jednu z možných cest vedoucích k zvýšení efektivity systému veřejného zdravotního pojištění zvýšením konkurence mezi pojišťovkami. Nominální pojistné, tedy paušální platba pojištěnce zdravotní pojišťovně, jejíž výši určí zdravotní pojišťovna a která je pro každého pojištěnce dané pojišťovny shodná, by na jedné straně umožnilo reálnou konkurenci mezi zdravotními pojišťovkami a na straně druhé umožnilo navyšování zdrojů zdravotnictví v závislosti na růstu poptávky po zdravotních službách. Sociální přijatelnost nominálního pojistného lze zabezpečit adresnými příspěvky pro sociálně slabé ze strany státu. Tyto příspěvky by v dlouhém časovém horizontu mohly plně nahradit nekonceptní platbu za státní pojištěnce.

### Box č. 1: **Nominální pojistné v Nizozemí**

V roce 2006 došlo v Nizozemí k dlouho připravované systémové reformě financování zdravotnictví (vyjma dlouhodobé péče). Na místo dvoukolejního systému, ve kterém koexistovalo veřejné a soukromé zdravotní pojištění (od určité příjmové hranice nebyly osoby pojištěny v rámci veřejného systému, ale mohly si sjednat pojistku u soukromých pojišťoven) byl zaveden systém povinného zdravotního pojištění u soukromých zdravotních pojišťoven. Platby na zdravotní pojištění se skládají ze dvou složek, a to z příjmově odvislé složky (3,5 % příjmu hradí zaměstnanec, 3,5 % zaměstnavatel) a z nominálního pojistného, které by mělo pokrývat řádově 50 % výdajů na zdravotní péči s výjimkou dlouhodobé péče, která je hrazena ze specifického pojištění. Cílem zavedení nominálního pojistného bylo zvýšení konkurence mezi pojišťovnami, které odlišnou cenou zdravotních plánů bojují o klienty. Cenová konkurence v důsledku motivuje zdravotní pojišťovny k efektivnímu hospodaření.

Samotným zavedením možnosti určení nominálního pojistného zdravotní pojišťovnou lze očekávat nárůst efektivity hospodaření zdravotních pojišťoven, které budou vzhledem k 100% přerozdělování pojistného nuceny bojovat o klienty úsporou nákladů (a nikoli výběrem „zdravých“ pojištěnců), které v případě 5% úspory přinese systému řádově 10 mld. Kč. Po reálném zavedení nominálního pojistného dojde ke zvýšení zdrojů zdravotnictví podle aktuální potřeby systému.

### **SLET analýza**

<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Omezení solidarity v systému veřejného zdravotního pojištění</li><li>▶ Sociální dopady možno eliminovat adresnými příspěvky sociálně potřebným</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Změna zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění</li><li>▶ Změna §9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souv. zákonů</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Přizpůsobení příjmů zdravotnictví poptávce po zdravotní péči</li><li>▶ Nárůst efektivity hospodaření zdravotních pojišťoven, očekávaná úspora v řádu 10 mld. Kč</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Po technologické stránce nedojde k významným změnám při výběru a platbách pojistného</li></ul>

## **2.3. Opatření vedoucí k omezení neefektivního hospodaření poskytovatelů**

### **2.3.1. Povinné internetové aukce**

Transparency International odhaduje, že nedodržování platné legislativy v oblasti veřejných zakázek ve zdravotnictví připravuje systém ročně o 2,1 % veřejných výdajů (zpráva Transparency International<sup>10</sup>)

<sup>10</sup>Transparency International – Česká republika (2007): Odhad ztrát z titulu netransparentního a neefektivního nastavení systému veřejného zdravotnictví v České republice

odhaduje pro rok 2005 částku 3,9 miliard Kč). Odhad vychází z údajů publikovaných Úřadem pro ochranu hospodářské soutěže. Transparency International uvádí, že v případě výdajů na nákup „běžného“ zboží a služeb pouze 27 % výdajů alokovaných v rámci veřejných zakázek prochází otevřeným řízením, tj. více než 31 mld. Kč vynaložených zdravotnickými zařízeními na nákup zboží a služeb neprochází soutěžní metodou. Transparency International na základě předchozích výzkumů odhaduje, že ceny zakázek zadaných v otevřeném řízení jsou v průměru o 12 % nižší než v případě nesoutěžních metod. Ztrátu v případě nákupu zboží a služeb proto odhaduje na **3,8 mld. Kč**. Další ztrátu v řádu 148 milionů Kč odhaduje v případě kapitálových výdajů. Neefektivní využívání zdrojů v oblasti nákupu zboží a služeb, a to zejména zvláště účtovaných léčivých prostředků a materiálů, je možné omezit povinnými internetovými aukcemi.

### *SLET analýza*

▶ Omezení příležitostí ke korupčnímu jednání	▶ Změna Zákona o veřejných zakázkách č. 137/2006 Sb. a jeho prováděcích předpisů
▶ Dodatečné náklady zdravotnických zařízení na informační systémy ▶ Nárůst efektivity hospodaření ▶ Očekávaná úspora v řádu 4 mld. Kč	▶ Zřízení elektronické burzy pro léčiva a zdravotnické prostředky

### **2.3.2. Závazné seznamy cen přístrojů**

Aféry úmyslného předražování přístrojů, které nakupují zdravotnická zařízení, jsou v médiích na pořadu dne. Čelit korupci ve státní správě není jednoduchým úkolem, zavedení závazné databáze obvyklých cen přístrojů by ovšem mohlo alespoň omezit příležitost ke korupci při nákupu drahých přístrojů. Důležitým faktorem v případě takového opatření je transparentní nastavení samotného vzniku takového katalogu, aby ke korupci nedocházelo o úroveň výše při určování maximální ceny. Stanovení rozpětí cen by se mohlo inspirovat současným systémem určování maximálních cen a úhrad léčiv v gesci SÚKL, který byl roku 2008 významně změněn za účelem dodržování transparenční směrnice. Maximální ceny a úhrady léčiv se nyní odvíjejí od koše nejnižších cen v zahraničí. Stejně tak by bylo možné určit maximální cenu nakupovaných přístrojů. V roce 2008 přesáhly ve zdravotnictví investiční výdaje státu a územních rozpočtů 7 mld. Kč. V případě jejich zefektivnění o 20 % lze očekávat úsporu 1,5 mld. Kč.

### *SLET analýza*

- |                                              |                                         |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| ▶ Omezení příležitostí ke korupčnímu jednání | ▶ Možné provést za současné legislativy |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------|

- |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Náklady na správu jednotné databáze</li> <li>▶ Očekávané příjmy při zefektivnění investičních akcí veřejných rozpočtů o 20 % jsou 1,5 mld. Kč</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Zřízení a vedení databáze cen přístrojů</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

### 2.3.3. Centralizace nákupů

V České republice se v mnohých případech pohybují ceny zdravotnického materiálu a zdravotnických pomůcek výše, než je tomu v ostatních evropských státech. Důvodem těchto cen je jejich netransparentní nákup, který provádí každé pracoviště zvlášť. I v rámci jedné nemocnice může existovat několik různých dodavatelů této zdravotnické techniky (např. stenty, kardiovertry, kardiostimulátory). Rozdíly mezi různými výrobci nejsou velké, ale ceny se mohou velmi významně lišit.

Pro nejdražší výrobky zdravotnické techniky je tedy vhodné vytvořit centrální objednávku na úrovni plátců zdravotní péče (zdravotní pojišťovny nakoupí pro své pojištěnce na daný rok přesně stanovený počet výrobků – např. 100 kardiovertrů na 100 000 pojištěnců), čímž získají velkou slevu na kupní ceně a zároveň i záruku servisu a opravy při případných komplikacích. Zároveň tak zdravotní pojišťovny získají kontrolu nad objemem implantovaných materiálů. V případě nákupů častěji využívaných pomůcek a techniky pak centralizace nákupů může probíhat na úrovni zřizovatele více zdravotnických zařízení (Sdružení krajů, kraje, Ministerstvo zdravotnictví, soukromé sítě nemocnic) či v rámci jednoho poskytovatele. To vše samozřejmě na základě transparentních podmínek internetových aukcí zmíněných výše.

V roce 2009 tvořily náklady nemocnic na zdravotnické prostředky 14 %, 12 % tvořila léčiva a 13 % ostatní náklady, což je celkem 40 % nákladů nemocnic, které z veřejného zdravotního pojištění získaly 90 mld. Kč. Výdaje na tyto položky pak tvořily v roce 2009 přibližně 35 mld. Kč. Při úspoře 30 % těchto nákladů dojde v rámci nemocnic k úspoře 10 mld. Kč, které mohou být přesunuty na jiné účely, například na odměny pro kvalitní práci lékařů a nelékařského personálu.

### *SLET analýza*

- |                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Omezení napojení některých prodejců a distributorů zdravotnické techniky na jednotlivé nemocnice, oddělení či osoby</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Možné provést za současné legislativy</li> </ul>                                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Potenciální uvolnění 10 mld. Kč v rámci rozpočtu nemocnic na jiné účely</li> </ul>                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vytvoření jednotných ceníků a databází a zprostředkování těchto informací poskytovatelům</li> </ul> |

### 2.3.4. Management lidských zdrojů

Současné úspěšné podniky a firmy si uvědomily, že jejich největší konkurenční výhodou jsou zaměstnanci. K jejich získání, udržení a rozvoji používají poznatky a nástroje souhrnně popisované oborem řízení lidských zdrojů (Human resource management, HRM). HRM se obecně věnuje plánování lidských zdrojů, získávání a výběru zaměstnanců, jejich vzdělávání a rozvoji, odměňování a další (např. reporting). Výsledkem této práce jsou pak pracovníci, kteří jsou vhodně vzděláni a vybráni pro svou práci, která je naplňuje a odměňuje k jejich plné spokojenosti. Tento způsob řízení lidských zdrojů je však v českém zdravotnictví ojedinělý. Důsledkem neexistence HRM je mimo jiné vysoká fluktuace lékařského a středního zdravotního personálu, která je v českých nemocnicích častým jevem a pohybuje se od 5 do 15 % (McTriton consulting services). Náklady na jednoho fluktuanta se v případě zdravotních sester pohybují okolo 50.000 Kč na jednu sestru, na jednoho lékaře okolo 100.000 Kč (náborový příspěvek, zastupování ostatními lékaři, výběrové řízení, ale také náklady na vzdělání a integraci pracovníka na konkrétní pracovní místo a do existujícího týmu (zdroj: McTriton consulting services)). Fluktuace může mít více příčin – fakt, že nový zaměstnanec v prostředí psychicky nevydrží, nízké platové podmínky nebo nevhodná kritéria při výběru a náboru nových zaměstnanců nemocnice. Dalším problémem je povinnost celoživotního vzdělávání, což je proces, který je v mnoha případech velmi zbyrokratizován a postup v odborném vzdělávání lékařů není propojen s jejich odměňováním. Fluktuace je na jedné straně přirozeným jevem, vysoká fluktuace daná neexistencí vhodného managementu lidských zdrojů ovšem zbytečně zatěžuje rozpočty poskytovatelů. Selhání řízení lidských zdrojů tak české zdravotnictví ročně stojí řádově stovky milionů Kč.

Opatření vedoucím k poklesu fluktuace zaměstnanců je zlepšení pracovních podmínek v nemocnicích, aktivní HR politika nemocnic, lepší platové ohodnocení zaměstnanců a odměňování zaměstnanců podle pravidelně a kvalitně hodnocené výkonnosti, které zaměstnancům dává možnost osobního růstu.

#### SLET analýza

▶ Vyšší spokojenost zdravotního personálu	▶ Bez nutnosti změn zákona
▶ Investice poskytovatelů do kvalitních odborníků v oblasti HR	▶ Aktivní politika HR zahrnující pravidelné hodnocení zaměstnanců a péči o zaměstnance
▶ Výdaje na zlepšení pracovních podmínek zaměstnanců	
▶ Úspora v oblasti fluktuace zaměstnanců	

### 2.3.5. Řízení rizik ve zdravotnictví, zavedení procesních systémů či systémů kvality

Systémy pro řízení kvality typu ISO či SAK založené na procesním řízení představují další způsob zlepšení hospodaření poskytovatelů. Tím, že jsou všechny procesy probíhající v nemocnici zmapovány, existují na vše jasné pracovní postupy a využívá se princip prevence (a tím i nižší vynaložení nákladů) před „hašením požárů“ (což je vždy dražší). Dobrá znalost interních procesů zabezpečuje rovněž lepší řízení rizik a s nimi

spojené vícenáklady. V nemocnici, kde jsou např. zavedeny výše zmíněné systémy kvality či systémy na řízení rizik (např. metodika FMEA, certifikát Safety Health Care...), je menší pravděpodobnost, že dojde např. k záměně novorozeňat nebo že se operuje pacientovi např. zdravá končetina namísto té, určené k operaci. Pokud tyto případy nastanou, nemocnice musí vyplácet vícenáklady na odškodnění, na očištění svého jména a pověsti atp. Zavedením těchto systémů se dá uspořit řádově jednotky milionů Kč ročně na jednu nemocnici.

### *SLET analýza*

▶ Bezpečnější nemocnice	▶ Bez změny zákona
▶ Dodatečné nároky na zdravotnický personál	
▶ Náklady poskytovatelů na zavedení procesního řízení	▶ Zaškolení pracovníků

## **2.4. Změna nastavení úhrad ve směru respektování regionální nemocnosti**

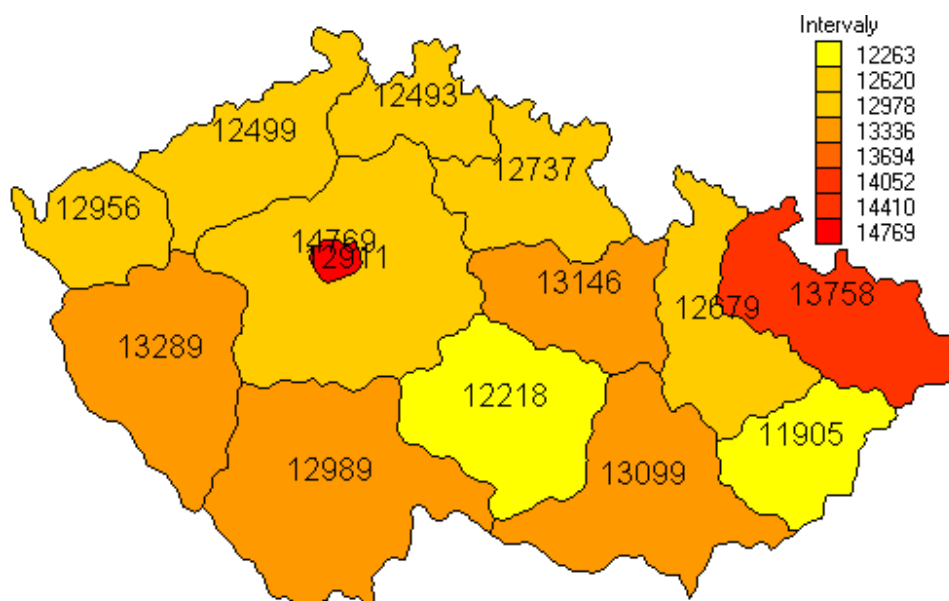
Řešením regionální nerovnováhy v systému veřejného zdravotního pojištění je nové nastavení parametrů, podle nichž budou veřejné prostředky v rámci zdravotnického systému přerozdělovány mezi jednotlivými regiony, a to zejména na základě nemocnosti a potřeby zdravotní péče a její dostupnosti. V současném systému se totiž může stát, že obyvatelé některých krajů „dotují“ péči poskytovanou v jiných regionech.

To se projevuje i v zajištění zdravotní péče lékaři. Některé analýzy poukázaly na nedostatek lékařů nejen ve vybraných odbornostech (geriatrie, oftalmologie, patologie, radiodiagnostika, vnitřní lékařství, pediatrie, stomatologie a chirurgie) ale i v zajištění péče např. v Ústeckém kraji.<sup>11</sup>

Graf č. 12 ukazuje na regionální rozdíly v úhradách standardizovaným pojištěncům největší pojišťovny v ČR.

Graf č. 12 Náklady na standardizovaného pojištěnce VZP ČR v roce 2002

<sup>11</sup>Vavřečková a kol. Riziko odlivu lékařů a odborníků IT/ICT z ČR do zahraničí, VÚPSV, 2007



Zdroj: Kulatý stůl, Fakta o českém zdravotnictví

Při předpokladu relativně stejné nemocnosti populace v rámci ČR (resp. připustíme-li minimální rozdíly v nemocnosti obyvatel) a při znalosti toho, že výsledky zdravotní péče jsou v krajích srovnatelné, neexistuje objektivní důvod, proč by se měly platby za průměrné pojištěnce výrazně lišit mezi kraji. Na průměrného pojištěnce se náklady VZP liší až o 20 %. V systému veřejného zdravotního pojištění existují možnosti pro přerozdělení finančních prostředků mezi kraji tak, aby se rozdíly mezi kraji nelišily více než o 10 %. Pokud by se těchto 20 mld. Kč rozdělilo rovnoměrně podle segmentů péče, na nemocnice v „hůře“ financovaných regionech (Vysočina, Zlínský kraj, Ústecký kraj atd. – viz Graf č. 12), připadla by na nemocnice přibližně polovina. V regionech s vyššími náklady na pojištěnce (např. Praha) by se úhrady odpovídajícím způsobem snížily.

Praktickým řešením by byl přechod od současného systému úhrad na základě Seznamu výkonů (vyhláška č. 134/1998 Sb. v aktuálním znění) a jeho bodových hodnot pro jednotlivé výkony k systému finálních cen, které jsou pro všechna zdravotnická zařízení stejná (v současnosti je tomu tak pouze u stomatologických výkonů).

### SLET analýza

- ▶ Omezení historicky vzniklých rozdílů v úhradách mezi poskytovateli
- ▶ Vytvoření nových úhradových mechanismů zohledňující nemocnost pojištěnců v daném kraji
- ▶ Změna zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- ▶ Změna vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými



	hodnotami, ve znění pozdějších předpisů
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Náklady na převod seznamu výkonů a ekonomické náklady pro některé poskytovatele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nástroje hodnocení nákladovosti jednotlivých výkonů</li> <li>▶ Vytvoření nových nástrojů úhrad a využití informačních technologií</li> </ul>

### 3. Možnosti navýšení příjmů českého zdravotnictví

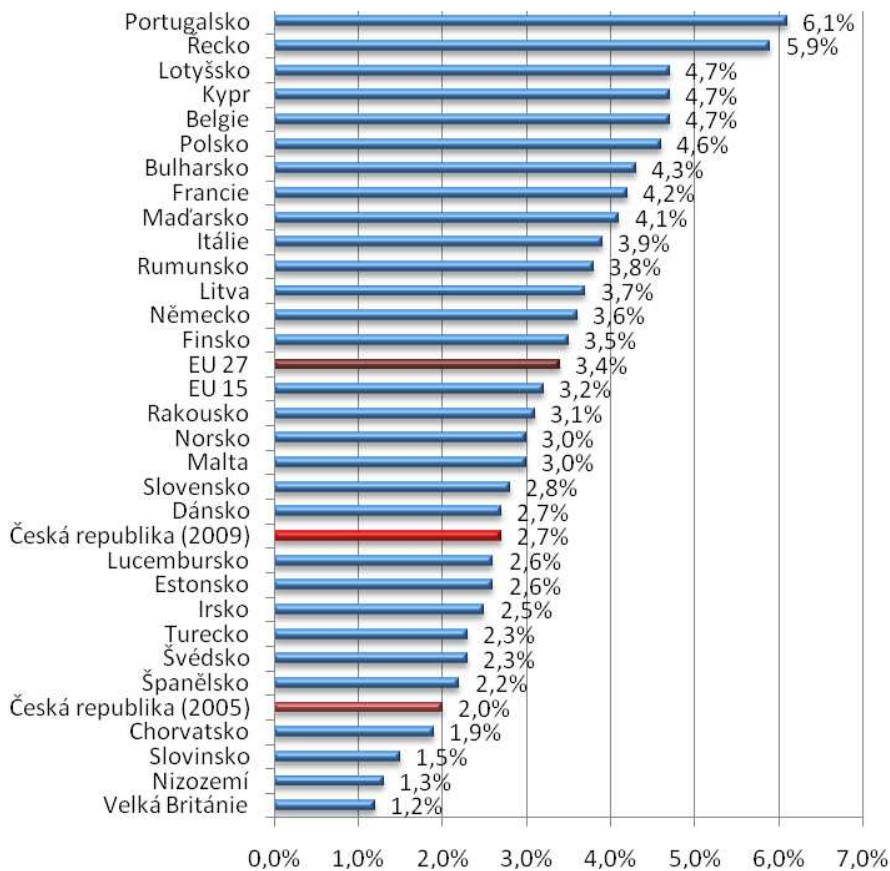
V kontextu zdravotnictví lze obecně uvažovat navýšování veřejných a soukromých zdrojů<sup>12</sup>. Uvažujme nejprve veřejné zdroje. V současném systému financování zdravotnictví v ČR patří mezi veřejné zdroje příspěvky na zdravotní pojištění, platba za státní pojištěnce a přímé výdaje místních rozpočtů a centrálního rozpočtu. Navýšování prostředků veřejného zdravotnictví prostřednictvím navýšení platby za státní pojištěnce představuje nejméně koncepční složku zdrojů financování zdravotnictví, protože tradičně nejvíce podléhá politickému rozhodnutí. Navíc zvýší-li se platba státu, aniž by se zvýšily příjmy státního rozpočtu, dochází k navýšování deficitu veřejných financí, což zatěžuje budoucí generace, prodražuje dluhovou službu a snižuje důvěryhodnost české ekonomiky v zahraničí. V důsledku zákona č. 362/2009 Sb., který mimo jiné novelizoval i ustanovení § 3c) zákona č. 592/1992 Sb., tzn. vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem, je výše platby státu zcela závislá na rozhodnutí vlády<sup>13</sup>. Na druhé straně navýšení odvodů na zdravotní pojištění patří z důvodů zdražení práce a jeho možným dopadům na konkurenceschopnost české ekonomiky mezi silně nepopulární opatření. Proto v oblasti veřejných zdrojů nezbývá než uvažovat o zcela nových typech zdrojů, mezi které patří povinné úrazové pojištění, výše zmíněné nominální pojistné nebo zvýšení finančních zdrojů od krajů a obcí.

Pohled na zdroje financování zdravotnictví v České republice ve srovnání se zahraničím nás nutí k zamyšlení nad druhou zmíněnou formou zdrojů – nad zdroji soukromými. Zatímco v průměru financují veřejné zdroje ve státech OECD 71,5 % výdajů zdravotnictví (v Evropě 75,8 %), v České republice i po zavedení regulačních poplatků financují veřejné zdroje stále 82,5 % výdajů. Srovnáme-li zatížení rozpočtů domácností náklady na zdraví, docházíme k zajímavým závěrům. Nejen, že náklady na zdraví obecně nedosahují výdajů domácností na alkohol a cigarety, tj. na produkty zdraví škodlivé (dle ČSÚ představovaly v roce 2009 výdaje na alkoholické nápoje a tabák 2,8 % vydání domácností, zatímco výdaje na zdraví pouze 2,7 % vydání), ale ve srovnání se zahraničím jsou i po zavedení regulačních poplatků podprůměrné. Podle EU-SILC z roku 2005 (poslední dostupný) představovaly výdaje na zdraví průměrné domácnosti ve 27 státech EU 3,4 % celkové spotřeby, zatímco v ČR v roce 2005 pouze 2 %.

<sup>12</sup>Podle metodiky OECD patří mezi veřejné zdroje veškeré povinné odvody.

<sup>13</sup>„Částku vyměřovacího základu uvedenou v odstavci 1 může vláda vždy do 30. června změnit svým nařízením, a to s účinností k 1. lednu roku následujícího; přihlíží přitom k vývoji průměrné mzdy zveřejňované Českým statistickým úřadem, k možnostem státního rozpočtu a k vývoji finanční bilance veřejného zdravotního pojištění.“

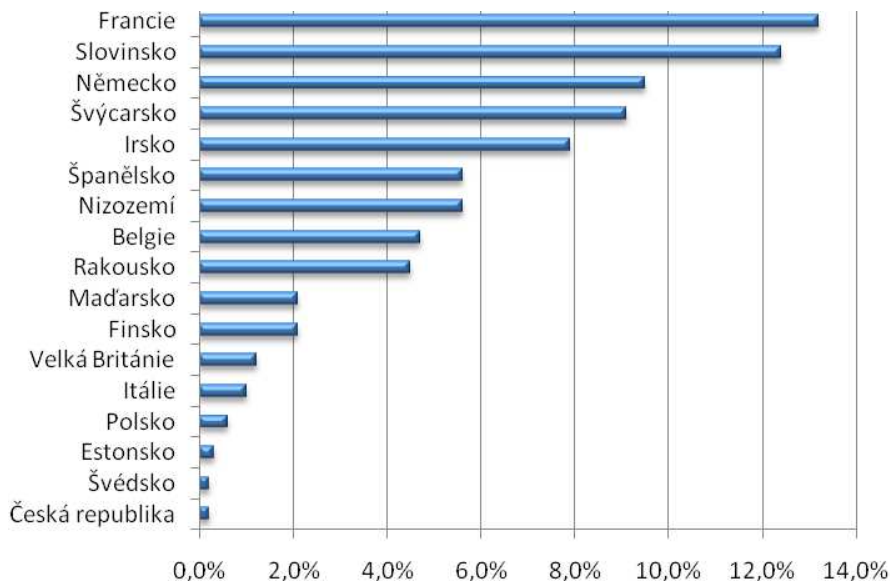
Graf č. 13: Podíl výdajů domácností na zdraví na celkové spotřebě (EU-SILC 2005, ČSÚ 2009)



Zdroj: Eurostat, ČSÚ (<http://czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/3001-10>)

Podíváme-li se podrobněji na složení soukromých zdrojů při financování zdravotnictví v zahraničí, zjišťujeme, že významnou složkou financování zdravotnictví, která v současnosti v České republice chybí, je soukromé zdravotní pojištění. V rámci evropských států OECD financuje soukromé zdravotní pojištění průměrně 4,7 % výdajů na zdravotnictví a objem soukromého zdravotního pojištění dosahuje 0,5 % HDP. (zdroj: OECD Health Data 2010). Jak ukazuje graf č. 14, podíl soukromého zdravotního pojištění na financování zdravotnictví je v České republice nejnižší ze všech evropských států OECD (za něž jsou dostupná data v databázi OECD Health Data). Předpokladem pro fungování trhu se soukromým zdravotním pojištěním je adekvátní nastavení veřejného systému. Je-li veřejný systém velmi štědrý a jsou-li hranice služeb financovaných z veřejného sektoru mlhavé, může soukromé zdravotní pojištění ve zdravotnictví operovat jen velmi obtížně. V českém zdravotnictví, ve kterém je z veřejného zdravotního pojištění financována téměř veškerá zdravotní péče s výjimkou kosmetických zákroků a dalších okrajových oblastí, není v současné době pro komerční pojišťovny prostor.

Graf č. 14: Podíl soukromého zdravotního pojištění na financování zdravotnictví (% celkových výdajů)



Zdroj: OECD Health Data 2010

Navýšení soukromých zdrojů ve zdravotnictví, a to zejména v oblastech, které by bylo možné pokrýt soukromým zdravotním připojištěním, je proto další možnou cestou, kterou by české zdravotnictví dosáhlo adekvátního podílu v národní ekonomice.

Následující kapitoly popíší jak opatření vedoucí k navýšení veřejných zdrojů, tak opatření vedoucí k navýšení soukromých zdrojů.

### 3.1. Vyjmutí úrazů z veřejného zdravotního pojištění

Úrazy představují jednu z oblastí vyžadujících často nákladnou léčebnou péči, která je v nemalé míře ovlivnitelná rizikovým chováním jedince. Vyjmutí nákladů na léčbu úrazů z veřejného zdravotního pojištění a jejich převedení do povinného komerčního úrazového pojištění představuje proto logickou volbu za předpokladu nutnosti realokace výdajů zdravotních pojišťoven. Systém povinného úrazového pojištění odděleného od zdravotního pojištění je od roku 1984 součástí švýcarského sociálního systému (viz box č. 2).

#### Box č. 2: Švýcarský systém povinného úrazového pojištění

*Povinné úrazové pojištění ve Švýcarsku je definováno zákonem Loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) z 20. 3. 1981. Pojištění je povinné pro všechny zaměstnance a nepovinné pro osoby samostatně výdělečně činné. Pojištění pokrývá léčebnou péči, která je následkem úrazu, a to včetně léčiv, zdravotnických prostředků, lékařské péče, pobytu v nemocnici, lázní a dopravy, dále záchrannou službu, příspěvky na bezmocnost v případě snížené samostatnosti a invalidní důchod v případě dlouhodobé pracovní neschopnosti. V roce 2007 představovaly výdaje na léčebnou péči v důsledku úrazu hrazené z povinného*

úrazového pojištění 0,36% HDP, což v přepočtu pro ČR představuje **12,96 miliard Kč**. Správu pojištění vykonává státní pojišťovna SUVA.

V podmínkách České republiky lze uvažovat o systému, ve kterém by byly následky úrazů vyjmuty z veřejného zdravotního pojištění pro osoby ve věku 15 až 65 let nebo alternativně pro všechny osoby, za něž není plátcem pojistného stát. Následky úrazu by bylo možné identifikovat pomocí diagnóz S a T z klasifikace MKN-10. Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v diagnózách S a T pro věkové kategorie 15 až 64 let představovaly podle Systému zdravotních účtů v roce 2008 částku **4,4 mld. Kč**. Povinnost úrazového pojištění pro všechny osoby, pro které by byly úrazy vyňaty z veřejného zdravotního pojištění, by byla v takovém systému nepostradatelná vzhledem k rozložení nákladů úrazů v populaci, které je charakteristické sice nízkým rizikem, ovšem pro jednotlivce katastrofických nákladů.

Výhodou výše popsaného systému je kromě navýšení zdrojů zdravotnictví možnost komerčních pojišťoven nastavit výši pojistného v závislosti na rizikovém chování klienta a motivace pojištěnců k odpovědnému chování za vlastní zdraví. Pojistné by se mohlo lišit pro osoby, které praktikují rizikové sporty nebo jezdí na motocyklu; své riziko by klient ohodnotil zvolením vyšší či nižší spoluúčasti. Nevýhodou systému jsou vyšší transakční náklady způsobené vyššími náklady komerčních pojišťoven na získávání klientů a nutností kontrahování poskytovatelů komerčními pojišťovnami.

V případě vyjmutí objemu péče v hodnotě 4,4 miliard Kč z veřejného zdravotního pojištění pro věkovou kategorii 15 až 64 let by pro průměrně rizikového jedince představovala měsíční výše pojistného řádově 65 Kč.

### **SLET analýza**

<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Redukce rizikového chování jedinců, motivace k odpovědnosti za vlastní zdraví</li><li>▶ Omezení solidarity</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Změna § 13 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souv. zákonů</li><li>▶ Nový zákon upravující povinné úrazové pojištění</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Úspora prostředků veřejného zdravotního pojištění v řádu <b>4,4 mld. Kč</b></li><li>▶ Vyšší náklady na správu pojištění komerčními pojišťovnami</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Nutnost uzavření smlouvy o úrazovém pojištění s komerční zdravotní pojišťovnou každým občanem ČR</li><li>▶ Nutnost uzavření smluv mezi komerčními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče</li></ul>

## 3.2. Změny ve výběru pojistného

### 3.2.1. Navýšení pojistného za OSVČ

V roce 2008 dosáhly příjmy z pojistného za OSVČ 13,9 mld. Kč, zatímco za zaměstnance 145 mld. Kč. Počet zaměstnanců, kteří hradili pojistné na zdravotní pojištění, byl dle zdravotních pojišťoven 4,2 mil., počet OSVČ byl 943 tisíc. Zaměstnanci tak zaplatili na zdravotním pojištění měsíčně průměrně 2820 Kč, zatímco OSVČ pouze necelých 1231 Kč. U části OSVČ lze očekávat souběh se zaměstnáním. Podle Českého statistického úřadu bylo v roce 2008 178,7 tisíc zaměstnavatelů a 596,3 tisíc pracujících na vlastní účet, tj. celkem 775 tisíc, což je méně než počet OSVČ uváděný zdravotními pojišťovnami. Předpokládáme-li pro zjednodušení, že počet osob, které jsou současně zaměstnané, je roven rozdílu mezi počtem podnikatelů uváděných ČSÚ a počtem dle zdravotních pojišťoven a že tyto osoby nezaplatily do systému žádné peníze (zjednodušující předpoklad), dostáváme průměrnou měsíční částku ve výši 1499 Kč (minimální výše zálohy činila 1456 Kč). I tak průměrná částka zaplacená OSVČ výrazně zaostává za zaměstnanci. Není přitom důvod předpokládat, že je čistý příjem podnikatelů nižší než zaměstnanců. Vyměřovacím základem u osoby samostatně výdělečně činné je (od roku 2006) 50 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. Osoba samostatně výdělečně činná je povinna odvést pojistné z dosaženého vyměřovacího základu, nejvýše však z maximálního vyměřovacího základu. Je-li dosažený vyměřovací základ nižší než minimální vyměřovací základ, je osoba samostatně výdělečně činná povinna odvést pojistné z minimálního vyměřovacího základu. Navýšení průměrné výše odvodů by bylo možné dosáhnout zvýšením vyměřovacího základu z 50 % příjmů po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení na 100 % příjmů po odpočtu výdajů nebo na 50 % příjmů bez odpočtu výdajů. Dále by bylo možné navýšení dosáhnout zvýšením minimálního vyměřovacího základu na výši průměrné mzdy.

Navýšení průměrných odvodů OSVČ na úroveň zaměstnanců by systému veřejného zdravotního pojištění přineslo až **12,3 miliardy Kč**. Další případné příjmy systému by mohlo přinést zavedení odvodů u dalších smluvních vztahů (např. Dohoda o pracovní činnosti).

### *SLET analýza*

- |                                                             |                                                                              |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| ▶ Odstranění nerovnosti mezi zaměstnanci a podnikateli      | ▶ Změna zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění |
| ▶ Vyšší náklady podnikatelů, ztížené podmínky pro podnikání |                                                                              |
| ▶ Zatížení průměrného podnikatele o 1321Kč měsíčně          | ▶ Bez technologických změn                                                   |

### 3.2.2. Asignace spotřebních daní a zvýšení spotřebních daní z piva

Návrh na navýšení minimálních spotřebních daní z piva, který byl již v roce 2006 doporučován Evropskou komisí, nebyl na nátlak České republiky a Německa přijat. Podle zprávy Alkohol v Evropě z roku 2006<sup>14</sup> má přitom alkohol za následek předčasnou úmrť a invaliditu u 12 % Evropanů a 2 % Evropanek, a to po započtení pozitivních účinků alkoholu na zdraví. Měřeno ukazatelem doby trvání života snížené o roky pracovní neschopnosti (DALY) se alkohol řadí na třetí místo z 26 v žebříčku faktorů s nejrizikovějším vlivem na zdraví lidí v EU (před nadváhu a obezitu a za tabák a vysoký krevní tlak). Zpráva uvádí, že „alkohol je příčinou přibližně 60 různých typů onemocnění a zdravotních potíží, včetně úrazů, psychických poruch a poruch chování, gastrointestinálních onemocnění, rakoviny, kardiovaskulárních onemocnění, imunologických poruch, plicních onemocnění, kosterních a svalových onemocnění, poruch plodnosti a ohrožení těhotenství, včetně zvýšeného rizika předčasného porodu a nízké porodní váhy novorozence.“

Přestože přesné vyčíslení nákladů na léčbu následků požívání alkoholu nebylo doposud v České republice provedeno, lze se domnívat, že objem finančních prostředků není zanedbatelný. Asignace příjmů ze spotřebních daně z alkoholu (tj. spotřebních daně z lihu, z piva, z vína a meziproductů), je proto zcela logickou volbou. V roce 2006 bylo na spotřebních dani z alkoholu vybráno 10,7 mld. Kč. Navýšení spotřebních daně z piva může mít sice za důsledek nižší výběr daně vzhledem k možnému poklesu spotřeby, ten je ovšem z hlediska zdravotnictví více než žádoucí.

O dopadu kouření na zdraví jedince bylo napsáno již mnoho studií. Jak sarkasticky poukázaly některé studie (např. studie Phillip and Morris), z hlediska státních financí nemusí být dopad kouření negativní, protože brzké úmrť jedince státu „ušetří“ výdaje na důchody. Z hlediska zdravotnictví je ovšem tento pohled již velice spekulativní. Zdravotní pojišťovny každoročně vydají na léčbu rakoviny plic, která patří mezi diagnózy, na které má kouření prokazatelně vliv, stovky milionů Kč. Asignace spotřebních daně z tabákových výrobků sektoru zdravotnictví patří mezi další možnosti navýšení zdrojů zdravotnictví.

#### SLET analýza

- |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Snížení negativních sociálních důsledků požívání alkoholu při navýšení spotřebních daně z piva</li><li>▶ Nárůst výdajů domácností</li></ul>                 | <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Změna zákona č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Pokles příjmů státního rozpočtu o 43 mld. (rok 2006) ve prospěch zdravotnictví (možno částečně vykompenzovat poklesem platby za státní pojištění)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Nepřinese technologické změny</li></ul>                      |

<sup>14</sup> Anderson, P., Baumberg, B. (2006): Alkohol v Evropě, Zpráva pro Evropskou unii, česká verze Hana Sovinová, Institute of Alcohol Studies, Anglie

### 3.2.3. Zavedení a asignace daně z „nezdravých“ potravin

Obezita patří mezi významné faktory ohrožující zdraví evropského obyvatelstva. Podle WHO se obezita dotýká 30 až 80 % dospělé evropské populace a 20 % dětí a má ročně v Evropě za následek 1 milion úmrtí a 12 milionů let ve špatném zdraví<sup>15</sup> Odhad ekonomických nákladů obezity v České republice mluví o částce **9,5 miliardy Kč** za rok 2007<sup>16</sup>.

Daň z čokolády zavedlo Norsko již v roce 1922, diskuse o využití zdanění spotřeby nezdravých potravin v boji proti obezitě se ovšem na pořad dne dostává až ve 21. století. Od března 2010 jsou v Rumunsku zdaněny produkty fast-food jídelen, sušenky, bonbony a cukrovinky, sladké nápoje, zákusky a křupavé lupínky.<sup>17</sup>

Průměrný Čech spotřebuje ročně 32,5kg cukru, 6,3 kg kakaových výrobků, 6,7 kg cukrářských výrobků, 2,4 kg nečokoládových cukrovinek a 109 litrů limonád (www.czso.cz). Zdanění cukru, čokolády, veškerých cukrářských výrobků, slazených nápojů a fast-food restaurací (důležitým faktorem je správné nastavení systému, které pouze nepřevéde spotřebu na sice nezdravé, ovšem nezdaněné produkty) by mohlo českému zdravotnictví alespoň částečně kompenzovat vysoké náklady na léčbu důsledků obezity a omezit motivaci k nadměrné konzumaci nezdravých potravin. Při dodatečné 15% dani z cukru by při ceně 19 Kč za kg dosáhl výnos daně z cukru řádově 1 miliardy Kč.

#### SLET analýza

<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Zatížení domácností</li><li>▶ Růst spotřebitelských cen</li><li>▶ Motivace ke zdravějšímu životnímu stylu</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Změna zákona č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Příjem z daně z nezdravých potravin v řádu několika miliard</li><li>▶ Možný pokles výběru DPH u těchto potravin vzhledem k očekávanému snížení spotřeby</li><li>▶ Pokles nákladů na léčbu obezity</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Nutnost kvalitního vymezení potravin, na které se daň vztahuje</li></ul>

### 3.3. Navýšení příjmů zdravotnických zařízení z krajských a obecních rozpočtů

Ačkoli je český systém financování zdravotnictví proklamován jako vícezdrojový, hlavní roli v něm hrají zdravotní pojišťovny. Ostatní veřejné zdroje jsou velmi omezeny (pokud neuvažujeme platbu za „státní

<sup>15</sup> WHO (2007): The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response

<sup>16</sup> Hodycová, T. (2009): Ekonomické dopady rostoucí incidence obezity na zdravotnictví v ČR, VŠE v Praze

<sup>17</sup> <http://www.potatopro.com/Lists/News/DispForm.aspx?ID=3301#ixzz0vN3vaw2R>

pojištění“ ze státního rozpočtu jako výdaj státu). V roce 2008 stát a územní rozpočty do zdravotnictví přispěly 18,5 mld. Kč (7 % z celkových výdajů na zdraví), z toho 10,8 mld. Kč neinvestičními výdaji.

V roce 2009 vydaly kraje a obce na kapitolu zdravotnictví 10,2 mld. Kč (6,5 mld. Kč na běžné výdaje). Kraje ze svých rozpočtů nejvíce hradí provoz záchranné služby a lékařské služby první pomoci. Z kapitálových výdajů směřuje z rozpočtu krajů nejvíce zdrojů do nemocnic (cca 2,5 mld. Kč).

Výše výdajů krajů na zdravotnictví je zcela v kompetenci krajských samospráv a záleží tedy pouze na rozhodnutí krajského zastupitelstva a krajských rad, do čeho budou příjmy investovat. Jako vlastníci největšího počtu lůžkových zdravotnických zařízení a lůžkové kapacity v ČR se jeví jejich role ve financování zdravotnictví nízká.

Navýšení příjmů zdravotnictví z rozpočtu krajů tedy záleží pouze na rozhodnutí těchto samospráv a teoreticky zde lze hledat nové zdroje financování zdravotnictví. Stát by také mohl změnit rozpočtové určení daní a mohl by také navázat příjmy z některých daní na jejich využití v sektoru zdravotnictví (obdobu asignace spotřebních daní ve státním rozpočtu).

### *SLET analýza*

- |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Navýšení zdrojů zdravotnictví z rozpočtu krajů sníží investice krajů do jiných oblastí</li></ul>                            | <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Zákon č. 243/2000 Sb., o rozpočtovém určení výnosů některých daní územním samosprávným celkům a některým státním fondům (zákon o rozpočtovém určení daní), ve znění zákonů č. 492/2000 Sb. a č. 483/2001 Sb.</li><li>▶ Vyhláška č. 283/2003 Sb., o podílu jednotlivých obcí na stanovených procentních částech celostátního hrubého výnosu daně z přidané hodnoty a daní z příjmů.</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Ekonomické náklady tohoto opatření jsou minimální, jde o pouhé přerozdělení prostředků v rozpočtech krajů a obcí.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Změny zákonů a vyhlášek a zvýšení nutnosti efektivního využívání krajských dotací, investic a běžných výdajů zdravotnickým zařízením.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                              |

### **3.4.Umožnění připlácení na nadstandard**

Příplatek za volný výběr lékaře v nemocnici (např. primáře), zkrácení čekací doby nebo vyšší kvalitu nemocnice (případně za pobyt na jednolůžkovém pokoji, kvalitnější stravu atp.) představuje v zahraničí



standardní obsah balíčků komerčního zdravotního připojištění. V současném systému není v České republice pro podobné produkty prostor vzhledem k příliš široké definici nároku pojištěnce zakotvené v zákoně č. 48/1997 Sb.<sup>18</sup>. Vzhledem k omezeným zdrojům ovšem dochází k situaci, kdy pojištěnci mají sice právo na vše, ale v realitě jsou tato práva nutně omezována. Definice standardu a umožnění připlácení na nadstandard, tedy možnost úhrady rozdílu mezi úhradou zdravotní pojišťovny a vyšší cenou zdravotní služby pacientem, představuje jednu z možných cest navýšení zdrojů zdravotnictví. Klíčovou se ovšem stává definice standardu, která nevytvoří prostor pro korupci a diskriminaci. Rizikem systému je totiž možný nárůst sociální diskriminace, kdy kvalitní péče bude poskytována pouze movitějším občanům. Možnou obecnou definici standardu přinesl Návrh věcného záměru zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 265/07, který definoval standard, tj. péči, na kterou má pojištěnec nárok, jako péči, o které lze důvodně předpokládat, že je účinná, která je přiměřená zdravotnímu stavu pacienta a cíli, kterého se má léčbou dosáhnout, a která je ekonomicky efektivní (z dostupných variant nejlevnější možná).

Výhodou umožnění připlácení na nadstandard by kromě navýšení prostředků zdravotnictví byla změna motivací poskytovatelů ve směru k větší orientaci na klienta. Podle Euro Health Consumer indexu 2009 obsadila Česká republika z hlediska pacienta sedmáctou příčku z 32 hodnocených zemí a nejvíce pokulhává právě v oblasti práv pacienta (a e-Health).

Soukromé zdravotní připojištění, jehož role je v současném systému v České republice zcela zanedbatelná, financuje v evropských systémech ve státech OECD 5,17 % celkových výdajů na zdravotnictví, což činí 0,51 p.b. HDP, to je v přepočtu pro Českou republiku **18,7 mld. Kč**. Zájem o soukromé zdravotní připojištění se odvíjí od nastavení veřejného systému a od daňových zvýhodnění, které motivují zaměstnavatele k sjednávání zdravotního připojištění pro své zaměstnance v rámci zaměstnaneckých benefitů. Daňové zvýhodnění zdravotního připojištění, které je v zahraničí zcela běžné, by na počátcích systému mohlo podpořit rozvoj daného trhu a podpořit tak přísun soukromých zdrojů do zdravotnictví.

### *SLET analýza*

▶ Motivace ke zvýšení kvality služeb zdravotnických zařízení	▶ Změna § 11 a § 13 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souv. zákonů
▶ Riziko diskriminace sociálně slabých	
▶ Pořizovací náklady na vytvoření	▶ Nutnost vedení transparentních čekacích

<sup>18</sup>Podle zákona č. 48/1997 § 11 odst. 1 má pojištěnec právo „na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za tuto zdravotní péči přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Při porušení této povinnosti je oprávněn příslušný orgán státní správy odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. Ze stejných důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny koordinují svůj postup s orgány státní správy při uplatňování postihu za porušení povinnosti uložené tímto ustanovením zákona”

- nadstandardních služeb na straně poskytovatelů
- ▶ Nižší výběr daně v případě daňových zvýhodnění

- seznamů
- ▶ Nutnost definice standardu

### 3.5. Navýšení spoluúčasti pacientů

Alternativou připlácení na nadstandard je francouzský model spoluúčasti pacientů na léčbě a dobrovolné připojištění pokrývající tyto náklady spoluúčasti. Výše spoluúčasti u jednotlivých typů péče a u jednotlivých zákroků by měla být nastavena tak, aby nedošlo k nadměrnému finančnímu zatížení osob trpících vážnými chorobami. Procentuální spoluúčastí by zpočátku mohla být zatížena pouze ambulantní sféra, systém úhrady léčivých prostředků by, vzhledem k již dnes adekvátní spoluúčasti, mohl zůstat beze změny. Náklady na hospitalizaci by mohly být upraveny navýšením regulačního poplatku ze současných 60Kč na 100Kč.

#### Box č. 3: *Francouzský systém spoluúčasti*

*Francouzský systém financování zdravotnictví požaduje po každém pacientovi spoluúčast danou procentuálním vyjádřením nákladů na léčbu zvanou „ticket modérateur“. Výše spoluúčasti činí např. 30 % léčebných výloh v ambulantní sféře, 20 % nákladů na honorář zdravotníků a nákladů na pobyt v nemocnici a u léčiv 0 % (výjimečně), 20 %, 35 %, 65 % a 100 % dle typu léčiva. Běžné tarify (např. cena návštěvy praktického lékaře) i výše spoluúčasti jsou dány pozitivními seznamy. Návštěva praktického lékaře tak přijde pacienta např. na 7,6€ (<http://vosdroits.service-public.fr/F165.xhtml>). Soukromým zdravotním připojištěním je pokryto 92 % obyvatelstva (OECD, 2004). Pro osoby s nízkým příjmem hradí doplňkové pojištění stát.*

Spoluúčast pacientů na nákladech v ambulantní sféře ve výši 10 % by systému přinesla prostředky v řádu **4,8 miliard Kč** (náklady zdravotních pojišťoven na ambulantní péči představovaly v roce 2008 48,1 miliard Kč), navýšení regulačních poplatků z 60Kč na 100Kč by systému přineslo řádově **600 milionů Kč**.

#### *SLET analýza*

<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Omezení solidarity systému</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Změna zákona č.48/1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souv. zákonů</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Navýšení zdrojů zdravotnictví o 5,4 miliard Kč</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Výběr spoluúčasti v ordinacích lékařů a v nemocnicích vzhledem k současnému vybírání regulačních poplatků vyžádal jen menší změny</li> </ul>

## Závěr

České zdravotnictví stojí na počátku 21. století před mnoha výzvami, které budou v blízké budoucnosti vyžadovat pružný systém poskytování zdravotní péče a kvalitní lidský kapitál. Aby mohlo zdravotnictví odpovědět na rostoucí nároky pacientů na kvalitu zdravotní péče, na poptávku po individualizaci přístupu zdravotnického personálu, ale i na postupné stárnutí populace a měnící se potřeby obyvatelstva v oblasti zdravotnictví, bude potřebovat zejména kvalitní lékaře schopné reagovat na změny ve společnosti.

Současná úroveň ohodnocení lékařů, která i v relativním vyjádření (vzhledem k průměrné mzdě v ekonomice) zaostává za průměrem evropských zemí OECD, sice umožňuje nízké náklady zdravotnictví jako celku (Česká republika vydává na zdravotnictví 7,1 % HDP, zatímco průměr OECD dosahuje 9 %, OECD Health Data 2010), ohrožuje ovšem kvalitu lidského kapitálu ve zdravotnictví a tím i jeho žádanou modernizaci. Odchod lékařů do zahraničí za lepšími podmínkami a vyšší mzdou představuje reálnou hrozbu pro české zdravotnictví.

V současném systému financování zdravotnictví existují na všech úrovních rezervy, které by dokázaly pokrýt zvýšení příjmu lékařů bez radikálního omezování jejich počtu. Vzhledem k významně omezenému prostoru pro konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami, který pojišťovny nemotivuje k aktivní roli při nákupu zdravotních služeb pro své klienty, dochází na úrovni systému veřejného zdravotního pojištění k neefektivnímu vynakládání finančních prostředků. Opatřením, které by vedlo k navýšení konkurence mezi pojišťovnami a tím k jejich motivaci k aktivnější roli v českém zdravotnictví a k efektivnímu hospodaření, je zavedení nominálního pojistného (tím by mohlo dojít i k nárůstu příjmu systému, ovšem ne nutně).

Na úrovni poskytovatelů dochází často k nákupům předražené techniky, léčiv, zdravotních materiálů či prostředků. K omezení korupce, která tyto nákupy často provází, povedou povinné transparentní internetové aukce. Centralizace nákupů může navíc umožnit další úspory díky silnější vyjednávací pozici nákupčího. Oblastí, která v českém zdravotnictví významně zaostává, je management lidských zdrojů. Adekvátní personální politika poskytovatelů může ušetřit další chybějící prostředky.

Problémem, který se bude spolu se stárnutím obyvatelstva stále zhoršovat, je neexistence ucelené koncepce poskytování dlouhodobé péče. Oblast, která se nachází na pomezí zdravotnictví a sociálních služeb, je v současnosti často řešena v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, aniž by to situace pacienta nutně vyžadovala. Oblast vyžaduje jak dlouhodobá, tak krátkodobá řešení. Z dlouhodobého hlediska by bylo vhodné dlouhodobou péči zcela vyjmout ze systému veřejného zdravotního pojištění a financovat ji z výnosů povinného spoření na dlouhodobou péči. Z krátkodobého hlediska je možné financovat sociální služby z rozpočtu Ministerstva práce a sociálních věcí a z Příspěvků na péči. Stát by také měl podpořit výstavbu domů s pečovatelskou službou.

Možností získání prostředků pro navýšení finančního ohodnocení lékařů je ovšem více. Vzhledem k nízkému podílu zdravotnictví na HDP v České republice se nabízí navýšení zdrojů zdravotnictví, a to jak zdrojů veřejných, tak zdrojů soukromých.

Z hlediska veřejných zdrojů se jako nejméně vhodný způsob jeví navyšování platby za státní pojištění, protože představuje nejméně koncepční složku snadno ovlivnitelnou aktuální politickou situací. Řešení se

znovu nabízí hned několik. Vyjmutí úrazů z veřejného zdravotního pojištění a zavedení povinného připojištění pro případ úrazu ušetří systému veřejného zdravotního pojištění řádově 4,4 mld. Kč a zároveň zvýší motivaci obyvatelstva k zodpovědnému přístupu k vlastnímu zdraví. Vzhledem k nerovnoprávnému postavení zaměstnanců a podnikatelů v platbách na zdravotní pojištění lze hledat další prostředky pro systém veřejného zdravotního pojištění navýšením plateb OSVČ. Další možností navýšení zdrojů zdravotnictví je asignace a zvýšení spotřebních daní z piva, vína, lihu a tabáku na zdravotnictví, protože právě zdravotnictví nejčastěji nese následky spotřeby alkoholu a tabáku spojené s rizikem zhoršení zdravotního stavu jedince. Obdobou je i zavedení a asignace daně z „nezdravých“ potravin vedoucích k obezitě, jejímž cílem bude nejen navýšení prostředků, ale i omezení výdajů na léčbu důsledků obezity. U obou typů daní je třeba zajistit pravidelnou valorizaci daní spolu s růstem HDP.

Ve srovnání se zahraničím lze na první pohled vidět rezervy v oblasti soukromých zdrojů ve zdravotnictví. Nejen, že české domácnosti vydají na alkohol a cigarety více prostředků než na péči o své zdraví, ale i z mezinárodního hlediska je v České republice podíl soukromých zdrojů na financování zdravotnictví nízký. Z hlediska mezinárodního srovnání v České republice zaostává zejména segment soukromého zdravotního pojištění. Vhodným navýšením soukromých zdrojů se jeví zavedení možnosti připlácení na nadstandard nebo zavedení spoluúčasti pacientů na léčbě po vzoru francouzského systému.