

Závěrečná zpráva z pilotního projektu Spending Reviews v České republice

Autoři:¹

Ing. Jakub Haas, vedoucí oddělení Zdravotnictví a veřejné zdravotní pojištění, Ministerstvo financí ČR
Ing. Anastasie Gavrikova, oddělení Zdravotnictví a veřejné zdravotní pojištění, Ministerstvo financí ČR

Obsah

1	Úvod	2
2	Analýza dat	3
2.1	Výdaje.....	3
2.1.1	Výdaje obecně	3
2.1.2	Výdaje na rezidenční místo	4
2.1.3	Výdaje – geografická dimenze.....	5
2.1.4	Výdaje – oborová dimenze	6
2.1.5	Výdaje zdravotních pojišťoven	7
2.2	Výstupy (Outputs)	8
2.3	Výsledky a přínosy (Outcomes and benefits)	10
2.4	Závěry z analýzy dat.....	20
3	Efektivnost.....	22
3.1	Geografická dimenze	22
3.2	Oborová dimenze	24
4	Cíle programu, účelnost	27
5	Závěr: Doporučení	29
5.1	Data	29
5.2	Formulace cílů	29
5.3	Prioritizace.....	29
5.4	Financování.....	29
5.5	Zvýšení účelnosti	29
5.6	Možnosti další analýzy.....	30
	Příloha: Vyjádření Ministerstva zdravotnictví	31

¹ Podklady a připomínkami za Ministerstvo zdravotnictví se podílela Ing. Olga Laaksonen, vedoucí oddělení vědy, výzkumu a dotací na vzdělávání

1 Úvod

Pro pilotní projekt Spending Review v České republice byl vybrán dotační program rezidenčních míst pro lékařské obory, který je hrazen ze státního rozpočtu, z kapitoly Ministerstva zdravotnictví (MZ). Důvody výběru tohoto programu jsou následující:

- a) Výrazná dynamika výdajů v absolutním i relativním vyjádření
- b) Rostoucí požadavky MZ na navýšení výdajů státního rozpočtu na tento program
- c) Výsledky kontroly Nejvyššího kontrolního úřadu²

Jak fungují dotace na rezidenční místa? Absolvent lékařské fakulty nemůže po ukončení studia vykonávat lékařskou činnost samostatně a bez dozoru. Aby mohl pracovat samostatně, musí absolvovat specializační postgraduální vzdělávání u poskytovatele zdravotních služeb (např. nemocnice, ordinace praktického lékaře atd.). Specializační vzdělávání je zakončeno atestační zkouškou. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou příjemci dotací na rezidenční místa, kdy většinu z této dotace musí vyplatit svému školenci (min. 55 %). Zbytek dotace slouží ke kompenzaci nákladů zdravotnického zařízení na vzdělávání. Jeden příjemce dotace může školit více školenců.

Dotace se vyplácí na základě zákona č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Dotace je vyplácena na celé specializační vzdělání (dvakrát ročně), nebo pouze na jeho počáteční část, tzv. základní kmen (jednou ročně). Délka celého specializačního vzdělání, včetně základního kmene se liší dle jednotlivých oborů, pohybuje se většinou v rozmezí 4-5 let, přičemž nejkratší vzdělávací program trvá 36 měsíců a nejdelší 77 měsíců.

Struktura Final Report je následující: V druhé kapitole se zaměřujeme na práci s dostupnými daty, jejich uspořádání a analýzu. Třetí kapitola se věnuje efektivnosti, porovnávání výdajů a výstupů, resp. přínosů, či výsledků programu rezidenčních míst. Na účelnost, plnění cílů programu se blíže podíváme v kapitole čtvrté. Pátá, závěrečná kapitola pak obsahuje doporučení pro tvůrce zdravotnické a hospodářské politiky. V příloze byl ponechán prostor pro vyjádření Ministerstvu zdravotnictví.

² [Kontrolní akce č. 19/06 | NKÚ \(nku.cz\)](#)

2 Analýza dat

Autoři studie použili data z různých zdrojů, přičemž je nutno zdůraznit, že data byla jednotlivými původními zdroji (vlastníky) sbírána a sledována z různých důvodů.

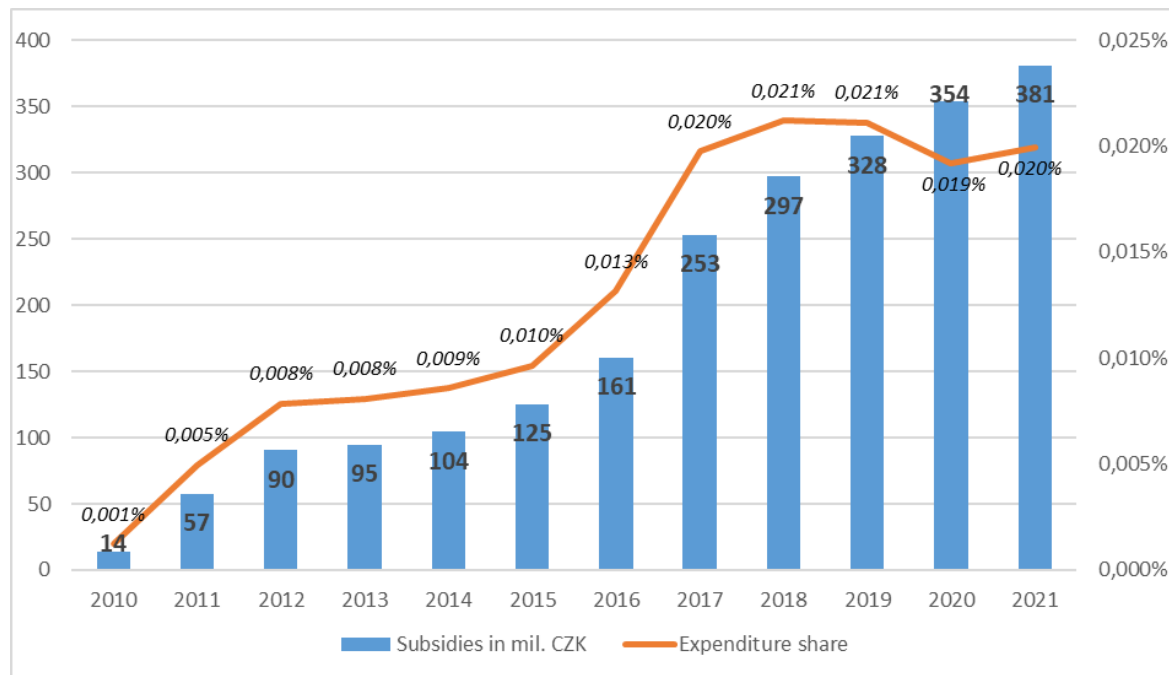
Specializační vzdělávání a poskytování zdravotních služeb se sice vzájemně překrývají, a ač jsou oba systémy na sobě závislé, nejde o totéž. Specializační vzdělávání probíhá při výkonu zdravotnického povolání lékaře, a tedy v rámci systému poskytování zdravotních služeb. Systém zdravotní péče je však daleko širší a specializační vzdělávání se ho v některých případech nijak nedotýká (např. poskytování péče ve specializovaných ambulancích některých oborů, které nemají zájem ani potřebu mladé lékařské v předatestační přípravě zaměstnávat). K zajišťování specializačního vzdělávání nejsou zdaleka akreditováni všichni poskytovatelé zdravotních služeb, a to ani ambulantní, ani lůžkoví. Přesto informace o nich do této analýzy vstupují prostřednictvím dat zdravotních pojišťoven. Tuto skutečnost je mít při tvorbě jakýchkoliv závěrů na zřeteli.

2.1 Výdaje

2.1.1 Výdaje obecně

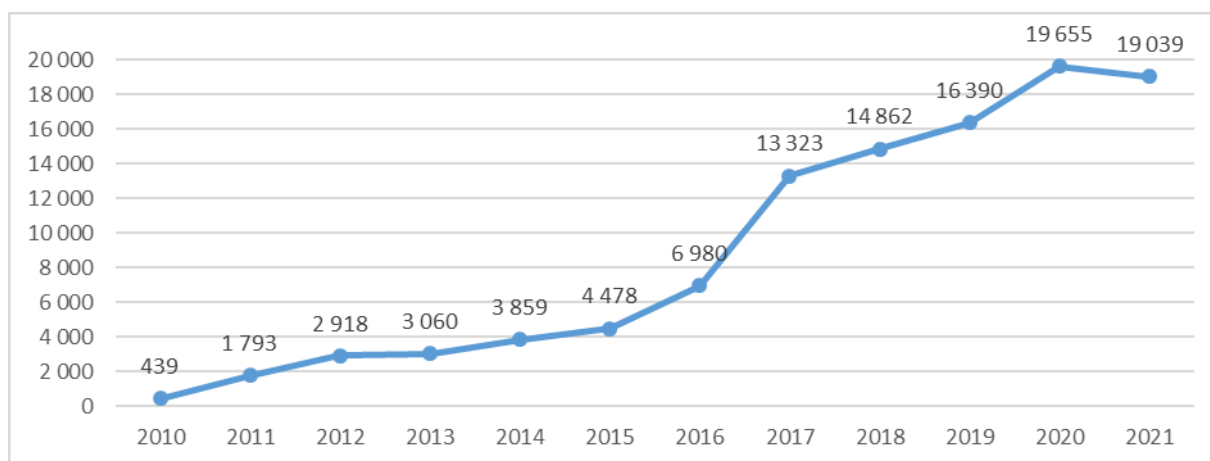
Nejprve se zaměříme na výdajovou stránku. Výdaje na dotace na rezidenční místa lékařských povolání ve sledovaném období (2010-2021) řádově vzrostly. Růst můžeme sledovat nejen v absolutních číslech v Grafu 1, ale také v poměru k celkovým výdajům státního rozpočtu (křivka „Expenditure share“). Trendový růst relativních čísel byl v roce 2020 krátkodobě přerušen prudkým navýšením výdajů státního rozpočtu v souvislosti s pandemií COVID-19.

Graf 1 – Vývoj výdajů státního rozpočtu na dotace na rezidenční místa

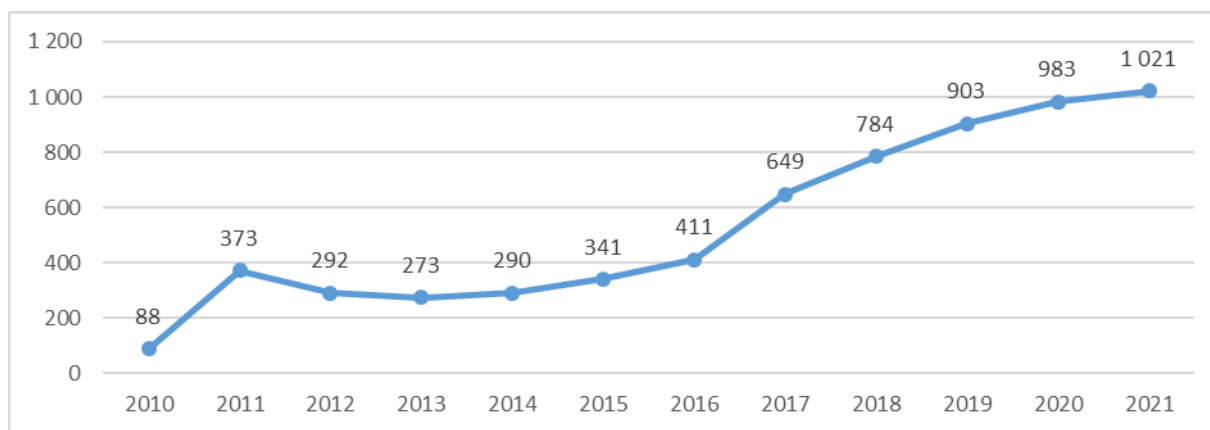


Celkové vyplacené částky můžeme vztáhnout také k počtu do programů zapojených oborů (Graf 2) nebo k počtu zapojených poskytovatelů (příjemců dotace – Graf 3). V obou případech vidíme dlouhodobě rostoucí trend.

Graf 2 – Vývoj výdajů na dotace na rezidenční místa na jeden zapojený obor v tis. Kč



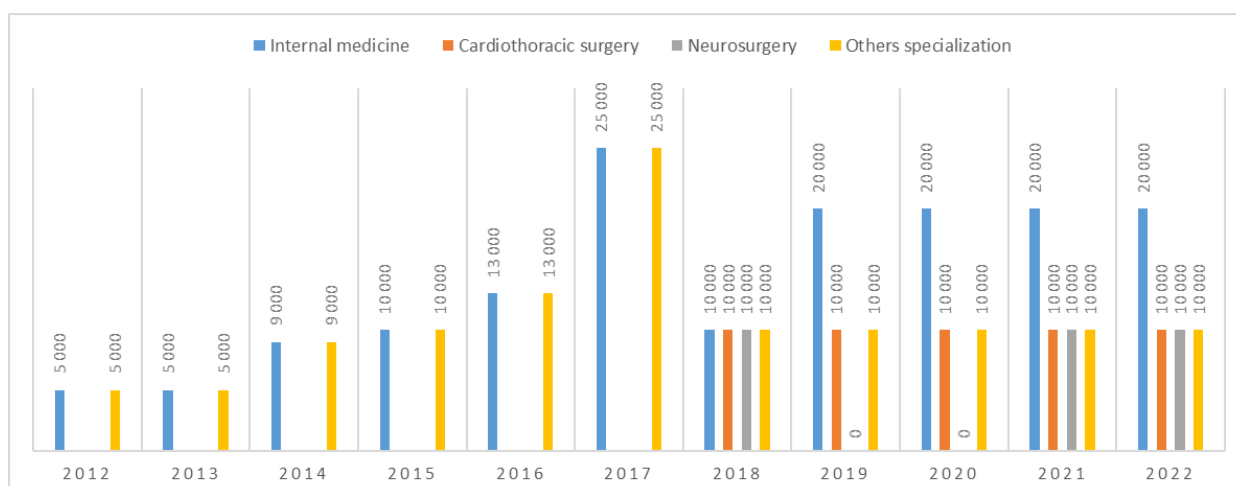
Graf 3 - Vývoj výdajů na dotace na rezidenční místa na jednoho zapojeného poskytovatele v tis. Kč



2.1.2 Výdaje na rezidenční místo

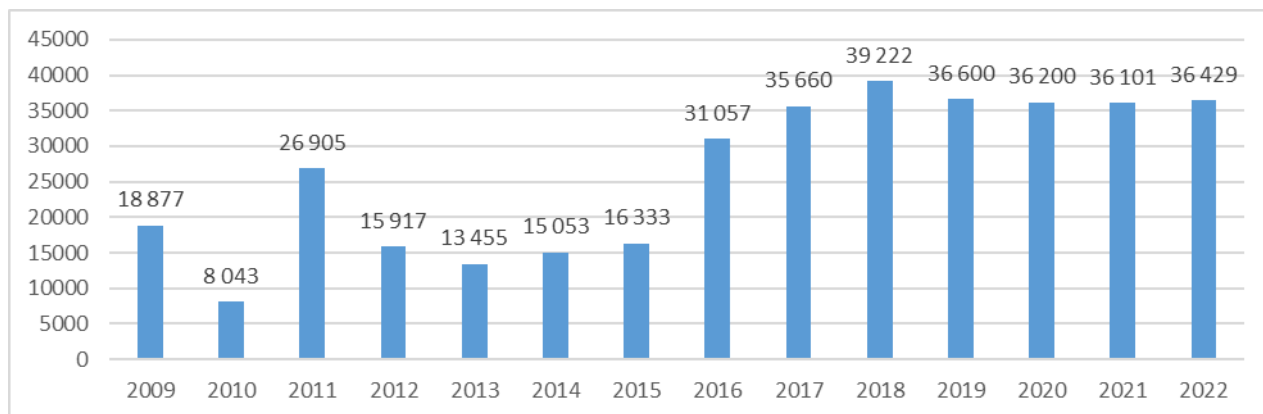
Do této subkapitoly patří vývoj peněžně vyjádřených sazeb za jedno rezidenční místo. Zde musíme rozčlenit dotaci na školence pouze v základním kmeni a na školence v celém specializačním vzdělání, které zahrnuje také základní kmen. Dotace na základní kmen se začaly poskytovat od roku 2012.

Graf 4 – Vývoj měsíční dotace na vybrané základní kmeny



Níže zobrazené měsíční sazby jsou přepočtem oficiálně stanovené roční hodnoty dotace. Pro názornější srovnání s dotacemi v základním kmeni jsme je však přepočítali na měsíční hodnoty. Jde o průměr za všechny obory.

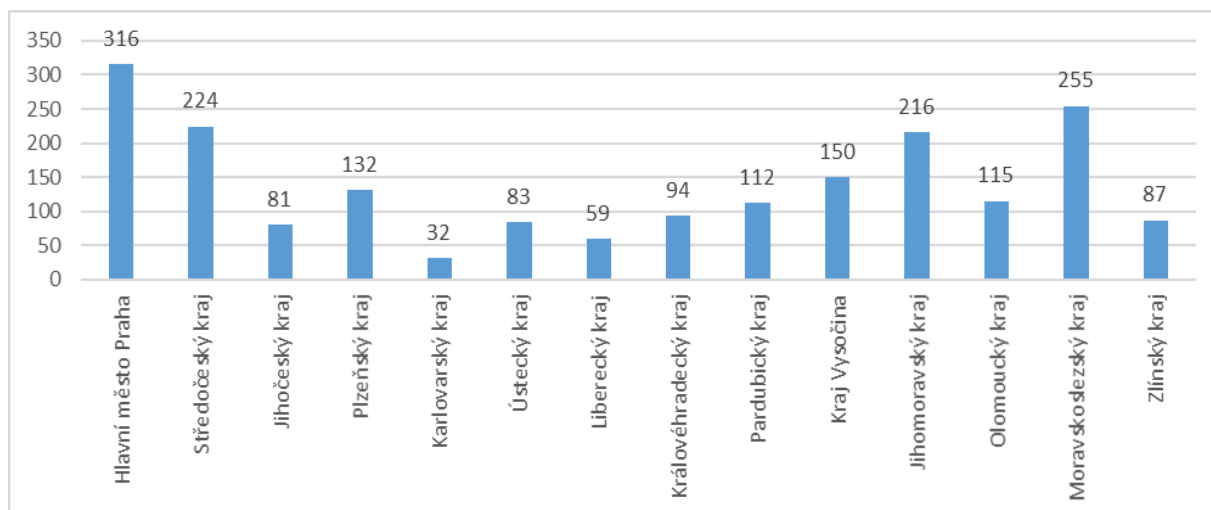
Graf 5 – Vývoj průměrné měsíční sazby dotace na jednoho rezidenta – celkové specializační vzdělání



2.1.3 Výdaje – geografická dimenze

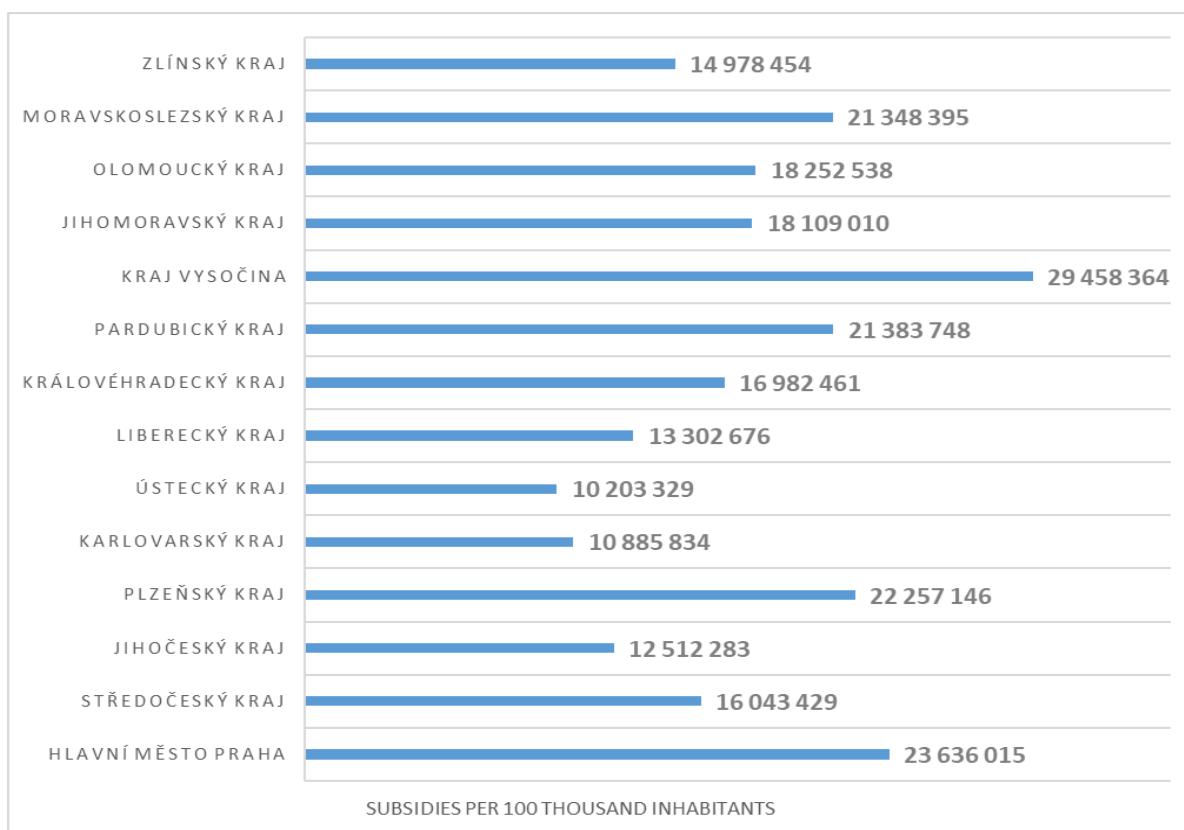
Na program rezidenčních míst lze pohlížet ze dvou dimenzí, geografické a oborové. Tyto dimenze se uplatní především v kapitole třetí, která pojednává o efektivnosti. V této kapitole vyjádříme výdaje státního rozpočtu podle obou dimenzí, nejprve v dimenzi regionální. Graf 6 uvádí rozložení součtu hodnoty dotací za jednotlivé roky pro poskytovatele zdravotních služeb v jednotlivých krajích ČR:

Graf 6 – Celkově vyplacené dotace v letech 2010-2020 v mil. CZK dle krajů



Samozřejmě, kraje se liší svou velikostí, proto je nutné použít i relativní měřítko, v Grafu 7 je dotace zachycena k počtu obyvatel. V tomto měřítku dostali relativně nejvíce peněz poskytovatelé zdravotních služeb provozující svou činnost v kraji Vysočina. Za pozornost stojí, že poskytovatelé v Praze získali nejvyšší sumu dotací v absolutní výši, v relativním ukazateli se umístili na druhém místě. Nejmenší Karlovarský kraj je na posledním místě v absolutních částkách a předposlední v částkách relativních.

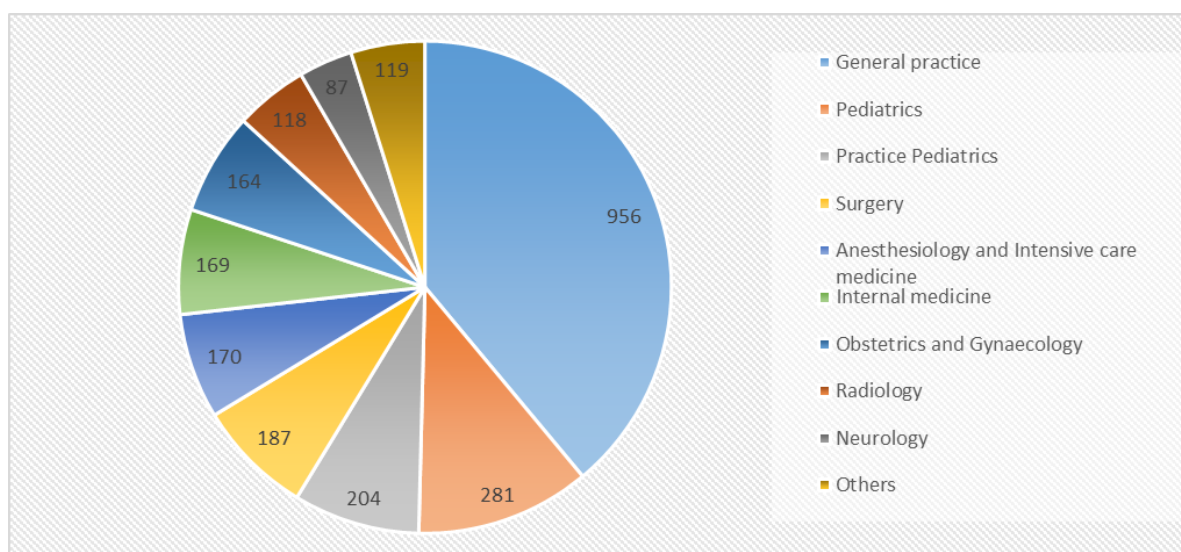
Graf 7 – Relativní výše dotace vztahovaná k průměrnému počtu obyvatel dle krajů v CZK



2.1.4 Výdaje – oborová dimenze

Podobně můžeme znázornit rozložení dotací dle jednotlivých lékařských oborů. Z Grafu 8 vyplývá, že většina prostředků směřuje do primární péče, především všeobecným praktickým lékařům a praktickým lékařům pro děti a dorost.

Graf 8³ - Celkově vyplacené dotace v letech 2010-2020 v mil. CZK dle oborů

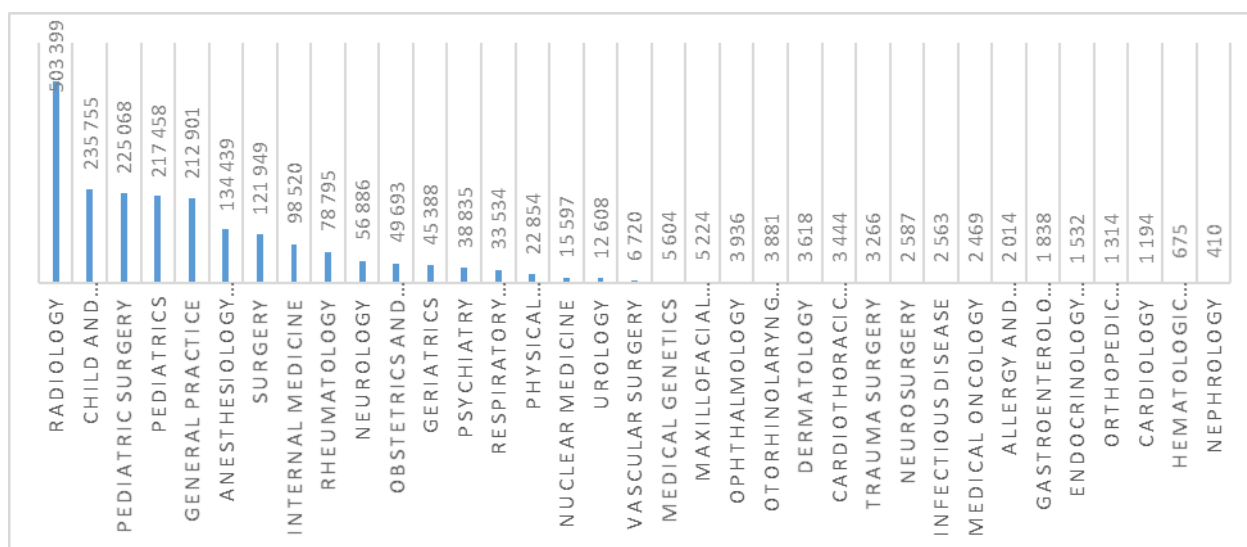


³ V roce 2017 došlo ke sloučení oborů praktické lékařství pro děti a dorost a dětské lékařství do pediatrie

Hypoteticky také můžeme vztáhnout výdaje na program rezidenčních míst k počtu úvazků dle jednotlivých oborů v ČR. Tj. nejedná se přímo o dotaci na tento úvazek, ale částku zaplacenou za celé zkoumané období dělenou průměrným počtem již existujících úvazků lékařů, kteří mohli vykonávat svou činnost bez dozoru, a nejednalo se o školence. Teoreticky to můžeme interpretovat jako relativní „úspěšnost“ jednotlivých oborů v získávání dotací na rezidenční místa.

Tento pohled však může být zkrácen tím, že obory, které jsou spíše „nemocniční“, tj. péče v nich se standardně poskytuje v lůžkové formě, nebo obory laboratorní a obory tzv. komplementu, budou vykazovat méně úvazků než obory, kde jeden lékař může mít úvazek jak u poskytovatele lůžkové péče, tak ambulantní (např. ve vlastní ambulanci). Příkladem může být právě radiologie, dětská chirurgie nebo anesteziologie a intenzivní medicína. V těchto oborech je pravděpodobnější, že počty úvazků se rovnají počtu osob lékařů. V oborech, kde lékaři působí častěji u více poskytovatelů zdravotních služeb, už je obtížně zjistitelné, kolika osobami je počet úvazků uzavřených s pojišťovnami vlastně vytvořen.

Graf 9 – Hypotetická výše dotace vztážená k počtu úvazků v daném oboru v Kč



2.1.5 Výdaje zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny hradí bonifikaci za školení všeobecným praktickým lékařům, praktickým lékařům pro děti a dorost a v segmentu ambulantní gynekologie. Autoři studie mají k dispozici data z veřejnosprávní kontroly MZ a MF „Zajištění místní a časové dostupnosti hrazených služeb, bonifikace“ za všechny zdravotní pojišťovny, a to pro období 2014-2018.

Pojišťovny hradily samotné školení, tj. lékař v daném roce u sebe evidoval školence, a dále bonifikovaly samotnou „schopnost“ školit. Pokud poskytovatel disponoval akreditací od MZ, obdržel od pojišťoven peníze navíc. Částky vydané na tyto účely shrnuje tabulka č. 1.

Tabulka 1 – Výdaje na bonifikace zdravotních pojišťoven za školení v primární péči

Ukazatel/rok	2014	2015	2016	2017	2018
Počet PZS - akreditace	1 178	1 039	1 077	1 123	1 110
Počet PZS - školitel	402	374	371	370	352
Poměr počtu PZS školitel/akreditace	34,13 %	36,00 %	34,45 %	32,95 %	31,71 %
Náklady akreditace v tis. Kč	37 952	36 044	38 095	40 069	33 481
Náklady školitel v tis. Kč	32 266	34 062	39 232	42 814	40 978
Poměr náklady školitel/akreditace	85 %	95 %	103 %	107 %	122 %

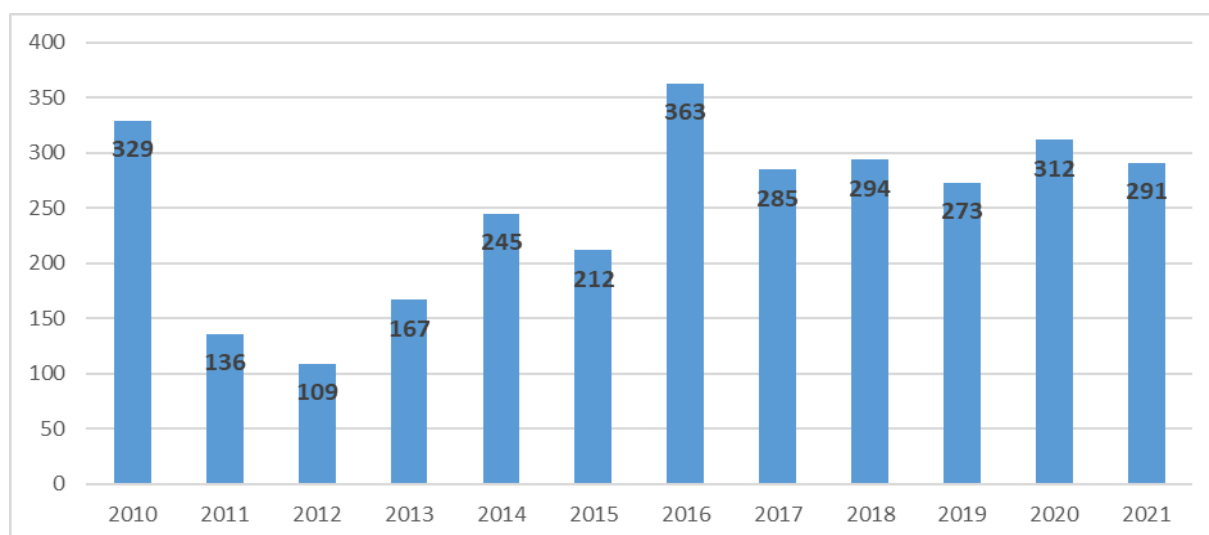
Lze konstatovat, že zde existovala a stále existuje částečná duplicita financování stejné činnosti. Částečná z toho důvodu, že dotace ze státního rozpočtu musí být z větší části použita na odměnu školenice, zatímco úhrada od pojišťovny je příjmem školitele, aniž by bylo stanoveno, co za to musí školitel platit. Jelikož však zdravotní pojišťovny fungují do jisté míry samostatně a nezávisle na Ministerstvu zdravotnictví, může být odstranění těchto duplicit komplikované.

2.2 Výstupy (Outputs)

Na rozdíl od subkapitoly 2.1, kde máme k dispozici dostatečná data pro popis i analýzu výdajové strany, na straně výstupů, přínosů a výsledků je situace horší. Samozřejmě, jejich měření je ze své podstaty obtížnější, než v případě vstupů, resp. finančních prostředků.

Bohužel, v současnosti neznáme počet rezidentů, na které byly vypláceny dotace, pro celé zkoumané období. MZ je přestalo statisticky sledovat v roce 2013. V Grafu 10 jsou proto použity odhady na základě vynaložených prostředků v jednotlivých odbornostech a měsíčních, případě ročních sazeb. Čísla jsou uvedena v celoročním ekvivalentu jednoho rezidenta, např. pokud příjemce dotace školil dva rezidenty, jednoho v období leden-červen roku X a druhého v období červenec až prosinec téhož roku, pak dohromady dávají číslo 1:

Graf 10 – Vývoj počtu rezidentů (2010-2013) a odhad jejich počtu (2014-2021)



Přesnost našich odhadů jsme testovali na základě skutečných dat pro období 2010-2013 a lze konstatovat, že odchylka je nízká:

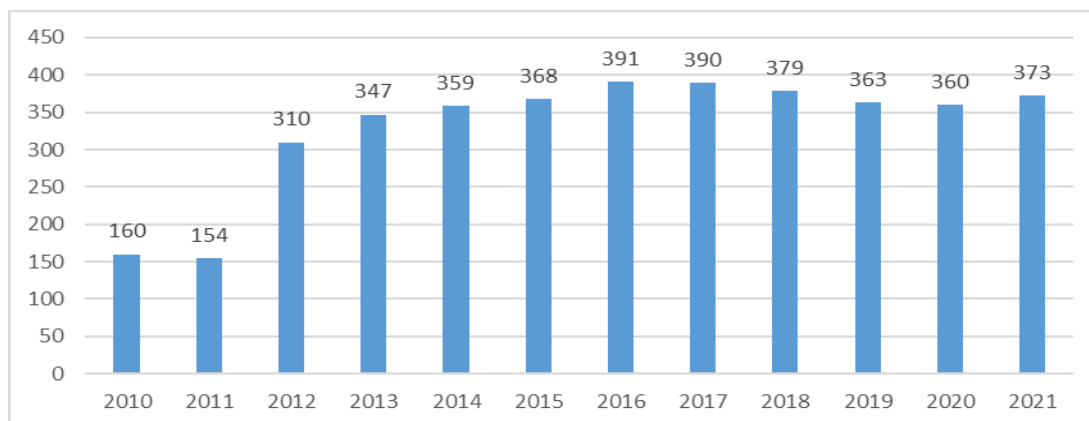
Tabulka 2 – Porovnání odhadu a skutečného počtu rezidentů

	2010	2011	2012	2013
MZ	326	140	116	180
Odhad	329	136	109	167
Odchylka	1 %	-3 %	-6 %	-8 %

MZ dále nesleduje úspěšnost ukončení postgraduálního vzdělání. Z toho důvodu neexistují data, kolik či jaké procento z dotovaných míst skutečně vedlo k tomu, že lékař může vykonávat svou profesi bez dozoru. MZ také systematicky nesleduje⁴ údaje o školencích, u kterých školitelé nepobírají dotace na rezidenční místa.

Z důvodů uvedených výše se v naší analýze zabýváme také dalšími výstupovými a zároveň dostupnějšími daty. Jedním z nich je počet poskytovatelů zdravotních služeb, kterým byla dotace udělena. Připomeňme, že z tohoto údaje nelze odvodit počet rezidentů, protože jeden poskytovatel jich může školit více.

Graf 11 - Vývoj počtu příjemců dotace na rezidenční místa



Z Grafu 11 vyplývá, že počet příjemců dotace se v roce 2012 prudce zvýšil, od té doby se pohyboval v pásmu 310 – 391. Při znalosti vývoje celkových výdajů po roce 2012 je zřejmé, že jejich nárůst nebyl způsoben nárůstem počtu příjemců dotace.

Podrobná analýza příjemců dotace již přesahuje časový harmonogram této studie. Autoři si však položili otázku, zda se některá z velkých nemocnic⁵ zřizovaných MZ programu dotací na rezidenční místa neúčastnila. Podle dat MZ nečerpala dotace za sledované období pouze jediná, a to Nemocnice Na Homolce. Z ostatních nemocnic, většina nemocnic působící v sídlech bývalých okresů se též programu účastnila.⁶

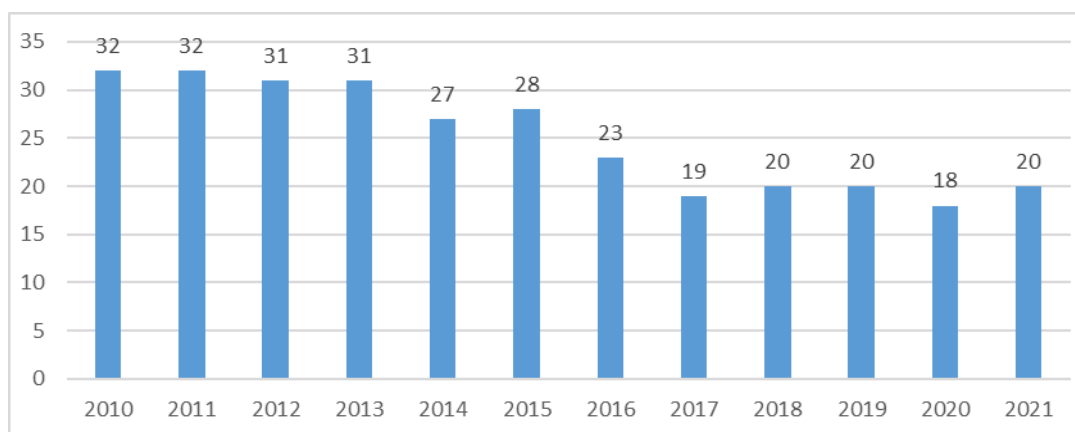
Na dalším grafu vidíme vývoj počtu zapojených lékařských oborů, z něj je patrný trendový pokles:

⁴ MZ v roce 2022 provedlo ad hoc šetření v oboru pediatrie, ze kterého vyplynulo, že dotace na rezidenční místa se týká pouze 34 % školených lékařů.

⁵ Nemocnice s celkovými výnosy více než 1 mld. Kč v roce 2021.

⁶ Čerpání dotace nebylo zaznamenáno např. u Nemocnice České Budějovice či Vsetínské nemocnice.

Graf 12 – Vývoj počtu lékařských oborů, na které v daném roce směřovala dotace

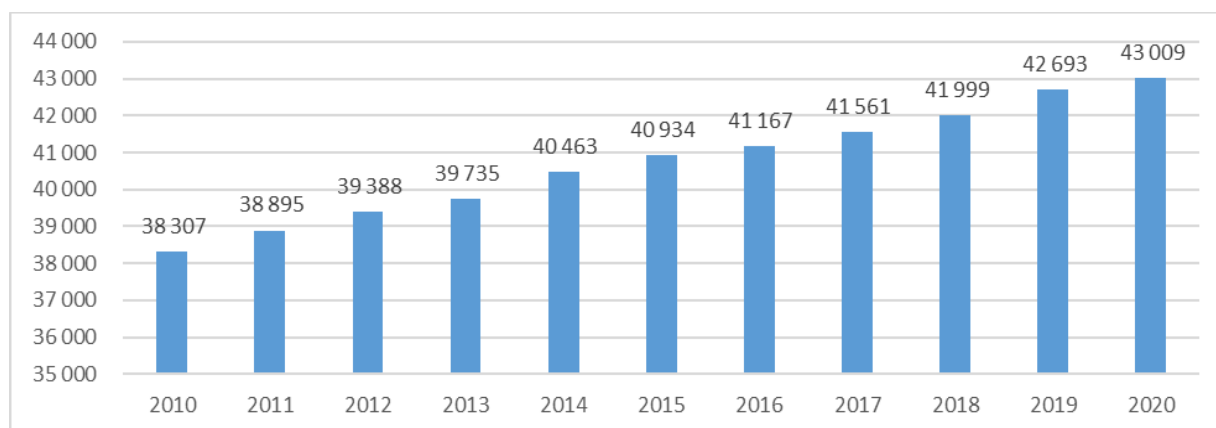


Zde je potřeba poznamenat, že variabilita napříč obory je vysoká. Např. za celé období se u dvou oborů čerpala dotace pouze na jedno místo (např. cévní chirurgie), u dalších sedmi oborů pouze na dvě místa (např. neurochirurgie). Naopak u šesti oborů přesáhl počet dotovaných rezidenčních míst hodnotu 100, kromě zmíněných oborů primární péče to byly ještě chirurgie, vnitřní lékařství, anesteziologie a intenzivní medicína.

2.3 Výsledky a přínosy (Outcomes and benefits)

Jestliže jsou dotace na rezidenční místa nástrojem⁷ na zabezpečení dostatku lékařů, a tím pádem i dostupnosti zdravotních služeb, pak první a komplexní ukazatel je počet lékařů v ČR. V delší časové řadě je dostupný počet přepočtených úvazků, jak jej zobrazuje Graf 13.

Graf 13 – Vývoj počtu přepočtených úvazků lékařů v České republice

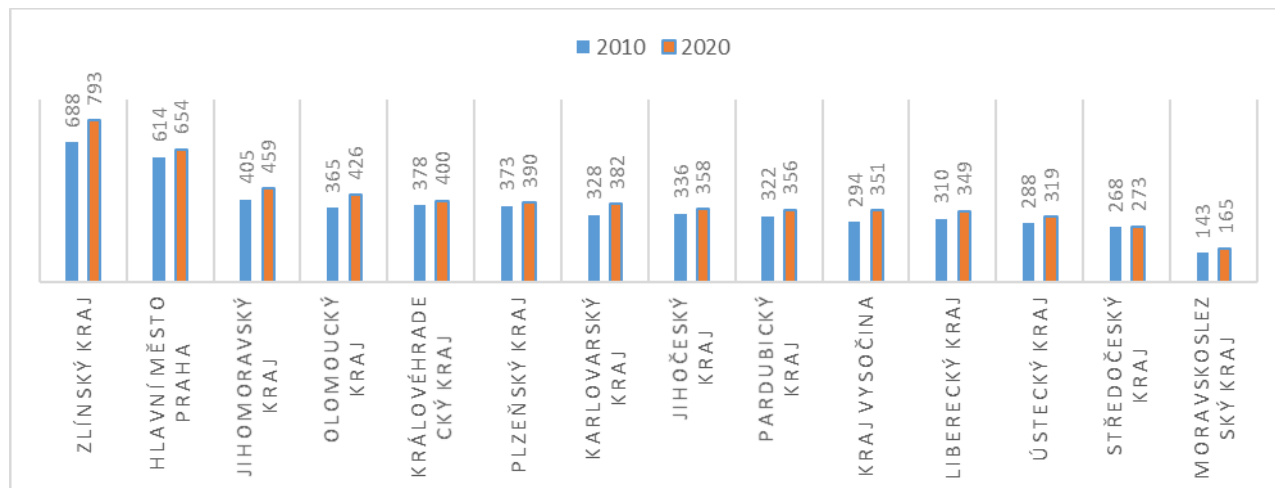


Data od ÚZIS umožňují rovněž geografickou analýzu vývoje počtu úvazků. S ohledem na harmonogram Final Report se analýza soustředila pouze na úroveň krajů, ačkoli by byla možná i analýza na podrobnější úrovni, tj. okresů. Vypovídací hodnota této podrobnější analýzy by však nemusela být o mnoho vyšší s ohledem na spádové oblasti překrývající území okresů. U krajů lze tento jev pozorovat také (např. z důvodu dojíždění Středočechů do Prahy), ale vyskytuje se méně.

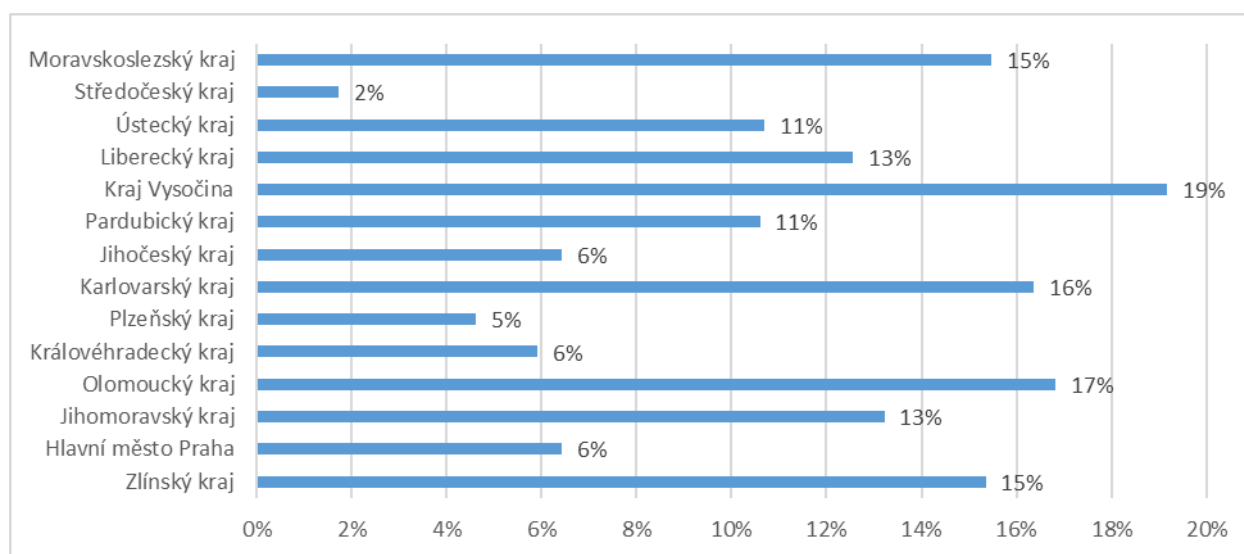
⁷ Mezi významnější nástroje bychom mohli zařadit kapacitu lékařských fakult, úroveň ohodnocení lékařského personálu, rozdíl v ohodnocení lékařského personálu v zahraničí, jiné pracovní podmínky pro lékaře v ČR apod.

Z Grafu 15 lze vyčíst, že ve zkoumaném období se relativní počet úvazků zvýšil ve všech krajích České republiky. Pokud spojíme poznatky z Grafů 14 a 15, můžeme konstatovat, že počet úvazků sice rostl ve všech krajích, ale tak nerovnoměrně, že se rozdíly prohlubovaly. Tj., počet úvazků rostl více tam, kde jich byl nadprůměrný počet.

Graf 14 – Vývoj počtu úvazků v krajích na 100 000 obyvatel



Graf 15 – Relativní změna počtu úvazků v krajích



Horší situace s dostupností dat panuje u oborové dimenze. Zde kvůli několikaletému výpadku sběru dat v polovině minulé dekády ÚZIS nedisponuje konzistentní časovou řadou. Autoři Final Report museli tento vážný nedostatek řešit využitím dat od VZP ČR, největší tuzemské zdravotní pojišťovny. Získaná data však vzhledem k účelu naší analýzy přinášejí dva problémy:

- 1) Data se týkají pouze VZP ČR, nikoli šesti zbývajících zdravotních pojišťoven.
- 2) VZP ČR sleduje úvazky ve struktuře oborů pracovišť nasmlouvaných zdravotnických zařízení.

První problém nepředstavuje výrazné zkreslení pro naši analýzu, protože VZP ČR má nejširší síť⁸ poskytovatelů zdravotních služeb ze všech zdravotních pojišťoven. Zároveň neexistuje významný počet

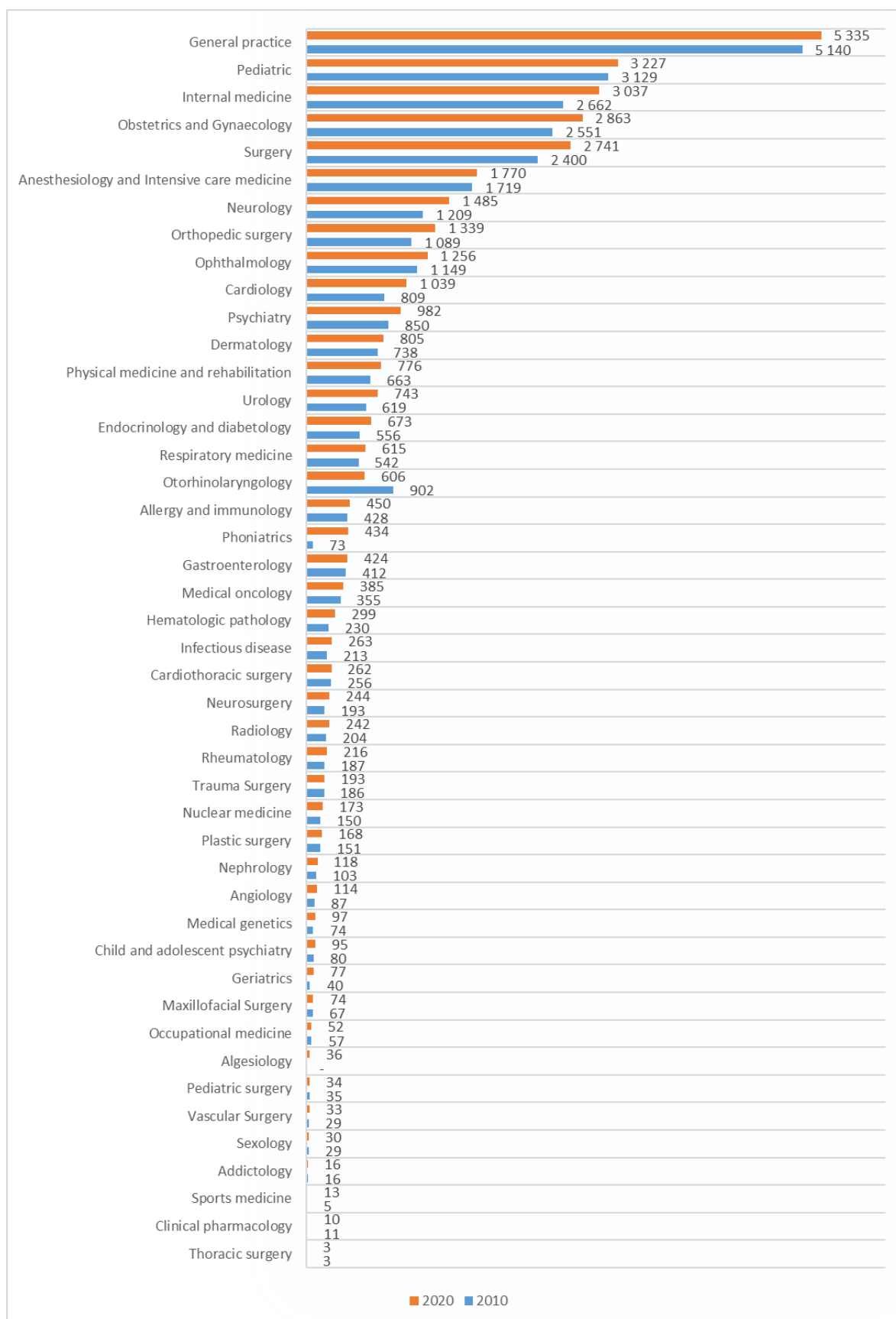
⁸ K 31.12.2021 VZP ČR uvádí ve Výroční zprávě za rok 2021 41 622 smluvních poskytovatelů zdravotních služeb. Z celkového počtu pojištěnců v ČR bylo klienty VZP ČR 56,1 % (průměrný počet za rok 2021).

poskytovatelů, kteří by neměli smlouvu s VZP ČR, ale pouze s jinou pojišťovnou. Prosté načtení smluvních poskytovatelů za všechny pojišťovny není možné a zkoumání každého poskytovatele zvlášť (existuje jich několik desítek tisíc) by již přesahovalo časový rámec určený pro vznik Final Report.

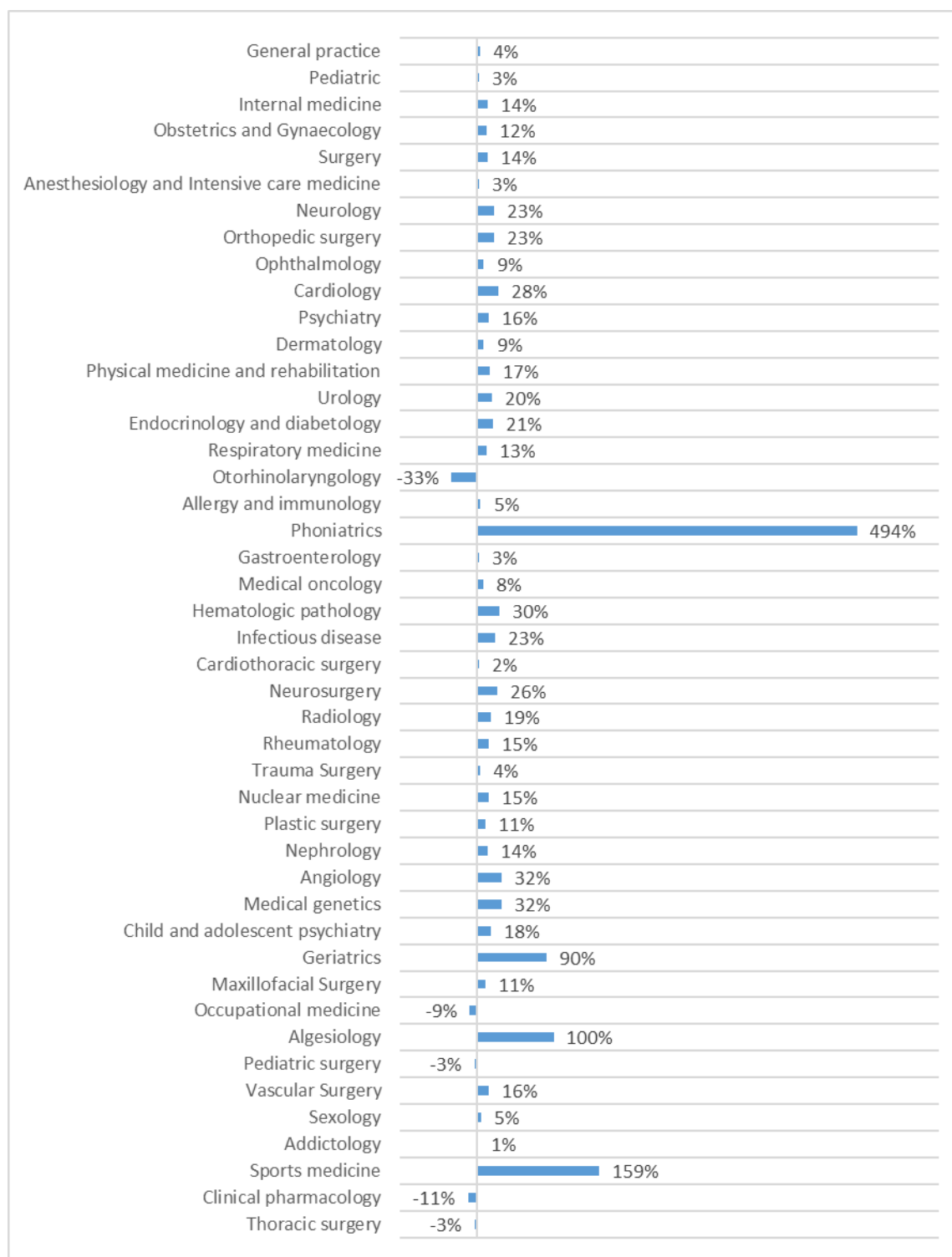
Druhý problém může výsledky analýzy ovlivnit výrazněji. Sledování výše uvedené struktury je ze strany VZP ČR správné, nicméně klesá porovnatelnost údajů v rámci Final Report. Na jedné straně máme dotace do jednotlivých oborů podle jednotlivých školenců, na straně druhé pak počet úvazků dle oborů jednotlivých pracovišť, což nejsou stejné kategorie. Na pracovišti s daným oborem (např. chirurgie) totiž mohou pracovat různí specialisté s různými obory (např. anesteziolog). Je třeba mít tuto diskrepanci na vědomí a závěry formulovat opatrněji.

Následuje podrobnější pohled na oborovou strukturu úvazků a její vývoj ve sledovaném období (Graf 16). Dynamika 100 % byla v Grafu 17 arbitrárně uvedena u oboru, který neexistoval od počátku zkoumaného období, tj. v prvním roce byl počet úvazků v tomto oboru 0. Z téhož grafu je zřejmé, že počet úvazků klesal v pěti oborech – otorinolaryngologie, pracovní lékařství, dětská chirurgie, klinická farmakologie a hrudní chirurgie.

Graf 16 – Dynamika počtu úvazků v jednotlivých oborech



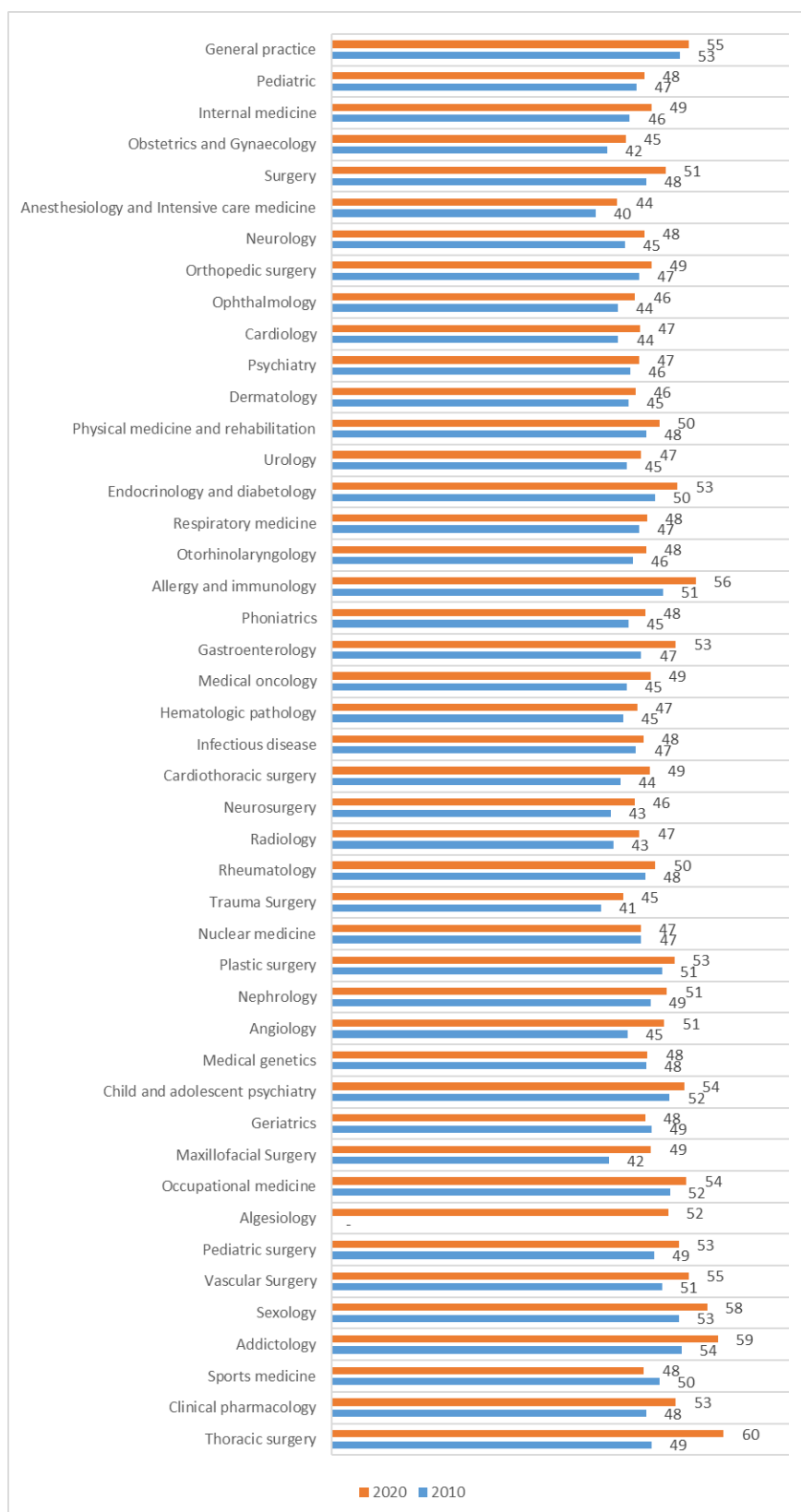
Graf 17 – Relativní změna počtu úvazků v jednotlivých oborech v období 2010-2020



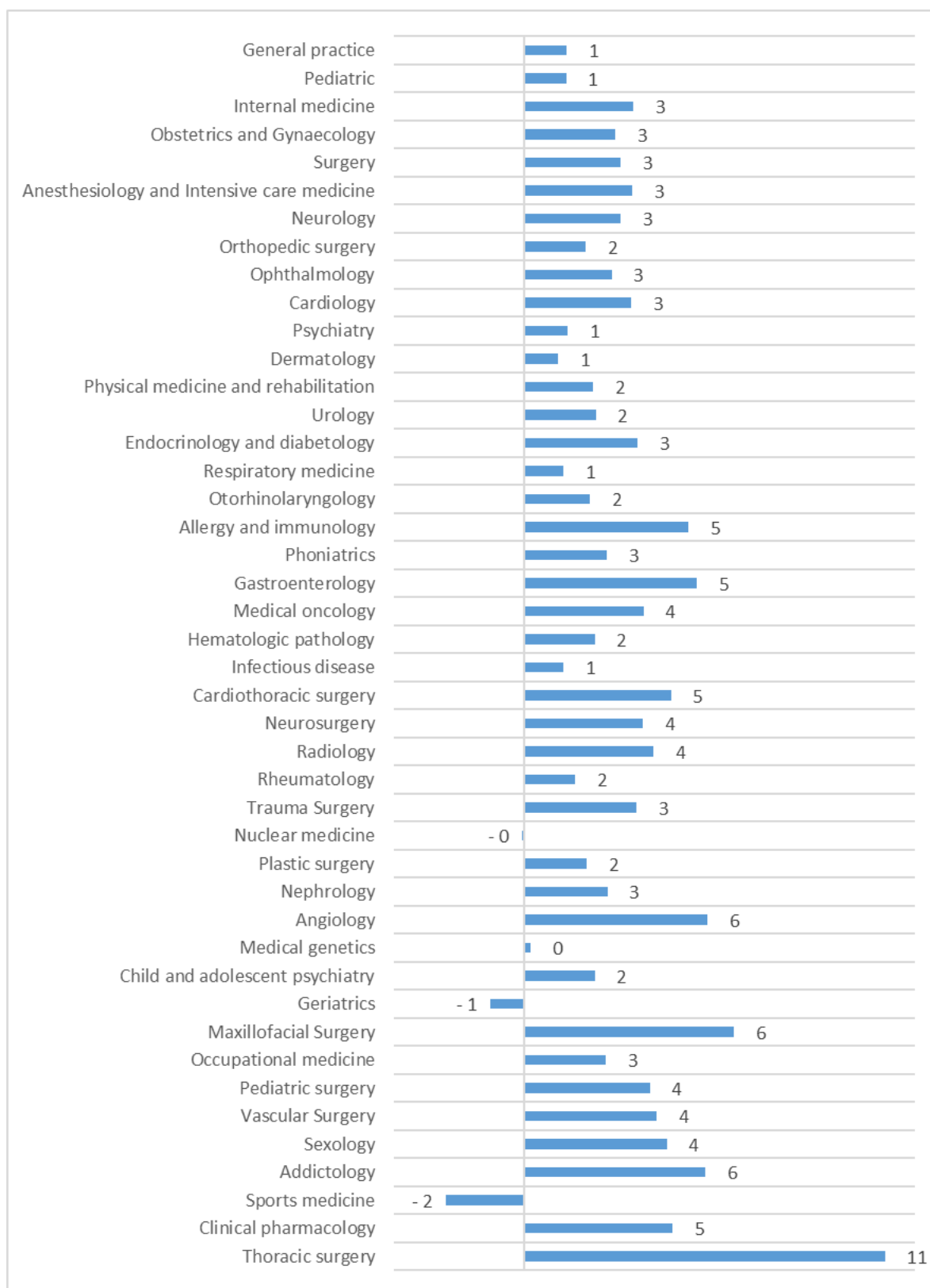
Data VZP ČR umožňují od roku 2010 sledovat průměrný věk v lékařů na pracovištích dané odbornosti. Z Grafu 18 je zřejmé, že u většiny z nich se mezi lety 2010-2020 průměrný věk zvýšil. Tento údaj je důležitý z hlediska predikce budoucího vývoje a může signalizovat blížící se nedostatek lékařů na pracovištích daného oboru. Dynamika je o něco lépe patrná v Grafu 19.

Na data popisující vývoj věkové struktury v jednotlivých oborech je však nutné pohlížet i optikou toho, že v roce 2017 došlo k novelizaci zákona č. 95/2004 Sb., kterou byly některé specializační obory zrušeny, některé obory vznikly a některé specializační obory se staly obory nástavbovými. Z tohoto důvodu tedy již není možné zařazovat nové lékaře např. do základních oborů praktické lékařství pro děti a dorost nebo traumatologie, čímž se zkresluje jejich věková struktura.

Graf 18 – Průměrný věk lékařů v jednotlivých oborech 2010-2020



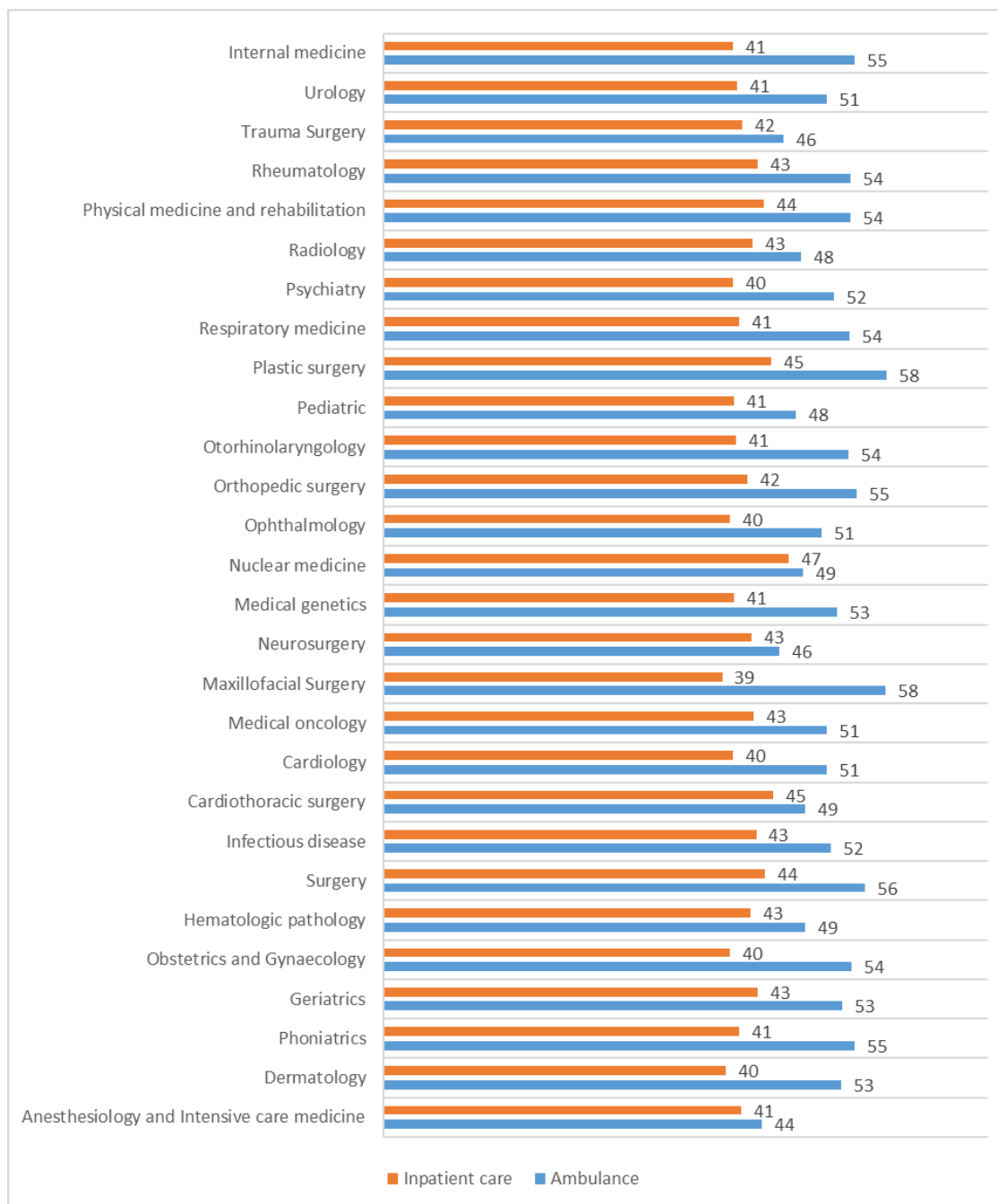
Graf 19 - Dynamika věkového průměru v jednotlivých oborech 2010-2020



Z Grafu 20 vyplývá zajímavé zjištění v podobě poměrně výrazných rozdílů věkového průměru mezi pracovníky v ambulantní a lůžkové péči. Rozdíly se napříč obory liší, nicméně vždy platí, že vyšší průměrný věk se objevuje u lékařů v ambulancích.

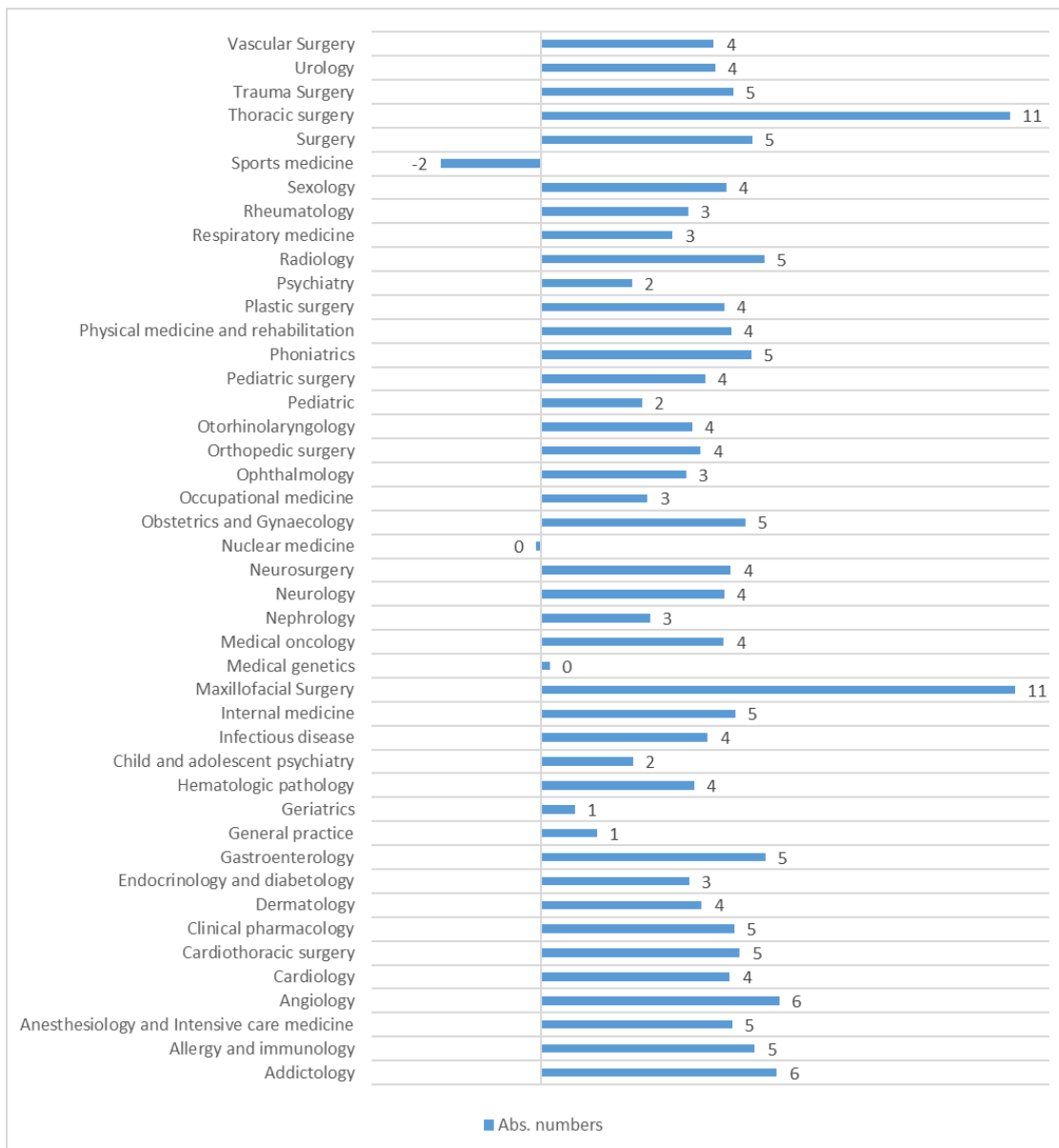
Tento jev je pravděpodobně způsoben tím, že naprostá většina specializačního vzdělávání je realizována v lůžkových zařízeních a mladí lékaři-absolventi tedy začínají s výkonem povolání právě zde. Ambulantní zařízení jsou také z velké části zřizována jako vlastní soukromá pracoviště starších lékařů, kteří již specializovanou způsobilost získali, mají k samostatné práci dostatečnou praxi a které náročná práce nepřetržitých provozech lůžkových zařízení vyčerpává.

Graf 20 – Průměrný věk v jednotlivých oborech za období 2010-2020

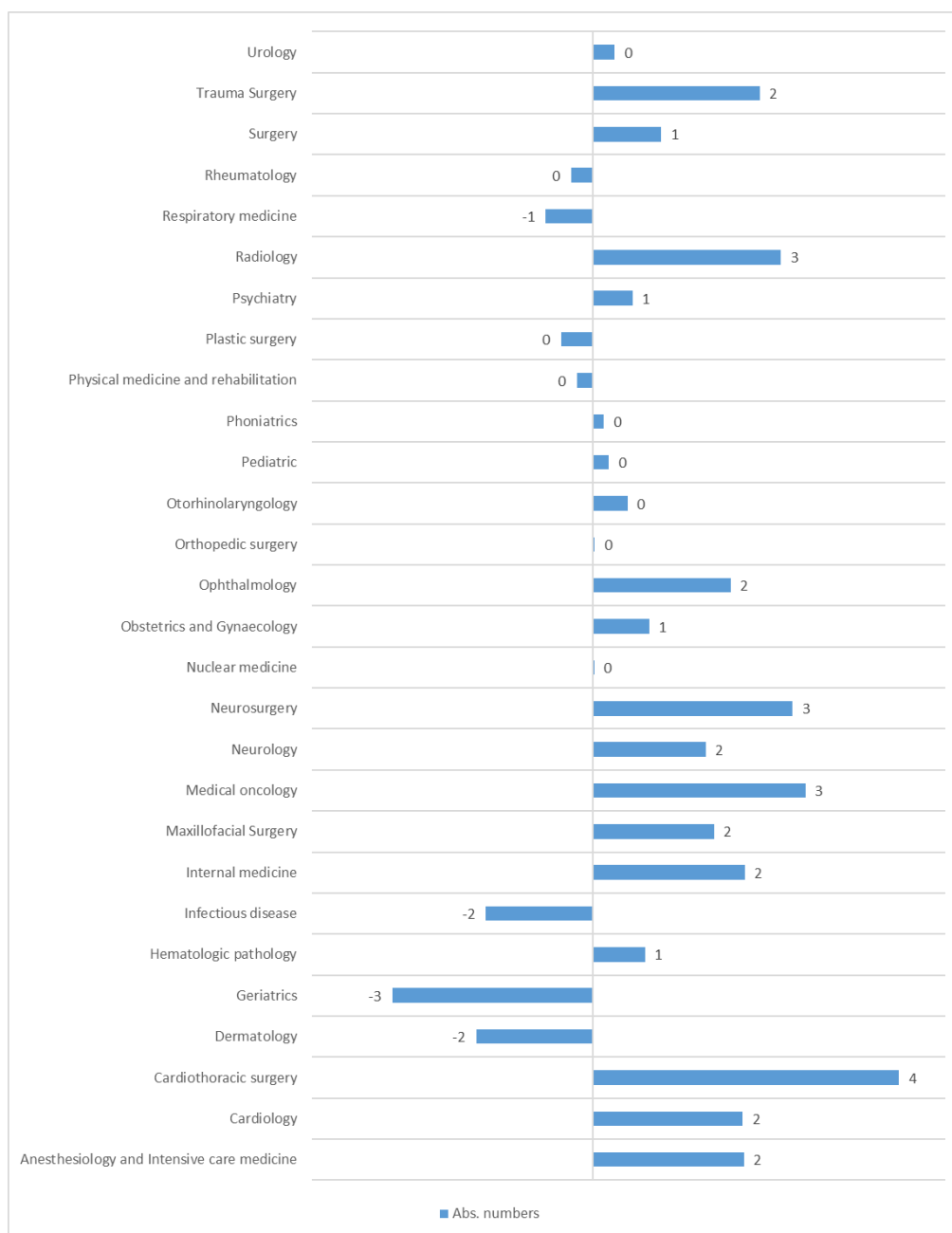


Z porovnání dynamik věkového průměru v lůžkové (Graf 22) a ambulantní péči (Graf 21) je patrný rozdíl. Zatímco v ambulantní péči v naprosté většině oborů lékaři stárnou, v péči lůžkové je celkový vývoj nejednoznačný a zhruba v polovině oborů se naopak věkový průměr mírně snižuje.

Graf 21 – Dynamika věkového průměru v ambulantní péči 2010-2020



Graf 22 – Dynamika věkového průměru v lůžkové péči 2010-2020



2.4 Závěry z analýzy dat

- V letech 2010-2021 bylo na program rezidenčních míst vynaloženo celkem 2,26 mld. Kč.
- Roční výdaje na rezidenční místa vrostly v letech 2010-2021 ze 14 na 381 mil. Kč.
- Roční výdaje na rezidenční místa v podílu k celkovým výdajům státního rozpočtu vzrostla za výše uvedené období cca šestnáctinásobně.
- Většina objemu dotací směřovala do segmentu primární péče.
- Absolutně nejvíce získali poskytovatelé na území hl. města Prahy (316 mil. Kč).
- V relativním vyjádření na počet obyvatel směřovalo nejvíce prostředků do kraje Vysočina, Praha byla druhá.

- Počet (přepočtených celoročních) školenců v posledních letech stagnoval na hodnotě cca 300, počet příjemců dotace z řad poskytovatelů zdravotních služeb na hodnotě cca 360.
- Počet zapojených lékařských oborů trendově klesal z 32 na 20.
- Počet úvazků lékařů v ČR v letech 2010-2020 mírně, ale soustavně rostl, a to ve všech krajích.
- Růst počtu úvazků lékařů v jednotlivých krajích byl odlišný, rozdíly napříč jednotlivými kraji se prohlubovaly.
- Počet úvazků lékařů rostl ve stejném období v naprosté většině oborů.
- Průměrný věk lékařů v letech 2010-2020 v naprosté většině oborů rostl.
- Průměrný věk lékařů rostl především v ambulantní péči, kde ve všech oborech převyšoval věk lékařů v lůžkové péči.

3 Efektivnost

V této části se zaměříme na porovnávání nákladů a výstupů (outputs), resp. výsledků (outcomes) a přínosů (benefits), které jsme si již definovali v kapitole 2. Autoři Final Report v této kapitole **ověřují hypotézu, že dotace na rezidenční místa nemají efekt na geografickou, ani oborovou strukturu úvazků lékařů, ani se neprojeví na celkovém počtu úvazků.**

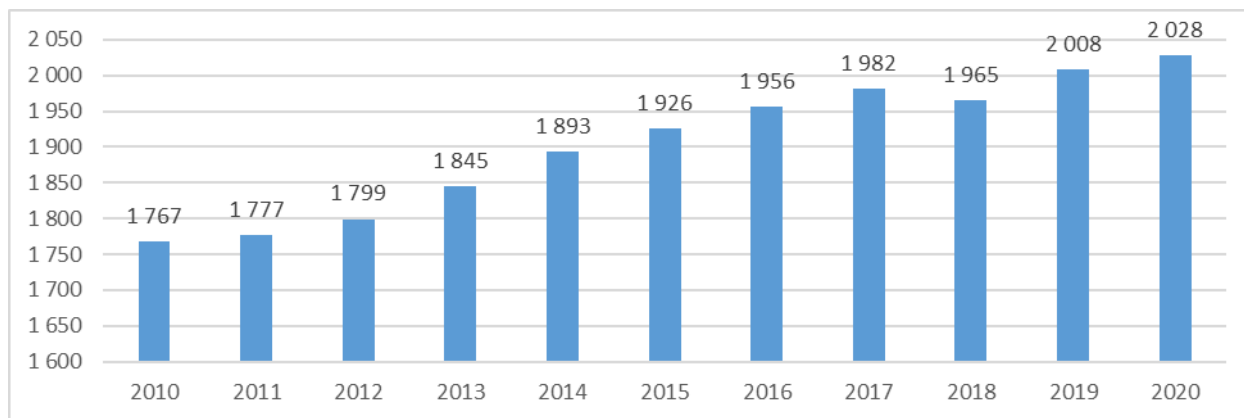
Hypotézu jsme formulovali jak s ohledem na v podstatě nulovou prioritizaci nastavení a zaměření dotací, tak při znalosti zanedbatelného podílu příjmů z dotací na příjmech zdravotnických zařízení. Pro představu, v roce 2021 dosáhly příjmy poskytovatelů zdravotních služeb od zdravotních pojišťoven hodnoty 409,7 mld. Kč. Výdaje na rezidenční místa v tomtéž roce tak představovaly méně než jednu promile zmíněné částky.

Co se týče vývoje celkového počtu úvazků lékařů, který je zobrazen v kapitole 2.3, efekt dotací na rezidenční místa z něj není patrný. Trendový růst je přibližně stejný jak v intervalu před tím, než mohli školenci z dotovaných rezidenčních míst začít vykonávat povolání samostatně, tak v intervalu pozdějším, kdy již mohli povolání vykonávat samostatně.

3.1 Geografická dimenze

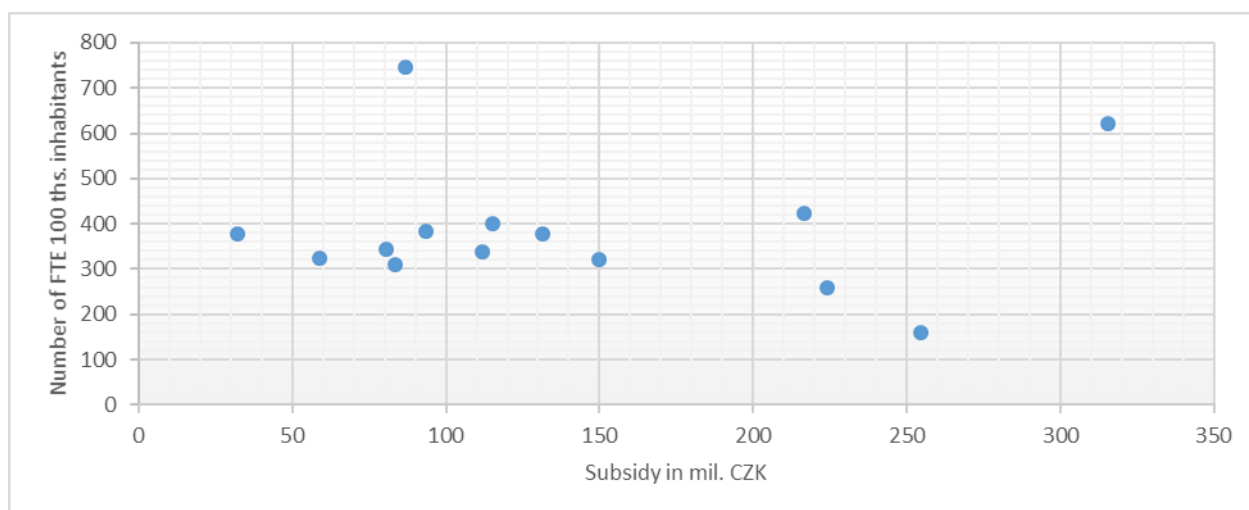
Autoři studie si kladli otázku, zda se regionální rozdíly v počtech úvazků ve sledovaném období snižovaly či nikoli. Vhodným ukazatelem variability je směrodatná odchylka. Čím je její hodnota vyšší, tím je vyšší i variabilita. Jak zachycuje Graf 23, regionální rozdíly v počtech úvazků mírně, ale trendově rostly.

Graf 23 – Vývoj směrodatné odchylky počtu úvazků v krajích



Nabízí se porovnat částky, které se vyplácely do jednotlivých regionů za celé sledované období s vývojem počtu úvazků v jednotlivých krajích. Na tomto místě nepředpokládáme kauzální souvislost, pouze sledujeme vedle sebe obě zmíněné veličiny a vyčíslujeme významnost korelace. V tomto případě korelační koeficient dosahuje pouze 1 %, obě veličiny tedy korelovány nejsou.

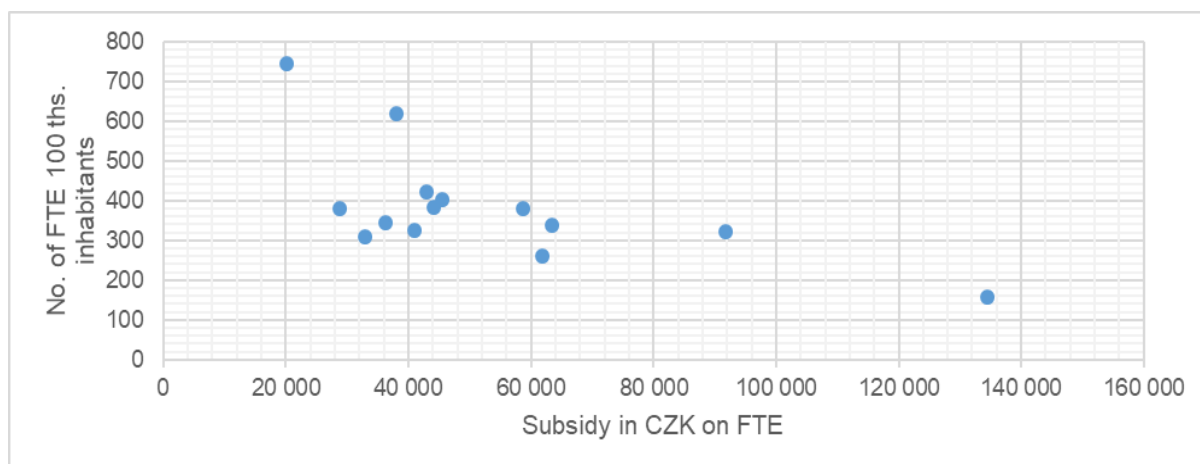
Graf 24 – Dotace do jednotlivých krajů a počet úvazků lékařů na 100 000 obyvatel



Jiný výsledek dostaneme, pokud porovnáme opět počet úvazků na 100 obyvatel, ale tentokrát s dotací vyplacenou za sledované období do daného kraje přepočtenou na počet úvazků lékařů. Zde máme na mysli průměr přepočtených úvazků lékařů v daném kraji za celé sledované období, nikoli na počet lékařů-rezidentů, na které se dotace vztahovala. V tomto případě získáváme korelaci zápornou a již poměrně silnou (korelační koeficient dosahuje hodnoty -63 %).

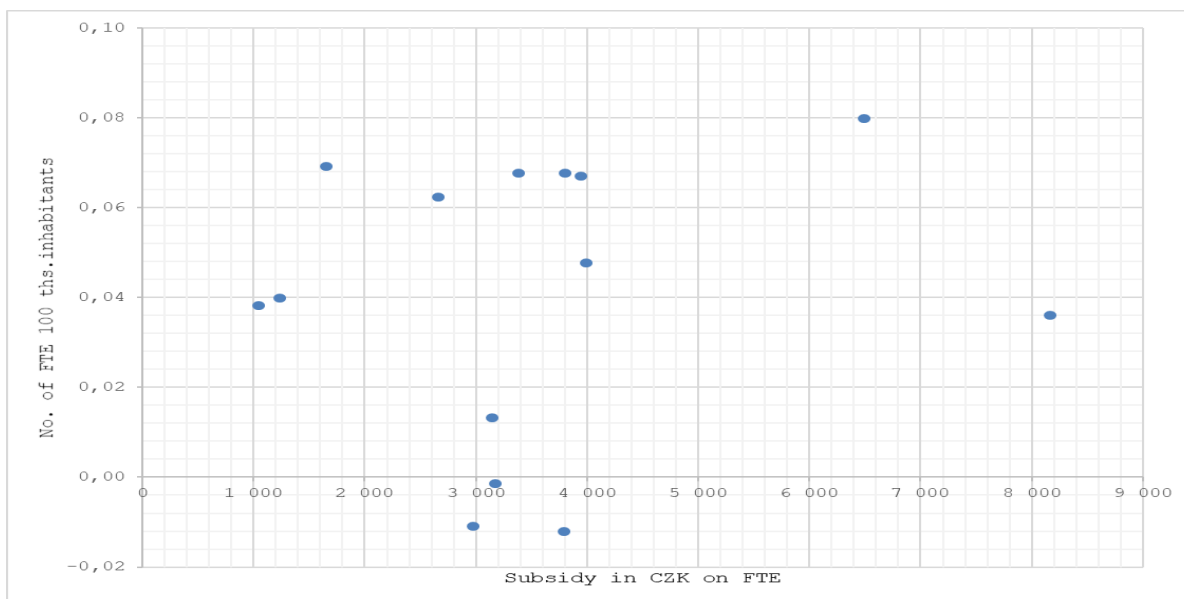
Jinými slovy, vyšší dotace na jeden úvazek putovala do těch regionů, kde je úvazků lékařů poměrně málo. Není to však dáno jakýmkoli záměrným nastavením rozdělování dotací, jak jsme uvedli výše, ale prostým faktem, že při tomto výpočtu se dotace rozpočítá na více úvazků v těch regionech, kde je úvazků více, tím její relativní výše klesne a naopak.

Graf 25 – Dotace do jednotlivých krajů na počet úvazků a počet úvazků lékařů na 100 000 obyvatel



Je nutno brát v úvahu, že tato analýza je zkreslena časovým zpožděním. I kdybychom předpokládali efekt dotací na rezidenční místa pro konkrétní regiony, musela by se projevit až v cca 5letém horizontu. Z toho důvodu jsme provedli časový posun u další korelační analýzy, nicméně i zde je korelace velmi slabá (korelační koeficient 11 %).

Graf 26 – Dotace do jednotlivých krajů na počet úvazků a počet úvazků lékařů na 100 000 obyvatel, posun 2010-2015 (dotace) a 2015-2020 (úvazky)

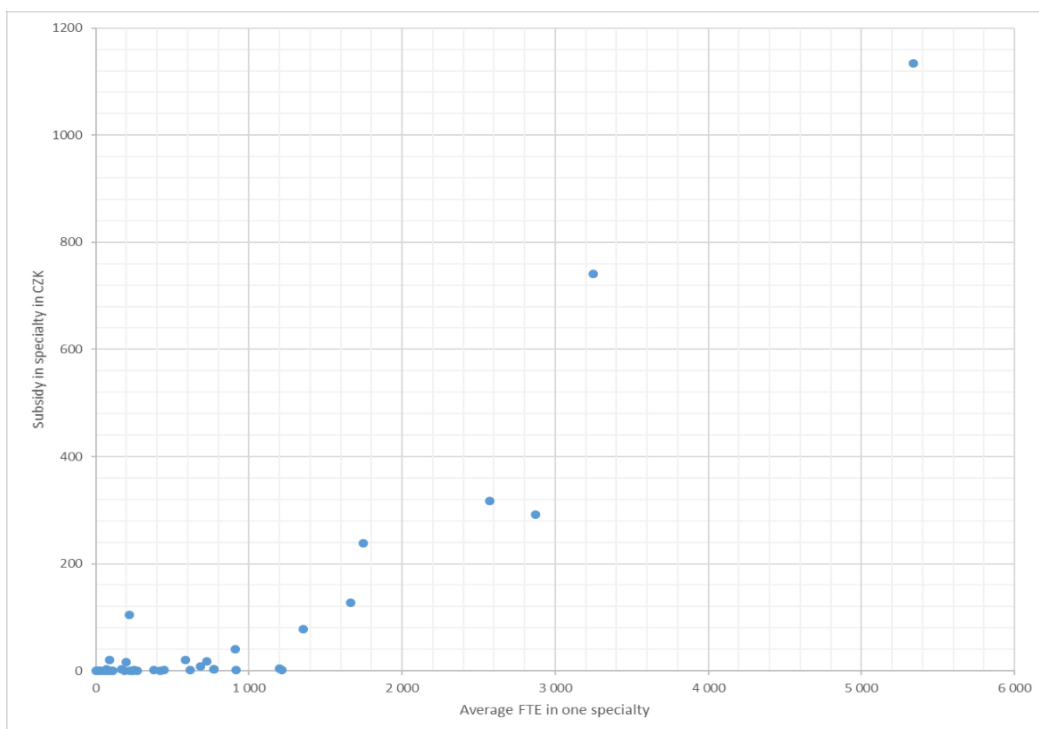


3.2 Oborová dimenze

Stejně jako v kapitole 3.1 zkoumáme korelaci mezi výdaji a ukazateli, které považujeme za měřítka výstupů, výsledků a přínosů.

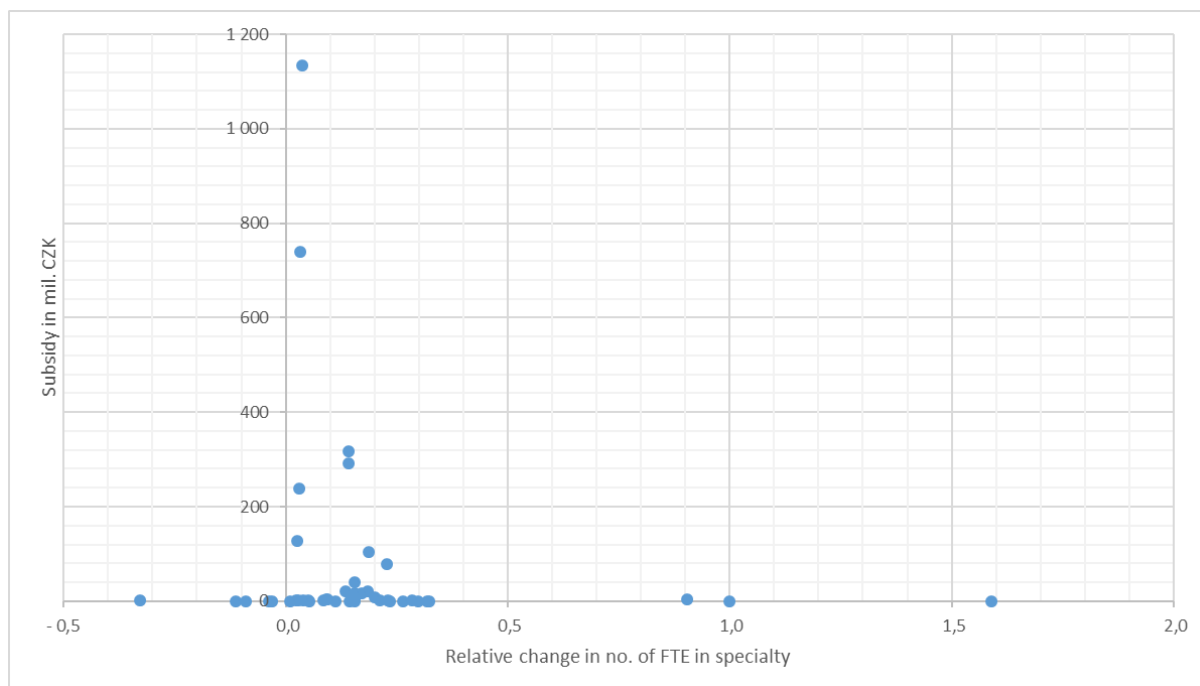
Z grafu 27 vyplývá logický závěr: čím více úvazků v daném oboru, tím větší součet dotací ve sledovaném období tento obor obdržel. To je pochopitelně spojeno s větším počtem možných školitelů. Korelace je pozitivní a silná, korelační koeficient dosahuje 91 %.

Graf 27 – Vyplacené dotace na jednotlivé obory a průměrný počet úvazků v těchto oborech



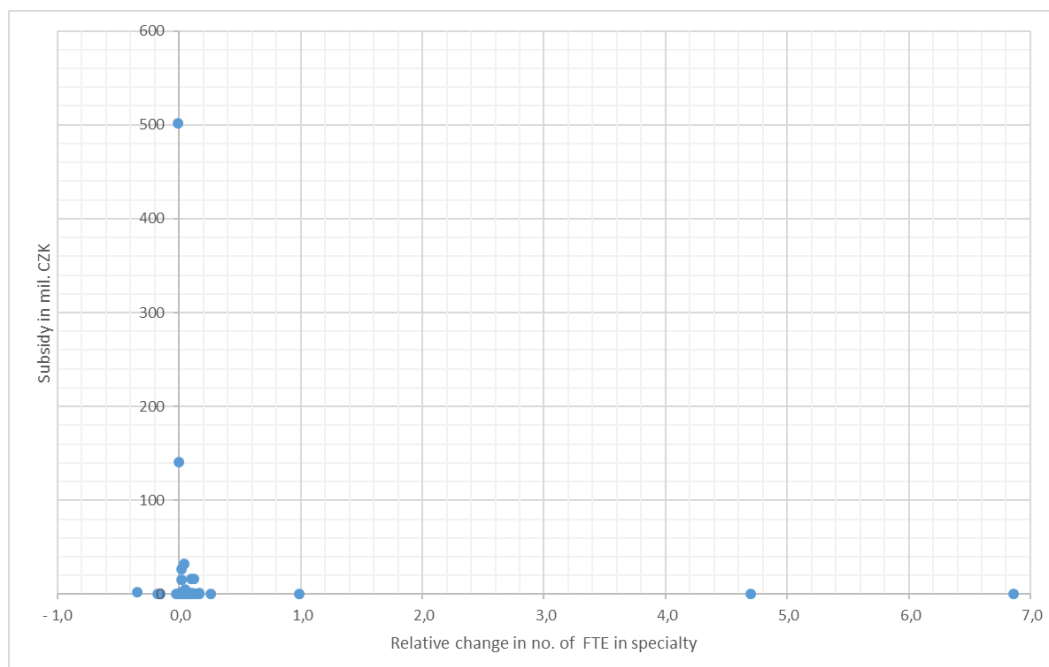
Naopak korelace je záporná a velmi slabá (korelační koeficient -10 %), jestliže spojíme výši dotace s relativní změnou počtu úvazků za sledované období. Záporné znaménko by znamenalo, že vyšší částka dotace je spojena s relativně nižším zvýšením počtu úvazků či dokonce jeho poklesem:

Graf 28 - Vyplacené dotace na jednotlivé obory a relativní změna počtu úvazků v jednotlivých oborech



Také v tomto případě je potřeba brát do úvahy časové zpoždění v potenciálním efektu dotace od jejího vyplacení do nástupu vyškoleného lékaře. Výsledky zobrazuje Graf 29, korelace zde téměř neexistuje (koeficient -6 %).

Graf 29 - Vyplacené dotace na jednotlivé obory a relativní změny počtu úvazků v jednotlivých oborech, posun 2010-2015 (dotace) 2015-2020 (úvazky)



Korelace nebyla nalezena ani u vývoje sazby dotace a změn počtu úvazků v jednotlivých oborech.

Na základě výše uvedeného docházíme k závěru, že nelze zamítnout hypotézu, že dotace nemá dopad na vývoj v oborech ani v regionech.

4 Cíle programu, účelnost

Od roku 2012 jsou cíle programu definovány takto:

„Program 1 – Dotace na základní kmen

a) finanční podpora absolventů lékařských fakult pro následné postgraduální studium lékařských oborů (specializační vzdělávání) v základním kmeni.

b) finanční podpora lékařských zdravotnických pracovníků, kteří již část specializační přípravy v základním kmeni absolvovali.

Program 2 – Celé specializační vzdělávání

a) finanční podpora absolventů lékařských fakult pro následné postgraduální studium (specializační vzdělávání) po dobu celého specializačního vzdělávání u vybraných lékařských oborů, ve kterých je nedostatek specialistů, a to celorepublikově nebo jen v některých regionech.

b) finanční podpora lékařských zdravotnických pracovníků, kteří již část specializační přípravy ve vybraném lékařském oboru absolvovali.“

Zmíněný pojem „nedostatek specialistů“ není nikde definován a nevychází z žádných kvantifikovatelných ukazatelů. Neexistuje tak žádné objektivní, měřitelné kritérium, podle kterého by bylo možno určit, jaký lékařský obor bude zařazen do programu. U dotací na základní kmen se neuvádí vůbec.

Definice cílů se zaměřují na aspekt „finanční podpory“. Nemají žádnou přímou vazbu na dostupnost či kvalitu zdravotních služeb. Taktéž nijak neodrážejí priority v rámci geografické struktury poskytovaných zdravotních služeb.

Dále zdůrazňujeme, že MZ se při formulaci cílů zaměřuje především na první část result chain (Figure 1), a to na inputs („finanční podpora“ – tj., vynaložíme veřejné prostředky). Chybí ale formulace cílů v oblasti outputs a outcomes, tj. co za tyto veřejné prostředky daňový poplatník dostane, jak se pro nějlepší poskytované zdravotní služby či jak se zvýší jeho životní úroveň. Mezi outcomes bychom mohli řadit aspekt „nedostatku specialistů“, ovšem pouze pokud by byl přesněji definován s ohledem na zmírňování či eliminaci onoho nedostatku.

Figure 1: The result chain of performance concept



Source: ROBINSON, M. Performance-based Budgeting, Manual, CLEAR Training material, 20. Available on: www.theclearinitiative.org/PDFs/CLEAR_PB_Manual.pdf, 8-22.

Oficiálně definované cíle MZ také obsahují zmínku o „některých regionech“ navozující dojem, že může docházet k prioritizaci dle odlišné situace v jednotlivých regionech. Ačkoli regionální kritérium bylo zařazeno do metodiky posuzování žádostí, fakticky k regionální prioritizaci nedocházelo. Např. nebylo nijak určeno, jaká hodnota bodů se přiřazuje k dané míře regionální potřeby/nedostupnosti. Dotace proto fakticky nezohledňují regionální specifika, a to nejen z hlediska diferencované hodnoty, ale ani z hlediska samotné její existence.

Autoři Final Report si též položili otázku, do jaké míry lze u zkoumaných dotací hovořit o motivačním efektu pro jejich příjemce. Při hledání odpovědi se zaměřili na to, jaký podíl na příjmech zdravotnických zařízení od zdravotních pojišťoven činí jednotková dotace na rezidenční místa:

Průměrná nemocnice, rok 2021: 0,02 %

Průměrná ordinace praktického lékaře, rok 2021: 17,16 %

Z tohoto příkladu lze usuzovat, že motivační efekt bude vyšší poskytovatelů s nízkou hodnotou produkce a příjmů, typicky u ordinací jednoho lékaře poskytujících ambulantní péči.

K analýze účelnosti programu rezidenčních míst by přispěla data o úspěšném/neúspěšném dokončení postgraduálního vzdělání, nicméně tato data nejsou k dispozici. Stejně tak nejsou k dispozici data o počtu či procentu školenců, u kterých školitelé nepobírají dotace na rezidenční místa. Porovnání dvou souborů, jednoho s dotací a druhého bez dotací, by umožnilo formulovat mnohem silnější doporučení ohledně posílení účelnosti programu rezidenčních míst.

5 Závěr: Doporučení

Tuto kapitolu lze považovat za hlavní přínos Final Report, resp. celého pilotního projektu Spending Review pro možné změny v přístupu k dotacím na rezidenční místa a jejich nastavení.

5.1 Data

Nedostupnost některých vhodných dat negativně ovlivňuje možnosti Spending Review v oblasti dotací na rezidenční místa. V některých případech bylo možno tento nedostatek překlenout odhady (počet rezidentů), v jiných případech bylo nutno použít ne zcela relevantní data (údaje VZP o odbornosti pracoviště namísto žádoucí odbornosti pracovníka). Z toho důvodu se jako žádoucí jeví doporučení:

- Evidovat počet a strukturu školenců, na které se vyplácí dotace.
- Prodlužovat u klíčových ukazatelů v regionální i oborové dimenzi časovou řadu, která je zvláště při zapracování časového posunu mezi vyplacením dotace a ukončením školení, v současnosti velmi krátká.
- Sledovat úspěšnost školenců, tj. zda úspěšně dokončili postgraduální vzdělání a mohou profesi vykonávat samostatně a bez dohledu.
- Systematicky sledovat počet, strukturu a úspěšnost školenců, kteří nepobírají dotace na rezidenční místa.

5.2 Formulace cílů

- Cíle by se neměly být definovány pouze na úrovni inputs („finanční podpora“ poskytovatelů či školenců).
- Formulovat cíle na úrovni výstupů (outputs) a výsledků (outcomes).
- Cíle by měly být kvantifikovatelné, měřitelné a vyhodnotitelné.
- Výše uvedené platí i pro definici „nedostatku lékařů“.

5.3 Prioritizace

Vzhledem k tomu, že v minulosti žádná prioritizace neprobíhala a neprobíhá ani v současnosti, lze při omezených prostředcích státního rozpočtu doporučit následující:

- Alokovat prostředky do oborů s největším (potenciálním) nedostatkem lékařů.
- Alokovat prostředky do regionů s největším (potenciálním) nedostatkem lékařů.
- Při prioritizaci zohledňovat věkovou strukturu lékařů jako predikční mechanismus pro definici potenciálního (budoucího) nedostatku.
- Při prioritizaci brát v úvahu podíl dotace na příjmech zdravotnického zařízení a její motivační efekt.

5.4 Financování

- Odstranit duplicitu financování ze státního rozpočtu a zároveň z rozpočtů zdravotních pojišťoven.
- MZ by mělo v této oblasti koordinovat své kroky se zdravotními pojišťovnami s ohledem na výše zmíněnou prioritizaci.

5.5 Zvýšení účelnosti

- Zvážit možnost navázání (části) dotace s pozdějším výkonem lékařské profese v daném regionu či přímo zdravotnickém zařízení pro posílení účelnosti vynaložených veřejných prostředků.

- Obdobně zvážit možnost zohlednění úspěšnosti dokončení postgraduálního vzdělávání.

5.6 Možnosti další analýzy

Zůstává prostor pro další analýzu do budoucnosti:

- Porovnání zdravotnických zařízení, která školí i bez dotace, s těmi, která školí s dotací.
- Propojení geografické a regionální dimenze.
- Podrobnější analýza geografické dimenze na úrovni okresů, obcí s rozšířenou působností či dokonce na úrovni obcí.
- Podrobnější analýza příjemců dotací, která by odhalila možné dlouhodobé nevyužívání dotací, např. u menšiny (cca dvacítky) krajských nemocnic.
- Provedení analýzy s delší časovou řadou, než kterou máme k dispozici nyní.
- Kvalitnější analýza, např. panelová regrese, která by vzdala do úvahy více faktorů ovlivňující změny úvazků lékařů v obou dimenzích. Zde však máme pochybnosti, že by bylo možné všechny početné vlivy kvantifikovat a statisticky uchopit.
- Rozšíření analýzy na další nástroje ovlivňující počet a strukturu lékařů v ČR.
- Porovnat výsledky školenců na dotovaných rezidenčních místech a školenců bez dotace z tohoto programu.

Příloha: Vyjádření Ministerstva zdravotnictví

Dotační programy na „Rezidenční místa“ vyhlašované Ministerstvem zdravotnictví podle § 21a zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen zákon č. 95/2004 Sb.) mají za cíl podporovat specializační vzdělávání lékařů formou dotací ze státního rozpočtu, které akreditovaným zařízením (poskytovatelům zdravotních služeb) částečně pokrývají náklady na zajištění předatestační přípravy u nich zaměstnaných lékařů.

Specializační příprava lékařů znamená pro poskytovatele zdravotních služeb kromě finančních nákladů na mzdu rezidenta rovněž zátěž na zajištění školitelů a jejich adekvátní odměňování. Zajištění specializačního vzdělávání mladým lékařům by mělo pro zúčastněné poskytovatele zdravotních služeb znamenat určitý příslib, že lékař, do jehož přípravy byly investovány nejen finanční prostředky, ale i čas a nasazení školitelů, u poskytovatele zdravotních služeb, resp. v daném regionu zůstane zaměstnaný i po získání specializované způsobilosti.

Vzhledem k vysokým nákladům, které s sebou vzdělávání mladých lékařů nese, nejsou poskytovatelé zdravotních služeb často dostatečně motivováni přijímat mladé lékaře absolventy, kteří by na jejich pracovištích absolvovali specializační přípravu. Zejména menším poskytovatelům zdravotních služeb v periferních regionech, kde je personální zajištění zdravotních služeb nejproblematictější, vznikají se zaměstnáváním mladých lékařů bez specializované způsobilosti vyšší náklady, než jsou pokryty dotací a personální krize se dále prohlubuje. Rezidenční místa se tak stávají rovněž nástrojem, prostřednictvím kterého může Ministerstvo zdravotnictví ovlivňovat personální zajištění poskytovatelů zdravotních služeb. Ministerstvo zdravotnictví si je vědomo, že podoba dotačních programů, která vychází jejich legislativního ukotvení v zákoně č. 95/2004 Sb., není ideální a snaží se o její optimalizaci, naposledy v roce 2019, kdy byla zpracována novela zákona vztahující se výhradně k financování rezidenčních míst. V mezirezortním připomínkovém řízení však byly ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí vzneseny vůči návrhu takové připomínky, které nebylo možno vypořádat, aniž by tím nedošlo k popření hlavních principů celé novely. Každoročně jsou nicméně do Dílčí úpravy, které nevyžadují legislativní změny, jsou potom do dotačních programů zapracovávány každoročně, vždy při vyhlašování výzev. Těmito úpravami se Ministerstvo zdravotnictví snaží reagovat na aktuální situaci v systému zdravotní péče nebo na různá doporučení, která jsou k programům vznášena např. ze strany NKÚ.

Právě fakt, že podoba financování specializačního vzdělávání na rezidenčních místech je poměrně detailně stanovena zákonem, značně limituje možnosti Ministerstva zdravotnictví dotační programy modifikovat nebo celkově měnit přístup k využívání rezidenčních míst.

Vyjádření k jednotlivým částem závěrečné zprávy.

Kapitola 2 – Analýza dat

Autoři analýzy sami uvádějí, že analyzovaná data pocházejí z více zdrojů a rovněž zmiňují, že datové řady nejsou vždy kompletní a chybějící údaje byly nahrazovány odhady. Data byla jednotlivými původními zdroji (vlastníky) sbírána a sledována z různých důvodů. Za jiným účelem a jiným způsobem data shromažďuje Ústav zdravotnických informací a statistiky, jinak zdravotní pojišťovny nebo Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví jako administrátor dotačního programu.

Ministerstvo zdravotnictví nepochybně využije výstupy analýzy dat a zcela jistě je využije pro další rozhodování o fungování rezidenčních míst.

Kapitola 3 – Efektivnost

Autoři v materiálu ověřují hypotézu, že dotace na rezidenční místa nemají vliv geografickou, ani oborovou strukturu úvazků lékařů a neprojeví se ani na celkovém počtu úvazků.

Rezidenční místa skutečně bývají i ze strany ministerstva zdravotnictví někdy prezentována jako nástroj pro ovlivňování počtu zdravotnických pracovníků a jejich rozmístění do regionu. Hlavním přínosem dotačních programů a jejich smyslem však je umožnit poskytovatelům zdravotních služeb specializační vzdělávání vůbec zajišťovat. Náklady na jednoho školence ve specializační přípravě byly Ministerstvem zdravotnictví odhadnuty na jeden milion korun ročně, přičemž specializační vzdělávání je pro lékaře nebytně nutné a nemůže bez něj své povolání samostatně vykonávat. Stát tedy na jedné straně stanoví kvalifikační podmínky pro výkon povolání, způsob, jakým je možné požadovanou kvalifikaci získat, na straně druhé, s ohledem na nákladovost specializačního vzdělávání umožňuje dotačními programy jeho průběh. Jak je uvedeno v úvodu vyjádření Ministerstva zdravotnictví, poskytovatelé zdravotních služeb nejsou vždy ochotni a často ani schopni specializační vzdělávání lékařům jinak zajistit.

Domníváme se proto, že efektivnost dotačních programů by měla být analyzována z tohoto pohledu. Tedy, jak by systém specializačního vzdělávání fungoval a jaká by byla jeho průchodnost, pokud by dotace na financování specializačního vzdělávání na rezidenčních místech nebyly poskytovány. Připouštíme, že pro toto srovnání nemá Ministerstvo zdravotnictví v současné době dostatek dat, nicméně připravovaný informační systém pro sledování a řízení specializačního vzdělávání by měl tento nedostatek odstranit. Více o tomto systému v části vyjádření týkajícím se kapitoly č. 5.

Kapitola 4 – Cíle programu, účelnost

Ministerstvo zdravotnictví si je vědomo nedostatků v definování cílů programů, jak jsou uváděny v metodikách pro jednotlivé roky, a je připraveno tyto chyby odstranit. Kromě upřesnění konkrétních výstupů a výsledků, které mají programy přinést, budou do metodiky nově stanovovány i indikátory a jejich cílové hodnoty. Tento krok kromě jiného umožní snadné posouzení efektivnosti programů.

Autoři analýzy uvádějí, že u dotačního Programu 1 – Dotace na základní kmen, není ve stanovených cílech stanoveno, že dotace se bude zaměřovat na vzdělávání v oborech, ve kterých je nedostatek specialistů. Tato skutečnost však pouze odráží legislativní rámec programu, kdy přímo zákon č. 95/2004 Sb. uvádí, že dotace na vzdělávání v základních kmenech je určena pro vzdělávání ve všech základních kmenech. Zákon poskytovateli dotace tedy ani jiný postup neumožňuje a zaměřování se na „nedostatkové“ specializace je bezpředmětné.

Co se týče problematiky regionální prioritizace, připomínáme, že jedním z kritérií, podle kterého akreditační komise posuzují žádosti o rezidenční místa na celé specializační vzdělávání, je regionální kritérium (potřeba odborníků daného oboru specializačního vzdělávání v příslušném regionu České republiky a potřebnosti podpory udržení a rozvoje oboru v tomto regionu). Toto povinné hodnotící kritérium je uváděno v metodice dotačního programu, včetně informace, že za něj může akreditační komise přidělit až 30 bodů.

Kapitola 5 - Doporučení

Data

Autoři uvádějí, že nedostupnost vhodných dat negativně ovlivňuje možnosti Spending review. Ministerstvo zdravotnictví s tímto tvrzením souhlasí, a samo ho uvádí v úvodu své reakce. Právě s ohledem na nedostatek dat nutných pro řízení systému specializačního vzdělávání je Ministerstvem zdravotnictví připravován informační administrativní systém pro specializační vzdělávání

zdravotnických pracovníků. Tento systém má v několika úrovních a pracovních modulech zahrnout všechny subjekty a oblasti specializačního vzdělávání, od akreditací poskytovatelů zdravotních služeb po činnosti zajišťované tzv. pověřenými organizacemi. Vznik informačního systému je zahrnut do Národního plánu obnovy, a to do komponenty 6.1 Zvýšení odolnosti systému zdravotní péče jako aktivita 6.1.1. Optimalizace systému vzdělávání.

S uváděnými doporučeními tedy souhlasíme.

Formulace cílů

Jak uvádíme v části týkající se kapitoly 4, jsme si nedostatků v tomto směru vědomi, a jsme připraveni ho odstranit.

Financování

V čase, který nám byl na vyjádření k doporučením poskytnut, nebylo možné zdravotní pojišťovny oslovit. Ministerstvo zdravotnictví je nicméně připraveno o odstranění duplicit jednat. Upozorňujeme, že jde o velmi dlouhodobou záležitost.

Zvýšení účelnosti

K možnosti vázání dotace na výkon zdravotnického povolání v určitém regionu – tento požadavek v původní podobě dotačních programů (do roku 2012) existoval (tzv. stabilizační smlouvy). Byl však ze zákona z více důvodů odstraněn. Jedním z důvodů byla mimo jiné praktická nemožnost tento závazek po lékaři vymáhat a vymoci.

K možnosti zohledňovat úspěšnost dokončení postgraduálního vzdělávání – zde upozorňujeme, že osoba, která se specializačně vzdělává a která má hlavní a možná výhradní vliv na úspěšnost ukončení postgraduálního studia, není příjemcem dotace. Příjemce dotace by tedy mohl být sankcionován za skutečnosti, které mohl jen velmi těžko ovlivnit. Pomineme-li fakt, že kmenovou/atestační zkoušku nemusí z různých důvodů úspěšně složit ani lékař, který se na ni řádně a pečlivě připravoval.

Obě výše uvedená doporučení Ministerstvo zdravotnictví již opakovaně zvažovalo, a to i při přípravě novely zákona, ukázala se však jako neúčinná.

Možnosti další analýzy

Jak se zmiňujeme už v reakci k bodu Data, připravovaný informační systém by měl být schopen dalších detailnějších analýz, včetně například porovnání průběhu a úspěšnosti specializačního vzdělávání na rezidenčních místech a mimo rezidenční místa.

Ministerstvo zdravotnictví si je vědomo potřebnosti podobných analýz pro své rozhodování a rozhodně se jim nebrání.