



V Praze dne 3. ledna 2019

***Podkladový materiál k jednání plenární schůze RHDS ČR  
dne 21. ledna 2018***

K bodu programu:

**Doporučení OECD – Zlepšení systému zdravotní péče v České republice**

Předkládá:

Ministr zdravotnictví ČR  
**Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA**



## Doporučení OECD – Zlepšení systému zdravotní péče v České republice

Sekretariát OECD každé dva roky zpracovává hospodářské přehledy (OECD Economic Surveys) jednotlivých členských zemí s cílem formulovat konkrétní doporučení pro hospodářskou politiku hodnocené země. **Jedná se o hlavní výstup OECD vůči ČR.** Publikace jsou především zdrojem pro formulaci a podporu záměrů hospodářské politiky.

Hospodářský přehled se **skládá ze souhrnné makroekonomické části a z tematické kapitoly** (tzv. strukturální kapitoly), v níž se OECD zaměřuje na strukturální problémy ekonomiky a aktuální překážky růstu. V aktuální publikaci na rok 2018 je samostatná kapitola zaměřena na analýzu českého zdravotnictví, MZ tak na přípravě publikace aktivně participovalo.

Strukturální kapitola Hospodářského přehledu ČR zpracovává téma: „**Zlepšení systému zdravotní péče v ČR**“. Jedná se o nejrozsáhlejší analýzu zdravotnictví ČR ze strany mezinárodní organizace za poslední roky s tím, že nejrozsáhlejší analýza zdravotnictví ČR ze strany OECD dosud proběhla v roce 2014 v rámci publikace „*Studie kvality zdravotní péče ČR*“, na které se přímo podílelo také MZ.

**Publikace se zaměřuje na dlouhodobou udržitelnost a nákladovou efektivitu českého zdravotnictví v kontextu stárnoucí populace, přičemž vedle zhodnocení současného stavu a identifikace nejzásadnějších problémů jsou hlavními výstupy zejména doporučení OECD.**

**Finální podoba zdravotnické kapitoly** dle zástupců pracovní skupiny MZ pro koordinaci spolupráce s OECD **vyznívá pro české zdravotnictví pozitivně a doporučení OECD jsou v souladu s pozicí a strategiemi MZ.** Výstupy publikace mohou být cenným podkladem pro vnitrostátní diskuzi v řadě klíčových oblastí zdravotnictví.

### **Shrnutí hlavních výstupů:**

- **Zdravotní systém ČR dosahuje dobrých výsledků** ve srovnání s ostatními ekonomikami střední a východní Evropy **a konverguje k průměru OECD.**
- **Hlavní výzvou je zajistit udržitelnost financování v kontextu stárnoucí populace.** Demografický vývoj bude mít za následek nižší příjmy systému zdravotnictví a současně dojde k pravděpodobnému růstu nákladů na zdravotní péči.<sup>1</sup>
- Výdaje na zdravotní péči ve výši 7,2 % HDP (v roce 2016) **jsou relativně nízké ve srovnání s průměrem OECD 9 % HDP.**

---

- <sup>1</sup> Očekávaná délka života se mezi roky 2005 a 2015 zvýšila o 2,6 roku na 78,7 let, což je těsně pod průměrem 80,6 let v zemích OECD.



- Dle predikce OECD bude ČR čelit jednomu z největších nárůstů výdajů v souvislosti se stárnutím obyvatelstva na zdravotní a dlouhodobou péči k podílu HDP v nadcházejících desetiletích. Předpokládá se, že až polovina budoucích výdajů ve zdravotnictví bude spojena se stárnutím.

## Hlavní doporučení OECD

Hlavní doporučení OECD proto směřují především k nutnosti **vybalancovat složení příjmů v rámci systému zdravotní péče.**

- 1. Rozšířit zdroje financování zdravotní péče a dlouhodobé péče tak, že se základna příspěvků rozroste na všechny typy příjmů.**

MZ s doporučením částečně souhlasí, k realizaci nedochází. Není v gesci MZ. MZ podporuje rozšíření základny příjmů jakožto nástroje pro diverzifikaci příjmů zdravotního systému. Současná závislost příjmů na výběru pojistného od zaměstnanců je neudržitelná vzhledem ke stárnutí populace. Za zvážení stojí rozšíření druhů příjmů, na které se vztahuje odvod na zdravotní pojištění, o ostatní druhy příjmů podléhajících v současné době dani z příjmů fyzických osob. K realizaci opatření je potřeba součinnost a souhlas celé vlády a především MF.

- 2. Postupně zavést úhradový mechanismus odměňování za výkonnost pro nemocnice a lékaře založený na širokém souboru ukazatelů výkonu.**

MZ s doporučením souhlasí a realizuje kroky k jeho naplnění. Úhradový mechanismus pay-for-performance je jeden z výhledových cílů MZ. V oblasti nemocničních úhrad je aktuálně nedostatek výkonnostních indikátorů k odměňování za kvalitu.

Jedním z prvních kroků, které jsou již realizovány, je příprava nového systému DRG, který stanoví výši reálných nákladů na akutní lůžkovou péči v ČR. Druhým zahájeným krokem je příprava národně akceptovaných Klinických doporučených postupů (KDP) pro péči ke stanovení odpovídajících postupů a následně kritérií při poskytování zdravotních služeb.

- 3. Snížit vliv úhradové vyhlášky tím, že se omezí její rozsah působnosti a ponechá se prostor pro jednání mezi pojišťovny a poskytovateli zdravotní péče.**

MZ s doporučením souhlasí a částečně jej již naplňuje. MZ pro rok 2019 již podpořilo dohody v dohodovacím řízení oproti stanovování úhrad skrze úhradovou vyhlášku, což vedlo k dohodě ve všech segmentech zdravotních služeb.

- 4. Pokračovat ve snižování počtu nemocničních lůžek pobídkami pro regiony a obce, aby restrukturalizovaly kapacity zdravotnických služeb a zařízení.**



MZ s doporučením souhlasí a částečně jej již naplňuje. Již nyní v ČR dochází ke snižování počtu lůžek, přičemž v kontextu střední a východní Evropy dosahuje ČR relativně nízkého počtu lůžek a trend jejich snižování je silnější než jinde v regionu.

Pro možnost výraznějších změn v kapacitě lůžkového fondu jsou nezbytné změny v organizaci komunitní péče, domácí zdravotní péče a primární péče jako takové

#### **5. Posílit úlohu primární péče prostřednictvím gate-keepingu a dalšího posunu směrem k lepší kombinaci kapitační platby a výkonové úhrady.**

MZ s doporučením souhlasí a realizuje kroky k jeho naplnění. Výkonová úhrada, obzvláště v oblasti preventivních vyšetření, screeningů a očkování je více motivační pro praktické lékaře než kapitační úhrada a MZ tak v posledních několika letech postupně posouvalo mix úhrad směrem k výkonům. MZ však neplánuje zrušení kapitace, ale očekává spíše další fine-tuning poměru kapitace a výkonů + zavádění dalších prvků pay-for-performance.

Druhým problémem je nedostatek koordinace praktických lékařů, specialistů a domácí péče, obzvláště v oblasti péče o chronické pacienty. Toto by měla řešit reforma primární péče, posílení pravomocí praktických lékařů a gatekeepingu. Zavedení koordinace péče však vyžaduje širší reformu systému.

#### **6. Zvýšit kapacitu lékařských fakult a počet studentů prostřednictvím stipendií a zajistit udržitelné financování vysokých škol.**

MZ s doporučením souhlasí, začíná v této oblasti podnikat první kroky. ÚZIS ČR se zapojil do přípravy analytických podkladů k Dlouhodobému programu navýšení kapacity lékařských fakult ČR. Navržený program kalkuluje s 15% navýšením kapacity fakult. Tento scénář byl modelově vyhodnocen jako kapacitně zvládnutelný a dostatečně účinný pro řešení hlavních problémů s populací českých lékařů. Scénář nechává první rok programu jako přípravný a následně pracuje s dlouhodobě udržitelným navýšením počtu přijímaných studentů o 15 %. Velmi podstatnou podmínkou realizace plánovaného programu je jeho finanční zajištění.

#### **7. Zvýšit daně z tabáku, alkoholu a zvážít zavedení daní z nezdravých potravin a nápojů.**

MZ s doporučením souhlasí a částečně jej již naplňuje. Pokud jde o tabákové výrobky je doporučení v souladu s čl. 6 Rámcové úmluvy WHO o kontrole tabáku i s Akčním plánem pro oblast kontroly tabáku na období 2015 až 2018. V oblasti alkoholu doporučení koresponduje např. s doporučeními WHO a na národní úrovni i s Akčním plánem k omezení škod působených alkoholem pro období 2015 – 2018. Ministerstvo zdravotnictví bude při přípravě nových akčních plánů usilovat o to, aby potřeba zvyšování spotřebních daní na



tabákové výrobky a alkoholické nápoje byla zahrnuta také v akčních plánech pro příští období a náležitě je reflektovala i nová Národní strategie protidrogové politiky.

Pokud jde o nezdravé potraviny a nápoje, k nové daňové regulaci, která je ze své povahy nástrojem represivním, by mělo být přistoupeno až po vyčerpání možností docílit uvedeného cíle prostřednictvím jiných nástrojů, a to v návaznosti na výsledek odborné diskuse všech zainteresovaných subjektů a s přihlédnutím ke specifickým ČR.

#### **8. Podpořit zdravější životní styl a dále rozvíjet programy v oblasti vzdělávání, prevence nemocí a screeningových programů.**

MZ s doporučením souhlasí a realizuje kroky k jeho naplnění. Screeningové programy obecně patří mezi národní priority ve veřejném zdraví zahrnuté v rámci Zdraví 2020 - Akčním plánem pro rozvoj programů zdravotního screeningu v ČR. Na základě Akčního plánu vytvořil ÚZIS ČR strukturu Národního screeningového centra (NSC) a probíhá projekt Datová základna realizace screeningových programů. ÚZIS realizuje 11 pilotních projektů na konkrétní projekty časného zachytu onemocnění, nebo inovace stávajících programů. Za klíčový krok lze považovat zřízení Národní rady pro implementaci a řízení programů časného zachytu onemocnění. Byla vybudována síť screeningových pracovišť a v rámci informovanosti veřejnosti funguje mnoho webových portálů screeningových programů.

#### **9. Sladíte úhradové systémy pro dlouhodobou péči v oblasti zdravotní a sociální péče pomocí koordinace využívání spoluúčasti.**

MZ s doporučením souhlasí a realizuje kroky k jeho částečnému naplnění. Rozdílná legislativa a financování v sociálním a zdravotním systému brání efektivní spolupráci zdravotní a sociální části. Systémové řešení dlouhodobé zdravotně sociální péče spočívá v reformě financování zdravotně-sociálního pomezí nastavením vícezdrojového financování dlouhodobé péče. Služby poskytované těmto klientům/pacientům budou hrazeny ze zdravotního pojištění, příspěvku na péči, vlastních zdrojů klienta/pacienta (hotelové služby – ubytování a strava) a dotací na sociální služby, popř. darů apod.

#### **Doplňující doporučení:**

##### **1. Zavést nový systém DRG pro stanovení úhrad zdravotních služeb.**

MZ s doporučením souhlasí a realizuje kroky k jeho naplnění. Nový systém DRG by mohl vstoupit do úhrad již v roce 2020, minimálně v režimu sledování produkce. Samotný benchmarking a využívání DRG k hodnocení nemocnic je spíše střednědobý cíl. Samotná implementace DRG bude pravděpodobně procesem na více let, ale jedná se o prioritu z hlediska MZ. Nutná bude i spolupráce poskytovatelů a pojišťoven na zavádění DRG, která



může být problematická vzhledem k omezování vlivu úhradové vyhlášky a volnosti dohod v rámci dohodovacího řízení.

**2. Rozvíjet e-health prostřednictvím dotací pro poskytovatele zdravotní péče, školení uživatelů při současném zajištění bezpečnosti informací a jejich vhodného využívání.**

MZ s doporučením souhlasí a realizuje kroky k jeho naplnění. MZ postupuje podle schválené **Národní strategie elektronického zdravotnictví České republiky 2016 – 2020**. MZ připravilo **metodický pokyn poskytovatelům zdravotních služeb** se specifikací parametrů elektronizace zdravotnictví, realizuje projekt **Strategické řízení rozvoje elektronického zdravotnictví** v rámci OP Zaměstnanost, jehož cílem je vytvořit nástroje a prostředí k řádné implementaci strategie, realizuje projekt Informační a datové rezortní rozhraní pro vytvoření sdílených centrálních služeb rezortu zdravotnictví a pro vybudování informační infrastruktury eHealth a podílí se na evropských nástrojích interoperability v elektronickém zdravotnictví.

**3. Pokračovat v přechodu od lůžkové k ambulantní péči rozvojem denní péče.**

MZ s doporučením souhlasí a připravuje kroky k jeho naplnění. Posledních několik úhradových vyhlášek obsahuje ustanovení o možnosti navýšit ambulantní (a jednodenní) limit úhrad při nedočerpání lůžkového paušálu. Ucelenější řešení jednodenní péče se však očekává až v souvislosti se zavedením nového DRG. Doporučení je rovněž naplňováno v souvislosti s připravovanou reformou primární péče.

**4. Zavést rozumnou spoluúcast s cílem omezit návštěvy u lékaře a zvýšit povědomí o nákladech na zdravotní péči.**

MZ s doporučením nesouhlasí. Zvyšování spoluúčasti je proti současnému programovému prohlášení vlády, MZ s tímto doporučením nemůže souhlasit, avšak nezřídka se diskuze na toto téma, jejíž výsledek je však podmíněn dosažením politického konsenzu.

**5. Vyhodnotit a případně rozšířit plány poskytování bonusů, dotací a náhrad takovým způsobem, aby podněcovaly lékaře k výkonu povolání také v odlehlých oblastech.**

MZ s doporučením souhlasí a realizuje kroky k jeho naplnění. MZ již rozšířilo dotační program i na zubní lékaře a dokonce jim již udělilo první tři dotace. Jsou to primárně pojišťovny, kdo je zodpovědný za dostupnost zdravotní péče, a tudíž by měly podnikat opatření k podpoře regionálních poskytovatelů. Ministerstvo zdravotnictví jakožto jejich dozorující orgán v současné době provádí cílenou kontrolu pojišťoven zaměřenou na splňování místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Současně MZ zvažuje úpravu



nařízení o místní a časové dostupnosti s cílem lépe definovat dostupnost péče a zajistit její vymahatelnost.

**6. Zlepšit možnosti dalšího vzdělávání pro lékařský i nelékařský zdravotnický personál nabídnutím větší samostatnosti a odpovědnosti v průběhu kariéry.**

MZ s doporučením souhlasí a realizuje kroky k jeho naplnění. Povinnost celoživotního vzdělávání pro nelékařský zdravotnický personál je zákonem stanovena. Mezi formy celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků patří mimo jiné specializační vzdělávání a certifikované kurzy. Oproti specializačnímu vzdělávání jsou krátkodobé, proto jsou hojně využívány.

**7. Postupně navyšovat odvody OSVČ, aby lépe odrážely jejich reálné příjmy.**

MZ s doporučením souhlasí, k realizaci nedochází. Není v gesci MZ. Opatření lze realizovat několika způsoby – od lepší kontroly příjmů OSVČ, přes zvýšení minimálního vyměřovacího základu, až po přenastavení výše odvodu. K realizaci je potřeba spolupráce MF, které se k navyšování výše příspěvku OSVČ staví rezervovaně a preferuje zpřísnit kontrolu daňových úniků a příjmů OSVČ.

**8. Motivovat regionální orgány k zajištění dostatečných kapacit institucí dlouhodobé péče v jejich regionální působnosti.**

MZ s doporučením souhlasí a připravuje kroky k jeho naplnění. V gesci jednotlivých krajů jsou vykonávány aktivity, které úzce souvisejí s problematikou zdravotně sociálního pomezí a dostupností zdravotních služeb dlouhodobé péče. Zástupci krajů jsou řádnými členy Mezirezortní pracovní skupiny k řešení problematiky zdravotně-sociálního pomezí na MZ. S kraji je tato problematika konzultována při pravidelných setkáních na MZ i MPSV.

**9. Poskytnout příspěvek na sociální péči s přihlédnutím k příjmu jednotlivce, aby byl garantován jeho přístup k institucionální péči.**

MZ s doporučením souhlasí a ve spolupráci s MPSV připravuje kroky k jeho naplnění. Příspěvek na péči je nepojistná sociální dávka a jeho přidělování, poskytování a vyplácení je v gesci MPSV, i když jeho výše se zpravidla odvíjí od posuzování soběstačnosti, která významně souvisí se zdravotním stavem posuzovaného a s jeho funkčním zdravím.