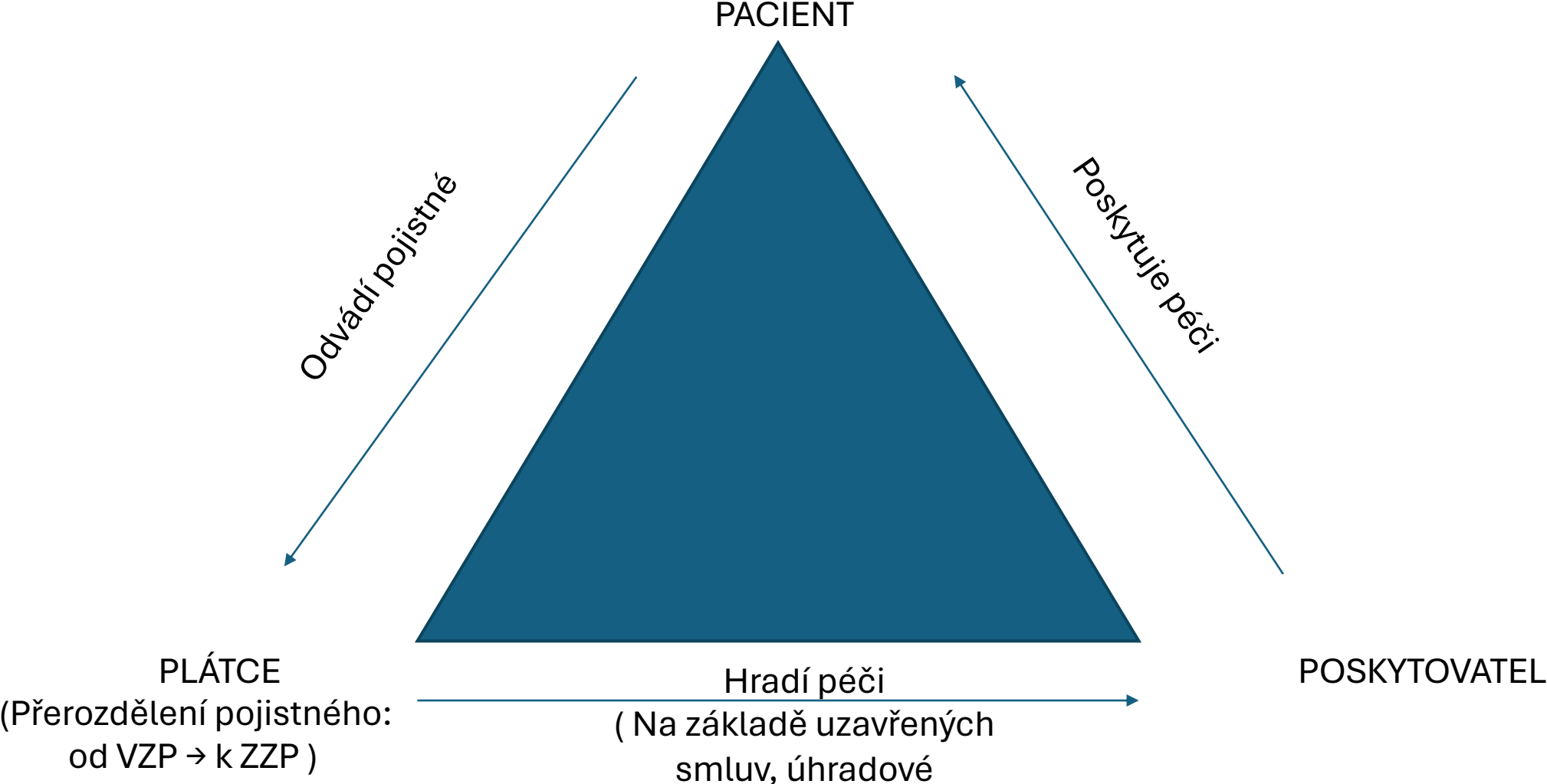


# Český zdravotní systém: pokračování

# Finanční toky



# Odváděné pojistné

- Výše příspěvků stanovena zákonem jako % ze mzdy/platu =>13,5%
- Zaměstnanci platí 4,5%, zaměstnavatelé 9%
- MF 13,5% z částky stanovené zákonem („státní pojištěnci“)
  - Pro 2024:
    - 2 085Kč/osoba/měsíc (vývoj [zde](#))
  - cca 6 mil osob
- Osoby bez zdanitelných příjmů (13,5 % z minimální mzdy)
  - Minimální mzda: 18 900 Kč
  - Pro 2024: 2 552 měsíční záloha
- OSVČ platí 13,5 % z vyměřovacího základu (50 % příjmů po odpočtu výdajů)
  - minimální výše zálohy na pojistné pro rok 2024 je 2 968 Kč

# Co je propláceno?

- Balíček (více např. [zde](#)) proplácené zdravotní péče široký (včetně lázní..)
- Nejlevnější lék z dané skupiny vždy plně [hrazen](#) (ve speciálních případech může revizní lékař ZP povolit plné proplacení jiných léků)
- Od ledna 2008 do ledna 2015 regulační poplatky

# Udržitelnost financování zdravotní péče, vývoj výdajů na zdravotnictví, faktory

- Výdaje na zdravotní péči jsou rostoucí (v ČR i ve světě)
- Tempo růstu těchto výdajů bývá často vyšší než tempo růstu HDP
- Faktory vedoucí k růstu výdajů:
  - technologický pokrok
  - stárnutí obyvatel
  - očekávání obyvatel (zdravotní péče jako právo, očekávaná šíře a kvalita zdravotní péče)
  - ...

# Udržitelnost financování

3 „jednoduchá“ řešení:

## 1. **Dávat více peněz**

Máme vůli více platit z veřejných zdrojů (pojištění, daně, atp.)?

Máme vůli více platit ze soukromých zdrojů (spoluúčast)?

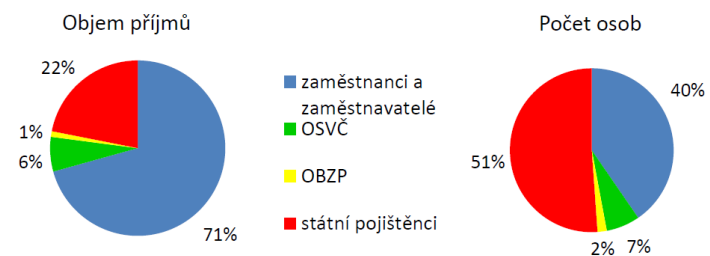
## 2. **Zvyšovat efektivitu zacházení se zdroji**

Máme vůli hledat efektivní řešení (např. zveřejňovat data o kvalitě služeb a méně kvalitní poskytovatele platit méně či vůbec)?

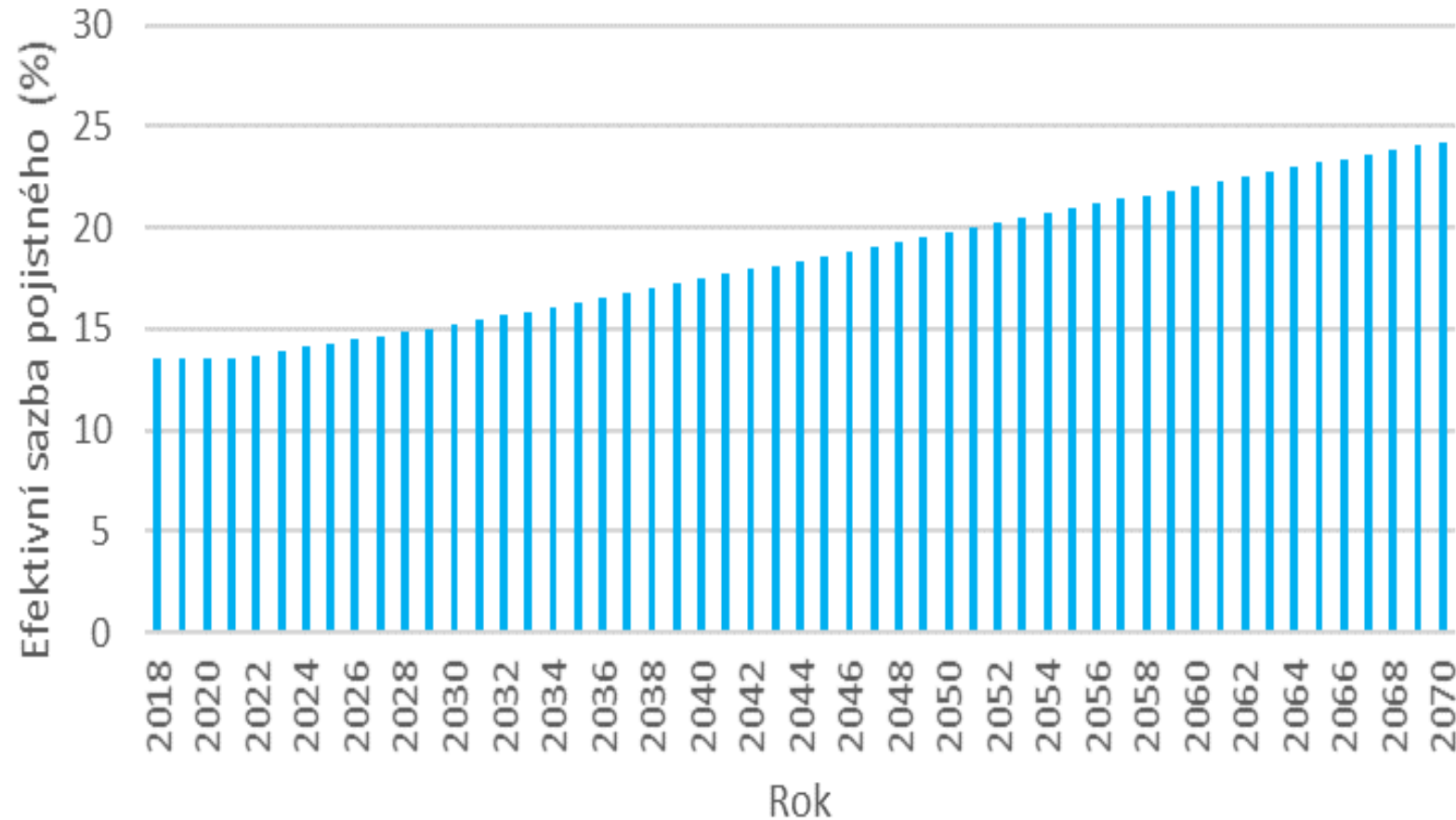
## 2. **Omezovat přístup k péči, snižovat šíři služeb, snižovat kvalitu ...**

# Objem pojistného a struktura pojištěnců

Státní pojištěnci: 22 % příjmů, 51 % pojištěných osob a ještě větší podíl nákladů



# Model: Sazba odvodů na vzp potřebná k udržení systému (CERGE-EI)





# Varianty systémového řešení finanční udržitelnosti systému

- Je zjevné, že bez změn by se systém ocital v následujících letech v deficitu. Řešení? Buď na nákladové nebo na příjmové straně.

|  | Výhody                              | Nevýhody  |
|--|-------------------------------------|---|
| Další navyšování plateb za státní pojištěnce | Navýšení příjmů na potřebnou úroveň | Další zatížení státního rozpočtu (náklady se jen přenesou formou daní na poplatníky a plátce) |
| Navýšení odvodů za zam.                      | Navýšení příjmů na potřebnou úroveň | Další zvýšení ceny práce, možný dopad na nezaměstnanost                                       |
| Utlumení růstu nákladů, racionalizace        | Vyrovnaní dynamiky výdajů s příjmy  | Nejde o líbivé řešení   |
| Spoluúčast pacienta (min. u nadstandardu)    | Navýšení příjmů                     | Politicky velmi obtížně průchozí  |
|  |                                     |   |

# Zdravotníci – málo? Moc?

<https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm>

# Počty lékařů

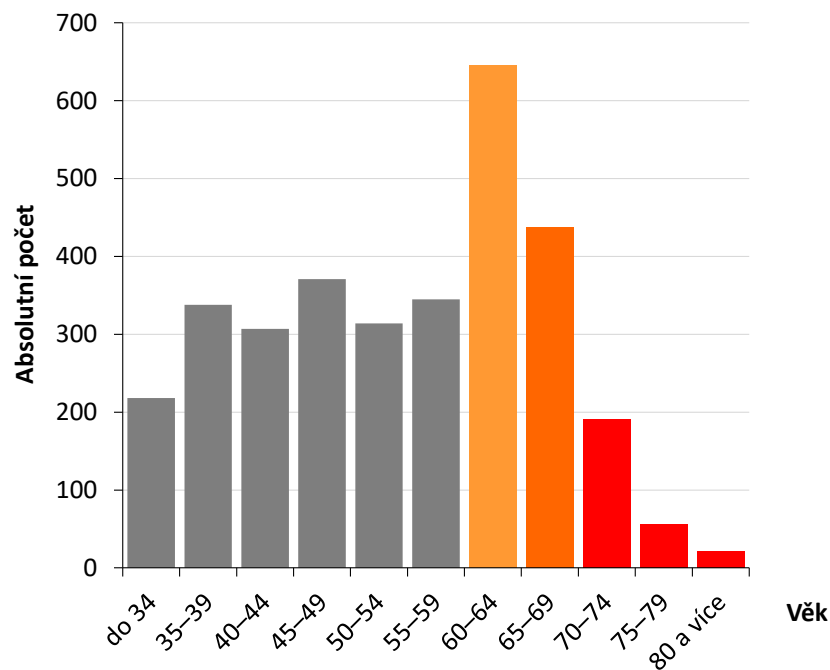
V některých typech péče se nedostává lékařů a mnohé nemocnice se udržují v chodu jen za cenu porušování zákoníku práce. A to i přesto, že v Česku máme o 23 lékařů na sto tisíc obyvatel více, než je průměr EU. Částečnou odpověď dávají statistiky – ČR eviduje o 8 tisíc akutních lůžek více, než je průměr EU a o jednu třetinu více specialistů. Naopak praktických lékařů je o 11% méně. Mezi všemi uvedenými se téměř dvojnásobnou rychlostí oproti průměru EU pohybují pacienti. Poskytujeme kvalitní péči na vysoce specializovaných pracovištích, ale péče o banální onemocnění je nekoordinovaná. Příčina nedostatku lékařů tkví v jejich zaměstnávání na místech, kde nejsou potřeba, vytěžování činnostmi, které buď nejsou nutné nebo je může dělat někdo jiný, v absenci organizace péče a atomizaci informací, ve způsobu vzdělávání a také v klesající atraktivitě lékařské profese. U sestřiček je situace obdobná.

- Řešení:
  - změna struktury poskytovatelů zdravotních služeb
  - standardizace procesů v organizaci péče
  - podpora pre- a postgraduálního vzdělávání
  - fungující zdravotnictví jako atraktivní prostředí, ve kterém by chtěl pracovat každý

# Praktičtí lékaři v ambulancích (dle věku)

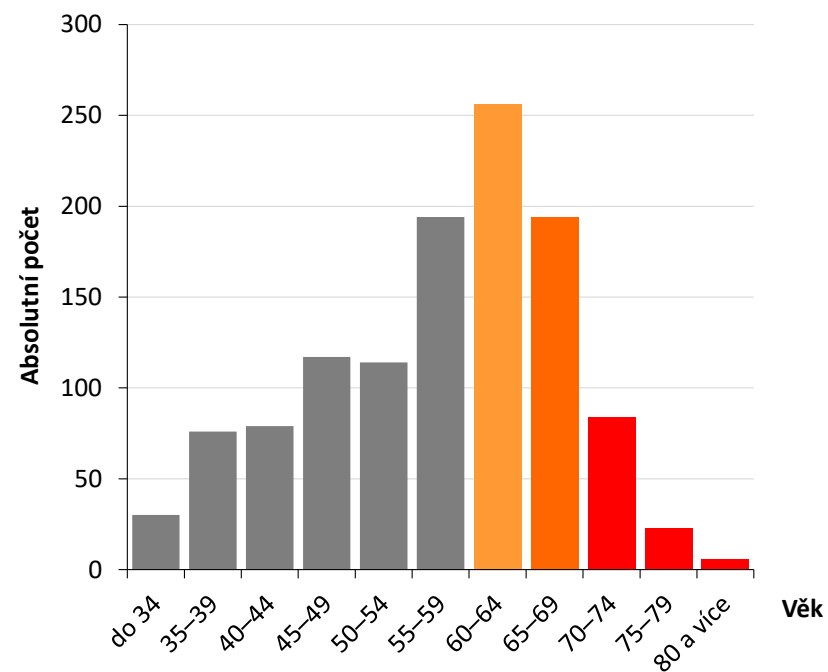
## Věk PL pro dospělé

|               |        |
|---------------|--------|
| Průměr        | 54 let |
| Medián        | 56 let |
| 60 a více let | 41,7 % |
| 65 a více let | 21,8 % |

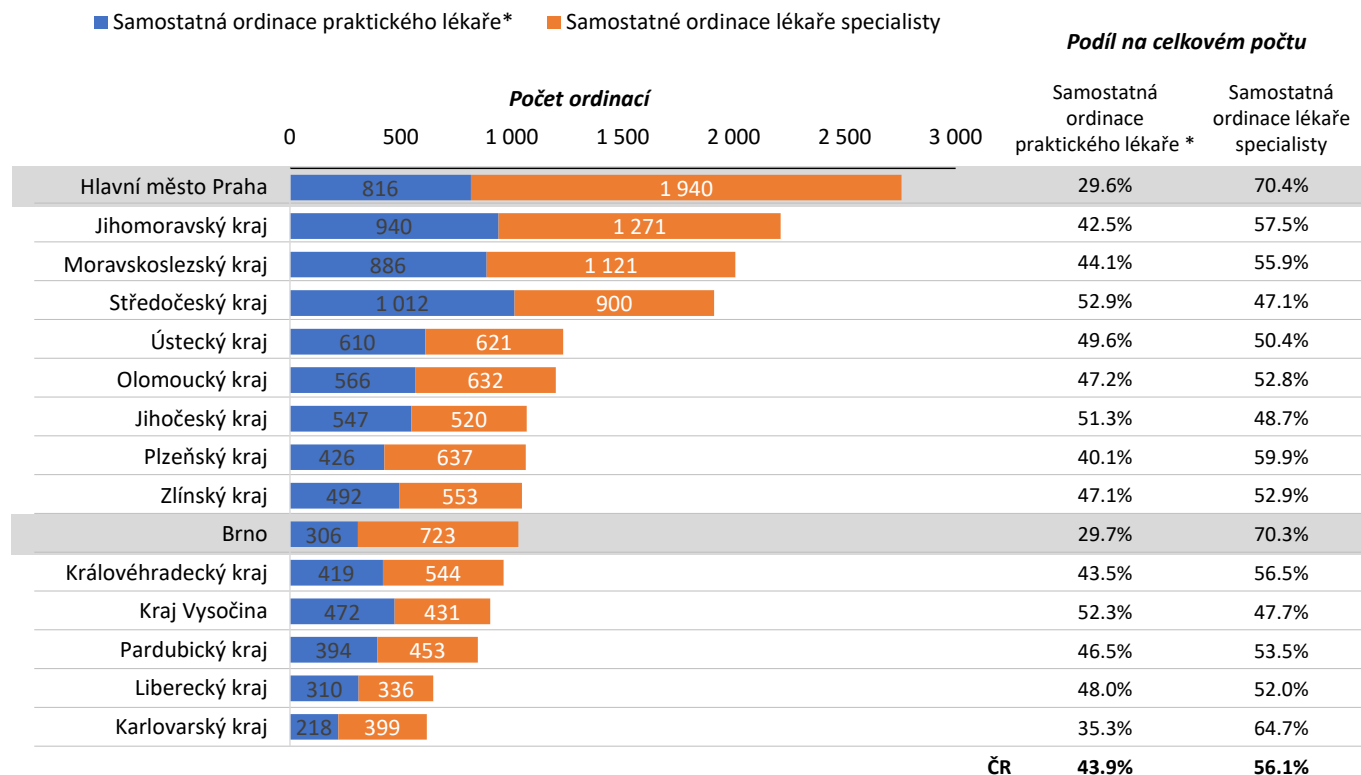


## Věk PLDD

|               |        |
|---------------|--------|
| Průměr        | 57 let |
| Medián        | 59 let |
| 60 a více let | 48,0 % |
| 65 a více let | 26,2 % |



# Velmi vysoký podíl ambulantních specialistů ve velkých městech, zejména pak v Praze.



Rozdíly v dostupné kapacitě ambulantních specialistů vs. praktických lékařů se významně liší mezi regiony ČR – velmi vysoký podíl ambulantních specialistů je patrný ve velkých městech, zejména pak v Praze. U praktických lékařů je nadto velkým problémem jejich demografické stárnutí, které zvyšuje riziko uzavírání ordinací z důvodu odchodu do důchodu.

# Zónace oblastí se zhoršenou dostupností zdravotních služeb – všeobecné praktické lékařství

## Zdravotní služba:

Všeobecné praktické lékařství (odb. 001)

### Vysvětlivka:

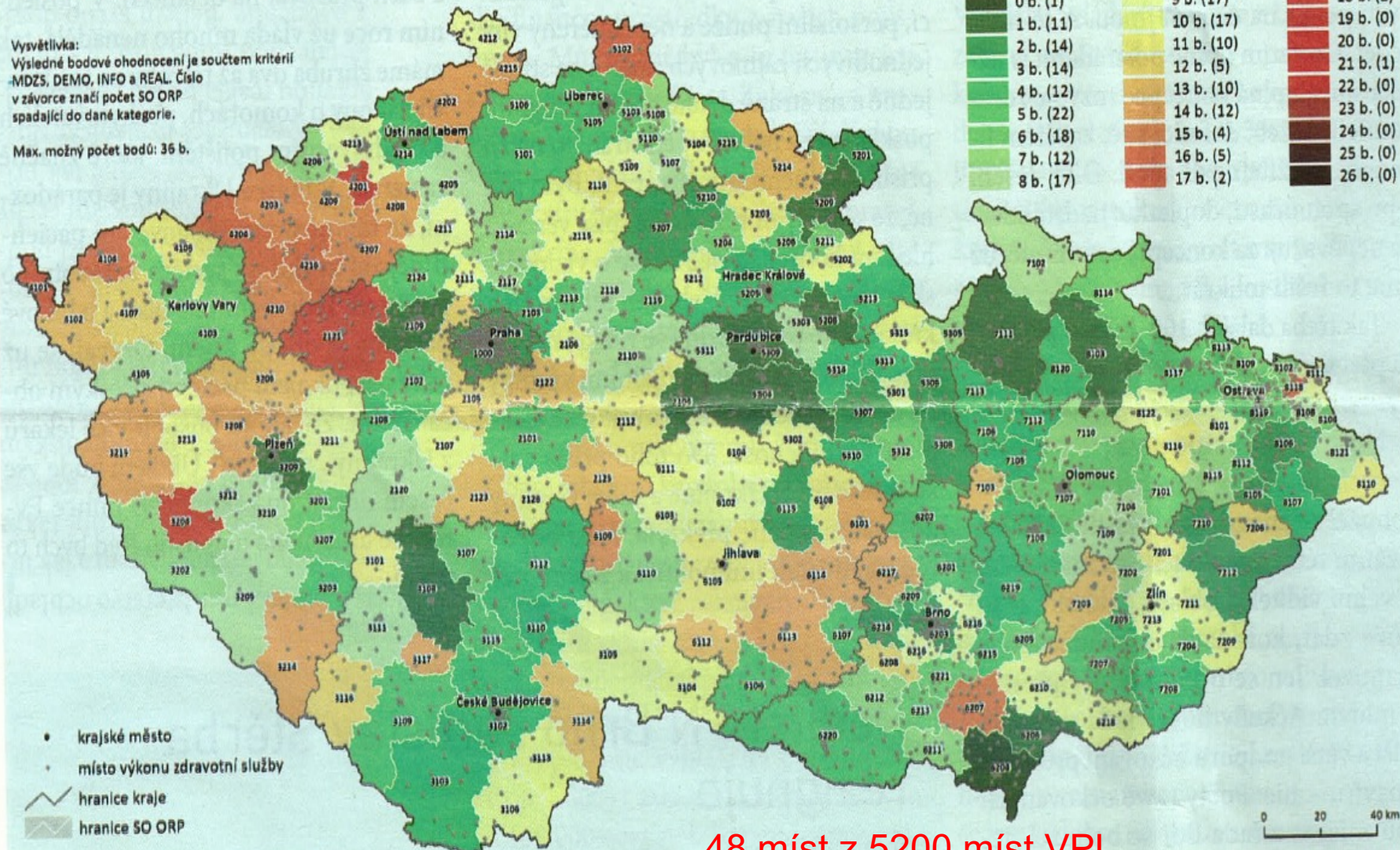
Výsledné bodové ohodnocení je součtem kritérií MDZS, DEMO, INFO a REAL. Číslo v závorce značí počet SO ORP spadající do dané kategorie.

Max. možný počet bodů: 36 b.

## Ukazatel:

Výsledné bodové ohodnocení

|           |            |           |
|-----------|------------|-----------|
| 0 b. (1)  | 9 b. (17)  | 18 b. (2) |
| 1 b. (11) | 10 b. (17) | 19 b. (0) |
| 2 b. (14) | 11 b. (10) | 20 b. (0) |
| 3 b. (14) | 12 b. (5)  | 21 b. (1) |
| 4 b. (12) | 13 b. (10) | 22 b. (0) |
| 5 b. (22) | 14 b. (12) | 23 b. (0) |
| 6 b. (18) | 15 b. (4)  | 24 b. (0) |
| 7 b. (12) | 16 b. (5)  | 25 b. (0) |
| 8 b. (17) | 17 b. (2)  | 26 b. (0) |



- krajské město
- místo výkonu zdravotní služby
- hranice kraje
- ▨ hranice SO ORP

Poznámka: Číslo uvnitř regionu = kód správního obvodu obce s rozšířenou působností (SO ORP), viz číselník ČSÚ.

**48 míst z 5200 míst VPL**  
Zdroj dat: ArcČR 300, ČSÚ, databáze VZP ČR k 1. 1. 2022, údaje z RP VZP ČR a údaje odborných společností platné k lednu 2022.

# Zónace oblastí se zhoršenou dostupností zdravotních služeb – praktické lékařství pro děti a dorost

## Zdravotní služba:

Praktické lékařství pro děti a dorost (odb. 002)

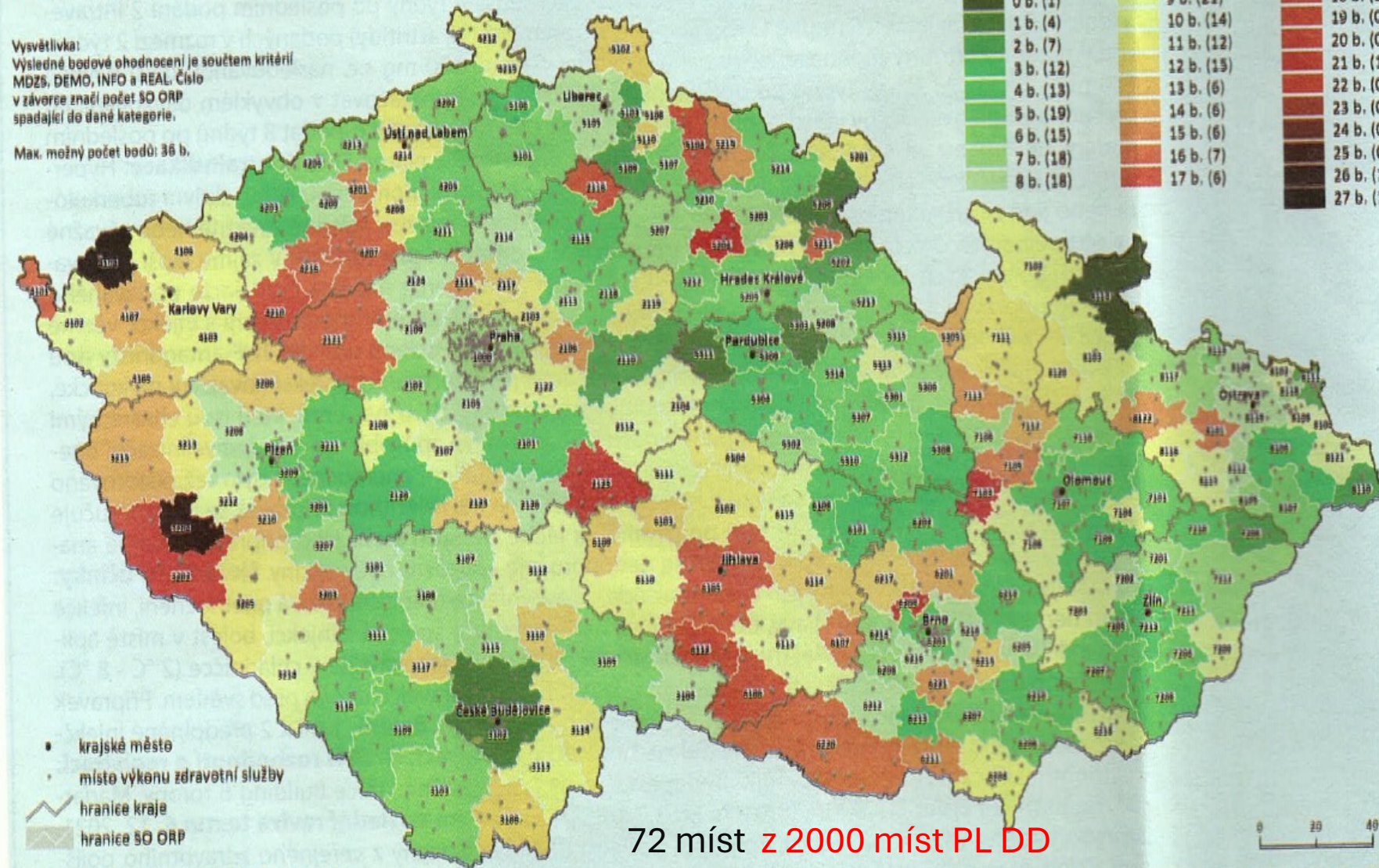
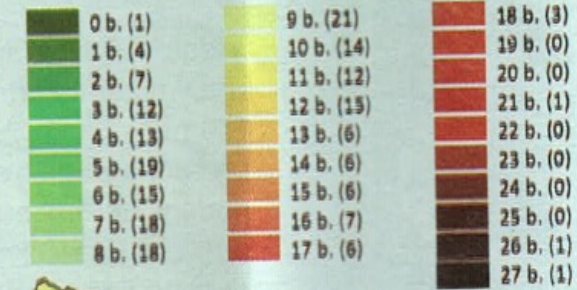
### Vysvětlivka:

Výsledné bodové ohodnocení je součtem kritérií MDZS, DEMO, INFO a REAL. Číslo v závorce značí počet SO ORP spadající do dané kategorie.

Max. možný počet bodů: 36 b.

### Ukazatel:

Výsledné bodové ohodnocení

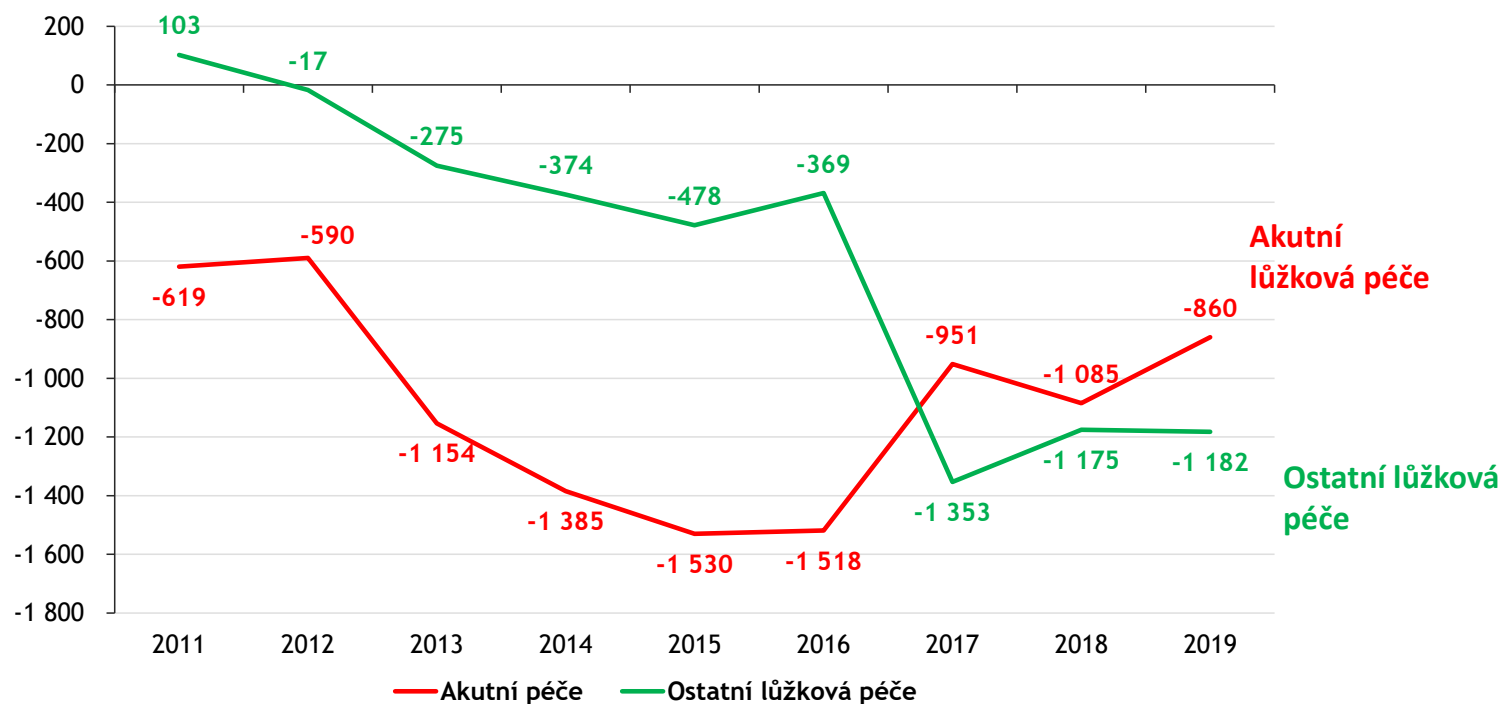


72 míst z 2000 míst PL DD

Poznámka: Číslo uvnitř regionu = kód správního obvodu

Zdroj dat: ArcER 500, ČSÚ, databáze VZP ČR k 1. 1. 2022, údaje z RP VZP ČR a údaje odborných společností platné k lednu 2022.

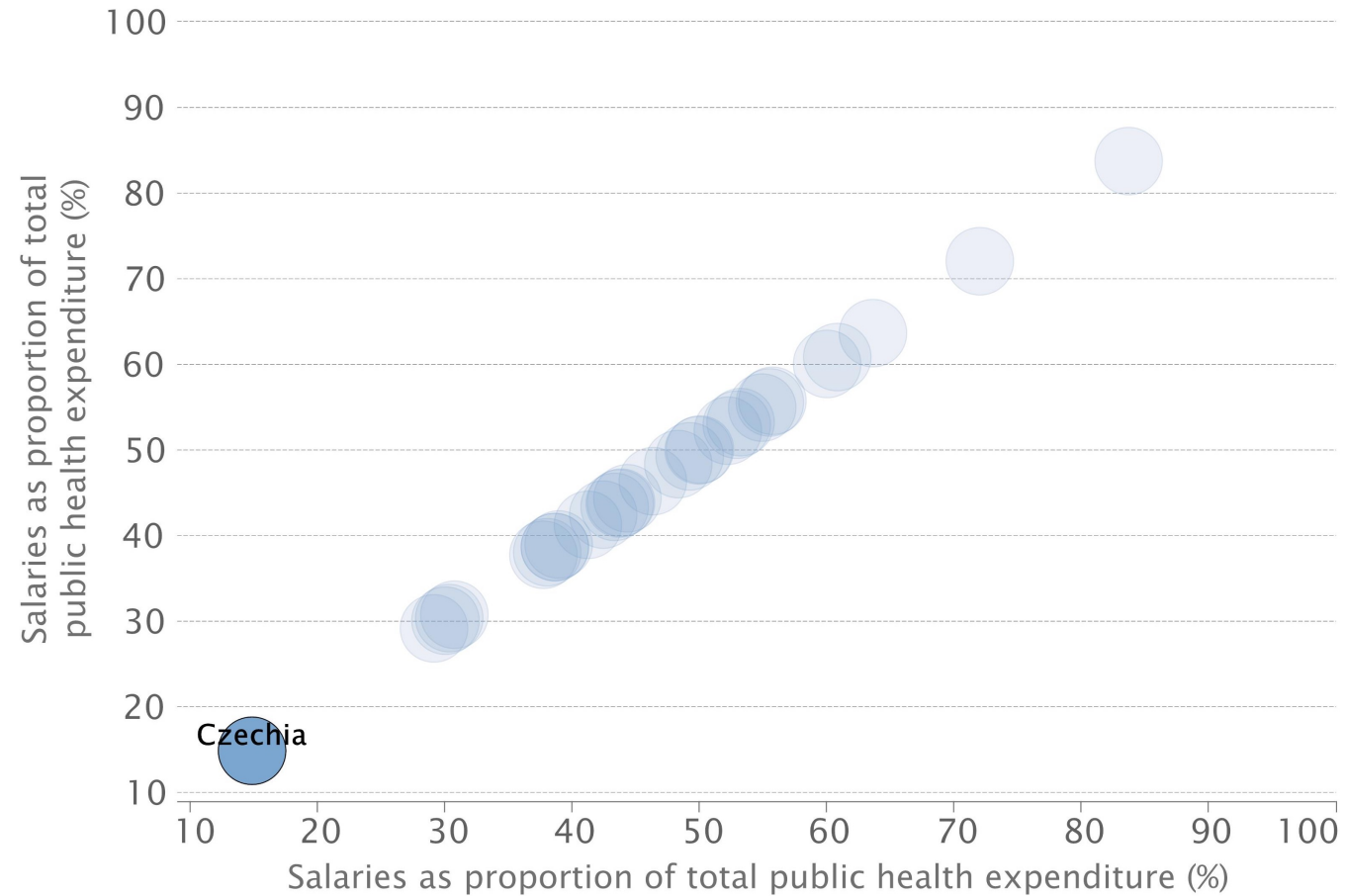
# „Paradox 3a“: Úvazky sester v lůžkové péči



Kapacity a struktura lůžkového fondu musí být do budoucna transparentně plánovány. Mimo jiné i z důvodu očekávatelného nedostatku personálních zdrojů.



# S tím souvisí odměňování ...



WHO. Health For All Database. Dostupné:  
<https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>

# 7 paradoxů českého zdravotnictví

1. Máme ústavní právo na bezplatnou péči stanovenou zákonem. Stanovena ale není.
2. Zdravotnictví závisí na penězích – ovšem lidé si za péči nemohou legálně připlatit.
3. Lékařů je prý málo, ale přitom máme o 23 doktorů na 100 000 obyvatel více než je průměr EU.
4. Zdravotních pojišťoven je více, aby si mohly konkurovat. Přitom to dělat nemohou.
5. Úhrady za péči jsou jádrem systému – jejich samotné rozdělování není spravedlivé.
6. Pětina pacientů spotřebuje 80% výdajů, přitom v péči o ně se improvizuje.
7. Zdravotní a sociální systémy pečují o stejné lidi, vzájemně ale vůbec nekomunikují.

# Paradox 1: Rozsah zdravotní péče

**„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“.**

Ústava Listina základních práv a svobod (1993), článek 31

Tyto podmínky ovšem dosud nebyly pro zdravotní služby zákonem stanoveny.

1. Nereformovatelný „Seznamu výkonů (SV)“? : technické zlepšení SV by bylo obrovským pokrokem pro české zdravotnictví
  - Ústavním soudem bylo opakovaně stanoveno, že SV není seznamem hrazené péče, jde o klasifikační systém (popisu a vykazání poskytnuté péče)
  - Obsahuje relativní náročnost jednotlivých výkonů a pravidla omezující jejich vykazování s cílem zvýšení efektivity péče (doplněk smlouvy mezi poskytovatelem a plátcem)
2. Bludný cyklus úhradových vyhlášek
  - Úhradová vyhláška je českým specifikem a rozhodně není nezbytná. Její zúžení nezpůsobí žádný okamžitý problém (viz příklad Slovenska)
  - Dlouhodobě je ale nutné posílit kompetence a odpovědnost zdravotních pojišťoven (MZ jako garantující klasifikační mechanismy)
3. Kastrbatost vstupu nových medicínských postupů do zdravotnictví

# Paradox 2: Soukromé prostředky ne?

- Představitelé zdravotnictví vidí hlavní příčinu potíží českého zdravotního systému v nedostatku peněz a za jediný lék pokládají trvalé navyšování prostředků vydávaných státem ve formě plateb za státní pojištěnce.

# Paradox 3: Počty lékařů

V některých typech péče se nedostává lékařů a mnohé nemocnice se udržují v chodu jen za cenu porušování zákoníku práce. A to i přesto, že v Česku máme o 23 lékařů na sto tisíc obyvatel více, než je průměr EU. Částečnou odpověď dávají statistiky – ČR eviduje o 8 tisíc akutních lůžek více, než je průměr EU a o jednu třetinu více specialistů. Naopak praktických lékařů je o 11% méně. Mezi všemi uvedenými se téměř dvojnásobnou rychlostí oproti průměru EU pohybují pacienti. Poskytujeme kvalitní péči na vysoce specializovaných pracovištích, ale péče o banální onemocnění je nekoordinovaná. Příčina nedostatku lékařů tkví v jejich zaměstnávání na místech, kde nejsou potřeba, vytěžování činnostmi, které buď nejsou nutné nebo je může dělat někdo jiný, v absenci organizace péče a atomizaci informací, ve způsobu vzdělávání a také v klesající atraktivitě lékařské profese. U sestřiček je situace obdobná.

- Řešení:
  - změna struktury poskytovatelů zdravotních služeb
  - standardizace procesů v organizaci péče
  - podpora pre- a postgraduálního vzdělávání
  - fungující zdravotnictví jako atraktivní prostředí, ve kterém by chtěl pracovat každý

# Paradox 4: Konkurence pojišťoven

- Konkurenční systém zdravotního pojištění byl zvolen proto, že má největší potenciál se adaptovat na vývoj medicíny a potřeby občanů. Tento proces ovšem nebyl dokončen. Došlo sice ke vzniku dalších pojišťoven, ale nebyly nastaveny podmínky pro jejich férovou konkurenci.
- Dnešní systém (sice lepší než systém státní (či jedné pojišťovny)) neplní své původní zadání. Pojišťovny jsou ze zákona odpovědné za zajištění potřebné zdravotní péče svým pojištěncům, ale nemají prostor tuto povinnost maximálně plnit. Místo hledání kvalitních a efektivních způsobů organizace zdravotních služeb investují energii do administrace nařízených regulací.
- Řešení:
  - srovnání postavení všech zdravotních pojišťoven
  - úprava jejich corporate governance směrem k vyšší autonomii
  - umožnění cenové konkurence pojišťoven zavedením dvousložkového pojistného
  - posílení spravedlnosti v systému přerozdělení
  - smluvní volnost v rámci zákonem stanovených mantinelů, opuštění řízení cestou úhradové vyhlášky
  - veřejná kontrola jejich výstupů

# Paradox 5: Úhrady za péči

- Základem systému spravedlnost v úhradách za péči, bez ohledu na to, komu zdravotnické zařízení patří.
- „ZZ jsou si rovná, no .. Některá jsou si rovnější“.
  - Ministerstvo zdravotnictví v dvojroli správce přímo řízených organizací a vydavatele úhradové vyhlášky ve střetu zájmů.
  - Stejně nerovného postavení dosáhla zařízení, která se v historii jakýmkoli způsobem dopracovala k nadstandardní výši úhrady. Díky existenci referenčních období se jí teď těší dlouhodobě.
- Řešení:
  - změna ve způsobu správy přímo řízených organizací a některých krajských nemocnic
  - tok peněz za pacientem (postupné opuštění historických paušálů a roční cyklicity úhradových vyhlášek, DRG, nový seznam procedur)
  - DRG Restart

# Paradox 6: Chronická onemocnění

- Kvalita a organizace péče o chronicky nemocné pacienty je hlavním tématem všech rozvinutých zdravotnictví, nikoli však toho našeho. Důsledky pocítují chroničtí pacienti na svém zdraví a my všichni na zdravotnických nákladech. Chybí komplexní vedení, a tak se místo individuálních léčebných plánů tvořených podle závazných doporučených postupů, jasné odpovědnosti spojené s kompetencemi, sdílení informací o konkrétním pacientovi mezi všemi zapojenými zdravotníky, motivace k dodržování léčebného režimu a zdravého životního stylu setkáváme s všeobecnou improvizací.
- Řešení:
  - standardizace péče o pacienty, klinické protokoly
  - sdílení klinických i patientských informací mezi všemi aktéry
  - motivace poskytovatelů spolupracovat
  - vytvoření role manažera onemocnění
  - motivace pacientů na výsledky léčby, edukace, self-management



# Paradox 7: Propojení sociálního a zdravotního systému

- Zdravotní a sociální systémy sice pečují o stejného člověka, ale vzájemně spolu nekomunikují. Není těžké představit si prospěch, který by přineslo spojení zdravotní a sociální péče v jeden celek v péči o seniory, v psychiatrii, koordinované rehabilitaci, péči o umírající, při zavádění nákladné terapie oddalující vznik invalidity a v mnoha dalších oblastech.
- Řešení:
  - informační propojení obou systémů
  - propojení správy prostředků tam, kde je to výhodné (zdravotně-sociální pojištění)