

## Aide Memoire (Stručný výtah)

### **NÁVŠTĚVA KE ZDRAVOTNICKÉMU SEKTORU V ČESKÉ REPUBLICE**

**21.-22. 5. 2004**

1. Tým Světové banky vedený Dr. Arminem Fidlerem (Sector Manager, HNP, ECSHD), ve kterém byli Arup Banerjee (Sector Manager, HNP, ECSHD), Toomas Palu (Senior Health Specialist, ECSHD), Dominic Haazen (Senior Health Specialist, ECSHD) a Mukesh Chawla (Senior Human Development Economist, ECSHD), navštívil ve dnech 21.-22.5. 2004 Českou republiku. Tato návštěva byla zprostředkována Janou Matesovou (česká poradkyně ED, World Bank, která se rovněž připojila k týmu banky během všech diskusí). Hlavním cílem této mise bylo zúčastnit se dvoudenního brainstormingového semináře s českou pracovní skupinou zabývající se fiskálními aspekty reformy zdravotnictví (dále Pracovní skupina) s cílem dosáhnout společného pochopení hlavních oblastí, na které by se měla zaměřit pozornost za účelem vytvoření fiskálně udržitelného rámce pro poskytování zdravotní péče, a strukturování krátkodobých, střednědobých a dlouhodobých opatření, ideálně s předběžným rámcem posloupností na základě zkušeností.
2. Tým banky se setkal s místopředsedou vlády Bohuslavem Sobotkou, ministrem zdravotnictví Jozefem Kubinyim, zástupci Ministerstva financí (MF) a členy Pracovní skupiny (viz Příloha 1 – seznam lidí, se kterými se tým banky setkal). Tým banky by rád poděkoval zástupcům české vlády za jejich pohostinnost a spolupráci během návštěvy. Tento stručný výtah obsahuje hlavní nálezy a doporučení návštěvy a je předmětem schválení vedením banky.
3. Dvoudenní seminář začal sérií obsáhlých prezentací členů Pracovní skupiny o výzvách, před kterými stojí zdravotnický systém v České republice. Prezentace se zabývaly klíčovými otázkami spojenými s financováním, dodáváním, řízením a organizací sektoru zdravotnictví v České republice a diskutovaly několik reformních možností. Níže se pojednává o hlavních tématech, která vyplynula z těchto prezentací, a o diskusích z nich vyplývajících.

#### **Fiskální udržitelnost**

4. Asi nejdůležitější je potřeba reformy zdravotnictví v České republice z důvodu dlouhodobé fiskální udržitelnosti země. Nejbezprostřednější fiskální tlaky vycházejí z potřeby snížit deficit konsolidovaných veřejných financí, který byl v roce 2003 ve výši 7,4 % HDP (s výjimkou individuálních plateb veřejných záruk, které se rovnaly dalším 6,3 % HDP). Ve střednědobém horizontu, s cílem splnit do roku 2008 cíl deficitu ve výši 3 % HDP, se vyžaduje rychlé snižování veřejných výdajů, přičemž zdravotnictví je klíčovou oblastí výdajů (z celkových výdajů na zdravotnictví pochází ze státního rozpočtu 22 % ve formě příspěvků na pojistné a dalších 10 % ve formě investic). Tato výzva je však zesílena skutečností, že během stejného období požadavky na výdaje jediné vzrostou, pokud zůstane systém beze změny – měnící se demografie bude neustále vést ke zvyšování břemena nevýdělečných osob (starších občanů, kteří už nejsou zapojeni do

pracovního procesu, potřebují větší zdravotní péči, ale přímo nepřispívají do příjmové základny).

5. I když tým banky neměl přístup k aktuálnějším číslům, je z posledních údajů zřejmé, že úroveň výdajů na veřejné zdravotnictví v České republice je již relativně vysoká. V roce 1999 (poslední rok, za který měla delegace údaje) byly výdaje na veřejné zdravotnictví v České republice ve výši 950 USD na obyvatele (při směných kursech parity kupní síly), v porovnání se 756 USD na hlavu v Maďarsku a 522 USD na hlavu v Polsku. Tato explicitní rozpočtová zatížení jsou zesílena implicitními odvody do VZP v tom smyslu, že vláda je chápána jako konečný ručitel všech deficitů VZP. Česká republika zároveň stojí před dilematem s ohledem na výnosy vyhrazené pro zdravotní péči. Poněvadž odvody z objemu mezd na zdravotnictví mají relativně vysokou sazbu – 13,5 %, podobně jako v Maďarsku (14 %), ale mnohem vyšší než 7,75 % v Polsku, je zde málo prostoru pro vytváření dalších výnosů uvnitř systému. Při dalším zatížení odvody z objemu mezd vztahujícími se k důchodům ve výši 26% by jakékoliv další zvýšení daňové sazby nejspíše snížilo daňový základ odváděním zaměstnanosti do neoficiálního sektoru. Ve skutečnosti existuje silné opodstatnění pro snižování sazby zdravotního pojištění a kompenzaci z toho vyplývající ztráty příjmu lepším využitím stávajících zdrojů a zvyšováním technické a alokační efektivnosti. Zároveň s větším důrazem na využití zdrojů může mít snížení sazby zdravotního pojištění příznivý dopad na pracovní trh. Celkově, a v této souvislosti, je třeba diskutovat a dále do větších detailů analyzovat otázky týkající se mechanismu finančního zrovnovažování systému veřejného zdravotního pojištění v České republice, jeho vztah ke státnímu rozpočtu, zejména pak forma a výše účasti státního rozpočtu na tvorbě zdrojů na příjmové straně veřejného zdravotního pojištění.
6. Při zvažování racionalizace výdajů tým banky navrhl jednoduché srovnávací měřítko, pomocí kterého by se mohly hodnotit možnosti reformy z hlediska fiskální udržitelnosti – vyvažování nákladové efektivnosti snížených výdajů s pravděpodobností, že toto snížení přetrvá. Snižování výdajů, která jsou krátkodobými, mimořádnými opatřeními – jako například redukování služeb – se často mohou v pozdějších letech zvrátit. Pro fiskální udržitelnost je normou, podle které lze všechna opatření posuzovat, to, zda tato opatření pravděpodobně *přetrvají* – což vyžaduje, aby byly v souladu jak s *politickými* tak *ekonomickými* stimuly. Taková opatření jsou všeobecně dvojího druhu: Institucionální opatření (např. restrukturalizace), která nespočívají na politickém uvážení (např. na výši státní subvence těm, co jsou ztrátoví); a opatření, která mají zabudované pobídky – například regulovat *budoucí* nadměrnou poptávku po službách nebo nabídku služeb (např. spoluúčast při hrazení nákladů). Důležitou úlohu zde hraje politický konsensus ohledně *hodnot*, který musí existovat před tím, než reforma začne – v podstatě existuje potřeba “střednědobého rámce konsensu”, který by odpovídal střednědobému fiskálnímu rámci.<sup>1</sup>
7. Je důležité poznamenat, že fiskální udržitelnost zdravotnického sektoru v České republice bude muset být vedena cestou zhospodárnění a ohraničení výdajů na zdravotnictví. V krátko až střednědobém období zůstanou výdaje na zdravotnictví v procentech HDP na současné úrovni a do této míry tedy nelze očekávat žádné reálné zvýšení příjmů.

---

<sup>1</sup> Prezentace členů týmu banky jsou přiloženy pro rychlé nahlédnutí.

## Hodnoty řídící reformní snahy

8. Debata o hodnotách musí brát v úvahu historický kontext země. Před rokem 1945 měla Česká republika podobný systém zdravotnictví jako zbytek střední Evropy, který byl z velké části založen na Bismarckových zásadách sociální solidarity. Tato tradice byla přerušena desetiletími systémem provozovaného a financovaného státem, který poskytoval volný přístup prakticky ke všem zdravotnickým službám. Po získání nezávislosti a počátkem 90. let bylo nejdůležitějším cílem otevřít tento systém více možnostem pro zákazníky, umožnit vyšší příjmy lékařům a podpořit omezenou konkurenci mezi plátcí a poskytovateli služeb. Ovšem vedlejšími účinky tohoto procesu změn byly překotné náklady, zvyšující se dluhy, což vedlo ke konsolidaci pojišťovacích ústavů a rozšiřujícímu se rozestupu mezi rostoucími očekáváními zákazníků a poskytovatelů a dostupným financováním.
9. Systém se nyní nachází na křižovatce. Zatímco se zdá, že většina podílníků (zainteresovaných stran) přijímá koncept sociální solidarity a pluralistický trh (veřejných a privátních) poskytovatelů, vede se rozsáhlá debata o míře konkurence ve financování. Debata o financování zdravotnictví zahrnuje debatu o přidělování zdrojů a výměně (trade-off) zdrojů mezi odvětvími a rovněž uvnitř odvětví. Implicitní hranice tohoto procesu přidělování existují v historických procesech a základních sociálních hodnotách, které často omezují možnosti reformy, jež mají politici k dispozici. Kromě toho musí politici řešit mnoho tržních selhání, které jsou vlastní zdravotnímu pojištění, což může představovat velké zatížení regulační kapacity státu. Podobně může být stát přinucen řešit pomocí regulačních pravomocí určité aspekty vnitřní informační asymetrie mezi poskytovateli a konzumenty zdravotnických služeb.
10. Před rozsáhlou diskusí o zdravotnické reformě by mohla být zcela určitě velmi užitečná debata o podpůrných hodnotách. Toto je zvláště důležité, pokud mají mít reformní snahy trvalý dlouhodobý dopad, v protikladu k pouze krátkodobému stanovení či drobné korekci. Místopředseda vlády a ministr financí České republiky prohlašuje, že snahy modernizovat stávající zdravotnický sektor by měly být doprovázeny fiskálními úvahami, což může vyžadovat krátkodobou stabilizační fázi následovanou střednědobou až dlouhodobou konsolidací a reformní fází. I když lze provést některé okamžité kroky s cílem stabilizovat fiskální situaci v krátkodobém horizontu, tým banky navrhuje, že pokud chceme dospět ke stabilnímu dlouhodobému řešení a reálnému detailnímu plánu pro Českou republiku, může být užitečné zvážit přípravu "Bílé knihy ke zdravotnictví" podobné snahám prováděným dříve ve Slovinsku, Kanadě (Romanova zpráva) nebo Velké Británii. Taková Bílá kniha vedená nějakým vynikajícím, známým odborníkem nepatřícím k žádné straně by mohla být vhodným nástrojem k angažování všech subjektů zajímajících se o dlouhodobé zdraví tohoto odvětví. Konzultace by zahrnovaly spotřebitele a politické strany, lékařské profese a ostatní odborné, politické a technické zájmové skupiny. Takový proces by také napomohl kultivovat veřejnou debatu. Výsledkem by byl konsensus stanovující příslušnou úlohu státu, odpovědnost jednotlivých občanů a implicitní a explicitní mechanismy používané k přidělování omezených prostředků na zdravotnictví v České republice.

## Financování zdravotnictví a pojištění

11. Aby se zajistila dlouhodobá fiskální udržitelnost, bylo by nutné snížit finanční zatížení systému veřejného zdravotního pojištění. Současný systém je velmi štědrý, co se týká rozsahu služeb pokrytých sociálním pojištěním, a možná bude nutné redefinovat rozsah pokrytých služeb, bez slevování ze zdravotního pokrytí a finanční ochrany. Správa a řízení stávajících pojišťoven jsou důležitými otázkami, jež vyžadují důkladnou analýzu a uvážení. Zároveň bude užitečné vytvořit trh pro soukromě financované služby nabízející širší možnosti těm, kteří jsou ochotni za ně zaplatit. V podstatě by tedy mohly existovat dva druhy pojistného krytí: (i) Povinné, pokrývající klinicky nezbytné služby poskytované za stávajícího systému veřejného zdravotního pojištění a (ii) volitelné a dobrovolné, pokrývající *dodatečné* služby poskytované jako připojištění soukromými společnostmi. Služby pokryté povinným pojištěním, ze kterých mohou existovat výjimky, by měly zahrnovat: (i) zdravotnické služby pro prevenci chorob; (ii) zdravotnické služby pro včasné zachycení nemocí; (iii) ambulantní a nemocniční zdravotní péči pro diagnostiku a léčení nemocí; (iv) zdravotní péči pro chronické nemoci; (v) zdravotní rehabilitaci; (vi) naléhavou zdravotní péči; (vii) zdravotní péči pro těhotenství, porod a mateřství; (viii) léky na předpis, které jsou popsány v příslušných plánech; (ix) ambulantní služby lékařské indikace. Všechny služby pokryté povinným pojištěním musí splňovat požadavek nejvyšší ekonomické hodnoty a nákladové efektivity a musí být poskytovány nejvíce nákladově efektivním způsobem.
12. Volitelné zdravotní pojištění by mělo být založeno na zásadách dobrovolnosti a nemělo by mít v žádném případě vliv na krytí poskytnuté v rámci povinného zdravotního pojištění, tj. volitelné zdravotní pojištění by mělo zajišťovat zdravotnické služby a zboží mimo rámec povinného zdravotního pojištění. Je důležité, aby se volitelné zdravotní pojištění nepoužívalo na krytí spoluúčasti v rámci povinného zdravotního pojištění. Mezi příklady služeb, které mohou být kryty dodatečným zdravotním připojištěním, patří: (i) lékařské a zdravotnické služby, které nejsou vyžadovány ze zdravotního hlediska, jako například kosmetická operace apod.; (ii) polosoukromé či soukromé ubytování na žádost pacienta; (iii) běžná vyšetření pro zaměstnání; (iv) běžná stomatologická péče a zubní protézy; (v) léky, které nejsou na předpis; (vi) elektrolýza a (vii) oplodnění in vitro. Aby mohlo být volitelné zdravotní pojištění realizováno, musí být tento balík volitelných služeb dobře definovaný, komplexní a pojistitelný.

### **Optimalizace poskytování zdravotních služeb**

13. Další oblastí, které se musí bezodkladně věnovat pozornost, je optimalizace sítě poskytovatelů zdravotní péče, která může znamenat značný přínos pro fiskální situaci zdravotnického systému. Optimalizace a modernizace sítě zdravotní péče vyžaduje celkový politický přístup. Mezinárodní zkušenosti naznačují, že existuje celá řada rozhodujících prvků takového přístupu, včetně podpoření nákupčího zdravotnických služeb a zavedení finančních stimulů a regulace, které by podpořily omezování nákladů a umožnily optimální investice do vysoce nákladových technologií. V českém kontextu by se toto chápalo jako umožnění fondům zdravotního pojištění vyjednávat objemy a ceny zdravotnických služeb a provádět selektivní uzavírání smluv, zavedení financování nemocniční péče na základě DRG (diagnosticky spojené skupiny), integrování nákladů

služeb vysoce nákladových technologií do metod celkových úhrad typu DRG, zavedení odepisování zařízení v ceně úhrady a zavedení politiky “potvrzení potřeby” pro schválení nových investic.

14. Bylo by žádoucí, aby Ministerstvo zdravotnictví provedlo plánovací cvičení, které by poskytlo středně- a dlouhodobou vizi o tom, kolik nemocnic různého typu by Česká republika potřebovala při daných demografických změnách a vyvíjející se medicínské technologii. Tento plán by mohl využívat jednoduchá kritéria, jako např. geografickou dostupnost, velikost populace, která by mohla poskytnout nemocnici dostatečnou epidemiologii pro efektivní poskytování služeb, odhadovaný dopad lékařské technologie na zkrácení délky jednoho léčení v nemocnici apod. Optimalizace nemocniční kapacity by se měla zaměřit více na optimalizaci zařízení než na optimalizaci lůžek v nemocnici, protože rušení lůžek samo o sobě nevede nutně k úsporám fixních nákladů vztahujících se k infrastruktuře, režijních nákladů na zařízení a nákladů na personál. Zároveň by bylo užitečné zavést regulační a motivační prostředí pro autonomnější nemocniční organizace, které by byly řízeny více obchodním způsobem, s právním statutem platným podle současného práva. Taková politika by se musela doplnit silnými regulatorními a institucionálními opatřeními k zajištění odpovědnosti vedení takovýchto nezávislých nemocnic za financování a poskytované zdravotní služby.
15. Lze také uvažovat o fúzích nemocnic jako praktickém opatření k uskutečnění optimalizace sítě nemocnic. Mezinárodní zkušenosti ukazují ke dvěma modelům: organizace typu holdingové společnosti s určitými obecnými funkcemi fúzovaných nemocnic konsolidovaných na úrovni holdingové společnosti (jako zásobování, administrativa, uzavírání smluv, podpůrné služby); a vertikálně integrované organizace, kde se problém efektivity stává součástí řízení nových organizací a kde dochází k oddělení tohoto problému od politiky. Ministerstvo zdravotnictví může také zvážit integraci volné ambulantní péče odborníků s nemocničními organizacemi, aby specialisté mohli praktikovat jak nemocniční tak ambulantní zdravotní péči a efektivně využívat stejné diagnostické kapacity a infrastrukturu; toto jasně platí pro specializace, které mají jak nemocniční tak ambulantní formu (včetně jednodenních operací apod.) Použití tohoto modelu musí jít ruku v ruce s rozšířenou autonomií nemocnic a s regulačním/motivačním rámcem pro více obchodní řízení nemocničních organizací.
16. Další oblastí, kterou je třeba se detailně zabývat, je oblast financování a poskytování dlouhodobé péče, neboť redukce lůžkových kapacit se nedostaví, dokud tato otázka nebude vyřešena.
17. Všechna výše uvedená opatření potřebují úpravu regulatorního rámce a investice do institucionální kapacity, včetně informačních technologií a řídicích a kontrolních struktur apod. Neexistují žádné rychlé a krátkodobé úpravy pro optimalizaci nemocničního sektoru. V závislosti na stávajícím regulatorním prostředí by mohli politici zvážit kroky k posílení finanční disciplíny ve veřejných nemocnicích zavedením přísnějších účetních norem, posílením dohledu, vyžadováním externích nezávislých auditů, prosazováním limitů pro ukazatele dluh/roční výnosy a zvážit jmenování dočasných správců pro nemocnice, které by tyto normy nedodržovaly. Právní základ těchto doporučení by bylo třeba dále zkoumat.

## **Spoluúčast pacientů**

18. Kromě toho lze také použít a seriózně zvážit několik krátkodobých stabilizačních opatření. Za prvé, zavedení mírné spoluúčasti pacientů na všech úrovních služeb, včetně primární ambulantní péče, ambulantní péče odborníků (s pacienty, kteří byli posláni na konsiliární vyšetření do nemocnice), nemocniční péče (maximálně, řekněme, do 10 dnů) a léků na předpis, je užitečným prostředkem pro omezení nadměrné spotřeby zdravotní péče a může tedy snížit zdravotní výdaje, zvláště za léky na předpis, které se obvykle doporučují při návštěvě lékaře. Za druhé, zrušení krytí lázní, sanatorií apod. může také vést k určitým (třebaže malým) úsporám. A za třetí, přesunutí výdajů za úrazy při automobilových nehodách do pojištění aut může také vést k úsporám ve zdravotnickém systému. Je však třeba prozkoumat dopad tohoto opatření na povinné pojištění odpovědnosti z provozu vozidel.

## **Farmaceutická politika**

19. Česká republika již používá celkem komplexní postupy k řízení nákladů na hrazené léky. Doporučují se neustálá zlepšení, včetně: (i) zavedení porovnávání nákladů nově označených léčiv se zeměmi EU, které používají efektivní politiku oceňování (např. Španělsko, Řecko, Francie), s výběrem nejméně nákladných jako měřítko; (ii) zlepšit referenční oceňování konsolidováním počtu úzkých terapeutických kategorií; (iii) podporovat používání generických léků vyžadováním předpisů podle jmen INN a umožněním (vyžadováním), aby lékárnici nahrazovali drahé značkové výrobky generickými, a limitováním úhrad (kde možno) na cenu generických léků místo značkových jmen; (iv) zvážit nahrazení velkoobchodní a maloobchodní cenově proporcionalní přírážky plošnými maržemi; (v) zrušit úhradu OTC léků; (vi) zhodnotit mezinárodní zkušenosti s cenovými nabídkami na Internetu s cílem dále dosahovat snižování cen prostřednictvím konkurence tam, kde je to možné; (vii) zvážit zmírnění nadměrného využívání zdravotnických služeb prostřednictvím spoluúčasti; toto by pomohlo snížit nevhodné předepisování léků; (viii) podporovat racionální předepisování léků pomocí vytváření směrnic pro praxi a omezování práv předepisovat drahé léky, které mají úzké indikace; (ix) poskytovat lékařům pravidelnou zpětnou vazbu o jejich předepisování léků s cílem ovlivnit lékaře-outsidery, kteří neustále předepisují vysoce nákladové léky velkému počtu pacientů; (x) posoudit institucionální zřízení "kategorizačního výboru" s cílem zajistit, aby rozhodnutí byla činěna na základě nejlepší farmako-ekonomické evidence a v rámci celkové fiskální politiky; a (xi) zlepšit a zmezinárodnit normy pro farmako-ekonomickou analýzu léků, které se navrhuje k veřejné úhradě. Výše uvedené je rovněž platné pro ostatní zdravotnický materiál. Několik těchto navrhovaných opatření lze přijmout v krátkodobém horizontu.

## **Dohody a další kroky**

20. Na konci tohoto dvoudenního brainstormingového semináře se členové Pracovní skupiny a tým banky dohodli na několika klíčových problémech a dalších krocích v oblastech

týkajících se (i) hodnot; (ii) fiskální udržitelnosti; (iii) optimalizace systému; (iv) financování zdraví a pojištění a (v) mechanismů plateb poskytovatelům. Co se týká hodnot, panovala shoda, že existuje naléhavá a urgentní potřeba dlouhodobé *komplexní celkové* vize pro tento sektor. Jednotný názor byl také v tom, aby Ministerstvo financí bylo i nadále do tohoto procesu plně zapojeno. Ohledně fiskální udržitelnosti došlo k celkovému souhlasu, že dlouhodobá *fiskální udržitelnost* je rozhodující záležitostí ve zdravotnictví v České republice a že jakákoliv krátkodobá opatření by měla být v souladu s touto vizí. Bylo dosaženo několika shod v oblasti optimalizace systému, včetně názoru, že některé existující evropské modely pro síť poskytovatelů by se měly vyzkoušet v rámci České republiky. Ostatními oblastmi dohody a sdílené vize byly: (i) pokračovat s postupným zaváděním vhodného platebního mechanismu, zlepšováním systémů za pochodu; (ii) větší autonomie nemocnic spolu s manažerskou odpovědností; (iii) zkoumat možnost nehrazení léků prodávaných přes pult (OTC), stanovení paušální marže pro distributory, spoluúčast při hrazení léků, apod. (iv) zkoumat, kde lze optimalizovat systém následné péče a (v) zlepšit manažerský, účetní a informační systémy.

21. V oblasti financování zdraví a pojištění panoval souhlas s pokračováním v sociální solidaritě na základě povinného balíčku dávek pro všechny obyvatele, přičemž se musí zkontrolovat přiměřenost povinného balíčku dávek podle současné zdravotní evidence včetně kontroly obsahu a objemu, a zkoumat možnost mírné (nenáročné) spoluúčasti za všechny zdravotnické služby. Je třeba dále prozkoumat zdravotní a nemocenské pojištění (společná správa dvou autonomních fondů), zvláště v rámci sociálního pojištění. Další důležité problémy zůstaly k další diskusi, včetně toho, zda vytvořit trh přípojištění pro vedlejší služby nebo zda by měla existovat horizontální integrace hlavních a vedlejších služeb, které nabízejí pojistitelé. V oblasti mechanismů plateb poskytovatelům/hodnocení zdravotní technologie došlo k široké shodě v tom, že se má pokračovat s investicemi do systémů MIS, dokončit práci na systémech DRG (diagnosticky spojené skupiny), založit nezávislou agenturu, která by prověřovala a doporučovala nákup luxusní technologie a zaměřit se na nové nákladově efektivní technologie, jako například denní operace.

## **Příloha 1: Seznam osob, se kterými se setkal tým banky**

Členové české pracovní skupiny zabývající se fiskálními aspekty reformy zdravotnictví:

Pavel Baránek  
Josef Drbal  
Ladislav Fridrich  
Jarmila Fuchsová  
Tomáš Kozák  
Miroslav Ludvík  
Vratislav Matys  
Jiří Schlanger  
Petr Sláma  
Pavel Vepřek  
Miroslav Zámečník  
Ivo Židek

Lucie Antošová, MF, tajemnice pracovní skupiny

Byli rovněž přítomni následující pracovníci Ministerstva financí: Tomáš Sedláček, Drahomíra Vašková, Lenka Loudová