

EKOMOMICKÉ OTÁZKY NEMOCNIC A STRUKTURA FINANČNÍCH TOKŮ V SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE

Průběžná informační zpráva o stavu prací na úkole
(Pracovní materiál pro interní potřebu)

Předkládá
J. Vepřek na základě podkladů
od členů I., II. a III. týmu

Zpracovali:

**část I.: EKONOMICKÉ OTÁZKY NEMOCNIČNÍ PÉČE A JEJÍ
FINANCOVÁNÍ**

**J. Vepřek část II.: MOŽNOSTI PERSPEKTIVNÍHO VYUŽITÍ CASE MIX
SYSTÉMŮ V NEMOCNIČNÍ PÉČI**

**J. Lorenc část III.: STRUKTURA A VELIKOST FINANČNÍCH TOKŮ
V SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE Z. Papeš.**

PRAHA - LEDEN 1996

EKOMOMICKÉ OTÁZKY NEMOCNIC A STRUKTURA FINANČNÍCH TOKŮ V SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE

(Průběžná informační zpráva o stavu prací na úkole - Interní materiál pro potřeby členů týmů a pro zadavatele)

Na základě zadání ministerstva zdravotnictví byly v říjnu 1994 zahájeny práce na materiálech zabývajících se ekonomickými problémy zdravotnictví s cílem navrhnout některá opatření směřující k zlepšení jeho ekonomické situace. V první etapě byla zpracována studie: J. Vepřek, Z. Papeš, P. Vepřek: Systém změn v režimu úhrady za poskytnuté zdravotní služby (březen 1995), která byla projednána s vedoucími představiteli ministerstva a dalšími experty a přijata. Současné bylo formulováno rámcové zadání pro další etapu práce s tím, že v ní bude věnována hlavní pozornost problematice financování nemocnic.

Po prodiskutování řady dílčích otázek souvisejících se zaměřením práce s vedoucími pracovníky rezortu a dalšími experty během června a července 1995, byly v srpnu zahájeny práce na druhé etapě úkolu. Byl vytvořen řídicí tým ve složení: Doc. Ing. J. Vepřek, CSc. (CERGE - NHÚ), vedoucí úkolu a vedoucí řídicího týmu, MUDr. T. Macháček (prakt. lékař), RNDr. Ing. J. Němec, CSc. (VZP), Ing. Z. Papeš, CSc. (CERGE - NHÚ), MUDr. P. Vepřek (FN Motol).

Dále byly vytvořeny 3 pracovní týmy pro následující problémové oblasti:

Tým I.: Ekonomické otázky nemocniční péče a její financování, Tým

II.: Možnosti perspektivního využití času mix systémů v

nemocniční péči, Tým III.: Struktura a velikost finančních toků v systému zdravotní péče.

Týmy zahájily práci koncem srpna 1995. Po drobných korekcích se složení týmů ustálilo a pracovaly v tomto složení (u pracovníků, kteří byli již jednou jmenováni, neuvádíme znovu tituly a pracoviště):

Tým I.: J. Vepřek, RNDr. M. Ambrožová (VZP), Ing. J. Čihař (Nemocnice s poliklinikou Na Homolce), RNDr. T. Doležel (VZP), Ing. L. Hradilová (MZ ČR), MUDr. P. Hroboň (II. lék. fak.), T. Macháček, J. Němec, Z. Papeš, MUDr. P. Pokorný (VZP), MUDr. M. Suchý (FN s poliklinikou, Plzeň), P. Vepřek, Ing. J. Zákoucká (FN Motol), MUDr. J. Žmolíková (VZP).

Tým II.: J. Vepřek, T. Doležel, Doc. MUDr. L. Heger, DrSc. (FN Hradec Králové), ; PhDr. J. Lorenc (VZP), T. Macháček, MUDr. M. Prokeš (GARANT - HOSPITAL), MUDr. P. Tax (FN Motol), MUDr. E. Zavadilová (MZ ČR).

Tým III.: J. Vepřek, RNDr. L. Honzáková (VZP), Mgr. V. Mazánková (UZIS, MZ ČR), Z. Papeš, Ing. J. Rajdlová (MZ ČR), MUDr. L. Svět (Zdr. poj. Min. Vnitro), Ing. A. Standova (MF ČR), MUDr. A. Šteflová (MZ ČR), Ing. O. Wankeová (Nemocnice s poliklinikou Na Homolce).

Přes některé nejasnosti v kontaktu s Ministerstvem Zdravotnictví v počátečním období (jež vyplývaly z personálních změn a měnících "kompetencí") a některé potíže spojené se získáváním dat (zejména o pojišťovnách [kromě VZP], a o některých, zdravotnických zařízeních, pracovaly týmy systematicky od konce srpna 1995. (Velmi dobrá spolupráce byla navázána s UZISem MZ ČR). Byly

zpracovávají podkladové materiály, jež byly projednávány na schůzkách týmů, které se konaly jednou za dva až tři týdny (každý tým).

Tento materiál má dílčí charakter a informuje o dosavadním průběhu prací.

Definitivní

materiál bude předán k 30. červnu 1996.

ABSENCE KONZISTENTNÍ ZDRAVOTNĚ EKONOMICKÉ POLITIKY

Všechny týmy narážely při své práci na některé potíže vyplývající z toho, že v resortu

zdravotnictví zatím chybí konzistentní zdravotně-ekonomická politika. Realizovaná transformace zdravotnictví svou jasně propracovanou koncepcí neměla, případně její původní koncepce byla několikrát měněna, takže přestala být konzistentní a přestávala být koncepcí. V tom považujeme za nutné zjednat nápravu.

Nutno ovšem konstatovat, že nehledě na dnes kritizované nedostatky měla transformace systému zdravotní péče řadu pozitivních důsledků. Zájem lékaře o pacienta se podstatně zvýšil a zlepšil se i jeho přístup k němu. Administrativní omezení na rozsah a nákladnost léčby, na použití zahraničních preparátů a věková omezení pro poskytování nákladné léčby padla. Padla i privilegovaná léčba nomenklaturních kádrů ve speciálně vybavených a financovaných zařízeních." Diagnostické i terapeutické postupy, dostupné všem občanům, se velmi zkvalitnily. K tomu značnou měrou přispělo rychle se zlepšující technické vybavení zdravotnických zařízení, téměř neomezený přístup k novým zahraničním lékům. Pozitivní důsledky transformace byly značné a nelze je podceňovat.

Úroveň zdravotní péče, která je dnes dostupná každému občanovi, je podstatně vyšší než před r. 1989.

Aby však tyto pozitivní důsledky nebyly postupně zastíněny některými negativními jevy, musíme poznat příčiny těchto negativních jevů a znát jakým směrem chceme zdravotnický systém dále rozvíjet.

1. Hlavní zdroje potíží

Transformace zdravotnictví probíhala (zejména ve svých prvních fázích) velmi rychle až překotně. Byla zrušena stará organizační struktura zdravotnického systému (KUNZ, OUNZ atd.), aniž by se koncepčně vyřešilo jak budou zajištěny některé nezbytné úkoly, jež tato struktura plnila. Některé transformační kroky byly realizovány bez dostatečné analýzy možných negativních dopadů navrhovaných řešení (např. přijetí zákona umožňujícího vznik většího počtu nedostatečně kontrolovaných zdravotních pojišťoven). To vneslo do nového systému zdravotní péče nekonzistence a bylo zdrojem potíží, z nichž

mnohé se dosud nepodařilo překonat.

Do systému nebyly zabudovány dostatečné kontrolní mechanismy a regulační zpětné vazby. Vzniklé negativní jevy nebyly systematicky monitorovány a analyzovány. Nápravy chyb pokud k těmto nápravám došlo, byly pomalé, málo energické a ne vždy konzistentní. V systému začaly vznikat tenze a rozpory, zejména mezi náklady na zdravotní péči a zdroji pro její úhradu.

Základní zdroj potíží je však již ve výchozí hypotéze transformace. Vycházelo se ze zcela nerealistické představy a to, že je možné v rámci všeobecného zdravotního pojištění každému občanovi plně garantovat a hradit, až na nečetné výjimky, požadovanou zdravotní péči (dokonce s tím, že tato péče bude odpovídat nejnovějším poznatkům a technickým možnostem medicíny).

Pojem "bezplatná zdravotní péče" je matoucí. Za zdravotní péči vždy někdo nějakou formou platí (ve formě pojistného, ve formě daní, v hotovosti). Uvolnění kontroly objemu poskytované "bezplatné" zdravotní péče, spolu s volbou *systému úhrad* podporujícího růst nabídky, muselo nutně vést k růstu objemu poskytované péče (omezenému shora pouze kapacitou poskytovatelů, která je u nás předimenzována a navíc je velmi pružná) a tím i k růstu výdajů zdravotnictví.

Prostředky na zdravotní péči poskytovanou v rámci všeobecného zdravotního pojištění, jsou limitovány výběrem zákonem stanoveného pojistného, jehož celkový objem se zvyšuje pouze v relaci k výdělečným příjmům obyvatelstva. Při rychlém růstu počtu vykazovaných bodů za výkony a téměř fixní částce (málo proměnné částce) vybraného pojistného, se pojišťovny dostávají do finančních potíží a někdy nejsou schopny plnit své závazky vůči poskytovatelům zdravotní péče. Své problémy se pokoušejí řešit jednak tím, že zpožďují platby poskytovatelům, jednak tím, že udržují výši úhrady za jeden bod na nízké úrovni, která neodpovídá ekonomické realitě. Finanční částky vyplácené za jednotlivé výkony ztratily postupně svůj reálný ekonomický obsah. Lékaři a zdravotnická zařízení, ve snaze kompenzovat evidentně nereálný "kurs bodu", se pak snaží o další zvyšování počtu vykazovaných bodů. Tím se tlak na finanční prostředky z pojistných fondů dále zvyšuje, a tak se zrodil nepříjemný cyklus (zesilovací zpětná vazba), který bude, bez podstatných úprav systému, obtížné zastavit.

Zahraničním farmaceutickým výrobkům byl po listopadu 1989 velmi usnadněn vstup na náš trh (od začátku r. 1990 bylo na našem trhu registrováno více než 6000 nových zahraničních preparátů), což z hlediska rozšíření léčebných možností přinášelo mnohé výhody. Z hlediska financování zdravotní péče to však vyvolalo některé problémy. Lékaři se snaží získat přízeň pacientů tím, že jim předepisují drahé zahraniční preparáty, o nichž se většina pacientů domnívá, že jsou účinnější než léky domácí provenience. Podporuje je v tom agresivní marketingová politika zahraničních výrobců léčiv a jejich distributorů, doprovázená reklamou orientovanou na city potenciálních zákazníků. Svou roli patrně též sehrávají vhodné formy materiální zainteresovanosti některých lékařů, zdravotnických zařízení a lékárníků.

Všeobecné zdravotní pojištění má být prostředkem pro ekonomické zajištění zdravotní

péče občanům na základě plateb pojistného a při respektování principu vzájemné solidarity ;neměl to být prostředek pro financování zdravotních zařízení, který by měl nahrazovat dřívější financování těchto zařízení se státního rozpočtu. Tento zcela principiální rozdíl není dostatečně respektován. Zdravotnická zařízení, i orgány státní správy, často omylem předpokládají, že je povinností fondů všeobecného zdravotního,

pojištění zdravotní zařízení plně finančně zabezpečit.

Přijatá legislativní opatření umožnila, aby jako doplněk k VZP vznikl větší počet (dodnes 26) oborových zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Záměrem bylo vytvořit

i v oblasti všeobecného zdravotního pojištění konkurenční prostředí a tím dosáhnout, aby systém pracoval efektivně. To se však, nezdařilo. V rámci existující legislativy není zatím pro takovou konkurenci dostatečný prostor.

Mnohým oborovým pojišťovnám se nepodařilo získat dostatečný počet pojištěnců, ale přesto se snažily operovat celostátně. V takovém případě byly jejich provozní náklady v relaci k příjmům velmi vysoké, odčerpávaly z vybraného pojistného značné částky a pojišťovny nebyly schopny plnit své závazky vůči zdravotnickým zařízením.

Státní správa i parlament nevěnovaly dostatečnou pozornost příslušné legislativě i předkládaným pojistným plánům. Byly i schváleny plány i u těch pojišťoven, jejichž finanční rozpočty byly buď neúplné nebo málo reálné. Od samého počátku byla zcela nedostatečně zajištěna koordinace chodu pojišťoven a jejich kontrola. Nebyl vytvořen žádný útvar, který by činnost zdravotních pojišťoven koordinoval.

Na vzniku obtížné ekonomické situace pojišťoven se pravděpodobně též podílely dvě
další skutečnosti:

a) příspěvek státu do pojistného fondu za osoby jež nejsou výdělečně činné je - vzhledem k rozsahu poskytované zdravotní péče a vzhledem, ke struktuře spotřeby této péče z hlediska věku pojištěnců - neúměrně nízký; činí dnes 13,5 % ze základu stanoveného nyní ve výši 77% vyhlášené minimální mzdy, což patrně není dostatečné;

b) situaci některých pojišťoven může zhoršovat i dnešní metodika přerozdělování vybraného pojistného mezi pojišťovnami; dnes stanovený klíč, kdy do přerozdělování vstupuje 60% vybraného pojistného a každý důchodce se do počtu osob na něž se prostředky přerozdělují, započítává třikrát, pravděpodobně zvýhodňuje pojišťovny s vyšším podílem registrovaných důchodců.

Negativní důsledky měla též skutečnost, že zdravotní pojištění je odděleno od nemocenského pojištění. Zdravotní pojišťovny ani lékaři nemají zájem o snížení doby pracovní neschopnosti pacienta, pro lékaře může být naopak delší pracovní neschopnost pacienta výhodná (možnost zvát na další kontroly a vyšetření).

K některým omylům nemuselo dojít, kdyby byla včas formulována promyšlená a konzistentní zdravotně-ekonomická politika rezortu. Někdy, když se o ní hovoří, se zaměňují nástroje takové politiky (způsob a výše odměňování, způsob úhrad atd.) za tuto politiku.

2 Možnosti řešení:

Pravděpodobně existuje jediná možnost a to konstituovat pracovní tým, který by návrh takové koncepce postupně připravoval. Není to však krátkodobý úkol. Řada dílčích otázek bude muset projít odbornými diskusemi a iterativním postupem bude nutné se postupně dopracovat konzistentního řešení.

Ve zdravotně-ekonomické politice by neměly být stanoveny cíle formou konkrétních číselných hodnot, ale formou vymezení žádoucích směrů změn (žádoucí trendy). Tak např.

by tam mohlo být řečeno, že bude prosazována tendence přibližovat zdravotní péči co nejbližší pacientovi (co může být léčeno v rámci primární péče léčit v primární péči a ne u specialistů či v nemocnici, co může být léčeno v domácí péči léčit v domácí péči a pod. a nastíněny možné cesty jak toho dosáhnout; jaká tendence bude podporována ve vývoji relací mezi ambulancemi soukromých specialistů a nemocničními ambulancemi; názor na možnosti širšího uplatnění domácí péče (home care) v našich podmínkách; názor na možné směry širšího zapojení pacientů do hrazení nákladů spojených s lékařskými službami, jež jsou jim poskytovány a názor na formy takové spoluúčasti, včetně problematiky osobních účtů; názor na očekávané pohyby v počtech a struktuře zdravotnických pracovníků v systému, atd.).

V žádném případě by ve zdravotně-ekonomické politice nemělo jít o nějaký druh plánu,

ale o soubor informací o předpokládaných či žádoucích tendencích, jež budou podporovány státem. Tento soubor informací by měla k dispozici zdravotnická i laická veřejnost a každý zájemce by jich mohl využívat při svém rozhodování.

V současné době u nás pravděpodobně neexistuje pracoviště, které by bylo schopno formulovat racionální a nákladově přijatelnou zdravotně-ekonomickou politiku. Teoreticky by to mělo být ministerstvo zdravotnictví. Tam se to však zatím nepodařilo. Své názory by měla mít i komora. Ta se však zatím svým jednáním blíží odborové organizací, sleduje především pekuniární zájmy a bojuje o mocenské pozice. I pojišťovny (především YZP) by měly mít zájem na hospodárném vynakládání prostředků jež spravují a též na tom, aby se zdravotní situace obyvatel zlepšovala a tedy potenciálně klesaly nároky občanů na zdravotní služby (toto asi, bohužel, není ani výrazným zájmem komory ani jiných profesních skupin zdravotníků).

Považujeme m žádoucí vytvořit ad hoc tým několika (S - 8) kvalifikovaných odborníků, který by si dle potřeby přizvával další specialisty, vycházel z našich i zahraničních podkladů i zkušeností a během, 6-8 měsíců formuloval základní rysy zdravotně-ekonomické politiky resortu v kontextu s realitou a při dobrém feedbacku s vládními orgány a zdravotnickou i laickou veřejností.

I. EKONOMICKÉ OTÁZKY NEMOCNIČNÍ PÉČE A JEJÍ FINANCOVÁNÍ

1. Zaměření práce

Práce se zabývá problematikou nemocnic a nikoliv všech lůžkových zařízení Někdy

je obtížné přesněji vymezit jaké zařízení lůžkové péče bude považováno ještě za nemocnici a které již nikoliv. Pro účely této práce bylo rozhodnuto, že za nemocnici bude považováno takové lůžkové zařízení, kde:

- jsou na lůžkách poskytovány lékařské služby a stav pacientů je takový, že umístění na lůžku vyžaduje,
- poskytování lékařských služeb na lůžku v daném zařízení převažuje, nebo alespoň tvoří jeho významnou část.

Vzhledem k tomu, že lůžkové a ambulantní složky nemocnice jsou mezi sebou úzce svázány, bylo konstatováno, je nutné se při řešení problémů nemocnic zabývat jak zdravotními službami poskytovanými na lůžku, tak zdravotními službami poskytovanými v nemocnicích ambulantně.

2. Struktura nemocnic a jejich postavení v systému zdravotní péče

Struktura nemocnic se proti předlistopadovému období příliš nezměnila. Stále lze hovořit o dvou hlavních druzích nemocnic (podle velikosti a zaměření vybavení):

- o fakultních a bývalých krajských nemocnicích
- o okresních a městských nemocnicích (malé mono a duoprimariáty).

Dříve se v ročenkách UZIS sledovaly ekonomické charakteristiky i za tyto skupiny nemocnic, ale tabulky s těmito údaji byly naposledy uvedeny v ročence UZIS za r. 1989.

Vzhledem ke změnám, jež od té doby nastaly, mohou mít data z r. 1989 pouze ilustrační

význam. Je z nich však patrné, že náklady na ošetrovací den byly ve FN tehdy téměř dvojnásobné (537,3 Kčs) proti městským nemocnicím (tam 290,7 Kčs), obdobná relace byla v nákladech na lůžko (150 718 Kčs průměr nákladů na lůžko ve FN a 78 528 Kčs průměr v okresních nemocnicích).

V porovnání s většinou vyspělých žerní připadá u nás vyšší počet lékařů i nemocničních

lůžek na 1 000 obyvatel. V roce 1994 pracovalo u nás v nemocnicích (včetně nemocniční ambulantní péče) 14 724 lékařů a v téže roce bylo u nás v nemocnicích (včetně porodnic) 80 321 lůžek. Pokud jde o počet lůžek na 1 000 obyvatel, jsme v porovnání se západoevropskými státy zřetelně na prvním místě, těsně sledováni Německem. Na 1000 obyvatel připadalo u nás v r. 1994 celkem 7,7 akutních nemocničních lůžek (v Německu v r. 1990 7,5; ve Francii 5,2; v Rakousku 6,0; ve Švédsku 3,1 atd. vše též v r 1990).

Vzhledem k r. 1990 došlo sice u nás v nemocnicích k mírnému poklesu počtu lůžek, ale současně tam došlo ke zvýšení počtu lékařů, takže zatím co v r. 1990 připadalo na 1 lékaře v nemocnicích 10,37 lůžek, v r. 1994 to bylo jen 8,83 lůžek (ve Francii v r. 1989 to bylo 16,11 lůžek, ve Velké Británii v r. 1981 11,55 lůžek; dřívější SRN se blížila naší situaci a měla v r. 1989 8,12 lůžek na 1 lékaře).

Relativní nadbytek akutních lůžek vede k tomu, že se na ně umísťují i pacienti vyžadující pouze ošetrovatelskou péči. Protože však provoz akutních lůžek je nákladný, mají nemocnice tendenci provádět i na neléčených osobách diagnostické a někdy i terapeutické výkony. Ty mohou zlepšovat ekonomickou situaci nemocnice, jsou však v podstatě zbytečné a odčerpávají prostředky z pojistného fondu.

V porovnání se zahraničím pracuje u nás v nemocnicích v relaci k počtu lékařů méně středního (i pomocného) zdravotnického personálu, takže lékař někdy vykonává práci, kterou by mohla vykonávat kvalifikovaná zdravotní sestra a kvalifikované zdravotní sestry často vykonávají práci pomocného personálu.

Původně vyhlášený program privatizace nemocnic nebyl dostatečně promyšlen a proto se ani nemohl realizovat. Z celkového počtu 199 nemocnic s 80 321 akutními lůžky a 14 226 lékaři, bylo k 31. 12. 1994 převedeno do privátního vlastnictví 56 nemocnic s 9 389 lůžky a 1 420 lékaři. I když podle počtu byla privatizována více než čtvrtina nemocnic (28 %), z hlediska lůžkového fondu jde zatím o malou část (11 %).

Situace nemocnic (zejména velkých nemocnic) je dnes z mnoha hledisek nevyjasněna a nemocnice neví, zda se má chovat jako "veřejně prospěšná instituce" nebo jako "ekonomicky fungující podnik". Neví jak se k ní bude chovat její vlastník, případně kdo bude v budoucnosti jejím vlastníkem, s jakými finančními zdroji, od koho a v jaké výši může za své služby, jež nemůže odmítnout, počítat.

Na nemocniční péči se přitom u nás věnuje více než 50% všech výdajů jež jdou do zdravotnictví, takže si tato oblast zaslouhuje naši maximální pozornost.

3. Dnešní ekonomické potíže nemocnic

Dnešní ekonomické potíže nemocnic mají mnoho příčin. Nejčastěji se hovoří o nedostatečných příjmech nemocnic, pramenících z nízké hodnoty bodů a z nesprávných relací v bodovém ohodnocení některých nemocničních výkonů, z podstatně rychlejšího růstu cen vstupů než je růst ceny nemocnicí poskytovaných výkonů (nízká cena bodu), z toho, že nemocnice jsou při hrazení nákladů svého provozu převážně závislé na jediném typu zdrojů, t.j. na platbách pojišťoven za vykázané služby, z toho, že některé z těchto pojišťoven výrazně zdržují (mnoho měsíců dluží) proplácení úhrad za zdravotní péči poskytnutou pojištěncům těchto pojišťoven a pod.. Situace je však podstatně složitější a příčiny jsou mnohem hlubší.

Na nepříznivé ekonomické situaci nemocnic se podílejí tyto hlavní faktory:

- a) absence vlastníka či někoho, kdo by ho účinně zastupoval a měl zájem o hospodárny a efektivní chod nemocnice, v tomto duchu jí účelně kontroloval, ovlivňoval a hájil její zájmy,
- b) nevhodný způsob financování nemocnice,
- c) nedostatečné kvalitní a energický management nemocnice, který se dostatečně neztotožňuje se zájmy nemocnice,
- d) nedostatečná a často nevhodná forma motivace nemocnice a jejích pracovníků,
- e) nevhodná struktura pracovníků nemocnice, při čemž některé profese (a některá

oddělení jsou co do počtu svých pracovníků předimenzovány, jiné

poddimenzovány, f) nadměrná lůžková kapacita a nevhodná struktura lůžkového fondu,

Uvedené faktory jsou vzájemně provázány a navzájem se ovlivňují, takže pro výrazné zlepšení ekonomické situace nemocnic nelze překonat negativní působení pouze jednoho z nich, ale překonat, či alespoň zmenšit, negativní vliv všech (či alespoň několika z nich) současně.

4. Možné cesty k překonání existujících potíží

4.1 POSÍLIT ROLI VLASTNÍKA NEMOCNICE či nalézt někoho, kdo by ho účinně zastupoval a měl zájem o hospodárny a efektivní chod nemocnice, v tomto duchu jí účelně kontroloval a ovlivňoval a hájil její zájmy,

4.11 Hlavní zdroje potíží

Nemocnice po listopadu 1989 získaly značnou autonomii. Má to mnoho výhod, avšak též některé stinné stránky. Při privatizaci nemocničních zařízení nebylo od samého počátku vyjasněno jak mají být výhledově - a z hlediska poslání jednotlivých typů nemocnic - koncipovány jejich majetkoprávní vztahy. V mnoha případech nemocnice nemá vlastníka, jehož zájmy by byly těsně spjaty se zájmy nemocnice.

V soukromém vlastnictví jednotlivců nebo úzké skupiny vlastníků je zatím pouze několik nemocnic. Výkon vlastnických práv u nemocnic, které byly převedeny do vlastnictví obcí, a péče o jejich hospodárny provoz, je velmi diferencován v závislosti na kvalitě příslušné obecní správy. Některé obce mají nyní zájem vrátit získané nemocnice zpět státu a to především z ekonomických důvodů.

Nepříznivá situace je u dosud neprivatizovaných (a v mnoha případech zatím neprivatizovaných) velkých (zejména fakultních) nemocnic, kde je vlastníkem stát, který uplatňuje svá vlastnická práva velmi nedokonale; dozor státu nad hospodařením těchto nemocnic a kontrola činnosti jejich managementu je minimální. Stát jako vlastník nevytváří na nemocnice tlak, který by je nutil k hospodárnému a efektivnímu chování. Ředitel nemocnice, pokud je dobrým ředitelem, musí někdy přijmout nepopulární opatření (uzavřít oddělení nemocnice, propustit některé pracovníky, odmítnout souhlas k zakoupení nákladného přístroje či k provedení rekonstrukce, atd.). Ten, kdo se cítí poškozen, se obrátí na své kontakty "na vyšších místech", které často zasáhnou v jeho prospěch a proti řediteli, někdy 5 proti zájmům nemocnice. Ředitel nemá pro svá rozhodnutí dostatečnou podporu vlastníka (zřizovatele).

Se značným zpožděním byly u fakultních nemocnic vytvořeny dozorčí rady, které však zatím nemohly rozvinout svou činnost a prokázat svou užitečnost. To

ponechává na jedné straně managementu nemocnice až zbytečně velký prostor v rozhodování, avšak na druhé straně mu neposkytuje dostatečnou podporu při vzdorování tlaku finančně silných zájmových skupin.

Negativní roli zde sehrála i absence zákona o neziskových organizacích.

Přitom nadřízené orgány nemohou účinně zajišťovat efektivní chod nemocnice, v tomto směru leží plná tíha na managementu. Údaje o nákladech nemocnice a jejich struktuře jsou pravděpodobně pro pracovníka stojícího mimo nemocnici po věcné stránce málo průhledné a značně nespolehlivé. Vzájemná srovnatelnost dat za různé nemocnice je velmi problematická. Situace je zhoršována též tím, že se velmi dlouho odkládalo vytvoření jednotné metodiky mezi VZP a ostatními pojišťovnami, takže dnes mají skoro všechny pojišťovny jiné počítačové programy a vybavení.

4.12 Možnosti řešení:

V úvahu přicházejí tato řešení:

- a) - Další privatizace nemocnic
- b) - Posílení výkonu vlastnické funkce ze strany ministerstva
- c) - Uplatnění organizační formy neziskové organizace

a) Možnost další privatizace nemocnic

Privatizovat velké nemocnice jejich rozprodejem soukromým společnostem či jednotlivcům je dnes zcela nevhodné a i v budoucnosti bude pravděpodobně účelné ponechat některé velké (a fakultní) nemocnice v rukou státu (v rukou státních organizací). A i u středních nemocnic, kde by to mohlo být možné, se to pravděpodobně nepodaří, vzhledem k nepříznivým ekonomickým relacím ve zdravotnictví, kdy i tyto nemocnice jsou dnes často ztrátové.

Obecně je zatím nutné k dalším privatizacím nemocnic přistupovat velmi obezřetně a teprve po vyjasnění, která nemocnice je pro zdravotní síť potenciálně nadbytečná. Je iluze předpokládat, že bude někdo schopen přinutit budoucího vlastníka nemocnice, aby v ní zajišťoval zdravotní služby v dohodnuté struktuře a rozsahu, když nebude chtít. (V takovém případě to vždy zdůvodní objektivními důvody, na př. nebude "moci získat pro provoz oddělení dostatečně kvalifikovaný personál" a asi ani soud ho nepřinutí, aby léčil bez kvalifikovaných pracovníků).

Soukromé nemocnice pracují ovšem efektivněji a s menším počtem pracovníků. Někdy však mají tendenci poskytovat i zbytečnou zdravotní péči, provádět zbytečné výkony (Tato tendence je zde silnější než ve státních nemocnicích, kde se s ní též setkáváme). Dále je pravděpodobné, že při privatizování nemocnice - bude-li tato nemocnice vykazovat zisk - bude tento zisk zcela či zčásti odcházet mimo zdravotnictví.

b) Posílení výkonu vlastnické funkce ze strany ministerstva

Posílit výkon vlastnické funkce ze strany ministerstva znamená personálně posílit ministerstvo osobami, které by byly po všech stránkách schopny výkon vlastnických

funkcí státu zajistit a své úloze se plně věnovaly. To je úkol velmi nesnadný, ale bez jeho zvládnutí nemá mnoho dalších, dobře míněných, opatření naději na úspěch.

c) Uplatnění organizační formy neziskové organizace

Legislativně dořešit právní a organizační formu neziskové organizace a postupně vybrané nemocnice na tuto formu převádět. Tato forma by se mohla uplatnit u základní sítě nemocnic. Velké fakultní nemocnice by pravděpodobně měly být i nadále státní. Privátní zařízení by měla zatím (nikoliv výhledově) existovat především mimo státní síť.

Základní možnost řešení problematiky absence uplatňování vlastnických vztahů vůči nemocnicím spatřujeme tedy především v personálním posílení ministerstva, v urychleném propracování a postupném uplatňování organizační formy neziskové organizace a v přípravných pracích na další privatizaci nemocnic, k níž se bude přistupovat po stabilizaci ekonomické situace ve zdravotnictví a po vyjasnění koncepce jeho dalšího rozvoje.

4.2 UPRAVIT SYSTÉM FINANCOVÁNÍ NEMOCNIC

4.21 Hlavní zdroje potíží

a) Potíže z hlediska nemocnice

Nemocnice je v nynějším systému financována zcela převážně z jediného zdroje (od pojišťoven). Předem s postačující přesností neví s jakými příjmy může v nastávajícím období počítat a nemůže proto dostatečně přesně rozpočtovat svá budoucí vydání. Velikost příjmů nemocnice měsíc od měsíce značně kolísá a nemocnice nemají žádné rezervy, kterými by toto kolísání mohly překlenout (rozsah poskytnutých služeb lze sice odhadnout, procento neuznaných účtů se však může měnit podle platební schopnosti pojišťovny, mění se podíl pacientů špatné platících pojišťoven, mezi poskytnutou službou a úhradou za ni je značná časová prodleva a podle platební schopnosti pojišťovny se tato prodleva v čase mění).

Při velkém počtu a požadované podrobnosti vykazování výkonů je toto vykazování administrativně velmi pracné. Někdy je obtížné přimět zdravotnický personál, aby důsledně evidoval všechny provedené výkony, protože, zejména při vyšší pracovní zátěži, považuje lékař přirozeně za důležitější provádět medicínské zákroky než se věnovat jejich evidování. To vede k nepřesnostem a část provedených výkonů pravděpodobně není vykazována (i když se naopak mohou ve výkazech objevit neprovedené výkony).

Výše úhrady za výkony i za ošetřovací dny je nízká a u mnoha nemocnic zdaleka nekryje skutečné náklady. Byla stanovena před několika lety a od té doby nebyla upravena, bez ohledu na probíhající inflaci, zdražování energií a dalších vstupů nemocnice, mzdový nárůst. Existující způsob a výše úhrad nemotivuje nemocnici ke

společensky účelnému chování.

Výše úhrad za jednotlivé výkony uvedené v sazebníku výkonů i výše úhrad mezi jednotlivými odbornostmi je značně nevyvážená. Tato nevyváženost vede k tomu, že činnost některých oddělení je pro nemocnici ekonomicky výhodnější než činnost jiných oddělení. Z hlediska tržního hospodářství by na to nemocnice měla reagovat tím, že by činnost ekonomicky méně výhodných oddělení omezovala a činnost ekonomicky výhodnějších oddělení rozšiřovala. To by v mnoha případech bylo proti zájmům pacientů, protože i ta ekonomicky méně výhodná oddělení mohou být z medicínského hlediska velmi potřebná. V některých nemocnicích však pravděpodobně k takovým přesunům dochází (zejména k rozšiřování činnosti ekonomicky výhodnějších oddělení -na př. dialýzy, JDP).

Bodová ohodnocení v sazebníku, včetně ohodnocení lůžkodnů, byla stanovena v průměrné výši vzhledem k průměrně vybaveným nemocnicím. Mnohé nemocnice se však sortimentem a kvalitou (stářím) svého technického vybavení, paletou poskytovaných služeb, svou velikostí a i v jiných aspektech významně liší (různá úroveň fixních nákladů). Na existující výši úhrad za výkony a lůžkodny doplácí lépe vybavené nemocnice (zejména fakultní nemocnice pracující s vysokými režijními náklady) schopné poskytnout pacientům kvalitnější péči než nemocnice s nízkým technickým vybavením. Pro některé malé a málo technicky vybavené nemocnice může být daná průměrná ohodnocení ještě přijatelná. Nereálně stanovená cena má na ekonomické chování nemocnice demoralizující vliv. Je-li nemocnici zřejmé, že při sebelepším hospodaření nemůže vybědnout ze ztrát, pak jí na výši ztráty tolik nezáleží. Nereálná cena bodu může současně zhoršovat průhlednost kvality hospodaření nemocnice a pomáhá skrývat případné nehospodárnosti provozu. Této situaci nelze odpomoci pouze plošným zvýšením velikosti úhrady za bod, neboť jen tím by se rozdíl mezi různou nákladností služeb v různě vybavených nemocnicích neřešily.

Ve vztahu k pacientovi a k pojišťovně je nemocnice ve velmi nerovnovázné pozici. Očekává se od ní, že ošetření a léčbu pacienta neodmítne i tehdy, když ví, že s velkou pravděpodobností v tomto případě (v případě pojištěnce dané pojišťovny) tuto službu nedostane zaplacenou.

Z hlediska managementu nemocnice (a teoreticky i z hlediska jejího vlastníka) může být na daném způsobu úhrad výhodné to, že nutí pracovníky nemocnice k evidenci druhu a rozsahu poskytnutých služeb a evidenci spotřebovaného zdravotnického materiálu. Bez ohledu na existující nepřesnosti a nedůslednosti ve vedené evidenci (které by se postupně daly omezit) by takto mohla pro ekonomické řízení nemocnice vzniknout velmi dobrá báze dat a mohlo by to v nemocnici přispět v vytvoření relativně dobrého informačního systému.

b) Potíže z hlediska pojišťovny

Základním finančním problémem v nemocniční péči je ničím než kapacitou nemocnice omezovaný nárůst poskytovaných výkonů a ošetrovacích dnů. Dalším vážným problémem je, že nemocnice téměř s jistotou očekává, že, dojde-li k finančním potížím,

někdo (byť po dlouhých vyjednáváních a nepříjemnostech) vzniklý deficit uhradí.

Platby nemocnicím na základě nynějšího systému úhrad jsou administrativně velmi pracné, kontrola předkládaných účtů je při jejich počtu a podrobnosti po věcné stránce velmi problematická. Kromě toho značná desagregace zdravotnických služeb v sazebníku

výkonů umožňuje nemocnicím začleňovat do jednoho nemocničního případu mnoho různých výkonů (s tím, že některé výkony se mohou někdy i bezdůvodně opakovat).

Tím

se mohou značně zvyšovat nezbytné náklady na daný nemocniční případ. Zvyšováním palety a množství poskytované zdravotní péče nemocnice stále stupňuje své požadavky na objem úhrad.

Výkonový systém v dnešní formě neumožňuje uplatnit vhodné regulační mechanismy. Je pravděpodobné, že některé nemocnice mají nastavený svůj informační systém tak, aby automaticky, podle odbornosti a diagnózy, generoval výkony, které by se mohly vyskytnout a ty (část z nich) vyúčtovává pojišťovně i když nebyly provedeny.

Vzhledem k množství předkládaných účtů a jejich položek jsou pojišťovny schopny kontrolovat tyto účty pouze po formální stránce (uvedení nesmyslného kódu, předložení účtu za ošetření pacienta, kterého pojišťovna již nemá ve svém registru pojištěnců atd.), ne však po stránce věcné (nutnost či účelnost provedení daného výkonu či aplikace daného zvlášť účtovaného léku).

Ve fakultních nemocnicích je velmi obtížné zjistit, zda tatáž činnost nemocnice, která je vykazována pojišťovně, není ještě hrazena z jiného zdroje, na př. z grantu. Také při vykazování ZUM a ZUL se špičkovým nemocnicím těžko dokazuje, že pro daný výkon tento materiál skutečně potřebovaly (nebo i že jej skutečně použily).

Koncepce klesající platby za ošetřovací den při delším pobytu v nemocnici je velmi problematická. Je obtížné ji správně konstruovat a nemocnice je schopna snadno negativní důsledky, jež z tohoto opatření pro ni plynou, překonat (pacienta přeložit na jiné oddělení, propustit a znovu přijmout, atd.). Kontrola takového postupu je jistě možná, ale pracná a nákladná. Na druhé straně to může vést i k tomu, že nemocnice si ponechá ve stavu pacienta, kterého by mohla již propustit, pokud ještě nevyčerpal plný počet dnů s plnou úhradou (nemocnice se bude snažit maximalizovat počet lůžkodnů hrazených plnou sazbou).

Pro některé menší pojišťovny je ekonomicky velmi nebezpečné, jestliže se mezi jejich pojištěnci současně vyskytne několik pacientů, kteří vyžadují velmi nákladnou zdravotní péči. Jde o dvě skupiny takových typů zdravotní péče: nákladné chronické choroby [na př. chronická dialýza], či nákladné operační zákroky [např. transplantační výkony, kardiochirurgie].

Z hlediska pojišťovny je při nynějším systému výhodné, že získává dosti dobré údaje o druhu a počtu chorob, jež vyžadovaly nemocniční léčbu, o trvání této léčby a přibližných (byť zkreslovaných) nákladech na ni, o druhu a množství poskytnutých zdravotnických výkonů a zčásti i o druhu a množství spotřebovaného speciálního zdravotnického materiálu a speciálních léčiv.

Tyto informace by mohly umožnit silné pojišťovně, aby prosazovala v oblasti nemocniční péče jistou zdravotní politiku, pokud by ji měla sama ujasněnou. Musela by ovšem v tom mít podporu ministerstva zdravotnictví. Kromě toho pro tento účel má pojišťovna

pouze jednu část informací nutných pro kvalitní řízení, t.j. informaci o tom kolik kterých zdravotnických výkonů nemocnice poskytla, resp. jaký zvlášť účtovaný materiál a léky k tomu použila. Nemá žádné informace o oprávněnosti a správnosti léčby, o tom, zda tyto prostředky byly využity účelně či nikoliv a s jakým efektem. Tyto informace má pouze vedení nemocnice, respektive vedoucí jednotlivých oddělení nemocnic.

Pojišťovna by ve vztahu k nemocnici měla do jisté míry též hájit zájmy pacientů. Z dlouhodobého hlediska by to mělo být i v souladu s jejími zájmy.

Ironicky je pro pojišťovny výhodné, že *na* některých odděleních nemocnic neexistuje zatím dostatečná administrativní disciplína, která by zaručovala, že pojišťovně budou vyúčtovány všechny výkony, které byly na daném oddělení provedeny (i když z druhé strany se ve výkazech mohou objevit některé výkony, které provedeny nebyly).

c) Potíže z hlediska **pacienta**

Pro pacienta je zatím používaný způsob financování nemocnic zdánlivě vyhovující, neklade na něho žádné požadavky a nijak ho neomezuje. Pokud by neměl informace z televize či tisku ani by nemusel vědět o potížích zdravotnictví a o tom, jaký způsob financování nemocniční péče existuje (a často to pravděpodobně ani tak neví). Ovšem situace se může - nedojde-li k nápravě - v dohledné době změnit. Jak se nemocnice dostávají do větší platební neschopnosti, tak dodavatelé omezují či zastavují nemocnici dodávky některých zdravotnických materiálů, diagnostických souprav a pod.. Může se stát, že některá nemocnice nebude brzy schopna provést některá vyšetření či zákroky.

Existující systém úhrad může v některých případech vést k tomu, že pacient je zatěžován zbytečnými diagnostickými výkony, případně že je nucen k hospitalizaci i tehdy, když by se vyšetření dalo zvládnout ambulantně. S nástupem sestupné platby za ošetrovací den vzniká obava, že někteří pacienti budou předčasně propouštěni do domácího ošetření (největší dopady jsou signalizovány z psychiatrických oddělení, u žen s rizikovým těhotenstvím apod.).

4.22 Možnosti řešení (předběžné návrhy)

Nabízí se ráda možností, z nichž však pouze některé jsou v přijatelném časovém horizontu reálné a ekonomicky dostatečně účinné.

Základní varianty řešení:

- a) Vyrovnání nesrovnalostí v ocenění výkonů a kontrola správného vykazování výkonů,
- b) Globalizace výkonů, maximální množství položek účtovaných mimo výkony a ošetrovací dny zahrnout do těchto sazeb,
- c) Financování nemocnic na základě předem kontrahovaného objemu služeb dohodnutou

částkou pro kalendářní období,

d) Zavést financování dle některého z case-mix systémů.

Doplňkové přístupy k řešení:

- 1) Zvýšit hodnotu bodu, zvýšit výši úhrady za ošetrovací den,
- 2) Diferencovat výši plateb od pojišťoven nemocnicím dle typu nemocnice,
- 3) Zavést financování nemocnice z více zdrojů,
- 4) Zavést finanční spoluúčast pacienta na nákladech nemocniční léčby,
- 5) Zavést financování zvláště nákladného léčení ze zvláštních zdrojů.

Základní varianty řešení a doplňkové přístupy k řešení lze (a v některých případech bude účelné či nutné) kombinovat.

ZÁKLADNÍ VARIANTY ŘEŠENÍ

a) Vyrovnání nesrovnalostí v ocenění výkonů a kontrola správného vykazování výkonů

Vyrovnání nesrovnalostí v ocenění výkonů je teoreticky možné, prakticky (po dosavadních zkušenostech s obdobnými akcemi) málo reálné. Kontrola správného vykazování výkonů je při dané podrobnosti a z toho vyplývajícího počtu položek nereálná. Kromě toho tato varianta řešení nezabrání dalšímu nárůstu výkonů a tím i nákladů v nemocniční péči.

Tuto variantu řešení nelze doporučit.

b) Globalizace výkonů, maximální množství položek účtovaných mimo výkony a ošetrovací dny zahrnout do těchto sazeb

Globalizace výkonů spolu s dalšími zmíněnými úpravami je teoreticky i prakticky v přijatelném časovém horizontu možná. Výrazně by se musela omezit možnost účtování mimo výkony a mimo paušál na ošetrovací dny a mimo lékový paušál. Z výkonů by bylo

mimo jiné účelné zařadit do agregace výkony rehabilitační, které jsou velmi často vykazovány v nadměrném množství, hlavně u pacientů na JIP.

Tato varianta řešení může zmírnit růst vykazovaných nákladů nemocniční péče, systém by byl lépe kontrolovatelný než doposud. Varianta by měla jistou ekonomickou účinnost, i když omezenou. Kdyby byla přijata před rokem či dříve, mohla by být postačující. Dnes pravděpodobně nikoliv.

Tato varianta je přijatelná, ovšem se značnými výhradami.

c) Financování nemocnic na základě předem kontrahovaného objemu služeb dohodnutou částkou pro kalendářní období

Pojišťovna by uzavřela s nemocnicí pro dané období (kvartál) smlouvu na poskytnutí

nemocniční péče jejím pacientům v dohodnutém rozsahu a struktuře (např. [ale ne nutně] v rozsahu a struktuře blížícím se skutečnosti minulého období). Za to by nemocnici poskytla částku odpovídající tomuto rozsahu a struktuře služeb, případně s motivací na jejímu mírném zvyšování v některých oborech. Nemocnici by to nezbavovalo povinnosti vykazovat výkony (třeba v globalizované podobě), ale vykázané množství výkonů by nijak neovlivňovalo výši plateb od pojišťovny nemocnici v daném období. Pokud by došlo v daném období v některých oborech ke zvýšení objemu výkonů, mohla (ale nemusela) by pojišťovna zvýšit objem kontraktované péče pro další období. Výhodou pro pojišťovnu by bylo, že by nemohl nastávat nárůst objemu vykazované péče, který by musela profinancovat. Odpadla by též obtížná detailní kontrola předkládaných účtů. Výhodou pro nemocnici by mohlo být, že by znala budoucí platby od pojišťovny v daném období, měla zajištěn stabilní příjem. Protože by nemocnice tyto platby obdržela bez ohledu na výši svých nákladů v tomto období, mohla by mít zájem s těmito prostředky hospodařit. Mohlo by to zabránit provádění zbytečných výkonů, opakovaných laboratorních vyšetření apod..

Tuto variantu řešení považujeme za realizovatelnou v dostatečně krátkém časovém horizontu a za ekonomicky velmi účinnou. Proto ji předběžně doporučujeme.

d) Zavést financování dle některého z case-mix systémů

Nadějně se zdá být využití některého z existujících časových mix systémů. Jde o klasifikaci pacientů do určitých skupin, které budou klinicky podobné a z hlediska nákladů na léčbu dostatečně homogenní. Nemocnice by pak byla odměňována podle druhu a počtu Sečených klasifikačních případů, nebo by s ní byla předem uzavřena smlouva na léčení takového souboru případů. Je více typů časových mix systémů, o některých z nich se podrobněji zmiňujeme v kapitole II.

Některé z těchto systémů se zdají být ekonomicky velmi účinné. Jejich zavedení v přijatelném časovém horizontu však není reálné. Vyžaduje to podrobné seznámení se systémy, výběr vhodného z nich a jeho adaptaci pro naše podmínky (pro u nás používané klinické postupy). To představuje víceleté období systematické práce, včetně shromažďování a analýzy informací o nákladech na léčbu různých diagnóz.

VZP v současné době hledá cestu jak podrobněji popsat náklady na léčení pacienta v nemocnici, Zatím VZP dospělo k úrovni: "průměrná hodnota vybraného ukazatele na pacienta léčeného oddělením dané odbornosti dané nemocnice"; další směr prohlubování údajů bude orientován na: "pacienta daných charakteristik s daným neduhem" (ve směru aplikace klasifikačních technik).

Tato varianta řešení není v přijatelném časovém horizontu realizovatelná, perspektivně však může být velmi výhodná. Doporučujeme organizovat systematické práce na studiu a analýze těchto metod se záměrem výhledově některou z nich pravděpodobně uplatnit.

DOPLŇKOVÉ PŘÍSTUPY K ŘEŠENÍ

J) Zvýšit hodnotu bodu, zvýšit výši úhrady za ošetrovací den

Obecně by bylo velmi účelné a žádoucí realizovat takový krok v co nejkratší době. Otázka je jak získat prostředky na krytí tohoto zvýšení ve výši, jež by měla praktický smysl. Úspory v systému zdravotní péče nejsou v přijatelném časovém horizontu reálné. Zvýšení procentuální částky pojistného placeného zaměstnancem a zaměstnavatelem není ani účelné, ani není politicky únosné. Za jediné v krátkém časovém horizontu reálné řešení lze považovat zvýšení příspěvku do pojistného fondu placeného ze státního rozpočtu za osoby nevýdělečně činné. V úvahu připadá mnoho variant řešení podle toho jaká částka by se zvolila za základ pro stanovení výše příspěvku.

Místo nynější úrovně základu ve výši 65% minimální mzdy by bylo např. možno za základ považovat 100 % minimální mzdy. Pokud by takto získaná částka nebyla postačující, bylo by možno stanovit základ pro výpočet příspěvku v relaci k průměrné mzdě minulého roku.

Výhodou tohoto přístupu k řešení by mohlo být, že by mohlo být považováno za výjimečné (překlenovací opatření) a nezakládalo by nárok na opakování tohoto postupu v příštím roce. Nevýhodou je nárok na další rozpočtové zdroje.

Toto navrhované řešení je realizovatelné v přijatelném časovém horizontu a ekonomicky účinné. Doporučujeme je zvážit.

2) Diferencovat výši plateb od pojišťoven nemocnicím dle typu nemocnice

V tomto případě by pojišťovny uzavíraly s vybranými zařízeními smlouvy obsahující vyšší úroveň úhrad za výkony (procentuální zvýšení všech nebo jen některých úhrad). Z hlediska pojišťoven to postrádá logiku. Tentýž výkon by byl v různých nemocnicích pro pojišťovnu různě nákladný. Pojišťovna by pak patrně měla tendenci směřovat pacienty (pokud by to dokázala ovlivnit) do pro ni levnějších nemocnic. Při nadbytku lůžkové kapacity by se velké (pro pojišťovnu nákladné) nemocnice mohly dostávat do potíží.

Toto řešení nedoporučujeme.

3) Zavést financování nemocnice z více zdrojů

V podstatě jde o uplatnění principu vícezdrojového financování. Velké a provozně nákladné nemocnice by byly dofinancovávány z rozpočtu zřizovatele, který má o existenci takové nemocnice zájem. V principu lze tento způsob považovat za velmi účelný. Otázkou zůstává z jakých prostředků bude zřizovatel toto dofinancování provádět a v jaké výši. Ve státním rozpočtu by tyto prostředky mohly být získány úpravou příspěvků státu do pojistných fondů za osoby nevýdělečně činné (děti, důchodce atd.). Tento návrh si však konkuruje s návrhem obsaženým v minulém bodě.

V principu doporučujeme výhledově tohoto způsobu dofinancování kvalitních a nákladných nemocnic z rozpočtu zřizovatele využít. Formu získání zdrojů a výši dofinancování a některé další otázky je třeba blíže prozkoumat.

4) Zavést finanční spoluúčast pacienta na nákladech nemocniční léčby

Spoluúčast pacienta na nákladech spojených se zdravotními výkony, které mu byly v nemocnici poskytnuty, je, vzhledem k výši těchto nákladů, v dohledné době nereálná (i když výhledově s ní patrně bude nutné počítat). V bezprostřední době přichází v úvahu spoluúčast na hotelových službách a to za každý den pobytu v nemocnici. Z praktického hlediska je toto realizovatelné za předpokladu, že tato úhrada bude prováděna bezhotovostním převodem z pacientova osobního účtu (jakmile takové účty budou zavedeny). V jiném případě by jí tato úhrada byla od mnoha pacientů velmi obtížně vymahatelná, náklady na její soudní vymáhání (pokud by vůbec bylo úspěšné) by v mnoha případech přesahovaly dlužnou částku.

Předběžně doporučujeme zavést spoluúčast pacienta na hotelových službách a to za každý den pobytu. K tomuto zavedení přistoupit současně se zavedením osobních účtů pacienta.

5) Zavést financování zvlášť nákladného léčení ze zvláštních zdrojů

Bylo by účelné vyjmout ekonomicky náročné programy, které zpravidla provádí pouze špičkové nemocnice, z dosavadního běžného financování přes pojišťovny a financovat je

- a) buď ze zvláštního pojistného fondu pro financování obzvlášť nákladných zákroků či chorob, který by byl vyčleněn z vybraného pojistného,
- b) nebo ze státního rozpočtu jako státní zakázku.

Jednalo by se o dvě skupiny takových typů zdravotní péče: nákladné chronické choroby [např. chronická dialýza], či nákladné operační zákroky [např. transplantační výkony, kardiochirurgie].

Předběžně doporučujeme zajistit oddělené financování ekonomicky náročných programů v dostupném časovém horizontu s tím, že zvláštní pojistný fond pro financování těchto zákroků či chorob bude vytvořen vyčleněním příslušných prostředků z vybraného pojistného.

Celkové předběžné doporučení k problematice financování nemocnic:

Jako obecně účelné opeření doporučujeme přistoupit ke globalizaci výkonů, s tím, že maximální množství položek účtovaných mimo výkony a ošetrovací dny bude zahrnuto do těchto sazeb. Pro dosažení rychlého a ekonomicky účinného zastavení či zpomalení tempa růstu nákladů na nemocniční péči doporučujeme, aby pojišťovny financovaly nemocnice na základě předem kontrahovaného objemu služeb dohodnutou částkou pro kalendářní období (kvartál), které by se blížila skutečnosti minulého období. Výhledově doporučujeme spojit tento způsob kontraktace s některým z časů mís systému, jež však je nutno blíže prozkoumat.

Jako doplňková opatření doporučujeme zvýšit hodnotu, bodu a tím i výši úhrady za ošetrovací den, při čemž prostředky pro toto zvýšení by bylo možno získat zvýšením příspěvku do pojistného fondu placeného ze státního rozpočtu za osoby nevýdělečně činné.

Výhledově doporučujeme zavést doplňkové financování velkých a provozně nákladných nemocnic z rozpočtu zřizovatele, který má o existenci takové nemocnice zájem. Doporučujeme též výhledově zavést finanční spoluúčast pacienta na nákladech na hotelové služby v nemocnici s tím, že se k tomuto zavedení přistoupí současně se zavedením osobních účtů pacienta. A konečně doporučujeme vyjmout ekonomicky náročné programy z dosavadního běžného financování přes pojišťovny a financovat je ze zvláštního pojistného fondu pro financování obzvláště nákladných zákroků či chorob, který by byl vyčleněn z vybraného pojistného.

4.3 ZLEPŠIT KVALITU MANAGEMENTU NEMOCNIC A DOSÁHNOUT, ABY SE ZÁJMY MANAGEMENTU ZTOTOŽŇOVALY SE ZÁJMY NEMOCNICE

4.31 Hlavní zdroje potíží

Rozhodující vliv na efektivní chod nemocnice má její management. Mnohá dobře míněná opatření přijímaná orgány, jež stojí mimo nemocnici, se mohou zcela minout účinkem, nebudou-li managementem nemocnice realizována. Smyslem ekonomického, chování nemocnice by mělo být účelné vynakládání prostředků, jež má nemocnice k dispozici. A o tom se může efektivně rozhodovat pouze v nemocnici.

Dnešní management nemocnic není v některých případech na dostatečné kvalitní úrovni a obecně nemá pro svou práci dobré podmínky:

- a) vlastník nemocnice neprojevuje o efektivní a ekonomický chod nemocnice dostatečný zájem;
- b) management nemocnice musí často činit některá nepopulární opatření; v těchto případech nemá dostatečnou podporu vlastníka;
- c) management nemocnice je vystaven tlaku dodavatelů léků a zdravotnické techniky; ani v tomto případě nemá při svých jednáních s nimi dostatečnou podporu vlastníka;
- d) management nemocnice nemá pocit jistoty, že tlaky, které v konfliktních situacích vyvolají jeho protivníci (v situacích, kdy bude energicky vystupovat v zájmu nemocnice), nebudou pro něj mít negativní důsledky.

Za těchto podmínek se může stát, že ve svých funkcích bude nejlépe přežívat takový management, který bez ohledu na zájmy nemocnice, bude nemocnici co nejméně řídit a bude se snažit mít ke svému okolí co nejméně konfliktní vztahy.

Změny, k nimž po listopadu 1989 ve zdravotnictví došlo, poskytly managementu nemocnice značnou samostatnost. To s sebou přineslo řadu výhod. Na druhé straně uvolnění organizační a řídicí disciplíny umožnilo ředitelům i celým vedením nemocnic získat vůči zřizovatelům i vůči těm, kdo je financují (především vůči pojišťovnám) dosti nezávislé postavení. Trvalé poukazování na nedostatky v sazebníku (které ovšem existují); na nedostatky legislativních dokumentů atd. vedlo k tomu, že se viník za špatnou ekonomickou situaci nemocnic hledal především mimo nemocnici. Po ohlášení dluhů nemocnic (podzim 1994, jaro 1995) zřizovatelé nevyvodili vůči vedením nemocnic žádná opatření a ty nebyly nuceny zavést úsporné programy. Náklady v nemocnicích (a dluhy) rostly dál. Snaha svrhnout všechnu za špatnou situaci na někoho jiného převažuje

nad snahou zlepšit hospodaření nemocnice a její efektivnost (to neznamená, že by na špatné ekonomické situaci nemocnic zřizovatelé a další orgány nenesly také vinu).

Zájem o zvýšení efektivnosti práce nemocnic lze vyprovokovat jenom tehdy, když vedoucí na různých úrovních ucítí, že další zhoršování situace by mohlo vést k omezení činnosti nemocnice, ke snižování počtu lékařských míst a případně i k likvidaci nemocnice. Zatím ani ředitelé, ani jejich podřízení takový tlak necítí. Tlak na ekonomické chování managementu nemocnice je často nižší než tlak vyvolávaný na management různými lobby (zejména lobby dodavatelských firem), což se může velmi negativně projevit na hospodaření nemocnice.

Důsledkem této situace je, že nemocnice jako systém nefunguje tak hospodárně jak by při dnešních technických a ekonomických podmínkách mohla.

V nemocnici by se totiž měly:

- a) poskytovat pouze takové intervence, jejichž medicínská efektivita je prokázána a taková vyšetření, která jsou potřebná a jejichž výsledky jsou využitelné (v nemocnicích existuje nadprodukce diagnostických výkonů);
- b) při existenci několika možností léčby s přibližně stejným výsledkem, zvolit takové postupy, které jsou nejlevnější;
- c) oprávněné výkony by se měly poskytovat při zlepšování produktivity a technické kvality;
- d) měla by se používat jen ta léčiva, která jsou opravdu potřebná, z podobných léčiv volit to nejméně náklade;
- e) mělo by se pořizovat jen nezbytné přístrojové vybavení, nezbytné investice, o jejich pořízení rozhodovat na základě objektivního výběrového řízení;
- f) léčiva, přístrojové vybavení i služby odebírat od dodavatelů, kteří je jsou schopni poskytnout za nejvýhodnějších podmínek;**
- g) kvalifikovaní pracovníci by se měli využívat pouze k práci odpovídající jejich kvalifikaci, v počtu, který je pro danou práci potřebný a po dobu, která je k dané práci nutná, apod.

I když se všechny uvedené požadavky zdají být zcela samozřejmé, máme oprávněné důvody se domnívat, že se v mnoha případech nerespektují a finanční částky, které tak z prostředků určených na financování zdravotní péče unikají, jsou značné. Některé kvalifikované odhady uvádějí, že vinou nedostatečně kvalitního řízení se může v systému promarnit 20 - 25% prostředků.

Přitom by patrně bylo možno tyto ztráty podstatně snížit. Oblast a) a b) Sze částečně ovlivnit na celostátní úrovni (standards, doporučené léčebné postupy), o oblast c) až g) (jakož i o další zde neuvedené oblasti) musí dbát management všech úrovní a kontrolní aparát. Existují i některé propracované metody, jež by mohly být při rozhodování v některých oblastech nápomocny, jako na př. cosi effecciveness analysis, cost utility analysis, technosogical assessment apod..

Úspěšnost nemocnice je nutno hodnotit především ze čtyř hledisek. Z hlediska kvality zdravotní péče, z hlediska hospodárnosti a efektivnosti této péče, z hlediska

hospodárního chodu nemocnice jako celku a z hlediska spokojenosti pacientů.

Z hlediska kvality zdravotní péče by to mělo být úlohou profesních skupin pod dozorem ministerstva a komory (pokud by komora byla schopna nestranného hodnocení zajistit). Mělo by to být prováděno na celostátní úrovni formou ratingu (v USA byla pro tento účel vytvořena nezisková organizace). Na hodnocení hospodárnosti a efektivnosti péče by se mohly podílet též příslušné pojišťovny. Hospodárny chod nemocnice jako celku by měl zajímat především zřizovatele. Toto hodnocení lze realizovat na bázi dobře zvoleného souboru ukazatelů. Takové připravené soubory ukazatelů existují, jedním z nich je systém připravený Z. Papešem ("motýl").

Spokojenost pacientů lze hodnotit pomocí občasného jednorázového sociologického průzkumu.

4.32 Možnosti řešení (předběžné návrhy)

Pro zlepšení situace je účelné podniknout několik souběžných kroků:

- a) Zkvalitnit výběr ředitelů nemocnic a to i tím, že bude věnována značná péče jmenování konkursní komise, v níž by měl být velmi omezen vliv dodavatelských lobby i konkurenčních nemocnic,
- b) Od jmenovaných ředitelů žádat, aby energicky usilovali o ekonomický chod nemocnice, ovšem v mezích profesní i občanské etiky. V tomto směru jejich kroky plně podporovat, neovlivňovat a nezpochybňovat jejich rozhodnutí.
- c) Dbát o to, aby různé firmy dodávající léčiva či technické zařízení neměly možnost prostřednictvím svých finančně silných lobby prosazovat pro sebe výhodnější podmínky a tak zbytečně připravovat pojistné fondy o zdroje.
- d) Při schvalování investic na drahé přístroje hrazených ze státního rozpočtu ve zvláštních k tomu určených komisích zvažovat nejen nutnost pořízení tohoto přístroje, ale též skutečnost, že zdravotní pojišťovny pak budou muset provoz tohoto přístroje financovat, že pro provoz přístroje jsou potřeba další pracovníci, a že v příštím období budou náklady nemocnice zatíženy o odpisy zařízení (vše platí obdobně i pro přístroje zakoupené ze sponzorských darů).
- e) V pravidelných (několikaletých) obdobích hodnotit činnost managementu a to z hlediska kvality v nemocnici poskytované zdravotní péče, z hlediska hospodárnosti a efektivnosti této péče, z hlediska hospodárního chodu nemocnice jako celku a z hlediska spokojenosti pacientů. Na základě tohoto hodnocení uzavírat s ředitelem nemocnice termínovanou manažerskou pracovní smlouvu obsahující jasné vymezení jeho práv a povinností..

Souhrn doporučení:

Zkvalitnit výběr ředitelů nemocnic, důrazně od nich žádat efektivní činnost, avšak plně podporovat jejich rozhodnutí i proti, zájmům finančně silných lobby, jejichž vliv v resorty by se měl omezovat. Činnost managementu po několika letech pravidelně hodnotit a na základě toho uzavírat s ředitelem termínovanou manažerskou smlouvu.

4.4 ZLEPŠIT MOTIVACI NEMOCNICE A JEJÍCH PRACOVNÍKŮ

4.41 Hlavní zdroje potíží

Příjem nemocnice je z rozhodující části tvořen, poplatkem za službu. Nerozlišuje se kvalita služby, na ní příjem nezávisí, závisí pouze na množství poskytnutých služeb. Motivace nemocnice na ekonomicky účelné léčbě tedy neexistuje.

Snaha lékařů je léčit pacienta co nejlépe a to v podstatě bez ohledu na náklady. Nemocnice léčí za úhradu částek, jež se jí podaří pojišťovně vykázat. Pokud by nějaký lékař nemocnice léčil úsporněji a vykázal nižší částky, snižuje příjem nemocnice, což z hlediska nemocnice není žádoucí. Pokud se i ve vedení nemocnice objeví snaha o hospodárné léčení, taková snaha se na lékaře zatím příliš nepřenáší. Přitom je zřejmé, že v mnoha případech lze volit různé varianty léčby (různý klinický styl), které jsou přibližně stejně dobré, ale z hlediska nákladů odlišné.

Systém motivuje nemocnice k poskytování co nejrozsáhlejší ambulanti péče s důrazem na dobře placené diagnostické výkony (pozitivním důsledkem je podstatně lepší technické vybavení nemocnic). Výhledově by se pravděpodobně mělo v nemocnicích omezit poskytování ambulanti péče pouze na akutní případy a současně by se měla omezit možnost dlouhodobého sledování pacienta po propuštění. (Pacient je nyní po propuštění pravidelně kontrolován souběžně lékařem, který jej na hospitalizaci vyslal, i oddělením, které jej propustilo a to i v případech, kdy to není nutné a po dlouhou dobu).

Systém motivuje nemocnici k tomu, aby bylo ležícímu pacientovi poskytováno co nejvíce výkonů, které jsou mimo agregované platby, zejména diagnostické výkony.

V dnešní době je hlavním cílem mnohých nemocnic ekonomicky přežít. Tomu management nemocnice také podřizuje svou aktivitu. Z tohoto důvodu se též soustředí především na řešení problémů krátkodobého charakteru, protože pro strategické záměry nemá ani čas ani dostatek zdrojů.

Pro management nemocnice je mnohem obtížnější zohospodárňovat její provoz a dosahovat úspory (neb to se dotýká mnoha zájmů a vyvolává odpor) než získat další příjmy či zdroje. Proto se nemocnice nejčastěji soustředí především na zvyšování objemu svých zdravotnických i jiných služeb a na rozšiřování jejich palety. To ovšem vede k růstu nároků nemocnice na výši plateb od zdravotnických pojišťoven.

Existující systém úhrad vyvolává u nemocnice, kromě toho co bylo řečeno, též tyto tendence:

- tendenci požadovat na pojišťovně úhradu dražších léčiv i PZT mimo lékový paušál včetně snahy co nejvíce materiálu účtovat na účtu 03 (mimo úhradu výkonem či v paušálu ošetrovacího dne);
- tendenci měnit strukturu různých odborných oddělení podle výnosnosti (nárůst dialýz).
- **tendenci; zřizovat téměř na každém oddělení lůžka JIP a na nich umísťovat všechny pacienty s dražšími léky, bez ohledu na to zda splňují indikaci k pobytu na JIP.**

Ožehavým problémem dneška je odměňování zdravotnického personálu nemocnic a jeho motivace. Potenciální stávkové hnutí, podporované dnes otevřeně či skrytě prakticky

všemi odborovými i profesionálními složkami zdravotníků a zčásti i laickou veřejností, požaduje zvýšení tarifních platů v průměru až o 40%. Ministerstvo zdravotnictví a vláda navrhuje zrušení tarifních platů a zavedení smluvních platů. Tím přesouvají zodpovědnost za mzdovou politiku, s níž se ministerstvo po delší dobu nedovedlo vyrovnat, na ředitele nemocnic.

Při diskuzích o platech lékařů a jejich srovnávání s platy v zahraničí se často příliš zjednodušuje. Nesrovnávají se stejné úrovně pracovníků (na př. platy lékaře 3 roky po promoci ve státní nemocnici u nás s platem stejně postaveného lékaře v zahraničí), k přepočtu se používá existující (pro nás nevýhodný) směnný kurs, ačkoliv by se měla srovnávat kupní síla piateu v dané zemi (pokud ovšem lékař mající ordinaci a beroucí plat na př. v Německu nebydlí a nenakupuje pouze v České republice), nesrovnává se intenzita práce atd. Mezinárodní srovnání jsou vždy velmi obtížná, protože se často některé údaje vytrhují z kontextu, čímž ztrácejí svou vypovídací schopnost. Ovšem to, že někteří lékaři ve státních nemocnicích jsou odměňováni hůře než odpovídá jejich kvalifikaci i intenzitě práce, je mimo diskusi. Totéž ovšem platí i o řadě odborníků jiných profesí pracujících v jiných oblastech.

Zrušení tarifních platů v nemocnicích a zavedení smluvních platů nepochybně účelné. Umožní to podstatně vyšší diferenciaci v odměňování různě schopných lékařů a sester. Pokud se ovšem ředitel odváží takovou diferenciaci v dnešním klimatu provést. Nedostatkem je, že k tomuto zavádění smluvních platů dochází právě nyní pod tlakem na zvýšení platů ze sírany odborových i profesních organizací zdravotníků. Smluvní platy měly být v nemocnicích zavedeny minimálně již před rokem. Dnes to bude spojeno s obtížemi, již jen i proto, že v nemocnicích je dnes asi o 5000 lékařů více než v 1992.

Při zavádění smluvních platů přichází v úvahu několik variant:

A: Za předpokladu, že objem prostředků, jež má ředitel nemocnice k dispozici se nezvětší:

A 1. Platy **budou** ponechány ve stejné úrovni a pouze se převedou na smluvní platy. Takový přístup by nikam nevedl, má alibistický charakter, je však otázka, zda k němu někteří ředitelé, z obavy před lokálními zmatky, nepřistoupí se zdůvodněním, že platy snižovat nebudou a že na navýšení jim ministerstvo nedalo prostředky.

A 2. Platy budou diferencovány, některé zvýšeny, některé sraženy, součet zvýšení a snížení se bude **rovnat nule**.

Dojde k velmi silné reakci pracovníků u nichž byly platy sníženy. V dnešní době budou mít za sebou pravděpodobně silnou podporu odborových organizací a může docházet ke střetům.

A 3. Platy budou diferencovány, některé zvýšeny, některé sníženy, s některými pracovníky bude **rozvázán pracovní poměr**, součet zvýšení a snížení se bude rovnat nule. Umožnilo by to nepochybně silnější diferenciaci, avšak reakce odborových organizací může být podstatně silnější než v minulém případě a mohou mít za sebou i značnou podporu laické veřejnosti. Jako jednorázová akce je to pravděpodobně politicky

neprůchodné, **jako** postupný plíživý **proces to** může být reálné.

A 4. Platy budou diferencovány, některé zvýšeny, některé sníženy, s některými pracovníky bude rozvázán pracovní poměr součet zvýšení bude nižší než součet úspor, část **ušetřených** prostředků bude přesunuta na jiné účely.

Teoreticky si lze představit i takovou situaci, i když je málo pravděpodobná. Mohou však existovat regiony s nedostatkem pracovních příležitostí, kde by se pravděpodobně střední a nižší zdravotnický personál nemohl dosti dobře bránit.

B: Za předpokladu, že objem prostředků, jež *má* ředitel nemocnice k dispozici, bude zvýšen.

Za tohoto předpokladu by uplatnění smluvních platů mohlo být dobře průchodně. V takovém případě by byla realizovatelná i modifikovaná obdoba varianty A 3, kdy by postupně (a relativně velmi pomalu) mohlo dojít i k rozvazování pracovních poměrů s některými lékaři. Zdrojem tohoto zvýšení prostředků by mohla být některá z variant uvedených v bodě 4.22, z nichž každá má vlastně svůj počáteční finanční zdroj ve zvýšení a (či) redistribuci státního příspěvku do pojistného fondu za osoby nevýdělečně činné.

Zavedení smluvních platů umožní též řešit některé otázky plateb za služby. Tyto platby by mohly být u všech lékařů hrazeny jednotnou částkou a nikoliv částkou procentuálně závislou na výši platu. Tím by pracovníci vyšších platových kategorií pravděpodobně ztráceli o tyto služby zájem, sloužili by je mladší lékaři a náklady na služby by se podstatně snížily (pro některého z vedoucích specialistů nemocnice, s měsíčním platem 30 - 45 000 Kč, je dnes na př. víkendová služba v nemocnici velmi lukrativní, pro nemocnici je zbytečným přepychem).

4.42 Možnosti řešení (předběžné návrhy)

Přijetím doporučení uvedených v bodu 4.22 (např. financováním nemocnic na základě předem kontrahovaného objemu služeb dohodnutou částkou pro kalendářní období) se zruší či sníží výlučný zájem nemocnice na provádění (vykazování) co největšího počtu výkonů. Doporučujeme zavést diferencovaně smluvní platy s tím, že současně bude ze státního rozpočtu (přímo nebo zprostředkovaně - prostřednictvím zvýšení základu pro stanovení příspěvku státu do pojistného fondu za osoby nevýdělečně činné) zvýšen objem finančních prostředků, jež má ředitel pro tyto účely k dispozici.

4.5 ZLEPŠIT STRUKTURNÍ SLOŽENÍ PRACOVNÍKŮ NEMOCNICE

4.51 Hlavní zdroje potíží

V nemocnicích existuje často nevhodná struktura pracovníků, to neplatí jen o nevhodné relaci mezi počtem lékařů, sester a pomocného personálu, ale i o relacích mezi počty

těchto pracovníků na různých odděleních. Tyto relace se vyvinuly historicky, vytvořily se silné "vested interests" podporované rozvinutými externími vazbami primářů a dalších předních pracovníků těchto oddělení a je velmi nesnadné je měnit.

Počet lékařů v nemocnicích od r. 1989 postupně vzrůstal, při čemž se poněkud snížil počet akutních nemocničních lůžek. Kvalifikované odhady uvádějí, že v nemocnicích (v jejich lůžkové i ambulantní části) pracuje asi o 5000 lékařů více než by odpovídalo dané úrovni ambulantního i lůžkového provozu. Pokud máme zájem o zvýšení hospodárnosti a efektivnosti nemocničního provozu, pak by tito lékaři měli postupně z nemocniční sféry odejít. Problémem je ovšem kde absorbovat nadbytečné lékaře. Někteří mohou nalézt zaměstnání jako revizní lékaři pojišťoven (jde především starší ročníky). Několik může přejít k farmaceutickým firmám či k jiným firmám, jež mají kontakt se zdravotnictvím. Tyto absorpční možnosti však budou zcela jistě nedostatečné.

Pokud by uvolnění lékaři měli zájem si otevřít vlastní soukromou praxi a některá pojišťovna by s nimi uzavřela smlouvu, bude to zvyšovat finanční nároky na pojistné fondy. (Objem služeb poskytovaných nemocnicí při odchodu těchto lékařů pravděpodobně téměř neklesne. Služby poskytované novými poskytovateli zčásti povedou k nepatrným přesunům v objemu poskytovaných služeb mezi poskytovateli (lékař, kterému pacient odejde, bude ztrátu kompenzovat - při současném systému úhrad -vyšším objemem služeb poskytovaným ostatním pacientům), avšak v každém případě vyvolají další nároky na pojistné fondy. Další možnost by byla, že by si někteří z těchto lékařů otevřeli soukromou praxi bez smlouvy s pojišťovnou a poskytovali služby za úhradu.

Situaci komplikuje názor, který přežívá se socialismu a je stále velmi intenzivní, že totiž v případě, že "společnost za státní peníze nechala vystudovat někoho na lékaře, je povinna mu zajistit, aby jako lékař mohl též pracovat." Toto se obecně nepředpokládá u absolventů chemických fakult, absolventů AMU a pod. Problém je zřejmě v tom, že studium lékaře je podstatně více specializované než studium jiných oborů a značně náročné, takže lékař nemá zájem, a často ani možnost, hledat uplatnění mimo svou profesi.

Asi bude nutné přikročit i v oblasti výchovy lékařů a specialistů k nějakým formám regulace vstupu do těchto profesí či specializací. I když to není populární, je i z politického hlediska problematické vychovávat nadměrný počet lékařů a specialistů pro něž pak nebude uplatnění. Zatím se zdá, že žádná autoregulace v tomto směru nefunguje. Statistika ukazuje, že v r. 1980 na lékařských a zdravotně sociálních fakultách absolvovalo na standardním studiu celkem 1898 osob. v r. 1985 celkem 1506 osob, v.r. 1990 sice jen 1049 osob, zato v r. 1994 již opět 1546 osob. Vývoj v nově přijatých posluchačích je snad z tohoto hlediska poněkud příznivější. Zde je to v r. 1980 1203 posluchačů, v r. 1985 1391 posluchačů, v r. 1990 1884 (!!!) posluchačů (pravděpodobně reakce na kádrová uvolnění po listopadu 1989), avšak v r. 1994 jen 1130 posluchačů.

Přesto je pravděpodobně z hlediska nutného generačního doplňování lékařského personálu tento počet nadměrný.

Obdobný - a snad ještě vážnější problém - existuje ve výchově specialistů. Zde by patrně komora měla hrát podstatně významnější úlohu a jistým způsobem regulovat vstup lékařů do jednotlivých specializací.

Je velmi obtížné odhadnout budoucí potřebu zdravotnického personálu nemocnic a jeho žádoucí kvalifikační i oborovou strukturu, pokud není ujasněna zdravotně-ekonomická politika resortu.

4.52 Možnosti řešení (předběžné návrhy)

*Co nejdříve vypracovat návrh zdravotně-ekonomické politiky resortu, z něhož by se dalo přibližně usoudit na budoucí potřebu zdravotnického personálu nemocnic a má jeho pravděpodobnou kvalifikační i **oborovou** strukturu. Tyto informace dát k dispozici managementu, nemocnic, jednotlivým lékařským fakultám a dalším zájemcům. **Vypracovat strategii pro** vytvoření poptávky po lékařích i mimo sféru aktivní medicínské péče, která by byla schopna během 2 - 3 let absorbovat **5 - 6090 lékařů**. Podporovat vznik **privátních praxí**, které by pracovaly za přímou finanční úhradu a neměly **kontrakt s pojišťovnami** na ošetřování pacientů v rámci solidárního zdravotního pojištění. Využít smluvních platů mimo **jiné** též jako nástroje pro postupnou redukci počtu lékařů v nemocniční sféře.*

4.6 ZMENŠIT KAPACITU AKUTNÍHO LŮŽKOVÉHO FONDU NEMOCNIC A UPRAVIT JEHO STRUKTURU

4.61 Hlavní zdroje potíží

Srovnání kapacity našeho fondu akutních lůžek s obdobným lůžkovým fondem v zahraničí a existující obloženost lůžek nasvědčují, že naše kapacita akutních lůžek je předimenzována, i když v některých okresech může být situace značně odlišná a někde je třeba respektovat specifickou polohu nemocnice a špatnou dostupnost jiných nemocnic v daném regionu (případ Kraslic). Obecně však lze soudit, že pokud poklesne obloženost lůžek v dané nemocnici pod 80%, resp. pokud se začne prodlužovat průměrná doba hospitalizace, indikuje to, že lůžkový fond je pravděpodobně předimenzován. Pravděpodobně na světě neexistuje stát (mnoho států) s takovou geografickou hustotou lůžek jako má Česká republika. Požadavky na počty akutních lůžek by se měly snižovat také tím, že současné se zvyšováním kvality a intenzity léčby klesá též průměrná doba hospitalizace.

K snižování počtu lůžek v jednotlivých oborech je nutno přistupovat velmi diferencovaně, v regionu mohou existovat obory, kde akutní lůžka chybí. Snižování počtu akutních lůžek nemá smysl provádět rušením několika postelí v jednotlivých odděleních. To nepřinese žádný efekt. Ekonomický smysl má zrušení celého oddělení, uzavření celého nemocničního pavilonu nebo, ještě lépe, uzavření některé zastaralé a méně potřebné nemocnice. To ovšem může představovat značný sociální a někdy i politický problém. Na druhé straně je účelné přeměnit oddělení s akutními lůžky na oddělení s ošetrovatelskými lůžky, kterých je stálý nedostatek, zastaralé nemocnice na zařízení LDN.

Současné klima v nemocnicích napomáhá k zachování existujícího stavu, prosazování změn existujícího stavu je obtížné. Platí to jak pro změny v poměru akutních a ošetrovatelských lůžek, tak pro změny v poměru akutních lůžek na různých odděleních.

Teoreticky by k rušení některých oddělení nemocnic nebo i celých nemocnic mohlo docházet působením trhu, a to tak, že by pacienti (pojišťovna) o služby v některých nemocnicích přestali mít zájem, nebo že by provoz nemocnice byl ztrátový (to však zatím v mnoha případech stejné je, takže by to napřed předpokládalo změnit způsob financování nemocnic a systém stabilizovat tak, aby většina nemocnic pracovala se ziskem, některé měly vyrovnaný rozpočet a některé vykazovaly menší či větší ztráty).

4.62 Možnosti řešení (předběžné návrhy)

Co nejdříve vypracovat návrh zdravotně-ekonomické politiky resortu, z něhož by se dalo přibližně usoudit na budoucí potřebu akutního lůžkového fondu, na jeho oborovou strukturu a regionální rozložení. Na jeho základě by pojišťovny, zejména VZP, mohly zpracovat svou představu o objemu jimi kontrahované nemocniční péče dle oborů a regionů (velkých nemocnic). Na základě těchto materiálů by ředitelé nemocnic zvážili s jakým rozsahem nemocniční péče by ve své spádové oblasti, mohli v budoucnosti počítat a jaké finanční prostředky pravděpodobně budou mít k dispozici, jakou míru rizika jsou ochotni nést a podle toho by rozhodli o úpravách lůžkového fondu. V některých závažnějších případech, zejména pokud by šlo o uzavření nemocnice, by na základě těchto informací a dalších jednání rozhodl vlastník (zřizovatel). S výhodou bude převádět některá oddělení s akutními lůžky na oddělení s ošetrovatelskými lůžky, případně některé starší nemocnice na zařízení LDN.

II. MOŽNOSTI PERSPEKTIVNÍHO VYUŽITÍ CASE MIX SYSTÉMŮ V NEMOCNIČNÍ PÉČI

1. Zaměření práce

Práce druhého týmu se zaměřila na studium hlavních typů case mix systémů, získávání rešerší o relevantních pramenech a získávání pokladových materiálů o hlavních case mix systémech, především o DRG a později též o PMC.

2. Stručná informace o hlavních získaných

poznatkách 2.1 Vznik case mix metod

Pro zmírnění napětí mezi zdroji a potřebami finančních prostředků ve zdravotnictví mohou přispět některé novější systémy úhrad za spotřebovanou zdravotní péči. K jednomu takovému řešení přistoupily koncem 70. a v 80. letech nemocenské pojišťovny Blue Cross a Blue Shield v USA, pojišťující starou a nemajetnou část americké populace (ty, jejichž celé nemocenské pojištění hradil zaměstnavatel), u které se nedalo

předpokládat, že by mohlo dojít ke zvýšení pojistných částek a *tím* i ke zvýšení finančního potenciálu pojišťoven.

Vznikly systémy úhrad zdravotních služeb jednotlivých případů pomocí paušálů (case mix), které, modifikovány, fungují dodnes a staly se nebo stávají se vzorem nebo návodem pro koncepcie různých typů financování zdravotní péče poskytované především lůžkovými zařízeními (např. Austrálie, Irsko, SRN, Maďarsko, Wales).

V USA byly vyvinuty i case mix systémy pro ambulantní sféru (např. ACG - Ambulatory Case Categories), ale ty se jeví jako málo přesvědčivé a tím i málo použitelné, protože jsou příliš sofistikované a zatřídovací způsoby velmi komplikované a málo užitečné (téměř neumožňují identifikaci případu).

2.2 Hlavní case mix metody

Mezi užívanými hospitalizačními case mix systémy dominují dva odlišné způsoby seskupování hospitalizovaných případů, které mají dnes mnoho variant, verzí a modifikací:

- starší DRG (Diagnosis Related Groups), vytvořený Yaleovou univerzitou a
- mladší PMC (Patient Management Categories), vzniklý na univerzitě v Pittsburghu.

V současnosti je systém DRG aplikován v Maďarsku (1995), PMC se zavádí v SRN (průběžně podle odborností) se silným akcentem výhrad vůči DRG.

Základní rozdíl mezi DRG a PMC:

1) DRG - uplatňuje se členění případů do skupin (bloků) diagnóz; vyznačuje se syntetizující (globální) formou přístupu a vzhledem ke zvolené metodě postupu jej nelze zavádět postupně (po částech);

2) PMC - v něm se případy člení do diagnostických skupin (diagnózy a pak se dále ještě uplatňuje členění podle použitého způsobu terapie); vyznačuje se analytickou formou přístupu a lze jej zavádět buď postupně nebo až po dlouholetém shromažďování podkladů (v Evropě se nikde nepoužívá na všechny hospitalizační obory).

2.3 Metoda DRG

2.31 Podstata

DRG je metodika výpočtu, u níž je k určení relevantního DRG významná souvislost diagnózy s průměrnou délkou hospitalizace (údaj MLOS - průměrná délka hospitalizace) dané diagnózy. Z tohoto hlediska je významná i závislost na přesnosti určení diagnózy (možné difference mezi přijímací a propouštěcí, pooperační a jinou diagnózou, případné pitevní diagnózou). Primárně bylo DRG koncipováno jako nákladová klasifikace onemocnění, proto může diagnostická nepřesnost (chtěná i nechtěná) způsobit různost

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

v zařídění do DRG, znamenající v případech užití DRG jako předpisu pro úhrady i jiné finančního ohodnocení (různou výši nákladů na [za] hospitalizaci).

Zatřídění do skupin DRG původních modelu DRG (a dále do MDC [major diseases code]) se objektivizuje v zásadě podle:

- délky hospitalizace, základního prvku výpočtu,
- subjektivních obtíží a rozsahu onemocnění vymezených jako:
 - komplikace (sekundární diagnózy),
 - souběh onemocnění (komorbidita - souběžné diagnózy)

- objektivních způsobů terapie (členění na DRG s chirurgickým výkonem ("S") a léčené ("M")).

Použitým faktorem objektivizace je věk pacienta (u Medicaid DRG ve škále 0 do 17 let, nad 17 let), který však není vždy použit při výsledném třídění (pokud nebyl rozdíl v délce hospitalizace shodných diagnóz vázaných k věku statisticky významný).

Kritériem pro uznání samostatnosti skupiny (DRG) byla podmínka, že musí zahrnovat více než 100 případů výskytu dané diagnózy nebo shluku diagnóz. Proto žádný z použitých variabilních znaků nesměl zredukovat vzniklou variační skupinu o více než 1 % hodnoty střední délky hospitalizace.

Členění onemocnění jenom podle délky hospitalizace je tříděním, které nemůže určit faktickou (klinickou) závažnost stavu a vývoje samotného onemocnění, proto byl závažný nedostatek v klasifikaci metodicky doplněn tímto dalším dělením (specifikací).

Nové verze DRG akceptují některá nová kritéria klasifikace a třídění (např. stav pacienta při propuštění z nemocnice, porodní váha plodu u neonatologických diagnóz) a na jejich základě vznikají nové odvozeniny DRG, které mají společný základ: shodnou metodiku výpočtu orientovanou na průměrování délky hospitalizace (AP-DRG, APR-DRG zahrnující celé spektrum hospitalizované nemocnosti, NACHRI zaměřené na pediatrii).

Cenová charakteristika jednotlivých DRG je vyjádřena poměrným ukazatelem (údaj RW

- relativní váha) velikosti základní jednotky ceny, která může sloužit (a v USA slouží) jako nákladová jednotka pro úhradu. Výpočet RW probíhá obdobně jako u výpočtu MLOS - vyjadřuje podíl průměrné ceny terapie DRG k průměrné celkové ceně.

2.32 Oblasti **použití**

Systém DRG je různě využíván. Slouží:

- při přímém financování nemocnic jako nástroj faktického stanovení skutečných nákladů a úhrady za hospitalizace případu, kdy je DRG akceptován jako tarifní předpis (vyznačující faktickou výši nákladů za hospitalizaci[e]) (takto je užíván především v USA) nebo

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

- pro management nemocnic jako nástroj finančního plánu, rozpočtu, formulace a prognóz finančních potřeb nemocnic, lůžkových oddělení, sledování (kontroly) kvality poskytované zdravotní péče (což autoři metody DRG chápou jako sekundární produkt použití DRG apod.), kdy není akceptována přímo tarifní, ale formálně analytická složka nákladů DRG (toto je převládající forma využití DRG v evropských státech).

2.33 Výhody a nevýhody DRG

Výhody uplatnění DRG:

- seskupení onemocnění a terapeutických výkonů a procedur do DRG (které není pouze jednoznačně klinickou a proto subjektivní charakteristikou), umožňuje na různých úrovních zdravotnických služeb měření (a hodnocení) kvality a výkonů, klinické a rozpočtové řízení, plánování, komparaci údajů atd.
- možnost rozšířit metodologii na rehabilitační péče.

Nevýhody DRG:

- praktické užívání nejednotné klasifikace diagnóz a terapeutických a operačních výkonů (vliv subjektivních názorů lékaře),
- nutná vysoká kvalita lékařských informací,
- nedostatečná klinická specifikace onemocnění,
- z klinického hlediska je seskupení onemocnění (diagnóz) do DRG v podstatě irelevantní, protože při tvorbě skupin byl tento aspekt uplatňován ne zcela důsledně a mnohdy nebyl uplatněn vůbec.

DRG se v praxi využívá k nejrůznějším výše jmenovaným účelům.

2.4 Metoda PMC 2.41

Podstata metody

PMC je metodicky založeno na diagnóze, jež je dále specifikována klinicky (forma terapie nebo zákroku, výkon charakterizující [upřesňující] terapii diagnózy). Diagnózy s nákladovými charakteristikami jsou dále seskupovány do unifikčních skupin. Vytvoření struktury PMC je proto výhradně klinickou záležitostí a je podmíněno některými definičními nutnostmi (především potřebou vymezení definice výkonu).

Objektivizace dat případů pro zatřídění do PMC:

- důvod hospitalizace,
- projevy onemocnění,
- symptomy nemoci,
- diagnóza, kombinace diagnóz,
- pravděpodobnost komplikace,
- způsob terapie,
- postup terapie (mezistupeň PMP [Patient Management Procedures] pro zatřídění do PMC).

To, že je PMC výhradně klinickou záležitostí, je významným rozdílem proti DRG, které je založeno na statistickém seskupování podle délky hospitalizace. PMC je však detailnější (zvláště v diagnostice symptomů a stavu onemocnění) a to platí ve vztahu ke kterékoliv verzi DRG.

Tvorba PMC je časově velmi náročná (v SRN byly věnovány 3 roky na zformulování chirurgických PMC, v interní medicíně se v SRN možnosti uplatnění PMC teprve zkoumají), protože jí nelze uplatnit na retrospektivních datech, která se mohou uplatnit při tvorbě DRG.

2.42 Oblasti **použití**

Užití může být obdobné jako u DRG, protože každé PMC je spojeno i s cenovými ukazateli. Tento systém lze uplatnit jako:

- lékařský a ekonomický informační a komunikační instrument,
- pro kontrolu kvality poskytnuté péče,
- pro určování nákladů a počtu výkonů,
- pro plánování zdrojů,
- pro vnitřní rozpočet založený na základní struktuře pacientů,
- pro paušalizaci nákladů za případ (postupné zavádění financování lůžkových zařízení relevantními paušály).

2.43 Výhody a nevýhody

Výhody PMC:

- průhlednost výkonů,
- průhlednost nákladů a z toho vyplývající možnosti:
 - kontroly kvality,
 - kontroly nákladů,
 - srovnávání nákladů,
 - srovnávání terapeutických postupů,
- skupiny nemocí jsou klinicky relevantnější.

Nevýhody PMC:

- subjektivní užívání klasifikace diagnóz,
- dlouhý časový úsek potřebný pro vytvoření PMC,
- nutná vysoká kvalita lékařských informací (více než pro DRG),
- dlouhý časový úsek pro aplikaci,
- nemožnost zavést je jednorázové.

III.. STRUKTURA A VELKOST FINANČNÍCH TOKŮ V SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE

Tým se soustředil především na identifikaci celkového rozsahu financí, které jdou na konto zdravotnictví resp. na konto zdraví obyvatel. Zde není zatím cílem podat podrobnou zprávu o řešení, ale uvést některé rozpracované cesty.

Za významný považujeme problém vyjádření finanční potřeby a vybavenosti či přiměřenosti finančních zdrojů, což lze posuzovat hlavně ve srovnání s jinými zeměmi. V té souvislosti je třeba ovšem uvést některé poznatky o tom, co způsobuje omezení srovnatelnosti.

Prvním syntetickým pohledem je pokus o zarámování poznatku do širšího ekonomického rámce. Měl by být vytvořen jako rámec medicínsko ekonomický, ale to zatím není možné, protože problém je z pohledu ekonomů v efektivnosti využívání disponibilních zdrojů a z pohledu lékařů jde o nedostatek finančních zdrojů.

1. Celkový obraz finančních toků

Aby bylo možné vytvořit celkový obraz o rozsahu finančních toků, byl vybrán již uzavřený rok 1994 (nikoliv běžící rok 1995). Přesto se ukázalo že některé údaje jsou obtížně dostupné. Vstupní pohled je na zdroje ze zdravotního" pojištění.

ZDROJE DO ZDRAVOTNICTVÍ, JDOUCÍ CESTOU ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN					
druh zdrojů		mechaniz. přerozdělení		výdaje pojišťoven pro zdravotnictví	
zdroj	částka	vztahy	částka	druhy výdajů	celkem výdaje
pojištěnci VZP	32,547	do přerozděl.	19,528	úhrada zdravotní péče	49,304
		40% vlastní	13,019	další formy pojištění a vrac. zálohy	0,196
		z přerozděl.	35,100	provoz. a nepl. nákl.	1,378
		jiné zdroje	1,345	investice	0,553
		jiná pojištění	0,069	účetní fond	0,103
dotace pro VZP	1,000	dotace	1,000	odpisy	-0,159
		celkem	50,533	celkem	51,375
pojištěnci ZZP	17,495	do přerozděl.	10,497	úhrada zdravotní péče	13,529
		40% vlastní	6,998	nadstandard	0,395
		z přerozděl.	8,355	úč. fond-inv do zar.av	z 0,461
		jiné zdroje	0,301	investice	z 0,857
				provozní a správní nákl.	z 1,135
		celkem	15,654	celkem	z 16,377
části příspěvek	13,429			deficit ZZP..	-0,842
jiné z. VZPa ZZP	1,715			deficit VZP	-0,723
celkem	66,187	všechny ZP	66,187	celkem	67,706

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

POZNÁMKY:

- x) odhad na základě údaje o celkových příjmech ZZP podle MF
- w) podle údajů přerozdělení (podle údajů VZP 32.486. po odpočtu vrácených záloh 0,187 mld.Kč zdroje pojištění téměř shodné)
- z) podle podkladů MF

Kromě základního a rozsahem největšího zdroje ze zákonného všeobecného zdravotního pojištění jsou pro výdaje zdravotnictví významné další zdroje státu a některé další. Druhou největší položkou jsou výdaje státu pro investiční a neinvestiční potřeby zdravotnictví, financované, z centra a z regionů.

ZDROJE STÁTU PRO ZDRAVOTNICTVÍ, JDOUCÍ JINÝMI CESTAMI					
zdroj	částka	úlohové užití	částka	použití	částky
SR pro zdravotnictví					
kapitola 335	7,697	neinvestiční	3,509	rozpoč. organizace - mzdy věcné výdaje příspěvy organizace dotace obě sdruž. a jiné	0,354 0,936 1,843 0,375
		investiční	4,188	rozpoč. organizace vybrané inv. akce systém. dotace přísp. org.	0,220 2,894 1,075
kapitola 715	6,094	neinvestiční	3,543	zařízení zdrav. péče hygienická služba ost. zdravot. zařízení ost. činnosť ve zdravotnictví jiné výdaje a příspěvky	0,544 0,743 1,073 0,717 0,366
		investiční	2,551	zařízení zdrav. péče ost. činnosť ve zdravotnictví jiné výdaje a příspěvky	1,936 0,309 0,306
celkem	13,791	neinvestiční	7,052	celkem neinvestice	7,051
		investiční	6,739	celkem investice	6,740

Pokus o sestavení globálního pohledu na zdroje pro zdravotnictví ve vývoji posledních let je naznačen na následující tabulce. Je k tomu ovšem třeba říci, že jde o pokus, vycházející v údajích o skutečnostech hlavně z údajů o přerozdělení (u zdrojů z pojištění) a z právě uvedených údajů SR v kapitolách 335 a 715 a dále z odhadů skupiny u částek, kterou by bylo možné orientačně nazvat „spoluúčast“ (zde je také třeba připomenout, že odhady této spoluúčasti v dlouhodobém programu MZ se týkají jen léků).

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

	1993	1994	růst	1995	růst	1996	růst
			%		%		%
Příjmy zdravotního pojištění	59,10	63,47	107,39	72,25	113,83	88,90	120,28
zaměstnavatelé				54,50		64,90	119,08
z toho zaměstnanci				18,20		21,80	119,78
občané (OSVČ. . .)				5,80		6,20	106,90
z toho státní rozpočet	16,91	13,43	79,42	13,33	99,26	15,80	118,53
jiné zdr.pojišřoven		1,72		1,80		1,90	
dotace SR		1,00					
celkem příjmy pojišřoven	59,10	66,18		74,05		88,80	
Výdaje zdravotního pojištění	52,30	67,71	129,46	76,30	112,69	84,44	110,67
nemocniční péče				36,60		41,36	110,93
ambulantní péče				15,50		18,37	110,97
léky				17,90		17,40	97,21
láz.péče a doprava				2,60		2,80	107,69
režie pojišřoven				4,30		4,70	109,30
Saldo zdravotního pojištění							
v roce	6,40	-1,53		-2,25		4,36	
kumulativně	6,40	4,87		2,62		6,98	
Dotace ze státního rozpočtu	6,60	7,70	116,67	7,20	93,51	8,00	111,11
na neinvestice	2,80	3,50	125,00	4,00	114,29	4,10	102,50
na investice	3,80	4,20	110,53	3,20	76,19	3,90	121,88
Dotace místních rozpočtů	6,431 ^A	6,094 ^B	95,31	6,100 ^C	78,69	5,70 ^D	118,75
na neinvestice	3,20	3,90	121,88				
na investice	3,231	2,194	68,75				
Účast pacienta		10,20		11,00	41,18	11,00	142,86
dle MZ				4,20		6,00	
CELKEM VÝDAJE	65,33	91,70	140,36	100,60	109,70	109,14	108,49
ZDROJE	72,13	90,17	125,01	98,35	109,07	113,50	115,40

^A údaj MF

^B údaj MF

^C údaj MF (podle Dlouhodobého programu MZ 4.3)

^D údaj MZ (Dlouhodobý program)

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Má-li být dosaženo srovnatelnosti údajů se zahraničím, pak je třeba zabývat se nejen zdroji z povinného zdravotního pojištění (od zaměstnanců a zaměstnavatelů, OSVČ a státu) a zdroji ze státního rozpočtu, ale také zdroji, které jsou zahrnovány v zahraničí do pojmů spoluúčast pacienta, soukromé pojištění, ostatní (např. u nás citované přehledy Schneidera a kol. Zdravotní systémy v mezinárodním srovnání)

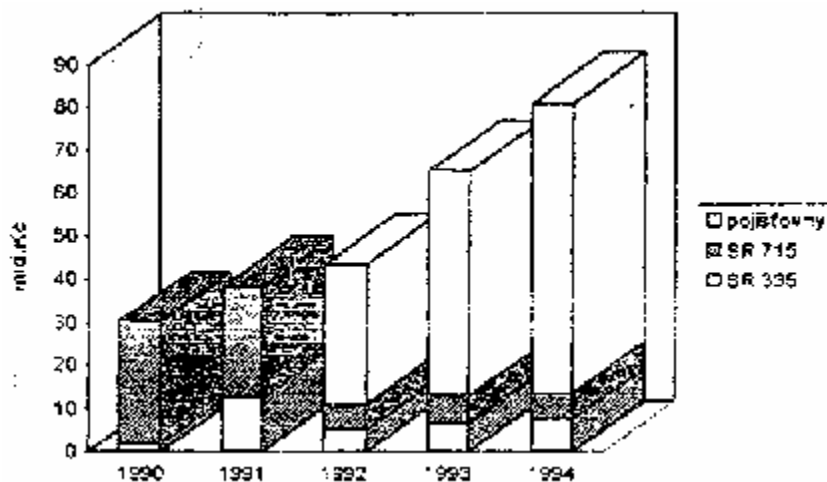
Další typy pojištění v tomto případě již nemusíme zvlášť zkoumat - jsou v položkách pojišťoven - např. VZP smluvní zdravotní pojištění a cestovní zdravotní pojištění).

Zvláštní otázkou jsou tedy hlavně odhady dalších zdrojů, které hradí občané v souvislosti s péčí o zdraví. Jde např. o položky (a jejich prozatímní odhady)

- léky v rámci spoluúčasti, proplácené VZP a ZZP 1,6?
- léky nákup *za. hotové* 3,8 ?
- stomatologové - platby, spoluúčast a soukromé služby (návštěvy, plomby, náhrady.....) 2,3 ?
- lázně - samostatné platby 1,4 ?
- lékaři za platby mimo sazebník, šedá ekonomika apod. 1,0?

Pro posuzování výdajů na zabezpečování zdraví obyvatelstva je důležité zabývat se dále i jejich dynamikou. Je zatím zpravidla vyjadřována pomocí výdajů na zdravotnictví (údaje oficiální, uváděné např. ÚZIS):

Vývoj struktury výdajů na zdravotnictví



2. Rozsah pojištění

Výši dávků se pro občana pojištění např. v Německu a u nás příliš neliší, významně se liší pro zaměstnavatele. Pro občana pojištěnce se však liší velmi významně pojištění v obou zemích hlavně rozsahem poskytovaných úhrad.

Nemocenským pojištěním se v zahraničí rozumí (podobně jako u nás ještě před rokem 1951) věcné i peněžní plnění v nemoci, zatímco u nás se pod zdravotním pojištěním rozumí jen věcné plnění. To není malý rozdíl. Můžeme ho připomenout základním pojetím, které u nás platilo před zrušením nemocenského pojištění v roce 1951. Toto pojetí se vyvíjelo v sousedních zemích nepřerušeno až do současnosti.

DAVKY VĚCNÉ

1. ošetřování v nemoci a zvláštní léčebná péče
 - ustavní ošetřování
 - mimoústavní ošetřování
 - zvláštní léčebná péče
 - výpomoc v rodině
2. pomoc v mateřství
 - ústavní ošetřování
 - mimoústavní ošetřování
 - dětská výbava
3. péče o chrap
4. pomoc při zmrzačení, zohydění a tělesných vadách
5. pomoc při neplodnosti

DAVKY PENĚŽITÉ

1. nemocenské
2. peněžité dávky v mateřství
3. podpory - při ústavním ošetřování
- při zvláštní léčebné péči
4. zvláštní výpomoc při sociálních chorobách
5. náhrada za výpomoc v rodině
6. pohřebné
7. náhrada cestovních výloh
8. náhrada nákladů desinfekce

V současné době jsou hrazeny peněžité dávky ze soustavy nemocenského pojištění a některé také ze sociální péče.

Při srovnávání je proto třeba mít vždy na paměti, že s výdaji na zdravotní pojištění musíme počítat přinejmenším výdaje na první čtyři položky současného nemocenského pojištění.

3. Zdroje ze zdravotního pojištění a jejich obsah

U nás se při mezinárodním srovnávání přechází mlčením (anebo si to opravdu už někteří přestali uvědomovat), že pro odlišný obsah nelze bez početních korekcí srovnávat nemocenské pojištění v zahraničí a zdravotní pojištění u nás.

Tak např. se platí na zdravotní pojištění z vyměřovacího základu

	Německo		ČR	
	zaměstnanec	zaměstnavatel	zaměstnanec	zaměstnavatel
zdravotní pojištění			4,5 %	9,0%
nemocenské pojištění	6,4%	6,4%	1,2%	3,6%
celkem	6,4%	6,4%	5,7%	12,6%

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Protože jde o povinné sociální pojištění, je užit princip solidarity, což prakticky znamená, že z pojistného pojištěnců jsou hrazeny také osoby ekonomicky závislé (rodinní příslušníci pojištěnců i další). Důchodci si v Německu platí pojištění rovněž, místo zaměstnavatele jim druhou polovinu platí stát.

U nás pojistné hradí jen osoby ekonomicky aktivní. O důchodce je tedy rozšířen počet osob, na než se vztahuje solidarita. Stát nad tuto solidaritu přispívá do zdravotního pojištění na každého občana bez vlastních příjmů částku odvozenou od minimální mzdy (v současné době je vyměřovacím základem pro tyto osoby 65% minimální mzdy, tzn. částka $0,135 \times 0,65 \times 2500 = 219,37$ Kč/měsíc; tato částka byla v loňském roce 193 Kč/měsíc, protože minimální mzdy byla 2200 Kč/měsíc).

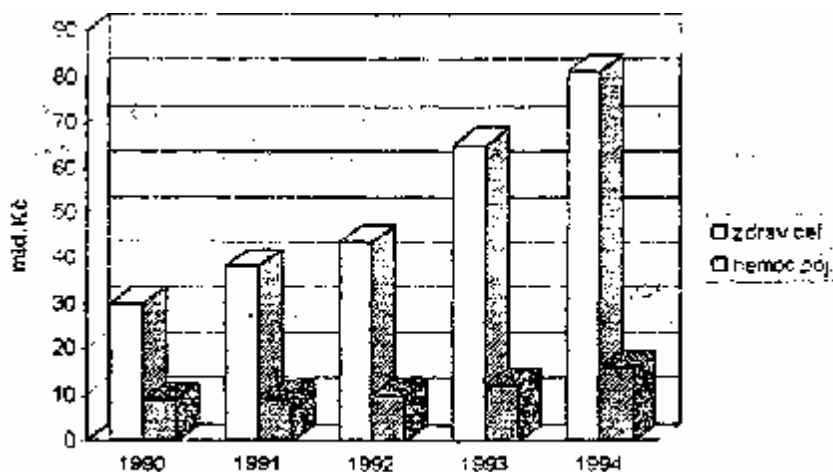
Pro posuzování úrovně financování zdravotních potřeb obyvatel a srovnávání úrovně financování mezi zeměmi je třeba vycházet z následujících hodnot.

	skut. 1994	roč.sk.1995
výdaje na zdravotní péči	87,0	97,0
výdaje na - nemocenské	13,6	16,1
- ošetřování člena rodiny	0,8	0,9
- pomoc v mateřství	1,7	U
celkem Pvn	103,1	115,7
příjmy státního rozpočtu	390,5	444,2
poměr Pvn/příjmy SR (%)	26,4	26,0
HDP	1037,5	1198,0
poměr Pvn/ HDP (%)	9,9	9,7

Pro účely potřeb v nemoci je tedy v současné době k dispozici částka, která přesahuje 100 miliard Kč. Ve vztahu k objemu státního rozpočtu tedy jde o částky, které jsou srovnatelné zhruba se čtvrtinou a ve vztahu k vytvořenému hrubému domácímu produktu jde o částky, srovnatelné zhruba s jeho desetinou.

Kromě struktury zdrojů je důležitá i jejich dynamika:

Vývoj výdajů na zdravotnictví a na nemocenské

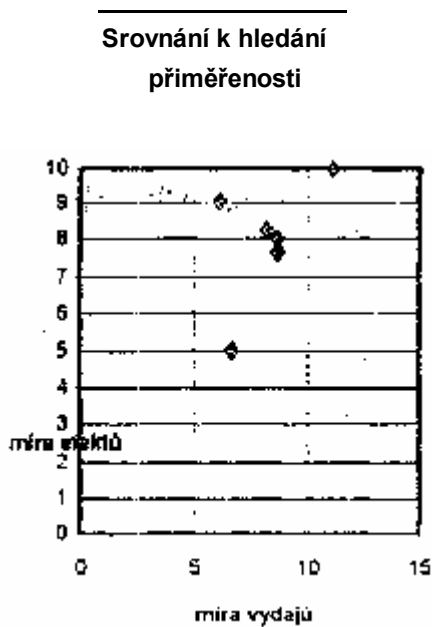


4. Přiměřenost finančních zdrojů

Hlavním problémem posuzování úrovně výdajů na zabezpečování zdraví obyvatel je přiměřenost těchto výdajů k tomu, co obyvatelstvo (jeho ekonomicky aktivní část) produkuje a co si tedy obyvatelstvo jako celek může dovolit poskytovat na své zdraví.

Druhou záležitostí, která s um neoddělitelně souvisí, je samozřejmě vztah těchto výdajů na skutečnou podporu a rozvoj zdraví obyvatelstva v kontextu k výdajům na zdravotnictví jako soustavu, která má o rozvoj zdraví primárně pečovat (a tedy na efektivnost, jak toto společenské poslání plní)

To je vztah efektů a vynaložených zdrojů. Jde samozřejmě o souběžné posuzování vývoje obou ukazatelů. Můžeme to znázornit vztahem jednoho z ukazatelů, který bývá zdravotníky vztahován k úrovni výdajů na zdravotnictví (protože nejde o komentář k věcným vazbám vztahů těchto ukazatelů, není ani důležité, že jde v daném případě o sledování úrovně kojenecké úmrtnosti). Zobrazené body představují charakteristiky vynaložených zdrojů a úrovně dosažených efektů u několika vyspělých zemí (viz dále):



Připusťme, že podíl výdajů na zdravotnictví 11% HDP je extravagantní. Týkal se USA a skutečně se stal zdrojem velkých potíží (to přesahuje řešenou problematiku). Pak je dobře vidět, že v ostatních zemích se vyskytuje určitý charakteristický stav v tom, že

- výdaje nepřekračují 8% HDP a přitom se úmrtnost liší i poměrně značně. Dobře je to vidět na dvou levých bodech, kdy při poměrně podobné míře výdajů na zdravotnictví dosahuje Japonsko poloviční kojeneckou úmrtnost proti Velké Británii; to připomíná alespoň na této konkrétní problematice, že zvyšování výdajů na zdravotnictví nemusí vést ke zvyšování jeho efektů,

- vzhledem k tomu, že další zvyšování podílu výdajů na zdravotnictví nevede jednoznačně ke zvyšování efektů v dílčích oblastech zdravotnictví (případ USA vpravo nahoře dokonce ukazuje, že i při podílu výdajů 11% je kojenecká úmrtnost 10%, tedy vyšší, než ve všech ostatních uvedených zemích), zdá se, že existuje **určité** optimum výdajů na zdravotnictví (z grafu se zda. že jde asi o 8% vůči HDP)

Na tomto místě jsme chtěli problém přiměřenosti jen přiblížit. Jeho řešení je mnohem složitější a musí být doloženo rozsáhlým souborem údajů. Chtěli jsme na problém upozornit zejména proto, že růst výdajů na zabezpečení v nemoci (či opačně na zdraví) nad přiměřenou úroveň odčerpává prostředky, které se musí ušetřit v jiných oblastech společenského života (u společnosti) a na jiných zájmech (u jednotlivce).

To nutně může vest k pocitování takové zátěže jako nadměrné a tedy i k poklesu kreditu lékařů, kteří v soustavě pracují. To samozřejmě neplatí pro odborně zdatné lékaře. Ti by naopak měli mít prostředků k dispozici více a také by měli být placeni více. Podmínkou k uskutečnění takového cíle je ovšem to, aby nebylo placeno příliš mnoho zbytečných výdajů materiálních (léky, nevyužité přístroje, zbytečná vyšetření...) a také zdravotníků (tedy více, než odpovídá naznačenému optimu přiměřenosti).

5. Přiměřenost finančních zdrojů pro zdravotnictví

Přiměřenost financí pro zdravotnictví je možné posuzovat z různých hledisek - např. podle potřeby zdravotních služeb obyvatel (podle míry jeho nemocnosti), podle průměrných výdajů na obyvatele, podle poměru k národnímu důchodu, k rozsahu vykonávané činnosti apod.

Srovnávání počtu lékařů, lůžek a pod. bez dalších hledisek, která charakterizují úroveň potřeby (tak se často publikuje) nemá valný smysl, spíše jen připomíná potřeby dalšího a hlubšího srovnávání. Bylo by možné uvést mnoho příkladů. Zkusíme problém ukázat na jednoduchém příkladu hospitalizace (srovnání s Německem).

Míru potřebnosti německého obyvatelstva (80,6 milionu obyvatel) ^{a2} lze charakterizovat tím, že počet hospitalizovaných byl 15,8 mil. (v roce 1992), tedy míra hospitalizovanosti byla 19,6% a v průměru každý občan strávil v nemocnici 3,064 dne ^F. Jsou to údaje

za všechny typy nemocnic (resp. stacionárních zařízení), jak obvykle bývají u nás citovány.

U nás v roce 1992 bylo 2,036 mil. hospitalizací (vč. FN Motol, která za rok 1992 nedodala podklady do celostátního rozboru ^J a za všechny typy stacionárních zařízení, aby byl údaj srovnatelný, i když se u nás pracuje hlavně s počtem hospitalizací v nemocnicích), což odpovídalo 19,7% hospitalizovanosti a průměrnému pobytu 2,907 dne.

^E Srovnání s podmínkami v zahraničí ukazuje, že je u nás \sim ice lékařů na počet obyvatel a naopak méně sester, připadajících na lékaře: to znamená prakticky, že sestry v zahraničí

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

vykonávají kvalifikovanější práci, ale celkové jsou upotřebeny nižší mzdové prostředky, než je tomu v podmínkách s vysokým počtem lékařů a menším podílem sester

^F i další údaje /a Německo podle citovaných pramenu

V Německu se uskutečňovaly hospitalizace při průměrné době ošetřování 15,6 dne (v nemocnicích 12,4) a u nás 14,7 dne (v nemocnicích 11,6).

Míru vybavení německého obyvatelstva lze charakterizovat tak, že uvedena potřeba byla zabezpečována pomoci 797 tisíc lůžek a 124.1 lékařů (z toho 12.7 tisíc řídících).

Na jedno lůžko tedy v Německu připadalo 19.6 hospitalizovaných a 310 ošetřovacích dnů a na jednoho lékaře 127 hospitalizovaných a 1989 ošetřovacích dnů Tyto ukazatele charakterizují intenzitu využívání lékařů a lůžek.

U nás bylo ve stejném roce 148 tisíc lůžek (85 406 nemocničních a 62 859 ostatních) a 21208 lékařů (v nemocnicích 15554 a v ostatních lůžkových zařízeních 5554)

Najedno lůžko tedy u nás připadalo jen 13.7 hospitalizovaných a 202 ošetřovacích dnů a na jednoho lékaře 96 hospitalizovaných a 1414 ošetřovacích dnů. Intenzita využívání lůžek a vytížení lékařů je tedy u nás v průměru nižší. Srovnáme-li však stejné ukazatele také za nemocnice, pak je vidět, že intenzita využití je přibližně srovnatelná.

Pro přehlednost jsou všechny použité údaje uvedeny v následující tabulce.

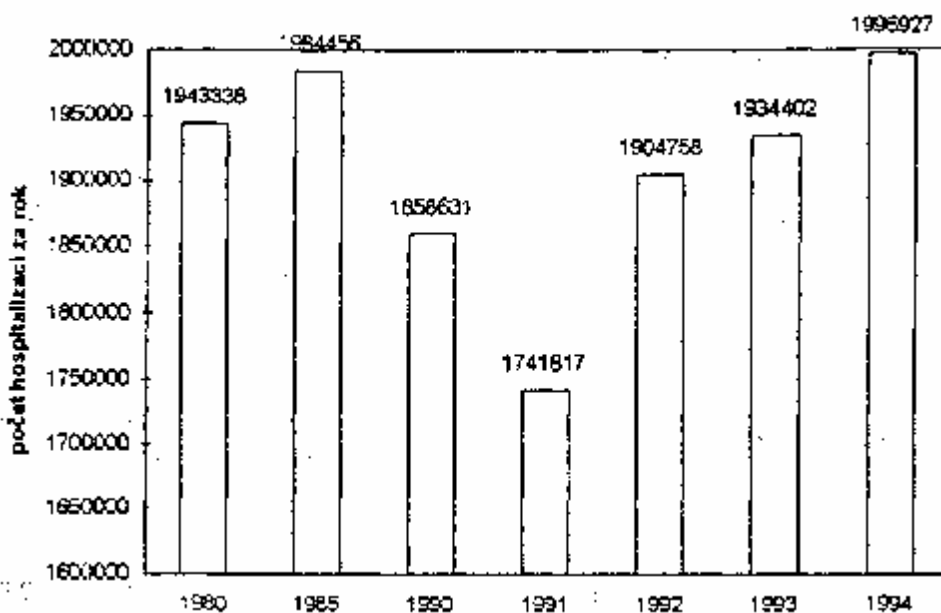
UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

1992	N ě m e c k o			Č e s k á r e p u b l i k a		
	nemocnice	ostatní	stac.zařiz.	nemocnic e	ostatní	stac.zařiz.
POTŘEBY						
obyvatel	80569700	80569700	80569700	10317807	10317807	10317807
hospitalizování	13820308	1988054	15808362	1906253	129804	2035057
ošetř.dny (1000)	172026151	74834849	246861000	22124853	7868489	29993342
prům.oš.doba	12,45	37,84	15,62	11,61	60,62	14,73
VYBAVENÍ						
nemocnice (N)	2381	1209	3590	183	754	937
lůžka (LŮ)	646995	149910	796905	85406	62859	148265
lékař v zař. (L)	114308	9803	124111	15554	5654	21208
POTŘEBNOST						
hosp/obyv (%)	17,15	2,47	19,62	18,48	1,28	19,73
oš.dny/obyv	2,135	0,929	3,064	2,144	0,763	2,907
VYBAVENÍ						
průměr LŮ/L	5,7	15,3	6,4	5,5	11,1	7,0
průměr LŮ/N	271,7	124,0	222,0	466,7	83,4	158,2
průměr L/N	48,0	8,1	34,6	85,0	7,5	22,6
LŮ/10 000obyv	80,3	18,6	98,9	82,5	60,9	143,7
L/10 000obyv	14,2	1,2	15,4	15,1	5,5	20,6
VYBAVENOST						
hosp/L/rok	21,4	13,3	19,8	22,3	2,1	13,7
oš.dny/L/rok	265,9	499,2	309,8	259,1	125,2	202,3
hospit/L/rok	120,9	202,8	127,4	122,6	23,0	98,0
oš.dny/L/rok	1504,9	7633,9	1989,0	1422,5	1391,7	1414,2

Uvedené údaje umožňují konstatovat, že v hospitalizační péči jsou podmínky poměrně srovnatelné. Poněkud nižší ukazatele intenzity jsou způsobeny spíše organizací ostatních stacionárních zařízení (psychiatrické léčebny, LDN, léčebny TRN...). To pak umožňuje konstatovat, že na uvedený rozsah potřeby je přiměřeně vydávat v obou zemích prostředky, jejichž výši lze vyjádřit přibližně stejným poměrem k vytvořenému HDP.

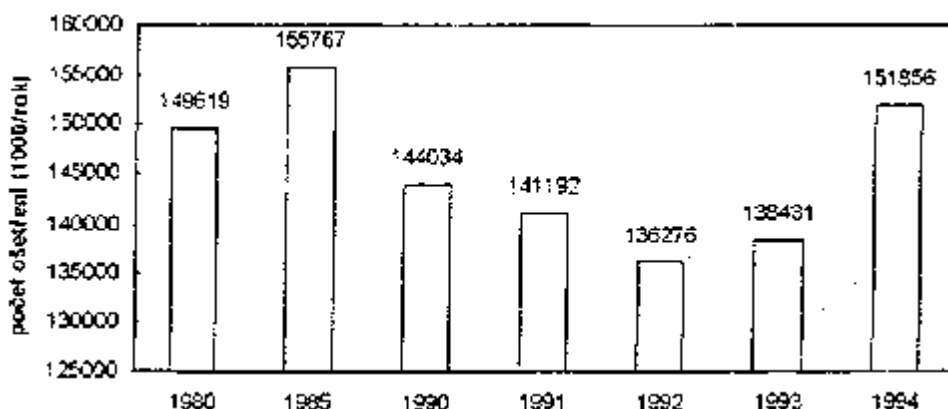
Další skutečností, kterou je třeba brát v úvahu, je dynamika vývoje soustav. Při srovnávání jsme použili data za rok 1992, které jsou podle posledních statistik Německa k dispozici. V našich podmínkách však objem hospitalizační činnosti od roku 1992 vzrůstal zhruba o 30 a 60 tisíc hospitalizací v roce 1993 a 1994, což lze vztahovat spíše k indukované nabídce, než ke zhoršování zdravotního stavu obyvatelstva (v roce 1993 a 1994 docházelo k osvojování nového způsobu financování prostřednictvím pojišťoven).

Vývoj počtu hospitalizací



Obdobný vývoj dynamiky je vidět i na vývoji ambulantních služeb.

Vývoj počtu ambulantních ošetření



6. Zdroje, kterými disponují lékaři a společenská odpovědnost

O účelném či neúčelném využívání těchto každoročně vytvářených prostředků (už přes 100 miliard korun ročně), rozhoduje v podstatě skupina asi 34 tisíc lékařů, čili z hlediska relaci - **jedna třetina procenta všech obyvatel rozhoduje o účelnosti vynakládání částek, které mají úroveň zhruba jedné čtvrtiny státního rozpočtu.**

Skutečnost, že tyto částky se neustále zvyšují (nejen u nás, ve vyspělých zemích obecně)

zřejmě svědčí o tom, že není dořešena společenská kontrola účelnosti vynakládání tak

vysokých částek.

V průměru tedy rozhoduje každý lékař během roku o využití či nevyužití vytvořených společenských prostředků na úrovni asi 3.2 mil. Kč. Tyto Částky jsou samozřejmě vyšší u lékařů v nemocnicích (drahý provoz), kde však je navíc rozhodování koncentrováno na relativně malém počtu lékařů (mladší lékař; z tohoto hlediska jako členové týmů mají malou odpovědnost pro primářům, přednostům klinik apod). Z další tabulky je vidět, že u nemocničních lékařů už jen dvě položky (hospitalizace a léky) tvoří 3 miliony Kč, u ambulantních lékařů obdobně 1.4 milionu Kč.

	výdaje ZP	lékaři	Kč/lékaře předmět	miliony Kč/předmět
nemocniční péče	36,6	14700	2 489 796 hospitaliza.	2 18 300
ambulantní péče	15,5	17300	895 954 ošetření	152 102
léky a LP	17,9	34900	512 894 obyvatel	10.3 1 738
celkem výdaje ZDR	97	34900	2 779 370 obyvatel	10.3 9 417
celkem výdaje NEM	18,7	34900	535 817 obyvatel	10.3 1 818
celkem výdaje PpN	111,4	34900	3 191 977 obyvatel	10.3 10 816

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

POZNAMKY

- ZPzdravotní pojistovny (mil. Kč)
- hospitalizace... jde o průměrný výdaj na jednoho ze dvou milionů hospitalizací
- ošetření ... jde o průměrný výdaj na jednu ze 152 milionů návštěv lékařů - kterékoliv ambulance.
vzhledem k počtu lékařů je vidět, že v průměru jde o
8790 návštěv na jednoho ambulancního lékaře za rok, tedy
730 návštěv za měsíc a
33 návštěv za den (rozsaheť jde tedy o jednod. konzultace až o sárodně vyšetření)
- počty lékařů jsou za státní i nestátní zařízení
- výdaje ná nemocnice ambulance a léky nervová ciele výdaje na zdravotnictví

Vezmeme-li v úvahu všechny prostředky, které vyčleňuje naše společnost v současné době na léčení nemoci a úrazů a na podpory v nemoci, pak jde v průměru o 3.2 milionu Kč. které jsou svěřeny každému lékárníku, aby je účelně využil pro návrat a rozvoj zdraví svých pacientů. Na jednoho obyvatele to nejsou v průměru částky velké (9400 na léčení, 1700 na léky a 1800 na podpory při léčení), což je dáno tím, že velké množství obyvatel v průběhu roku nepotřebuje žádnou hospitalizaci a velmi mnoho lidí navštěvuje minimálně i ambulantní lékaře (nikoliv 15krát do roka což vyjadřuje průměr).

Z celkového počtu obyvatel připadá dnes v průměru v primární linii na jednoho lékaře 590 obyvatel. Pripustíme pro názorné zjednodušení, že v průměru každý druhý občan nevyžaduje ošetření u lékaře (ve skutečnosti je to méně, uvádí se odhady, že jen 20 až 30% obyvatel navštěvuje lékaře). Praktický dopad je takový, že (na lékaře stále připadá oněch 590 obyvatel v průměru, ale prakticky jej navštěvuje např. s dvojnásobnou frekvencí jen onen v průměru poloviční počet pacientů), že výdaje na takové pacienty jsou v průměru dvojnásobné (tedy asi 20 000 Kč). Na jednoho každého lékaře ovšem připadá stále stejná částka 3.2 milionu Kč, kterou ovšem v průměru využívá jen na zhruba 300 pacientů (nikoliv na 590) a na již zmíněných 730 návštěv za měsíc.

Tento odhad lze ještě poněkud zpřesnit (jde o podmínky roku 1994, uvedené v poslední tabulce). V ambulantní sféře při uvedeném počtu lékařů a výdajích na ambulantní sféru připadá v průměru na jednoho lékaře 0,896 mil. Kč, dále 0,512 na vydané recepty (zjednodušení: jakoby nevydávali recepty i nemocniční lékaři) a 0,535 mil Kč na vydané pracovní neschopnosti, resp. vyplacené nemocenské dávky, celkem tedy 1,943 mil. Kč. U nemocničního lékaře (opět pro zjednodušení) nebudeme zahrnovat podíl na léky, vydané přes recepty a podíl na nemocenské dávky, zůstává tedy v průměru na jednoho nemocničního lékaře částka 2,490 mil. Kč a rok. Za těchto **zjednodušení** by bylo možné odhadovat ekonomicky vyjádřenou průměrnou odpovědnost ambulantního lékaře na necelé 2 miliony Kč/rok a u nemocničního lékaře zhruba na 2.5 milionu Kč/rok.

Průměrná odpovědnost jednoho lékaře z hlediska výdajů na zdravotnictví je sice fiktivní představa, ale umožňuje názorně přiblížit aspekt, který se zatím nediskutuje. Totiž to, do jaké míry si uvědomuje průměrný lékař, že

- za rok představují jim vystavené recepty půl milionu korun
- jim vystavené neschopenky představují v průměru přes půl milionu korun
- výdaje související s jeho činností jako ambulantního lékaře představují za rok téměř milion korun.

A protože je hodně lékařů, kteří za rok fakturují podstatně menší částky, je zřejmé, že existují lékaři, kteří vykazují ještě větší částky, když průměr tvoří tak velká částka. Je zřejmé, že nový systém proplácení byl sice zaveden, ale nebyl dobře řízen a

kontrolován. Odpovědnost lékaře za léčení a odpovědnost za čerpaní vysokých hodnot vyprodukovaných společností se zatím také neobjevila v diskuzích o požadovaných paušálních úpravách platů pro lékaře

7. Potřeba integrace zdravotního a nemocenského pojištění

Vědomí souvislosti těchto nákladů s náklady na poskytování nemocenských dávek u zaměstnaných obyvatel se za poslední léta prakticky zcela přerušilo. Ačkoliv z hlediska pozitivního rozvíjení zdraví společnosti a jednotné sociálně ekonomické politiky by mělo jít o vyváženou soustavu „zabezpečování občanů v nemoci“, jde dnes o dezintegrované soustavy.

Oddělení bezplatného socialistického zdravotnictví a nemocenského pojištění bylo slepováno soustavou posudkových lékařů alespoň pro oblast kontroly pracovní neschopnosti. Ošetřující lékaři vystavovali doklady o pracovní neschopnosti, ale jiní zaměstnanců OÚNZ - krátkodobí a dlouhodobí posudkoví lékaři kontrolovali opodstatněnost neschopenek. Od 1.1.1993 přešla kontrola pracovní neschopnosti na okresní správy sociálního zabezpečení (OÚNZ byly v tu dobu již rozvolněny), které nejsou vybaveny na kvalifikovanou kontrolu PN. To mělo za následek další růst pracovní neschopnosti, který se stal trvalým jevem už od roku 1988.

Průměrné procento pracovní neschopnosti v posledních letech vzrostlo např. ze **4,80% v roce 1990 na 5,77 v roce 1994**. Tato skutečnost je zpravidla posuzována jen z hlediska dopadu na zvýšení vyplacených nemocenských dávek, ve skutečnosti má dva základní důsledky:

© **v důsledku vyšší nemocnosti se snížila tvorba HDP**; jestliže byl např. v roce 1994 vyprodukován HDP ve výši 1037,5 mld. Kč a ekonomicky aktivních a nemocensky pojištěných osob bylo 4 755 667, pak při nemocnosti 5,77% pracovalo v průměru celoročně (tj.každý den) méně o 274 457 osob, tedy celkem jen 4 481 210 ekonomicky aktivních. To znamená, že v průměru přispěl každý z nich k vyprodukování 231 522 Kč HDP. Nemocnost není možné odstranit úplně, ale kdyby za poslední čtyři roky nevzrostla o $5.77-4.80 = 0.97\%$ pracovalo by o 46 130 lidí více a HDP mohl být vyšší o 10.680 mld. Kč s úvaha má samozřejmě jen přibližně kvantifikovat ušlý zisk společnosti a není přesná),

• **v důsledku vyšší nemocnosti bylo vyplaceno více nemocenských dávek**; na tomto

místě nemá smysl propočítávat přesnou výši důsledku přes strukturu nemoci, nemocnosti v krajích a jejich průměrné výdělky apod.. pro odhad stačí globální propočet - v roce 1994 bylo vyplaceno 13.533 mld. Kč nemocenských dávek, v průměru po uvedeném počtu práce neschopných bylo vyplaceno každému z nich 49 512 Kč, pokud by se o 0,97% nezvýšila nemocnost, nebyla by tato částka vyplacena uvedeným 46 130 ekonomicky aktivním občanům, to znamená, že by na nemocenských dávkách v roce 1994 bylo vyplaceno o **2.284 mld. Kč** méně.

Ekonomicky důsledek benevolentního posuzování pracovní neschopnosti tedy naprosto není zanedbatelný, představuje-li zhruba **13 mld. Kč** i bez vydaných léků.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

ka. proplácených mnoha prohlídek apod. Je ovšem další otázkou, nakolik je tento výsledek důsledkem skutečného růstu nemocnosti a nakolik důsledkem benevolentního posuzování. Vzhledem k tomu, že zdravotníci sami uvádějí, že zdravotní stav obyvatelstva se mírně zlepšuje¹⁷, může být právě vaha „benevolentnosti“ dosti značná.

CITOVANÉ PRAMENY:

- Granddaten zur kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1994. Kassenärztliche Bundesvereinigung
- Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland 1994.
- Statistisches Bundesamt - Hospitalizovaní ČR 1992. UZIS Praha. 1994

Viz četná konstatování ministru P. Loma a L. Rubaše. Tomu odpovídá i to, že po roce 1989 klesal počet ambulantních ošetření i počet nemocničních hospitalizací. Jejich vzrůst nastal po roce 1997 a je spojován se zainteresovaností na počtu proplácených výkonů.

Předkládá

J. Vepřek na základě **podkladů**

od členů I., II. a III. týmu

Zpracovali:

část I. J. Vepřek; **část II.** J. Lorenc; **část III.** Z. Papeš.

15.1.1996