



# CÍL 17: FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB A ROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ

**DO ROKU 2010 ZAJISTIT TAKOVÝ MECHANISMUS FINANCOVÁNÍ A ROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ PRO ZDRAVOTNICTVÍ, KTERÝ BUDE SPOČÍVAT NA ZÁSADÁCH ROVNÉHO PŘÍSTUPU, EFEKTIVITY, SOLIDARITY A OPTIMÁLNÍ KVALITY**

Hlavním strategickým cílem ve zdravotnictví je zlepšení zdravotního stavu obyvatel tak, aby bylo v hlavních parametrech dosaženo kompatibility s průměrem států EU. Hlavními prostředky k dosažení tohoto cíle je optimalizace funkce a struktury zdravotnické soustavy z hlediska zajištění dostupnosti, návaznosti a kvality zdravotní péče a zefektivnění rozdělování finančních prostředků a jejich využívání.

Z hlediska výdajů na zdravotní péči se nejedná jen o potřebu navýšení finančních zdrojů, ale zejména o zvyšování efektivity systému poskytování služeb a efektivní alokaci nákladů zdravotní péče. Současný systém úhrad zdravotní péče neodpovídá plně požadavku efektivního a ekonomického chování poskytovatelů zdravotní péče - existuje vysoký počet ambulantních kontaktů a akutních lůžek. V oblasti financování a zdravotního pojištění budou transformační kroky směřovat k restrukturalizaci veřejných zdrojů. V zájmu efektivního financování je nutné uplatňovat strategická rozhodování o rozmisťování zdrojů do jednotlivých segmentů zdravotní péče, včetně přehodnocení stávajícího způsobu úhrad a vypracování a zavedení nových způsobů úhrad pro lůžková a ambulantní zdravotnická zařízení. Je nezbytné optimalizovat cenové hladiny a rozsah zdravotních výkonů plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění ve vztahu k možnostem zdrojů veřejného zdravotního pojištění a k potřebám zajištění adekvátní úrovně zdravotní péče. Měl by být zdokonalen mechanismus stanovení úhrady zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Dílčí úkol č. 17.1.

Výdaje na zdravotní služby musí být adekvátní a odpovídat zdravotním potřebám obyvatelstva

Současný stav:

Výdaje na zdravotnictví v evropském regionu se pohybují v rozmezí 3,1-10,7 % z HDP. V ČR tvoří podle různých metodik 6,7-8,5 % z HDP, což odpovídá střednímu evropskému standardu. Protože i vývoj základních indikátorů zdravotního stavu a výsledků zdravotní péče (střední délka života a

novorozenecká úmrtnost) je příznivý, mohlo by se zdát, že výdaje na zdravotní služby jsou dostatečné. Proti tomu ovšem stojí relativně vysoká pracovní neschopnost, vysoká úmrtnost na kardiovaskulární choroby, nádory a úrazy, nízká dostupnost služeb, zvyšujících kvalitu života (ortopedická operativa, domácí péče, zdravotně sociální péče o staré lidi), investiční zanedbanost nemocnic a vysoká míra nespokojenosti pracovníků ve zdravotnictví, zejména pokud jde o mzdovou úroveň.

Pokud se navíc berou v úvahu průzkumy veřejného mínění, které ukazují vysoké postavení zdraví a dostupnosti zdravotnických služeb v hierarchii hodnot a kombinují-li se s možnostmi současné medicíny poskytovat prokázaný zdravotní efekt i v oblastech těch technologií, které nejsou tč. v ČR ufinancovatelné (např. léky na Alzheimerovu chorobu, dostatečná operativa velkých kloubů, transplantace kostní dřeně, spinální operativa, invazivní léčba akutních infarktů myokardu, onkologické screeningové programy aj.), výdaje adekvátní nejsou.

Z pohledu adekvátnosti výdajů na zdravotní služby by zlepšení nemuselo nutně znamenat jenom požadavek na navyšování finančních zdrojů, ale také na zlepšování efektivity systému poskytování služeb, která je nízká (vysoký počet ambulantních kontaktů, vysoký počet akutních lůžek, nedostatečná domácí péče, geograficky nerovnoměrné rozložení kapacit, služeb a nákladů aj.). Oprávněné poukazování politiků na neefektivnost systému brání v této situaci rozvinutí diskuze o možném přehodnocení priorit v alokaci zdrojů. Zvýšení % HDP, plynoucího do zdravotnictví, je v této atmosféře proto nemožné, i když by bylo pro životní standard občanů země prospěšné. Zvýšení efektivity systému poskytování zdravotních služeb je tudíž třeba považovat za prioritu plnění úkolu a teprve potom se stane politicky průchodným znovu diskutovat o absolutním navyšování finančních zdrojů.

### **Aktivity ke splnění dílčího úkolu:**

- 17.1.1: Zvýšit míru odpovědnosti občana za své zdraví  
odpovědnost: **MZ**  
spolupráce: MPSV, MŠMT, SZÚ, ZP a ostatní organizace poskytovatelů zdravotní péče, Asociace nemocnic ČR, Asociace českých a moravských nemocnic, PLDD, SPLDD, ÚZIS, NKZP, ČLÉK  
termíny: průběžně v horizontu 5 let
- 17.1.2: Omezit nežádoucí pohyb pacienta v systému  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: SPL ČR, PLDD, SPLDD, ÚZIS, NKZP  
termíny: průběžně v horizontu 5 let
- 17.1.3: Kontrolovat zavádění nových drahých technologií a zajistit jejich plošnou dostupnost v případě financování ze zdravotního pojištění  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: NKZP  
termíny: průběžně v horizontu 5 let

- 17.1.4: Kontrolovat kvalitu (zejména výsledky) ve vztahu k nákladům péče u jednotlivých skupin poskytovatelů  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: Národní referenční centrum DRG, ZP, NKZP  
termíny: průběžně v horizontu 5 let
- 17.1.5: Vytvořit efektivní rozhodovací mechanismus pro alokaci finančních zdrojů ve zdravotnickém systému z pohledu jednotlivých segmentů poskytované péče  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: Národní referenční centrum DRG, ZP, NKZP  
termíny: průběžně v horizontu 5 let

**Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- střední délka života a novorozenecká úmrtnost,
- mortalita na kardiovaskulární a onkologická onemocnění a snižování úrazovosti,
- počet lůžek (akutní lůžka, ošetrovatelská lůžka, lůžka sociální péče) a počet ambulantních kontaktů s lékařem,
- náklady a jejich frekvence na jednoho kmenového pacienta v krajích ČR podle jednotlivých segmentů péče a skupiny pacientů dle DRG,
- počty prováděných vybraných výkonů (např. počet kloubních endoprotéz na 1000 kmenových obyvatel podle okresů, % akutních infarktů myokardu léčených invazivně v jednotlivých nemocnicích a dle kmenových obyvatel okresů) a sledování počtu analogických výkonů v ČR a v zahraničí,

Dílčí úkol č. 17. 2., 3

Rozdělovat zdroje mezi podporu zdraví a jeho ochranu, léčbu a péči, a to na základě posouzení zdravotního výsledku, efektivity a dostupnosti vědeckých údajů

Systémy financování zdravotní péče musí garantovat všeobecnou dostupnost, solidaritu a trvalou udržitelnost

**Současný stav:**

V ČR platí v současné době zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tento předpis stanoví práva a povinnosti pojištěnců, vymezuje rámec zdravotního pojištění a principy úhrad zdravotní péče prostřednictvím zdravotních pojišťoven a rozsah zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. V zákoně je zakotven princip solidarity zdravých s nemocnými a ekonomicky aktivních s ekonomicky pasivními pojištěnci. Dále jsou v zákoně zakotvena základní pravidla pro jednání o úhradách zdravotní péče. Na základě těchto pravidel jsou stanovovány způsoby a výše úhrad zdravotní péče a cenová kalkulace jednotlivých výkonů.

Při hodnocení účinnosti a rozsahu zmíněného zákona je třeba konstatovat, že některá ustanovení zaostávají za praxí a vývojem ekonomického systému, úrovní lékařských a léčebných technologií a postupů a rozšiřujícím se spektrem možností v oblasti léků a zdravotnických prostředků. Bylo by třeba zákon i na něj navazující normy nižší právní váhy průběžně aktualizovat.

V současné době jsou úhrady zdravotní péče hrazeny prostřednictvím zdravotního pojištění (jednozdrojové financování). Projekty podpory zdraví a jeho ochrany, rozvoje techniky a technologií (investiční prostředky do zdravotnictví) jsou financovány prostřednictvím státního rozpočtu. K přidělení těchto prostředků na jednotlivé akce jsou na Ministerstvu zdravotnictví zřízeny příslušné kompetenční orgány (odborné), které v rámci daných legislativních pravidel pro tuto oblast zajišťují přidělení, následné využití a kontrolu těchto finančních prostředků.

#### **Aktivita ke splnění dílčího úkolu:**

17.2.1: Zavést nové formy úhrad zdravotní péče v oblasti ambulantní a hospitalizační  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: ZP, NKZP, PLDD, SPLDD  
termíny: průběžně v horizontu 5 let

17.2.2: Zapojit MZ do projektu Phare - úhrady zdravotní péče - DRG  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: **ZP, NKZP, PLDD, SPLDD**  
termíny: průběžně v horizontu 3 let

17.2.3: Kontinuálně sledovat aktualizaci legislativních norem v oblasti zdravotního pojištění a úhrad zdravotní péče s cílem co nejrychlejší novelizace norem stávajících, nebo jejich náhrady normami novými  
odpovědnost: MZ  
spolupráce: MF, NKZP  
termíny: průběžně v horizontu 10 let

#### **Ukazatele k monitorování plnění dílčího úkolu:**

- zavedení DRG do praxe.