



INSTITUT
PRO POLITIKU
A SPOLEČNOST

Struktura nákladů v českém zdravotnictví a mechanismy jejich alokace

STUDIE / PROSINEC 2019

INSTITUT PRO ZDRAVOTNÍ EKONOMIKU
A TECHNOLOGY ASSESSMENT (iHETA)

WWW.POLITIKASPOLECNOST.CZ

OFFICE@POLITIKASPOLECNOST.CZ

Obsah

Příjmy, výdaje a struktura financování českého zdravotnictví	3
Lůžková péče: nemocnice a specializované ústavy	5
Ambulantní péče	11
Léky a zdravotnické prostředky	16
Dlouhodobá a domácí péče	22
Prevence	24
Příloha	27

Struktura nákladů v českém zdravotnictví a mechanismy jejich alokace

Studie – Institut pro zdravotní ekonomiku a technology assessment
(iHETA), prosinec 2019

V českém zdravotnictví se rozdělují každoročně již více než 400 mld. Kč, což se v čase velmi přibližuje objemu peněz důchodového systému. Náš systém veřejného pojištění je velmi rovnostářský, založený na solidaritě zdravých a pracujících s nemocnými a ekonomicky neaktivními. V blízké budoucnosti bude stárnoucí populace čerpat stále více a více finančních prostředků, a proto musí být mechanismy přerozdělování financí založeny na dosažené hodnotě a produkci zdraví, pod přísnou veřejnou kontrolou.

V této tematické publikaci přinášíme základní přehled současných mechanismů přerozdělování finančních prostředků v jednotlivých segmentech (lůžková, ambulantní péče, léky a zdravotnické prostředky, domácí a dlouhodobá péče, výdaje na prevenci). V příloze publikace je poté uvedeno shrnutí financování jednotlivých typů léčby.

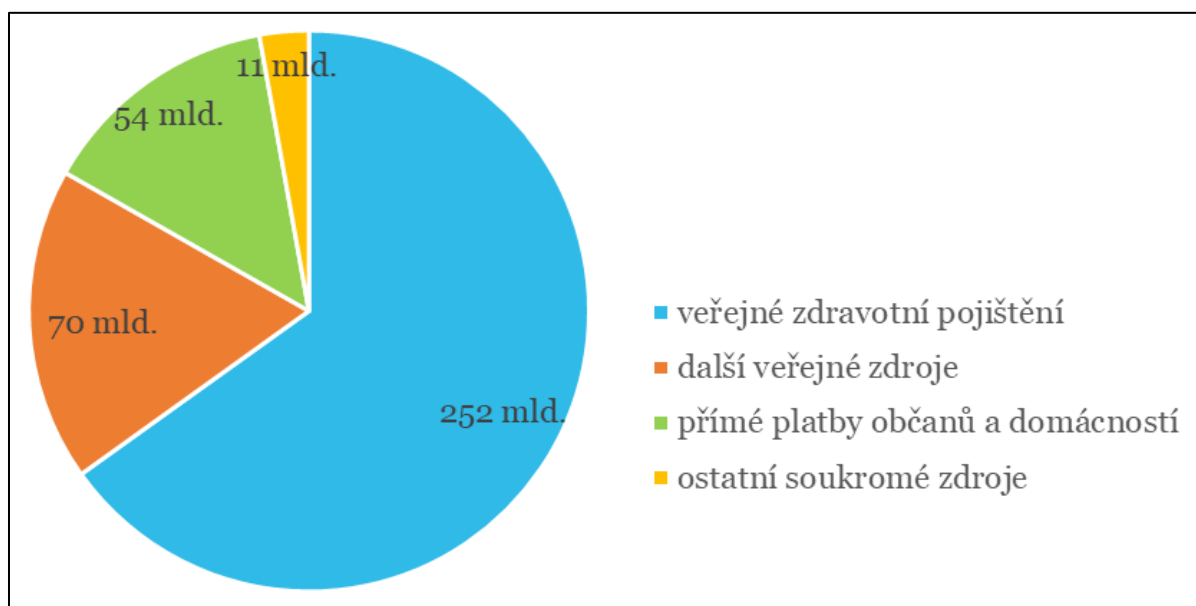
Tato studie jako první přináší unikátní a ucelený vhled do problematiky rozdělování (alokace) financí ve zdravotnictví, které představuje spolu s důchody největší položku státního rozpočtu. Čtenáři by se po přečtení studie měli bez problémů orientovat ve struktuře nákladů, ale především v každoročním rozdělování tohoto velkého „balíku“ peněz.

Příjmy, výdaje a struktura financování českého zdravotnictví

Tomáš Doležal

České zdravotnictví hospodařilo v roce 2017 s 387 miliardami Kč a v současnosti se již tato suma dostala významně přes 400 mld. Kč.¹ Tato částka narostla od roku 2010 o více než 50 mld. Většina příjmů systému přichází z veřejného zdravotního pojištění (65 %) a dalších veřejných zdrojů (18 %) a jen 14 % jako přímé platby občanů a domácností.

Graf 1: Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR podle hlavních zdrojů financování v roce 2017



Zdroj: ČSÚ 2019, Zdravotnické účty ČR 2010–2017

V roce 2018 byly příjmy systému veřejného zdravotního pojištění 304 miliard, z toho výběr pojistného od zaměstnanců a zaměstnavatelů tvořil 236 mld. Kč a 68 mld. zaplatil stát ze státního rozpočtu za ekonomicky neaktivní pojištěnce, tedy zejména děti a důchodce. Přestože absolutní příjmy a výdaje na zdravotnictví rostou v posledních pěti letech rekordním tempem, jejich podíl na hrubém domácím produktu (HDP) stagnuje a je pouze mírně nad 7%.²

České zdravotnictví je velmi solidární, protože v něm převažují veřejné finance, které pochází dominantně ze zdanění práce, tedy z fixních a mandatorních odvodů. Aktivní, praceschopná a většinově zdravá část populace tedy hradí zdravotní péči starším, nemocným a pracovně již neaktivním. Podíl soukromých finančních prostředků je u nás hluboce pod průměrem zemí OECD i pod průměrem zemí Evropské unie. Přímé platby pacientů jsou velmi omezené a směřují prakticky jen do oblasti léků, pomůcek, zdravotnického materiálu a stomatologické péče. Česká republika neumožňuje formu komerčního připojištění na běžnou zdravotní péči, čímž zůstáváme v Evropě již jedni z posledních; na druhou stranu však komerční připojištění v kontextu ČR při dnešním nastavení nedává příliš smysl, neboť není možné si vhodně připlatit za lepší zdravotní péči (dříve známé též jako nadstandard) a je možné si zaplatit pouze kompletně celou lepší léčbu, která je mnohdy velmi nákladná.

¹ Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2017. Český statistický úřad 2019. <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-71uhzp32ax>

² Česká republika dává do zdravotnictví 7,1 % HDP, přestože průměr EU je 9,6 %. Otevřené zdravotnictví. <https://www.otvorenzdravotnictvi.cz/novinky/ceska-republika-dava-do-zdravotnictvi%3%AD-7-1-hdp-prestoze-pruměr-eu-je-9-6.html>

Z těchto důvodů je ve výsostném veřejném zájmu, aby rozdělování finančních prostředků na zdravotní péči bylo transparentní, pod veřejnou kontrolou a respektovalo principy platby za dosaženou kvalitu péče (tzv. *value-based princip*).

Ve struktuře výdajů zdravotnického systému dominuje ústavní lůžková péče s téměř 40% podílem nákladů celého zdravotnictví. Jedná se zejména o poskytovatele akutní lůžkové péče, kteří tvoří 75 % lůžkových kapacit. V České republice je 156 nemocnic poskytujících akutní péči, jen 37 nemocnic následné péče a 35 léčeben pro dlouhodobě nemocné.³ Zařízení ambulantní péče konzumuje cca 20 % celkových nákladů a zhruba 15 % nákladů je vydáno za léky a zdravotnické pomůcky.

Mechanismy rozdělování finančních prostředků jsou v rukou zdravotních pojišťoven pod dozorem Ministerstva zdravotnictví a za účasti poskytovatelů a profesních organizací. Každoročním procesem je tvorba tzv. Úhradové vyhlášky, která nastavuje finanční rámec v jednotlivých segmentech poskytovatelů péče a finančních kapitolách vždy na následující kalendářní rok. Úhradová vyhláška, která určuje objem a jednotkové úhrady v nemocničním a ambulantním segmentu, je dojednávána každoročně v tzv. dohodovacím řízení mezi pojišťovnami a poskytovateli za účasti profesních sdružení. Ministerstvo poté tento proces stvrzuje legislativně vydáním úhradové vyhlášky.⁴

Úhradová vyhláška vytváří finanční rámec podle jednotlivých kapitol, nicméně nic neříká o tom, jaké zdravotní služby, výkony a technologie mohou být hrazeny. Pro vymezení rámce a rozsahu zařazování jednotlivých výkonů, léků, zdravotnických prostředků, aj. existují různé procesy s různou mírou předvídatelnosti a možnosti veřejné kontroly. Pokud to vezmeme od největšího finančního objemu, tedy zdravotních výkonů a intervencí v ambulantním a nemocničním segmentu, je zde Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a také systém klasifikace hospitalizačních diagnóz DRG. Léky a zdravotnické prostředky jsou do systému zařazovány zcela odlišnými procesy a kategorizovány v seznamech hrazených léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a materiálů. Jiným mechanismem je rozhodováno o nákupech velkých přístrojů, například magnetických rezonancí. A naprosto jiné mechanismy a procesy najdeme v přerozdělování finančních prostředků v oblasti prevence, domácí a zdravotně-sociální péče. Detailům hrazení péče v jednotlivých segmentech se budou věnovat následující kapitoly.

O autorovi

Tomáš Doležal vystudoval všeobecné lékařství na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy a následně získal doktorát z farmakologie z 3. LF UK.

Věnuje se především strategiím vstupu nových léčivých přípravků na trh, designu a provedení farmakoekonomických analýz, nákladovým studiím a celé řadě nekomerčních projektů.

Je autorem více než 20 impaktovaných publikací, byl předsedou České farmakoekonomické společnosti (ČFES), je členem mezinárodní farmakoekonomické společnosti (ISPOR). Je ředitelem společností Value Outcomes a iHETA.

³ Kolik potřebujeme nemocnic a nemocničních lůžek? Ví to někdo? Otevřené zdravotnictví. <https://www.otevrenezdravotnictvi.cz/novinky/kolik-potrebuje-nemocnic-a-nemocni%C3%ADch-lu%C5%BEk-v%C3%AD-to-n%C4%9Bkdo.html>

⁴ Je úhradová vyhláška skutečně čisté zlo? Otevřené zdravotnictví. <https://www.otevrenezdravotnictvi.cz/nazory/je-uhradova-vyhlaska-skutecne-ciste-zlo.html>

Lůžková péče: nemocnice a specializované ústavy

Tomáš Mlčoch

Lůžkovou péčí v této publikaci budeme rozumět veškerou péčí, která je prováděna v rámci poskytovatelů lůžkové péče (tj. v nemocnicích, psychiatrických ústavech, LDN, rehabilitačních ústavech aj.).⁵ Zdravotní péče u těchto poskytovatelů může být poskytována v podobě hospitalizace (lůžková péče) nebo v podobě ambulantních vyšetření u lékařů specialistů. **V této kapitole se budeme striktně věnovat pouze lůžkové péči.** Naprostá většina péče vykázaná v těchto zařízeních je poskytována tímto způsobem. Příkladem může být Fakultní nemocnice Motol, která poskytuje jak lůžkovou péči (např. porodnice, jednotka intenzivní péče), tak i specializovanou ambulantní péči (např. kardiologie, neurologie, genetika). Ambulantní péči se věnuje následující kapitola této studie, protože není žádný rozdíl mezi ambulantní péčí poskytovanou „pod střechem“ nemocnice nebo jinde.

Lůžková péče je dnes největší nákladovou položkou českého zdravotnictví, kdy dle nejnovějších údajů čítá přibližně více než 40 % veškerých výdajů na české zdravotnictví (přibližně 130 miliard Kč).⁶ Tato kapitola se bude věnovat směřování peněz právě do lůžkových zařízení s cílem popisu specifik financování jejího financování.

Financování lůžkové péče

Lůžková péče je dnes financována několika rozdílnými způsoby. Dokonce mohou nastat situace, kdy přichází v úvahu při jedné hospitalizaci dva typy vykazování.

- 1) Prvním způsobem financování je **platba za zdravotní výkony, respektive soubor (tzv. balíček) zdravotních výkonů spojených s hospitalizací/hospitalizačním výkonem.** V určitých specializacích se hospitalizace účtují balíčkově, kdy je proplacen soubor jednotlivých zdravotních výkonů, materiálu, léků, který je smluvně upraven. Zdravotní výkony jsou finančně ohodnoceny stejným postupem jako u ambulantních specialistů (viz následující kapitola).
- 2) Druhým způsobem financování je **platba za ukončený hospitalizační případ** (tzv. *diagnosis-related group* (DRG)). Při tomto schématu financování nezáleží na množství poskytnuté péče, protože nemocnice dostane fixní částku za ukončený hospitalizační případ dle náročnosti hospitalizace. Toto schéma přirozeně motivuje poskytovat zdravotní péče efektivně a s minimem opětovných hospitalizací. Zároveň systém DRG, v ideálním případě, podporuje produktivní nemocnice, které jsou schopny „odbavit“ více hospitalizací nebo zajistit hospitalizaci bez komplikací, a tedy ušetřit kapacity pro jiné pacienty. Financování dle DRG se bude blíže věnovat kapitola o níže.
- 3) Třetím způsobem je **financování specializované centrové péče, v rámci které jsou separátně financovány platby za specializované léky, tzv. centrové léky,** jejichž financování vychází z dohody mezi poskytovatelem, zdravotními pojišťovnami a platnou úhradovou vyhláškou pro daný rok.

⁵ Kolik potřebujeme nemocnic a nemocničních lůžek? Ví to někdo? Otevřené zdravotnictví. <https://www.otevrenezdravotnictvi.cz/novinky/kolik-potrebuujeme-nemocnic-a-nemocni%C3%ADch-lu%C5%BEk-v-%C3%AD-to-n%C4%9Bkdo.html>

⁶ Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2017. Český statistický úřad 2019. <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-7luhzip32ax>

Seznam hrazených centrových léčiv s výší a podmínkami úhrady publikuje na měsíční bázi SÚKL.

- 4) **Platba za lůžkoden.** Dnes se stále používá v lůžkové péči tam, kde není zaveden systém DRG. Jedná se například o léčebny nebo superspecializovaná pracoviště – např. úhrada intenzivní péče přes TISS body.
- 5) Posledním způsobem je **mimořádné financování lůžkové péče.** Mimořádné financování nastává v různých případech. Nejčastěji je to z důvodů velmi vysokých nákladů například na nový pavilon nebo nové specializované oddělení, rozsáhlé rekonstrukce či nákup specializovaných přístrojů. Ojedinele může přijít mimořádné financování například z důvodů silného zadluženého lůžkového zařízení. Tomuto způsobu financování se nebudeme detailněji věnovat, jelikož je mimořádný.

1. Financování zdravotními výkony (tzv. balíčky)

Prvním typem popisovaného financování jsou tzv. balíčky zdravotních výkonů. Takto se dnes hradí celá řada operací a s nimi spojených hospitalizací, například oční chirurgie (katarakta) nebo operace kloubních náhrad.

Na základě dohody mezi zdravotní pojišťovnou a daným poskytovatelem zdravotní péče se uzavře dodatek ke smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tento dodatek přesně vyjmenovává, jaké zdravotní výkony budou v rámci dané hospitalizace provedeny a pojišťovnou uhrazeny. Dále dodatek upravuje, jaké léčivé přípravky, zdravotní prostředky (např. typ čočky či endoprotézy), materiál bude uhrazen.

Výsledkem tohoto financování je úhrada za danou hospitalizaci. Jelikož jsou ve smlouvě/dodatku vypsány zdravotní výkony dle jednotlivých kódů, nastává automatická „valorizace“ dle aktuální úhradové vyhlášky. Pokud například v roce 2018 dostane poskytovatel za daný výkon 1000 Kč, v roce 2019 obdrží odlišnou (vyšší) částku dle nové úhradové vyhlášky (např. 1050 Kč).

Možnosti úhrad pomocí balíčků jsou dnes nicméně spíše omezené, protože s rostoucí komplexitou poskytovaných zdravotních služeb roste i komplexita úhradových dodatků. V případě uvedených katarakt/endoprotéz je víceméně jasné, jaké výkony budou poskytnuty. Naproti tomu při transplantaci, komplikovaných neurologických operacích či jiných rozsáhlých operačních výkonech je velmi složité předem odhadnout, jaké výkony budou prováděny, jak dlouho bude pacient hospitalizován nebo jaký materiál, léky či zdravotní prostředky obdrží. Přesně z tohoto důvodu byl zaveden systém DRG, který je popsán v následující kapitole.

2. Financování dle DRG

Systém DRG, jak bylo zmíněno výše, spočívá v tom, že **nemocnice dostane vždy fixní platbu za ukončený hospitalizační případ**, a to bez ohledu na množství poskytované péče. Platba za DRG případ by tak měla odpovídat obvyklým či „průměrným“ nákladům, které je potřeba na takovou hospitalizaci vynaložit. Systém financování péče dle DRG byl vytvořen s cílem, aby motivovala ke kvalitně poskytované lékařské péči s co nejmenší mírou opětovných hospitalizací (centrum lůžkové péče nemůže vykázat 2x za sebou stejný DRG kód u daného pacienta). Pokud totiž nemocnice dostává platbu „za den hospitalizace“ není nijak motivovaná omezit dobu pacientů strávenou v nemocnici a účtuje si veškerou péči a výkony, které pacientovi poskytne v maximální možné míře.

System DRG se v ČR začal zavádět přibližně od roku 2004, poté se okolo roku 2011 od projektu mírně upustilo a opět se začal významně řešit od roku 2015 v rámci projektu DRG restart.⁷ Dnes je systém úhrad skrze DRG zákonně upraven vyhláškou č. 201/2018 Sb. „Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019“⁸, která upravuje nejen systém DRG, ale veškeré financování péče pro daný rok (ambulantní výkony, kapitace a jiné). Specificky DRG se věnuje Příloha 10 a 12 vyhlášky, kde jsou uvedeny názvy hospitalizací a příslušné **relativní váhy (RV)**.

Relativní váhy stanovují náročnost daného hospitalizačního případu a jsou podkladem pro stanovení výše nákladů a platby od zdravotní pojišťovny, kterou lůžkové oddělení obdrží. Hospitalizační případy jsou dále rozděleny na 3 skupiny:

- 1) bez komplikací nebo komorbidit (bez CC),
- 2) s komplikacemi nebo komorbiditami (s CC),
- 3) s velkými komplikacemi/komorbiditami (s MCC).⁹

Například akutní infarkt myokardu bez CC (DRG kód č. 5331) má relativní váhu 0,4270, zatímco akutní infarkt myokardu s MCC (DRG kód č. 5333) má RV již 1,3575, což značí více než trojnásobnou ekonomickou náročnost hospitalizace. Nicméně jiné hospitalizace mají ještě řádově vyšší náročnost: transplantace jater bez CC (DRG kód č. 00021) RV = 13,6501 nebo narození novorozence s váhou menší než 1000 g (DRG kódy č. 15621-3) RV = 50,0790. Nejvyšší RV = 110,4444 je poté u kódu 00070: Dlouhodobá mechanická ventilace > 1008 hodin s transplantací srdce, plic, jater a kostní dřeně.

Posledním bodem k vypočtení nákladů za ukončený hospitalizační případ dle DRG je nutnost získat výši úhrady zdravotních pojišťoven za RV. Konkrétní výše úhrady za RV mezi poskytovatelem a pojišťovnou je nicméně povětšinou důvěrná. Přesto byla v minulosti publikována data o těchto úhradách.¹⁰ Průměrná RV byla mezi všemi poskytovateli rovna v roce 2013 28 898 Kč/RV. Výše uvedený infarkt myokardu bez CC by znamenal náklady 12 339 Kč (0,4270*28 898 Kč) a narození novorozence <1000 g by znamenal náklady 1 447 183 Kč (50,0790*28 898 Kč).

Nicméně existuje významná variace mezi jednotlivými poskytovateli lůžkové péče, kdy se úhrada za RV pohybuje od přibližně 20 000 Kč do 35 000 Kč/RV. Vyšší platby za hospitalizační případ dostávají vysoce specializované nemocnice a ústavy, typicky fakultní nemocnice, které měly historicky komplikovanější pacienty a mají tak vyšší hodnotu tzv. „case-ixu“ a na ní navázanou základní sazbu. Platba za jeden hospitalizační případ se liší nejen podle různých typů poskytovatelů, ale také podle jednotlivých pojišťoven. Ve svém důsledku tak fakultní nemocnice dostane za stejný typ operace u stejně komplikovaného pacienta významně vyšší platbu než okresní nemocnice. Tento princip, který se zatím

⁷ DRG restart. Ústav zdravotnických informací a statistiky. ÚZIS. 2019. <https://drg.uzis.cz/>

⁸ Seznam DRG kódů včetně relativních vah je uveden ve Vyhlášce č. 201/2018 Sb.: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-201>.

⁹ Vychází z anglického: CC = complication or comorbidity conditions; MCC = major complication or comorbidity conditions.

¹⁰ Tato analýza je dostupná online na <https://www.mfcr.cz/cs/aktualne/tiskove-zpravy/2015/mf- vytvorilo-analyzu-nakladu-a-uhrad-zdr-20546>, kde je též ke stažení.

nepodařilo narovnat, dostává některé typy poskytovatelů lůžkové péče do nepříznivé finanční bilance.¹¹

Příslušná výše úhrady za ukončenou hospitalizaci dle DRG může být nalezena rovněž v číselníku DRG publikovaného Ministerstvem zdravotnictví pro rok 2020 (Metodické materiály pro rok 2020).¹² V případě infarktu myokardu bez CC by byly náklady rovny 14 369 Kč, v případě narození novorozence <1000 g by to bylo 1 559 872 Kč.

3. Financování specializované centrové péče

Jak bude uvedeno v kapitole Léky a zdravotnické prostředky popisující systém financování léků, existují dnes tzv. specializované léky (S-léky). Jedná se povětšinou o vysoce nákladné a moderní terapie. Tyto léky jsou předepisovány pouze ve specializovaných centrech (tzv. centrová péče) na základě smluvní dohody mezi poskytovatelem a zdravotními pojišťovnami za souhlasu farmaceutické firmy ve správním řízení vedeném SÚKLEM. Důvodem omezení pouze na centra je nutnost a garance specializované zdravotní péče a vysoké odbornosti, která nemůže být poskytnuta ve všech zařízeních. Tato centra jsou zpravidla lůžková (avšak ne nutně) a jsou v rámci velkých zdravotních center/nemocnic.

Centrová péče je financována stejně jako jiné poskytované péče v rámci daného lůžkového či ambulantního zařízení. Centrum obdrží příslušnou platbu za zdravotní výkon/hospitalizaci ve stejné výši jako ostatní ne-specializovaná centra z dané nemocnice nebo ostatní nespecializované ambulance. To s sebou přirozeně přináší potenciální problémy s financováním daného centra.

Příkladem mohou být Neuromuskulární centra (např. FN Motol či FN Brno) nebo Revmatologická centra (především Revmatologický ústav). V těchto, ale i celé řadě jiných center, je poskytována špičková zdravotní péče, která je nicméně finančně ohodnocena stejně jako v jiných ambulancích. To s sebou nese potenciální finanční problémy, protože pacienti ve specializovaných centrech jsou významně těžší, komplikovanější, s komorbiditami či odesláni z jiných center, kde si s nimi lékaři nevěděli rady.

Jedinou „separátní“ položkou v těchto centrech jsou specializované léčivé přípravky nebo zdravotní prostředky. Pro tyto technologie je vyčleněn specializovaný rozpočet, který může být využit pouze na vyjmenované léčivé přípravky zařazené v úhradovém dodatku.

Je třeba zmínit, že v současnosti probíhá pilotní projekt Ministerstva zdravotnictví s cílem zjistit ekonomickou náročnost specializované péče pro léčbu vzácných onemocnění (výsledky dosud nebyly zveřejněny).¹³ Tento aspekt specializace se nicméně netýká pouze vzácných onemocnění, ale všech specializovaných center bez ohledu na četnost výskytu daného onemocnění.

¹¹ Antitřžní prostředí – podporují veřejné zdravotní pojišťovny neefektivitu? Zdravotnický deník. <https://www.zdravotnickydenik.cz/blog/antitrzni-prostredi-podporuji-verejne-zdravotni-pojistovny-neeaktivitu/>

¹² Metodické materiály pro rok 2020, dostupné online na https://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicke-materialy-pro-rok-2020_17843_1058_3.html

¹³ Ministerstvo zdravotnictví, tisková zpráva. http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-spustilo-tri-pilotni-specializovana-pracoviste-pro-lecbu-vzacnych-o_16747_3970_1.html

4. Platba za lůžkoden

Platba za jeden den strávený na hospitalizačním lůžku (tzv. lůžkoden) je nejjednodušší platbou v rámci lůžkové péče. Tato platba zpravidla probíhá v takových lůžkových zařízeních, která nevyžadují příliš mnoho specializované lékařské péče, ale na druhou stranu se jedná o velmi intenzivní ošetrovatelskou péči; příkladem mohou být léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) nebo psychiatrické léčebny (obecně lůžka následné péče). Vlivem velmi dlouhých hospitalizací nemá smysl v těchto typech zařízení vykazovat zdravotní péči pomocí DRG kódů – na délku pobytu a kvalitu poskytované péče by to nemělo žádný dopad.

Platba za lůžkoden se opět odvíjí od smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a konkrétním poskytovatelem lůžkové péče. Tyto náklady zpravidla dnes oscilují okolo 1500 až 2000 Kč za den. Dle nejnovější dostupné analýzy Asociace českých a moravských nemocnic byly v roce 2018 průměrné náklady na jeden lůžkoden rovny 1800 Kč.¹⁴ Z této části je přibližně:

- 1) 650 Kč hotelové služby,
- 2) 163 Kč strava,
- 3) 1149 Kč medicínské náklady včetně personálních.

Jak tato analýza ukázala, takto nastavené úhrady jsou pro většinu (51/62) zdravotnických zařízení ztrátové. Reálné náklady jsou dle údajů poskytovatelů péče o cca 1000 Kč/den vyšší, a to okolo 2 500 Kč za den, což s sebou přináší ekonomické ztráty a problémy.¹⁵

Nad rámec plateb za lůžkoden jsou ve výše uvedených centrech prováděna i běžná ambulantní vyšetření, podobně jako u ambulantních specialistů. Tato vyšetření jsou prováděna a účtována zdravotní pojišťovně nad rámec nákladů na lůžkoden. Detaily hrazení a systému ambulantních výkonů jsou popsány v kapitole Ambulantní péče.

5. Limitace (maximální) objem poskytnuté nemocniční péče

Každé lůžkové zařízení je dnes limitováno objemem poskytnuté péče. Je zřejmé, že není možné, aby například daná nemocnice z roku na rok zdvojnásobila svoji výkonnost a získala dvojnásobek financí. Meziroční nárůst/úpravu úhrad lůžkové péče upravuje úhradová vyhláška dle zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny (§17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.).

Růst úhrad mezi lety 2016 a 2018 byl za stejnou výši produkce (100 %) zvýšen o 14 %. Nicméně zvýšení plateb o 14 % je realizovatelné již od 95 % produkce zdravotní péče – tím jsou lůžková zařízení motivována poskytovat péči efektivněji. Při nižší produkci dostávají lůžková zařízení lineárně méně, a to při poskytnutí 90 % produkce obdrží 100 % financí z minulého období.

Naopak při růstu produkce nad 100 % roste i platba za tyto služby, ale klesajícím tempem. Například při poskytnutí 120 % péče obdrží dané centrum 126 % objemu financí. Při poskytnutí 150 % produkce obdrží centrum již jen 141 % financí. Tyto limitace jsou zaváděny s cílem „korigovat“ chování jednotlivých poskytovatelů, aby bylo předvídatelné a nezpůsobovalo problémy v celém financování zdravotnictví ČR, neboť lůžková zařízení jsou největší částí veřejného zdravotního systému.

¹⁴ Analýza: Většina zařízení následné péče je v deficitu. České noviny. <https://www.ceskenoviny.cz/zpravy/analiza-vetsina-zarizeni-nasledne-pece-je-v-deficitu/1693491>

¹⁵ Následná péče v Česku je ztrátová. Tribune.cz. <https://www.tribune.cz/clanek/44515-nasledna-pece-v-cesku-je-ztratova>

O autorovi

Tomáš Mlčoch vystudoval obor Ekonomická analýza na Národohospodářské fakultě Vysoké školy ekonomické.

Věnuje se matematickému modelování farmakoekonomických analýz (tj. analýzám nákladové efektivity a dopadu na rozpočet), nákladovým analýzám (především u vzácných onemocnění) a vytváření strategií pro vstup nových technologií na trh.

Je členem ČFES a ISPOR.

Vývoj nákladů

Nejvyšší podíl výdajů českého zdravotnictví tvoří lůžková péče, které jsme se věnovali v předchozí kapitole. Druhou nejnákladnější položkou je pak péče ambulantní, která tvoří 27 % nákladů¹⁶ a zároveň je spolu s nemocnicemi nejvíce rostoucím segmentem v posledních 5 letech.¹⁷ Do ambulantní péče patří ambulantní specialisté, praktičtí lékaři a stomatologická péče.

Ambulantní péče je poskytována jak v nemocnicích, tak praktickými lékaři a specialisty v soukromých zdravotnických zařízeních. Výdaje na ambulantní péči (bez stomatologické) v posledních třech letech rostly, a to dle dat ČSÚ z 61,6 miliard v roce 2014 na 69,3 miliard v roce 2017, tj. o 12 %. V roce 2017 dosáhl objem finančních prostředků určených na specializovanou ambulantní péči (bez stomatologické) 46,7 mld. Kč a na všeobecnou ambulantní péči¹⁸ 22,6 mld. Kč.

Od roku 2013 roste objem výdajů na stomatologickou péči, kterou si, na rozdíl od ostatních segmentů zdravotní péče, hradí z velké části domácnosti samy. V roce 2017 šlo na ambulantní stomatologickou péči celkem 19,7 mld. Kč, z nichž si domácnosti hradily 10,3 mld. Kč. V porovnání s rokem 2013, kdy podíl domácností na financování zubařské péče činil 44 %, tak vzrostly jejich výdaje na tuto péči a jejich podíl dosáhl 52 %.¹⁹

Mechanismy financování ambulantní péče

S výjimkou stomatologické péče je však ambulantní péče stále z naprosté většiny hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Rozsah hrazené péče je v první řadě definován zákonem o veřejném zdravotním pojištění a jeho přílohami. O tom, jaké výkony zdravotní péče jsou či budou hrazeny, rozhoduje **Ministerstvo zdravotnictví ČR** (MZ ČR). Každý rok vydává formou závazné vyhlášky **Seznam zdravotních výkonů**, kterým definuje, jaké výkony jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň každému výkonu přiděluje určitý počet bodů, jejichž finanční hodnota (tzv. hodnota bodu) je definována další, tzv. **úhradovou vyhláškou** (viz kapitola Příjmy, výdaje a struktura financování českého zdravotnictví). Součástí vyhlášky jsou i další specifické podmínky, za kterých je péče v jednotlivých segmentech hrazena, spolu s regulačními omezeními hrazené péče na následující rok.

Pojišťovny pak zasílají poskytovatelům vlastní **úhradové dodatky**, kterými mohou podmínky úhradové vyhlášky měnit. Poskytovatel však nemá povinnost tento dodatek podepsat, v tom případě se pak úhrada poskytované péče řídí aktuální úhradovou vyhláškou. Financování se navíc liší pro jednotlivé segmenty (PL, gynekologie, ambulantní specialisté

¹⁶ Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2017. Český statistický úřad 2019. <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-7luhzp32ax>

¹⁷ Jak se rozdělují peníze v českém zdravotnictví – II. Za co peníze vydáváme. Otevřené zdravotnictví. <https://www.otevrenezdravotnictvi.cz/temata/jak-se-rozdeluji-penize-ii.html>

¹⁸ Všeobecnou ambulantní péči rozumíme praktické lékaře pro dospělé (VPL), pro děti a dorost (PLDD) a pracoviště lékařské pohotovostní služby. Tato péče je poskytována nejčastěji v ordinacích lékaře. Ostatní specializovaná ambulantní péče je poskytována především v nemocnicích.

¹⁹ Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2017. Český statistický úřad 2019. <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-7luhzp32ax>

a stomatologie). Situace je tedy značně komplexní a její detailní vysvětlení by značně přesahovalo rozsah této publikace.

Konkrétní způsob stanovení úhrady v jednotlivých segmentech se navíc může v jednotlivých letech s každou úhradovou vyhláškou i významně měnit, popis mechanismů platných v roce 2019 by tedy byl již záhy irelevantní. V následujícím textu budeme tedy popisovat spíše obecné principy, kterými se financování ambulantní péče řídí, detailnější rozbor ilustrujeme na příkladu primární péče.

Platba za výkony

1. Bodové ohodnocení výkonu, hodnota bodu

Výše úhrady za jednotlivé výkony se vypočítá součinem jeho bodové hodnoty a hodnoty bodu. Bodová hodnota jednotlivých výkonů je stanovena v Seznamu zdravotních výkonů (SZV) a hodnota bodu je dána výše zmíněnou úhradovou vyhláškou. Oba dokumenty vydává Ministerstvo zdravotnictví.

Například bodová hodnota cíleného vyšetření revmatologem (kód 19022) je stanovena ve výši 358 bodů a úhradová vyhláška pro odbornost revmatologie (109) stanovuje úhradu 1,06 Kč/bod. Za provedený výkon je tak poskytovali uhrazeno 379,48 Kč (358 bodů krát 1,06 Kč/bod). Pokud cílené vyšetření provede dětský chirurg (odbornost 502), je tento výkon (kód 52022) ohodnocený 254 body s hodnotou bodu stanovenou vyhláškou ve výši 1,06 Kč/bod. Poskytovateli je tak uhrazeno 269,24 Kč (254 bodů krát 1,06 Kč/bod).

Zařazení, změnu či vyřazení zdravotního výkonu ze SZV navrhnou MZ ČR, zdravotní pojišťovny nebo příslušné odborné společnosti či profesní organizace. Pro hodnocení návrhu z odborného hlediska zřizuje ministr zdravotnictví jako svůj poradní orgán **Pracovní skupinu k Seznamu zdravotních výkonů**. Pracovní skupina má 12 stálých členů a na každé její jednání je vždy přizván také zástupce příslušné organizace, která konkrétní návrh podala. Veřejnosti je vždy dostupný zápis z jednání této skupiny, který je publikován na stránkách Ministerstva zdravotnictví. MZ ČR pak průběžně provádí revize zdravotních výkonů obsažených v SZV. Celý proces a metodika jsou však o poznání méně propracované a transparentní, než je tomu u jiných typů zdravotnických služeb, zejména léčivých přípravků. Nejsou jasně stanovena pravidla, na jejichž základě hodnotící komise rozhoduje, zda má být daný výkon do Seznamu zahrnut, ani jaký má být stanoven počet bodů, které se k danému výkonu vztahují.

Jednotlivé zdravotní výkony mají zároveň v SZV stanovené i omezení frekvence jejich poskytování (např. 3x za den). Součástí bodového hodnocení některých výkonů mohou být rovněž léčiva (pokud jsou jejich nedílnou součástí), a jsou tedy rovněž zahrnuta v jejich úhradě. Při ambulantním ošetření mohou být vykazovány i zvlášť účtované léčivé přípravky (ZULP), které se, jak název napovídá, hradí zvlášť, a nejsou tedy součástí provedeného výkonu. Tyto LP totiž nebývají součástí výkonu vždy, ale pouze v některých případech.

2. Platba za výkony nezahrnuté do Seznamu zdravotních výkonů

Jak již bylo popsáno výše, výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění jsou definovány SZV a úhradovou vyhláškou, které jsou platné pro příslušné období. Existují však výkony, které součástí seznamu nejsou, a neměly by tedy být z veřejného zdravotního pojištění hrazeny.

Jedná se například o řadu stomatologických výkonů, kde je plně hrazené pouze komplexní vyšetření při registraci, každoroční preventivní prohlídky a běžná péče a ošetření v rozsahu

standardu. Stomatologové však často používají nadstandardní materiály (například pro zubní výplně či jiná ošetření zubů a dásní), které si pacient musí hradit sám, má-li o ně zájem.

Někteří specialisté, zpravidla gynekologové, účtují tzv. registrační poplatky a jiné poplatky za různé úkony a služby (např. a použití jednorázových zrcadel při gynekologickém vyšetření) přímo od svých pacientů. Lékař však nikdy nesmí vybírat finanční částky za léčebnou péči, která je zdravotní pojišťovnou hrazená, porušoval by tím ustanovení smlouvy o poskytování zdravotní péče a její následné úhradě, kterou s pojišťovnou uzavřel. Pokud však určitá zdravotní péče hrazená pojišťovnou není, pojištěnec má právo si ji zaplatit. Například v rámci gynekologických vyšetření je zakalkulováno v přímo spotřebovaném materiálu v jednotlivých vyšetřovacích kódech použití kovových sterilizovatelných zrcadel. Pokud žena preferuje vyšetření plastovými, jednorázovými zrcadly, hradí si je sama, protože toto vyšetření aktuálně není součástí platného SZV.

I zde však existují výjimky, a pojišťovny se v některých případech mohou rozhodnout hradit i takové výkony, které součástí SZV nejsou. Takovým příkladem mohou být robotické operace, které se pojišťovny rozhodly v indikovaných případech hradit nad rámec legislativně daných úhrad tzv. „balíčkovými cenami“, které nasmlouvávají s jednotlivými zdravotnickými zařízeními individuálně.

Kapitačně-výkonová platba

Na rozdíl od ostatních segmentů ambulantní péče je úhrada primární péče (praktických lékařů pro dospělé, VPL a praktických lékařů pro děti a dorost, PLDD) zdravotními pojišťovnami uskutečňována formou **kombinované kapitačně-výkonové platby**.

Kapitace je paušální fixní platba za jednoho registrovaného pojištěnce. V kapitační platbě jsou zahrnuté i mnohé výkony (např. cílené a kontrolní vyšetření, aplikace injekce, ošetření malé rány), které tedy lékař nevykazuje, neboť jsou již „předplaceny“ kapitační platbou. Pokud však ošetří pacienty neregistrované, i tyto výkony zahrnuté v kapitaci mu pojišťovna uhradí. Kapitační platba tvoří cca 80–85 % příjmů ordinace. Zbytek tvoří výkonová platba, tj. platba zdravotní pojišťovny za konkrétní výkony, která byla popisována výše. Vytváří se tím motivace PL, aby rozšiřoval spektrum péče, kterou poskytuje sám, a méně odesílal pacienty ke specialistům. Rovněž preventivní prohlídky si PL vykazuje zvlášť a dostává za ně tedy od pojišťovny úhradu nad rámec kapitační platby, čímž se vytváří pozitivní motivace pravidelné prohlídky u pojištěnců provádět.

Výše kapitační platby u PL a PLDD je dána tzv. úhradovou vyhláškou. Ta se každým rokem mění, zde tedy popíšeme její znění pro rok 2019 (Vyhláška č. 201/2018 Sb.).

Základní měsíční kapitační sazba se podle rozsahu ordinačních hodin pohybuje **od 48 do 56 Kč** na jednoho registrovaného pacienta.

- Horní hranici sazby (**56 Kč**) dosáhne PL/PLDD, pokud ordinuje minimálně 30 hodin týdně rozložených do 5 pracovních dnů. Zároveň musí alespoň jeden den ordinovat min. do 18 hodin.
- Pokud ordinační doba PL pokrývá jen 25 hodin týdně, klesá kapitační platba při splnění ostatních podmínek na **50 Kč**.
- Ostatní PL, kteří některou z výše uvedených podmínek nespĺňují, získávají za každého registrovaného pojištěnce pouze **48 Kč**, PLDD pak o něco více, a to **50 Kč**.

Výše zmíněná sazba však není konečná, ale liší se podle věku pacienta, čímž by měla být reflektována očekávaná náročnost péče o pacienta. Částka se tedy dále **násobí nákladovým indexem podle věku pacienta**. Tento index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let. Nejvyšší index je u dětí ve věku 0–4 roky (4,02) a u pacientů ve věku nad 85 let (3,40). Například za dítě ve věku do 5 let je tedy kapitační platba 56 (nebo 50) Kč x 4,02. Už za dítě mezi 5 a 10 lety je však index výrazně nižší (1,80). Mezi 20 a 30 lety je pojištěnec pro systém veřejného zdravotního pojištění v průměru nejméně nákladný – index v těchto dvou věkových skupinách je tedy menší než 1 (konkrétně 0,90 pro 20–24 let a 0,95 pro 25–29 let).

Zároveň může PL svým konáním kapitační sazbu zvýšit. Pokud u 30 % registrovaných pojištěnců ve věku 40–80 let provádí preventivní prohlídky, navýší se mu kapitační sazba o dalších **0,50 Kč**. Zároveň pokud je alespoň 50 % lékařů, kteří v rámci ordinace poskytují hrazené služby pojištěncům, držitelé platného dokladu celoživotního vzdělávání, navýší se kapitační platba o dalších **0,60 Kč**. Poslední možností, jak zvýšit kapitační sazbu, a to o **1 Kč**, je získání akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství a pravidelné školení lékařů v rámci vzdělávacího programu.

VZP pak podporuje VPL dalším finančním ohodnocením v rámci Programu kvality péče AKORD a nově projektem VZP Plus. Jedná se o bonifikační program, jehož prostřednictvím je již několik let sledována kvalita poskytovaných hrazených služeb. Při splnění vstupních podmínek, mezi něž je např. zařazeno kritérium poskytování preventivních prohlídek v předchozích dvou letech či elektronická komunikace jak s VZP, tak s pacienty, získává lékař navýšení hodnoty kapitační sazby o 2–3 Kč v závislosti na rozložení a délce ordinační doby. Dále v případě splnění tzv. indikátorů dobré praxe v programu AKORD může praktický lékař získat další motivační bonifikaci. Mezi indikátory dobré praxe je zařazeno například poskytování péče o pojištěnce s chronickým onemocněním diabetes mellitus, zajišťování screeningu kolorektálního karcinomu, očkování proti chřipce, dodržování metodiky pravidelného očkování, či racionální preskripce.

Bonifikace

Bonifikace se neprojevují pouze ve výši kapitační platby PL, ale i v jiných segmentech ambulantní péče, mimo rámec platby za výkony.

Například v segmentu gynekologie přináší úhradové dodatky jednotlivých pojišťoven úhradu za preventivní prohlídku (100 až 125 Kč) a nově registrované pacientky (zpravidla 200 Kč) či specifické balíčky pro těhotné. I v případě gynekologů je pak bonifikováno rozložení ordinační doby, jsou zohledněny získané certifikáty či počet těhotných vyšetřených v genetické ambulanci.

Finančně podporováni jsou i PL/PLDD pracující v hůře dostupných oblastech, a to formou navýšení celkové výše roční úhrady až o 30 %. Dále je dorovnáována kapitační platba lékařům, kteří mají vzhledem ke geografickým podmínkám o alespoň 30 % menší počet registrovaných pacientů, než je celostátní průměr.²⁰

Regulační omezení

Činnost ambulantních lékařů zároveň podléhá regulačním omezením, které jsou definovány v úhradové vyhlášce a úhradových dodatcích jednotlivých pojišťoven.

Například v případě PL platí pro rok 2019 regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, na vyžádanou péči (včetně ZUM/ZULP), a na pomůcky pro inkontinentní. Pokud poskytovatel překročí celostátní průměrnou úhradu v některé z uvedených regulovaných oblastí o 20 % a více, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do 25 % z překročení. Nově se regulace neuplatní, pokud komplexní náklady na poskytovatelem registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za rok 2019 nepřekročí komplexní náklady na poskytovatelem registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za rok 2018.

Závěr

Dle doporučení OECD by se měla v ČR posílit úloha primární péče prostřednictvím *gate-keepingu* a dalšího posunu směrem k lepší kombinaci kapitačních plateb a výkonové úhrady u praktických lékařů.²¹ I v ostatních segmentech ambulantní péče je však potřeba nastavit metody platby za zdravotní péči tak, aby motivovaly poskytovatele k vyšší míře spolupráce a zainteresovaly je na výsledku. Toto však není realizováno cestou úhradové vyhlášky. Pozitivním příkladem může být výše zmiňovaný program AKORD/VZP Plus zavedený VZP v ordinacích PL.

Dalším řešením by mohla být implementace kontraktů založených na platbě za epizodu péče. V Nizozemsku se lze inspirovat balíčkovými platbami za péči o chronicky nemocného pacienta, tzv. *disease management programy* jsou však realizovány i na sousedním Slovensku, pro inspiraci tedy nemusíme chodit daleko. Lze také sledovat více indikátorů kvality, jako např. ve Velké Británii a více lékaře finančně motivovat za jejich plnění.

O autorovi

Barbora Hájíčková je absolventkou oboru Všeobecné lékařství na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Po promoci se několik let věnovala klinické praxi, nyní pracuje jako lékařský expert ve společnosti Value Outcomes a iHETA a věnuje se především tvorbě farmakoekonomických analýz.

Zároveň pokračuje v postgraduálním studiu v oboru farmakoekonomika, hodnocení zdravotnických technologií a e-Health na Lékařské fakultě Masarykovy Univerzity.

²⁰ Kolik peněz dostávají praktičtí lékaři od zdravotní pojišťovny jako kapitační platbu za jednoho pacienta? VZP 2019. <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kapitacni-platba-pro-praktiky>

²¹ OECD doporučuje České republice postupnou transformaci zdravotního systému. Otevřené zdravotnictví. <https://www.otevrenezdravotnictvi.cz/novinky/oecd-doporučuje-české-republice-postupnou-transformaci-zdravotního-systému.html>

Léky a zdravotnické prostředky

Štěpán Uherek

Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky patří mezi základní technologie, pomocí kterých je v rámci zdravotnictví realizována péče o pacienta. Cílem této kapitoly je seznámit čtenáře s jednotlivými typy léčiv a zdravotnických prostředků a přiblížit specifika jejich financování v prostředí českého zdravotnictví.

Financování léčivých přípravků

Náklady na léky jsou v rámci celkových výdajů na zdravotní péči významnou položkou. V roce 2017 činily výdaje za léčiva 82,9 mld. Kč, což odpovídá 21,4 % z celkových výdajů na zdravotní péči v ČR. Vzhledem k tomu, že v praxi se uplatňuje několik způsobů hrazení léčivých přípravků, je vhodné je pro lepší přehlednost rozdělit z hlediska financování do následujících skupin:

- volně prodejné léky;
- léky vydávané na lékařský předpis v lékárnách;
- léky používané v rámci zdravotnických zařízení.

1. Volně prodejné léky

Jedná se o širokou skupinu léků, které jsou zpravidla určeny k samoléčbě méně závažných onemocnění, popřípadě zastávají při léčbě spíše doplňkovou roli. Vzhledem k dobrému bezpečnostnímu profilu (malé množství či závažnost nežádoucích účinků) jejich výdej není nutné regulovat lékařem, a je možné je běžně zakoupit v lékárnách bez lékařského předpisu.

Volně prodejná léčiva nejsou vzhledem k jejich doplňkovému charakteru hrazena z veřejného zdravotního pojištění a pacient tak hradí jejich cenu v plné výši. Současně tato léčiva nejsou regulována ani cenově a jejich výrobce tak její výši může stanovit volně, v závislosti na tržním prostředí.

V roce 2017 pacienti za volně prodejné léky utratili 14,5 mld. Kč, což představuje 17,5 % z celkových výdajů za léčiva. Od roku 2013 do roku 2017 výdaje za volně prodejná léčiva vzrostly o 29 %.²²

2. Léky vydávané na lékařský předpis v lékárnách

Léčivé přípravky, které slouží k terapii závažnějších onemocnění, a z jejich nevhodného užití mohou potenciálně plynout nezanedbatelná zdravotní rizika, jsou obvykle regulovány výdejem na lékařský předpis. Zda je pro výdej léčiva vyžadován lékařský předpis či nikoliv, je stanoveno již v rámci registračního procesu daného produktu.

Pokud léčivo vydávané na předpis získá úhradu z veřejného zdravotního pojištění, nemusí pacient hradit jeho cenu v plné výši. Tyto léčivé přípravky jsou tedy obvykle z větší části hrazeny zdravotní pojišťovnou a pacient z vlastních prostředků doplácí pouze doplatek, který je dán rozdílem mezi cenou a úhradou léku. Výčet hrazených léků včetně všech specifikací je každý měsíc publikován Státním ústavem pro kontrolu léčiv formou tzv. Seznamu cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní léčebné účely.

²² Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2017. Český statistický úřad 2019. <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-7luhzip32ax>

Léky na předpis tvoří z hlediska výdajů nejvýznamnější položku ze všech léčiv. V roce 2017 zdravotní pojišťovny uhradily léky na předpis za 32,8 mld. Kč, což odpovídá 39,5 % z celkových výdajů na léčiva.²³ Další 11,1 mld. Kč (13,3 % celkových výdajů) pak zaplatily domácnosti na doplatcích. Celkové výdaje na předepisované léky (zdravotní pojišťovny + domácnosti) byly tedy v roce 2017 rovny 43,9 mld. Kč a tvořily tak více než polovinu (52,8 %) ze všech výdajů na léčiva. Zatímco suma úhrad pojišťovnou za léky na předpis se mezi lety 2013 a 2017 nezměnila, doplatky za tyto léky vzrostly o 19 %.

3. Léky spotřebované v rámci zdravotnických zařízení

Poslední skupinou jsou léky spotřebované v rámci zdravotnických zařízení, zejména nemocnic. Mechanismus úhrady za tyto léky se liší podle toho, zda jsou podány v rámci hospitalizace nebo při návštěvě u ambulantního specialisty.

V případě hospitalizací jsou náklady na podaná léčiva zahrnuta v sumě peněz, které lůžkové zdravotnické zařízení obdrží od zdravotní pojišťovny za péči o pacienta. Pokud je například pacient hospitalizován na oddělení, kde je péče vykazována formou případového paušálu DRG, jsou náklady na použítá léčiva již zahrnuta v sumě peněz, které nemocnice od pojišťovny obdrží za celý případ hospitalizace. Pokud je pacient hospitalizován v léčebně dlouhodobě nemocných, kde se uplatňuje paušální úhrada za den strávený na lůžku, opět jsou náklady na podaná léčiva zahrnuta v této sumě.

Léčiva podaná pacientovi při ambulantní návštěvě lékaře, rozlišujeme dle mechanismu úhrady na:

- léčiva vykazovaná jako součást výkonu;
- zvlášť účtované léčivé přípravky (ZULP).

Léky z první jmenované skupiny jsou nedílnou součástí konkrétních zdravotních výkonů a náklady na ně jsou tak již zahrnuty v úhradě za tento výkon (pro podrobnosti viz kapitola Ambulantní péče). Pokud například pacient podstoupí drobný chirurgický zákrok – sešití rány²⁴, v úhradě za zákrok jsou již zahrnuty náklady na dezinfekci.

Zvlášť účtované léčivé přípravky jsou skupinou léčiv, které v rámci některých výkonů mohou či nemusí být pacientovi podány, případně lze volit z více léčivých přípravků. Příkladem může být vyšetření výpočetní tomografií (CT), které lze dle účelu provést buďto nativně, nebo s využitím kontrastní látky. Kontrastní látka je v tomto případě ZULP a náklady na jeho pořízení jsou pojišťovnou uhrazeny nad rámec daného vyšetření.

Zvláštním příkladem léků, které jsou podávány ve zdravotnických zařízeních, jsou tzv. centrové léky. Jedná se o léčiva, která jsou určena k terapii specifických a zpravidla velmi vážných onemocnění (například onkologické, závažné metabolické či neurologické diagnózy). Mezi centrové léky patří kupříkladu přípravky biologické léčby (tzv. biologika) či genová terapie. Terapie těmito léky má celou řadu klinických i ekonomických specifíků – centrové léky jsou obvykle vysoce nákladné a současně musí být terapie prováděna na pracovišti, které má s léčbou daného onemocnění rozsáhlé zkušenosti. Z těchto důvodů je možné tato léčiva podávat pouze ve specializovaných centrech. Centrové léky podléhají stejné cenové i úhradové regulaci jako ostatní typy léčiv. V případě, že však vznikne u centrového léku rozdíl mezi cenou a úhradou, není tento doplatek uplatňován. Vzhledem k vysoké ceně těchto léků by i doplatek v řádu jednotek procent z ceny mohl představovat statisícové částky

²³ Tamtéž.

²⁴ Výkon číslo 09239 – SUTURA RÁNY A PODKOŽÍ DO 5 CM, dle Seznamu zdravotních výkonů.

a z tohoto důvodu je pacient od tohoto břemene osvobozen. Centrové léky jsou v rámci zdravotnického zařízení financovány ze zvláštního rozpočtu, který je oddělený od rozpočtu na běžnou péči.

Za léky spotřebované ve zdravotnických zařízeních bylo v roce 2017 utraceno 24,6 mld. Kč (29,7 % z celkových výdajů za léky).²⁵ To je téměř o třetinu více, než v roce 2013, což dokládá nejvyšší nárůst výdajů mezi všemi kategoriemi léčiv.

4. Vstup léčivého přípravku na trh – registrace, úhradová a cenová regulace

Moderní systémy zdravotnictví v současnosti zaznamenávají stále významnější příliv moderních technologií, mezi které patří i léky. Vstup inovací však s sebou přináší i zvýšené náklady, kdy například léčba jednoho onkologického pacienta biologickým lékem může stát i několik set tisíc korun měsíčně. Z tohoto důvodu je kladen stále větší důraz na uplatňování medicíny založené na důkazech, díky které lze využívání moderních léků racionalizovat a přispět tak k udržitelnému hospodaření s rozpočtem veřejného zdravotního pojištění.

Léčivé přípravky jsou regulovány v několika pomyslných úrovních. První překážkou pro vstup daného léčivého přípravku na trh je jeho registrace. Registrace je proces, při kterém jsou odpovědnou autoritou důkladně posuzovány důkazy o bezpečnosti a účinnosti hodnoceného léčivého přípravku. Mezi tyto důkazy patří výsledky fyzikálních a chemických testování, preklinických experimentů a zejména uskutečněných klinických studií, které v několika fázích hodnotí účinnost a bezpečnost léčiva na lidské populaci. Léčivo může být registrováno dvěma základními způsoby.

Prvním je registrace na národní úrovni, která je udělována Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) a umožňuje obchodovat léčivo pouze na trhu ČR. Druhou možností je centrální registrace udělovaná Evropskou lékovou agenturou (EMA), která výrobci umožňuje, a současně dokonce ukládá lék obchodovat na celém trhu Evropské unie.

V momentě, kdy je léčivo registrováno, může být na daném trhu obchodováno, avšak náklady na jeho získání pacient hradí v plné výši. Pokud má výrobce zájem na tom, aby byl jeho lék hrazen zdravotní pojišťovnou, musí splnit zákonem²⁶ stanovené podmínky pro získání úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Orgánem státní správy, v jehož gesci je posuzování žádostí a rozhodování o udělení úhrady v ČR, je SÚKL. V žádosti o úhradu musí žadatel zhodnotit účinnost a bezpečnost léčiva v porovnání se současným standardem léčby daného onemocnění. Nadto jsou v tzv. farmakoekonomickém hodnocení posuzovány i ekonomické dopady vstupu léčiva na zdravotní systém. V rámci tohoto hodnocení jsou SÚKLu předkládány dvě základní analýzy:

- analýza nákladové efektivity (z anglického *cost-effectiveness analysis*; CEA);
- analýza dopadu do rozpočtu (*budget impact analysis*; BIA).

Analýza nákladové efektivity umožňuje posoudit, zda jsou prostředky vynaložené na terapii novým lékem vyváženy zdravotními přínosy pro léčeného pacienta. Toho je docíleno výpočtem tzv. poměru inkrementálních nákladů a přínosů (*incremental cost-effectiveness ratio*; ICER). Díky ICERu lze stanovit, kolik korun je při zavedení hodnoceného léčiva vynaloženo na získání jednoho roku života v plném zdraví (*quality-adjusted life year*; QALY) oproti standardu léčby. Pokud jsou náklady na získání jednoho QALY menší, než v současnosti uznávaná hranice ochoty

²⁵ Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2017. Český statistický úřad 2019. <https://www.czso.cz/csu/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-7luhzip32ax>

²⁶ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

platit (*willingness to pay*; WTP), léčivo je považováno za nákladově efektivní. V roce 2019 je v ČR uplatňována WTP ve výši 1,2 milionu Kč/QALY.

V analýze dopadu do rozpočtu je hodnocen celkový očekávaný finanční dopad do prostředků veřejného zdravotního pojištění v prvních 5 letech od stanovení úhrady. BIA je nezbytnou součástí farmakoekonomického hodnocení zejména z toho důvodu, že i nákladově efektivní léčivo může být při odléčení všech potenciálních pacientů natolik nákladné, že na jeho případně hrazení není v omezeném rozpočtu jednoduše dostatek prostředků.

Výše maximální ceny a úhrady léčivého přípravku je v České republice regulována zákonem a stanovuje se podobně jako v řadě dalších států Evropské unie pomocí tzv. referencování. Výše ceny a úhrady je při procesu referencování odvozena od úhrad a cen daného léku v ostatních zemích, které spadají do tzv. referenčního koše (pro ČR se jedná o 18 z 28 zemí EU).

Výše maximální ceny je vypočtena jako aritmetický průměr tří nejnižších cen výrobce v referenčním koši, výše úhrady se stanovuje na nejnižší úrovni ze všech zemí v referenčním koši, kde je léčivý přípravek na trhu.

Pokud tedy při referencování nalezneme například tři nejnižší ceny v hodnotě 100, 200 a 400 EUR, v ČR bude maximální cena stanovena na 350 EUR $((100+200+400)/3)$. Pokud z referencování úhrad nalezneme nejnižší úhradu v hodnotě 300 EUR, víme, že u tohoto léčiva bude vznikat doplatek v hodnotě 50 EUR (350-300). Pokud má však léčivo stanovený vykazovací limit jako centrový lék, doplatek se v praxi nebude realizovat.

Financování zdravotnických prostředků

Zdravotnické prostředky jsou velmi širokou a různorodou skupinou čítající přibližně 40 000 výrobků používaných ve zdravotnictví. Mezi zdravotnické prostředky patří vše od jednoduchého zdravotnického materiálu přes invalidní vozík či endoprotézu až po vysoce sofistikované přístroje jako je například magnetická rezonance. Roční náklady na zdravotnické prostředky se pohybují mezi 22 a 24 mld. Kč.²⁷ Financování zdravotnických prostředků není podobně jako v případě léčiv jednotné. Zdravotnické prostředky lze dle způsobu financování rozdělit téměř analogicky jako léčiva na:

- volně prodejné zdravotnické prostředky;
- zdravotnické prostředky hrazené na poukaz;
- zdravotnické prostředky používané ve zdravotnických zařízeních.

1. Volně prodejné zdravotnické prostředky

Podobně jako v případě léčivých přípravků existují i zdravotnické prostředky, které jsou volně prodejné. Takovéto prostředky jsou tedy běžně k zakoupení v lékárnách či výdejnách zdravotnických prostředků. Pro výdej tohoto zdravotnického prostředku pacient nepotřebuje poukaz od lékaře, avšak cenu takového prostředku hradí v plné výši z vlastních zdrojů.

2. Zdravotnické prostředky hrazené na poukaz

Další skupinou jsou zdravotnické prostředky hrazené na poukaz, které lze z hlediska financování přirovnat k lékům na předpis. Zmíněná analogie spočívá v podobném režimu

²⁷ Dopady přísnější regulace zdravotnických prostředků na český trh. Tribune.cz. <https://www.tribune.cz/clanek/41885-dopady-prisnejsi-regulace-zdravotnickych-prostredku-na-cesky-trh>

výdeje pacientovi, jako je tomu u odpovídajících léčiv – lékař vydá pacientovi pokaz, na základě jehož předložení je konkrétní produkt vydán v lékárně či výdejně zdravotnických prostředků. Výše úhrady konkrétního poukazového prostředku je odvozena z tzv. kategorizačního stromu dle přílohy č. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Kategorizační strom rozčleňuje tyto prostředky do přibližně 700 úhradových skupin, z nichž každá přímo definuje výši úhrady prostředku, který je do ní zařazen. Pokud tedy lékař vydá pacientovi například poukaz na mechanický vozík²⁸, bude pacientovi vozík uhrazen dle zákona do výše 6 957 Kč zdravotní pojišťovnou. Rozdíl mezi cenou konkrétního výrobku a úhradou stanovenou kategorizačním stromem pak tvoří doplatek, který hradí sám pacient.

Současně je nutné podotknout, že zmíněný invalidní vozík je příkladem zdravotnického prostředku, který lze vydat jednak v režimu na poukaz, ale současně je možné ho volně zakoupit za 100 % ceny bez poukazu ve volném prodeji. Z uvedeného vyplývá, že mezi skupinami volně prodejných a poukazových zdravotnických prostředků existuje překryv. Zařazení zdravotnického prostředku mezi poukazové je tedy pouze jednou z možností, jak zajistit prostředku úhradu ze zdravotního pojištění a snížit spoluúčast pacienta, avšak nevylučuje jeho volný prodej jako je tomu u léků. V roce 2017 bylo lékárnami a výdejními zdravotnických prostředků přijato 3,6 mil. poukazů.²⁹

3. Zdravotnické prostředky vydávané ve zdravotnických zařízeních

Poslední skupinou jsou zdravotnické prostředky, které jsou vydávány či využívány ve zdravotnických zařízeních. Vzhledem k tomu, že se jedná heterogenní skupinu prostředků a jsou hrazeny více způsoby, je vhodné je rozdělit na následující podskupiny:

- zdravotnický materiál vykazovaný jako součást výkonu;
- zvlášť účtovaný materiál (ZUM);
- zdravotnické přístroje;
- jiné zdravotnické vybavení.

Zdravotnický materiál vykazovaný jako součást výkonů je podobně jako odpovídající skupina léků (viz léčiva vykazovaná jako součást výkonu) nedílnou součástí konkrétního zdravotního výkonu a náklady na jeho spotřebu jsou již zahrnuty v ohodnocení za daný výkon či hospitalizaci. Příkladem může být opět chirurgický zákrok sešití rány, v jehož úhradě jsou již zahrnuty náklady na sterilní rukavice, roušku či jednorázovou čepelku.

Zvlášť účtovaný materiál zahrnuje zdravotnické prostředky, které lze vykázat nad rámec některých zdravotních výkonů. Pokud například pacient podstoupí implantaci totální endoprotézy kyčelního kloubu.³⁰ nad rámec úhrady za zdravotní péči (operaci) jsou zdravotní pojišťovnou uhrazeny náklady na samotný umělý kloub či kostní cement, je-li při operaci použit.

Zdravotnické přístroje jsou nedílnou součástí moderní medicíny a jsou využívány v širokém spektru výkonů. Nákup přístroje je obvykle financován z rozpočtu konkrétní nemocnice, případně z grantu či dotace externí instituce. Náklady na pořizovací investici jsou pak zohledněny v ohodnocení zdravotního výkonu, při kterém je daný přístroj používán.

²⁸ Úhradová skupina 07.01.01.01 – mechanické vozíky – základní.

²⁹ Lékárenská péče 2017. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. <http://www.uzis.cz/rychle-informace/lekarenska-pece-2017>

³⁰ Výkon 66612 – TOTÁLNÍ ENDOPROTÉZA KYČELNÍHO KLOUBU, dle Seznamu zdravotních výkonů.

Pokud je například v nemocnici pacient vyšetřen výpočetní tomografií, přibližně polovina z finančních prostředků, které jsou nemocnici zdravotní pojišťovnou za vyšetření uhrazeny, odráží náklady spojené s nákupem a provozem samotného přístroje. V současnosti se však vedou rozsáhlé diskuse, zda bodové ohodnocení některých výkonů skutečně odpovídá reálným nákladům na použitý přístroj a zda je zdravotnickému zařízení umožněno vytvářet dostatek prostředků pro následnou obnovu vybavení. Nákup nákladných zdravotnických přístrojů musí být v některých případech schválen tzv. přístrojovou komisí při Ministerstvu zdravotnictví. Posláním komise je posuzovat efektivitu pořízení zdravotnické techniky, jejíž pořizovací cena přesahuje 5 mil. Kč (bez DPH) a která je pořizována z veřejných prostředků nebo bude z veřejného zdravotního pojištění financován její provoz.³¹

Poslední skupina zdravotnických prostředků zahrnuje veškeré ostatní nemocniční či ambulantní vybavení, které naplňuje širokou definici zdravotnického prostředku dle zákona.³² Mezi toto vybavení může patřit například nemocniční lůžko, gynekologické křeslo či specializovaný software. Financování tohoto typu zdravotnických prostředků probíhá z rozpočtu nemocnice nebo prostřednictvím investice jiné instituce.

O autorovi

Štěpán Uherek je absolventem Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT v oborech Fyzioterapie a Systémová integrace procesů ve zdravotnictví.

V praxi se zabývá zejména tvorbou farmakoekonomických analýz pro inovativní léčivé přípravky v České republice a na Slovensku. Dále se věnuje hodnocení zdravotnických technologií (HTA) v oblasti zdravotnických prostředků.

Je členem ČFES a ISPOR.

³¹ O přístrojové komisi. Ministerstvo zdravotnictví. https://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/o-pristrojove-komisi_15253_3121_3.html

³² Zákon 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích.

Úvod a vývoj nákladů

Lůžková péče se dělí na péči akutní, která je poskytována v nemocnicích, kde dochází k co nejrychlejší kompenzaci zdravotního problému a dále by měl být pacient posouván do jiných typů lůžkových zařízení, tzv. následné a rehabilitační péče, a co nejdříve předán do péče ambulantní. Pokud to zdravotní stav neumožňuje, nastupuje dlouhodobá lůžková péče v rámci rehabilitačních ústavů a různých typů léčeben. Zvláštní kapitolou této dlouhodobé péče je domácí péče, kdy pacient zůstává v domácím prostředí, je ale pod trvalým a dlouhodobým monitorováním ze strany zdravotního a sociálního systému.

České zdravotnictví je orientované zejména na akutní lůžkové kapacity, zatímco kapacity dlouhodobé lůžkové péče tvoří méně než 10 % lůžkového fondu. Také financování tohoto segmentu se jen pomalu rozvíjí. Podle údajů ÚZIS z roku 2017, vydaly zdravotní pojišťovny na nemocniční péči přes 130 mld. Kč a na léčebny dlouhodobě nemocných 3,2 mld. Kč, lůžka ošetrovatelského typu méně než 1 mld. Kč a na lůžka hospicového typu potom jen 199 mil. Kč. Náklady zdravotních pojišťoven na domácí zdravotní péči byly v roce 2017 jen 1,9 mld. Kč.³³

Mechanismy přerozdělování finančních prostředků

Dominantním nástrojem přerozdělování finančních prostředků je v tomto segmentu dohodovací řízení mezi zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven a následné stvrzení formou úhradové vyhlášky. Pro rok 2020 byl rozpočet domácí péče po dlouhé diskusi navýšen o 340 mil. Kč (tj. přibližně o 18 %) ve srovnání s předchozím rokem. Segment by měl být podporován, protože náklady na pacienta v domácí péči jsou významně nižší než náklady v lůžkovém zařízení. Analýzy ukazují, že zatímco lůžková péče v nemocnici nebo léčebně dlouhodobě nemocných vyjde minimálně na desítky tisíc Kč, domácí péče je schopna velmi podobné případy obsloužit v řádek jednotek tisíc Kč.

Na financování dlouhodobé péče, včetně té domácí, se vedle prostředků zdravotních pojišťoven významně podílí také státní a krajské rozpočty z jiných než zdravotních rozpočtů (např. sociálních). Úloha státního rozpočtu v oblasti přímého financování zdravotní péče spočívá především v podpoře zařízení dlouhodobé sociálně-zdravotní péče (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro zdravotně postižené a týdenní stacionáře), a poskytování peněžitých dávek pro osoby dlouhodobě nemocné či zdravotně postižené nebo pro jejich pečovatele. Zde se pohybujeme na pomezí zdravotního a sociálního systému. V roce 2017 šlo na dlouhodobou zdravotní péči ze státního rozpočtu celkem 33,8 mld. Kč z celkových 50,4 mld. Kč. Touto částkou se tak stát prostřednictvím státního rozpočtu podílel ze dvou třetin na financování této dlouhodobé zdravotní péče. Většina z těchto finančních prostředků (26,7 mld. Kč; 79 %) bylo v roce 2017 určeno na dlouhodobou lůžkovou zdravotní péči, zahrnující např. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro zdravotně postižené a další zařízení. Na domácí dlouhodobou zdravotní péči směřovalo „jen“ 5,2 mld. Kč.

Poměrně vysoký podíl financování je v tomto segmentu zajišťován ze zdrojů neziskových institucí (např. Červený kříž nebo Charita ČR). Jejich podíl na financování zdravotní péče

³³ ÚZIS: Zdravotnická ročenka České republiky 2017. ÚZIS ČR, 2018. <https://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

je jeden z nejvyšších ze zemí EU (2,5 % z celkových zdravotních výdajů dle ČSÚ³⁴) a v roce 2017 tyto neziskové instituce vynaložily na zdravotní péči 9 mld. Kč, což je nárůst o 0,5 mld. Kč ve srovnání s rokem 2016.

Rozhodovací proces

Jednotlivé výkony, které jsou vykazovány odborností 925 (domácí zdravotní péče), jsou stanovovány procesem tvorby seznamu výkonů s bodovými hodnotami. Hodnota bodu je následně přidělena formou dohodovacího řízení a úhradové vyhlášky. Klíčovou roli v tomto procesu hrají odborné lékařské společnosti a zdravotní pojišťovny.

Protože financování dlouhodobé péče je široce rozkročeno mezi různé zdroje a rozpočty, není snadné odlišit financování zdravotní a sociální péče. Celkové výdaje na tento segment ale stále rostou a v důsledku stárnutí populace a zvýšené prevalence chronických nemocí v populaci budou spíše akcelarovat. Podle ČSÚ se mezi lety 2015–2017 náklady na segment dlouhodobé péče (lůžkové i domácí) zvýšily o jednu pětinu a v roce 2017 dosahovaly 72 mld. Kč. Dominantním zdrojem příjmu pro instituce a osoby poskytující dlouhodobou péči je státní rozpočet formou financování léčeben (krajské a státní rozpočty) a peněžité dávky a sociální služby z rozpočtu samospráv a ministerstva práce a sociálních věcí.

O autorovi

Tomáš Doležal Vystudoval všeobecné lékařství na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy a následně získal doktorát z farmakologie z 3. LF UK.

Věnuje se především strategiím vstupu nových léčivých přípravků na trh, designu a provedení farmakoekonomických analýz, nákladovým studiím a celé řadě nekomerčních projektů.

Je autorem více než 20 impaktovaných publikací, byl předsedou České farmakoekonomické společnosti (ČFES), je členem mezinárodní farmakoekonomické společnosti (ISPOR). Je ředitelem společností Value Outcomes a iHETA.

³⁴ Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2017. Český statistický úřad 2019. <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-7luhzip32ax>

Prevence

Monika Šebestiánová

Preventivní péči lze označit jako kolektivní služby zdravotní péče zaměřené na celou populaci či skupiny osob. Obecně ji členíme na primární, sekundární a terciární prevenci. Cílem primární prevence je předcházet vzniku onemocnění (např. očkování, dodržování zdravého životního stylu). Sekundární prevence znamená předcházení následků již vzniklé nemoci (screeningové programy či preventivní prohlídky). Smyslem terciární prevence je omezení progresu onemocnění, předcházení možných komplikací a snaha navrátit pacienta do stavu před onemocněním (léčba a rehabilitace, udržení kvality života). Zejména v ekonomicky vyspělých zemích se preventivní péče dostává do popředí nejen díky prodloužení délky lidského života, ale také díky novým rizikovým faktorům (nadměrný stres, snížená fyzická aktivita, dostupnost vysoce průmyslově zpracovaných potravin). Navzdory nesporným benefitům (nižší náklady na léčbu, prodloužení produktivního věku) věnují státy Evropské unie na preventivní péči přibližně 3 % z rozpočtů zdravotnických systémů. Česká republika se tak svým podílem na preventivní péči 2,9 % (roční průměr 2010 až 2017 ve výši 10,3 mld. Kč) drží evropského průměru. Zdrojem finančních prostředků pro preventivní péči v České republice jsou přibližně z 80 % veřejné zdroje: státní rozpočet (Ministerstvo financí ČR), místní rozpočty (krajské) a zdravotní pojišťovny (fondy prevence) a zbylých 20 % tvoří soukromé zdroje podnikové sféry.

Veřejné zdroje preventivní péče

1. Státní a místní rozpočty

Státní rozpočet tvoří přibližně 15 % veřejných zdrojů preventivní péče, přičemž z většiny se jedná o imunizační programy, tj. povinná i nepovinná očkování hrazená ze zdravotního pojištění a další očkování spojená např. s cestováním do tropických zemí. Místní rozpočty tvoří pouze doplňkovou část veřejných zdrojů (necelá 2 % za rok 2017), přičemž se nejvíce zaměřují programy včasného odhalení nemocí.

2. Fondy prevence zdravotních pojišťoven

Hospodaření všech zdravotních pojišťoven je založeno na tzv. fondovém principu, kdy jsou jejich jednotlivé činnosti financovány přesně určenými finančními prostředky z jednotlivých příslušných fondů (např. základní, provozní, rezervní, sociální a další). Fond prevence je upraven samostatně v zákoně o Všeobecné zdravotní pojišťovně³⁵, resp. zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.³⁶ Založení fondu prevence je podle zákona jako jediné dobrovolné, nicméně všechny současně působící zdravotní pojišťovny na českém trhu jej mají, neboť se bezpochyby jedná o konkurenční prvek pro získání nových pojištěnců.

V souladu s definicí zákona lze z fondu prevence nad rámec hrazených služeb hradit zdravotní služby, u nichž je prokazatelný preventivní, diagnostický nebo léčebný efekt a které jsou poskytovány pojištěncům v souvislosti s jejich existujícím nebo hrozícím onemocněním. Prostředky fondu prevence lze dále využít k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění, na podporu rehabilitačně rekondičních aktivit vedoucích k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu

³⁵ § 7 odst. 2 zákona č. 551/1991 Sb., České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

³⁶ § 16 odst. 4 zákona č. 280/1992 Sb., České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovně.

pojištěnců a dále na podporu projektů podporujících zvýšení kvality zdravotních služeb, zdravý způsob života a zdraví pojištěnců. Čerpání služeb fondu prevence je dobrovolné, avšak na rozdíl od služeb hrazených ze zdravotního pojištění, musí pojištěnec pro jeho čerpání naplnit podmínky stanovené příslušnou zdravotní pojišťovnou.

Zdroje fondu prevence zdravotní pojišťoven

Povinným zdrojem fondu prevence jsou finanční prostředky z podílu kladného hospodářského výsledku (tzn. ze zdrojů základního fondu) po zdanění stanoveného statutárním orgánem příslušné zdravotní pojišťovny (ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, resp. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny), které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění příslušná zdravotní pojišťovna provádí v souladu se zákony a svým statutem.

Druhým důležitým zdrojem fondu prevence jsou příjmy z pokut, penále a přírážek k pojistnému. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR může v průběhu kalendářního roku takto získané prostředky přidělit do fondu prevence (lze provádět zálohově v průběhu kalendářního roku) v maximální roční výši odpovídající 0,3 % celkového objemu příjmů pojistného po přerozdělení provedeném podle zákona.³⁷ U zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven je tento roční limit stanoven na 0,1 % a zároveň musí mít zaměstnanecká zdravotní pojišťovna naplněný rezervní fond a hospodařit vyrovnaně. Konkurenční výhodou Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR je proto možnost naplnění fondu prevence i v případě deficitu základního fondu zdravotního pojištění.

O jednotlivých preventivních programech a určení jejich výše prostředků rozhoduje správní rada zdravotních pojišťoven v rámci zdravotně pojistného plánu.^{38,39}

3. Soukromé zdroje preventivní péče

Pracovně-lékařská služba v podnicích (dříve známá také jako závodní preventivní péče) zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci včetně ochrany zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví práce a prevenci úrazů.⁴⁰ Jedná se tedy pouze o programy pro sledování zdravotního stavu a v roce 2017 tyto náklady činily 1,8 mld. Kč.

4. Preventivní programy

Preventivní programy se zaměřují na určité skupiny obyvatel (např. děti, seniory, těhotné ženy) či konkrétní zdravotní oblast (všeobecné preventivní prohlídky, diabetologie, onkologie). Cílem těchto programů je mimo jiné zvýšení informovanosti a vzdělanosti obyvatel v oblasti zdravotní péče, což napomáhá ke zvýšení zájmu pacientů a aktivnímu jednání pro udržení či zlepšení jejich zdravotního stavu.

Jak již bylo zmíněno výše, ze státního rozpočtu mají největší zastoupení imunizační programy. Pravidelná očkování (např. proti tuberkulóze, záškrtu, tetanu, obrně), zvláštní očkování (např. proti virové hepatitidě A nebo B, vzteklině), mimořádná nebo očkování při úrazech, tzv. povinná očkování, ustanovuje zákon o ochraně veřejného zdraví.⁴¹ Podle zákona

³⁷ Zákon č. 592/1992 Sb., Zákon České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

³⁸ § 20 odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb., České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

³⁹ § 10 odst. 2 zákona č. 280/1992 Sb., České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven.

⁴⁰ Zákon č. 202/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách a prováděcí vyhláška č. 79/2013 Sb. (vyhláška o pracovnělékařských službách a některých druzích posudkové péče).

⁴¹ Zákon č. 25/2000 Sb., Zákon o ochraně veřejného zdraví.

o veřejném zdravotním pojištění jsou vedle očkování proti vzteklině, tetanu a tuberkulóze dále při splnění podmínek hrazena v nejméně ekonomicky náročné variantě „nepovinná“ očkování proti chřipce, pneumokokovým infekcím či lidskému papilomaviru.⁴²

Z nákladů zdravotních pojišťoven se nejvíce čerpá na programy sledování zdravotního stavu (70 %) a programy pro včasné odhalení nemoci (20 %). Ačkoliv je nejvíce nákladů čerpáno právě na programy pro sledování zdravotního stavu (těhotenství, růst a vývoj dítěte, zubní a preventivní prohlídky), tak například pravidelnou preventivní prohlídku u praktického lékaře (dospělí mají nárok jedenkrát za dva roky) nevyužívá odhadem až 70 % české populace. Screeningové programy se týkají zejména onkologických onemocnění (např. nádory tlustého střeva, prsu, děložního čípku). Z fondů prevence zdravotních pojišťoven je dále okolo 10 % nákladů čerpáno na ozdravné pobyty (tuzemské či přímořské).

Ministerstvo zdravotnictví od července 2013 přistoupilo k pravidelnému zveřejňování zůstatků na fondech zdravotních pojišťoven. Na konci roku 2018 byl ve fondech prevence celkový zůstatek zdravotních pojišťoven ve výši 1,28 mld. Kč (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR: 483 mil. Kč, zaměstnanecké zdravotní pojišťovny dohromady: 800 mil. Kč).⁴³ V roce 2017 bylo z fondů prevence čerpáno celkem 8,83 mld. Kč, z toho přibližně 6,99 mld. Kč bylo čerpáno na zdravotní programy. V porovnání s předchozími lety je trend čerpání fondů prevence pro preventivní programy na rozdíl od jeho každoročně se zvyšujícího příjmu spíše stagnující. Na jednoho pojištěnce byly zdravotními pojišťovnami v roce 2017 vynaloženy průměrné náklady na preventivní programy ve výši 106 Kč.⁴⁴

Na posílení primární a sekundární prevence se podílí i současný národní program zdraví „Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí“, na jehož realizaci se podílí Ministerstvo zdravotnictví ČR s podporou fondů Evropského hospodářského programu.

O autorovi

Monika Šebestiánová vystudovala bakalářský obor Biotechnologie léčiv a následně magisterský obor Obecná a aplikovaná biochemie na Fakultě potravinářské a biochemické technologie VŠCHT.

Věnuje se strategiím vstupu nových léčivých přípravků na trh a cenovým a úhradovým regulacím léčivých přípravků v České republice a na Slovensku.

Je členem ČFES.

⁴² § 30 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

⁴³ Dostupné online na stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky: http://www.mzcr.cz/obsah/zustatky-na-fondech-zdravotnich-pojistoven_2952_1.html.

⁴⁴ Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2013–2017.

Příloha

Shrnutí financování vybraných typů léčby

VYBRANÝ TYP PÉČE	FINANČNÍ OBJEM/ROK (2017)	KDO ROZHODUJE O ZAŘAZENÍ POLOŽEK (VÝKONY, DRG AJ.)	KDO ROZHODUJE O CELKOVÉM ROZPOČTU V JEDNOTLIVÝCH KAPITOLÁCH
Akutní lůžková	128,5 mld. Kč	<ul style="list-style-type: none"> Ministerstvo zdravotnictví (číselník DRG) Pracovní skupina k Seznamu zdravotních výkonů Zdravotní pojišťovny (např. ZUM), SUKL (léky) 	<ul style="list-style-type: none"> Úhradová vyhláška v dohodovacím řízení Smlouvy mezi poskytovateli a ZP
Ambulantní	89,0 mld. Kč	<ul style="list-style-type: none"> Pracovní skupina k Seznamu zdravotních výkonů Zdravotní pojišťovny (např. ZUM) SUKL (léky) 	<ul style="list-style-type: none"> Úhradová vyhláška v dohodovacím řízení Úhradové dodatky jednotlivých zdravotních pojišťoven
Léky	82,9 mld. Kč	<ul style="list-style-type: none"> SUKL Zdravotní pojišťovny 	<ul style="list-style-type: none"> Zdravotní pojišťovny Úhradová vyhláška v dohodovacím řízení
Zdravotnické prostředky	23,0 mld. Kč	<ul style="list-style-type: none"> Ministerstvo zdravotnictví Zdravotní pojišťovny (ZUM) Poslanecká sněmovna PČR 	<ul style="list-style-type: none"> Úhradové dodatky jednotlivých zdravotních pojišťoven
Dlouhodobá	50,4 mld. Kč	<ul style="list-style-type: none"> Pracovní skupina k Seznamu zdravotních výkonů SUKL (léky) Ministerstvo práce a sociálních věcí 	<ul style="list-style-type: none"> Úhradová vyhláška v dohodovacím řízení Krajské a místní samosprávy Ministerstvo práce a sociálních věcí
Prevence	10,5 mld. Kč	<ul style="list-style-type: none"> Zdravotní pojišťovny Zákon o ochraně veřejného zdraví Zákon o veřejném zdravotním pojištění Zákon o specifických zdravotních službách 	<ul style="list-style-type: none"> Ministerstvo financí ČR Fond prevence ZP Podniková sféra

* SÚKL: Státní ústav pro kontrolu léčiv; ZP: zdravotní pojišťovny; ZUM: zvlášť účtovaný materiál.

Zdroj: Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010 až 2017. Český statistický úřad 2019 (finanční objem). Vlastní zpracování.