



Hospodářské přehledy OECD

Česká republika

Červenec 2018

Strukturální kapitola - Zlepšení systému zdravotní péče v České republice



www.oecd.org/eco/surveys/economic-survey-czech-republic.htm

Materiál obsahuje překlad strukturální kapitoly „Zlepšení systému zdravotní péče v České republice“, která je obsažena v publikaci OECD Hospodářský přehled České republiky 2018. Za vydání přehledu je odpovědný Výbor pro hospodářské přehledy (EDRC) OECD, který je pověřen zkoumáním hospodářské situace členských zemí. Překlad neprošel jazykovou korekturou.

Tímto dokumentem ani žádnou mapou v něm obsaženou není dotčen status jakéhokoliv území ani svrchovanost nad ním, vyznačení mezinárodních hranic, ani název jakéhokoliv území, města nebo oblasti.

This translation has been undertaken by the Ministry of Health of the Czech Republic and is published by the OECD. In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of the original work shall be considered valid.

OECD Economic Surveys: Czech Republic© OECD 2018

Materiály OECD můžete kopírovat, stahovat nebo tisknout pro osobní potřebu a výňatky z publikací, databází a multimediálních produktů OECD můžete používat ve vlastních dokumentech, prezentacích, blozích, webových stránkách či výukových materiálech za podmínky řádného uvedení OECD jako zdroje a vlastníka autorských práv. Veškeré žádosti o povolení veřejného nebo komerčního užití a o práva k překladu zasílejte na rights@oecd.org. Se žádostmi o povolení kopírovat části tohoto materiálu pro veřejné nebo komerční užití se obračejte přímo na Copyright Clearance Center (CCC) na adresu info@copyright.com nebo na Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) na adresu contact@cfcopies.com.

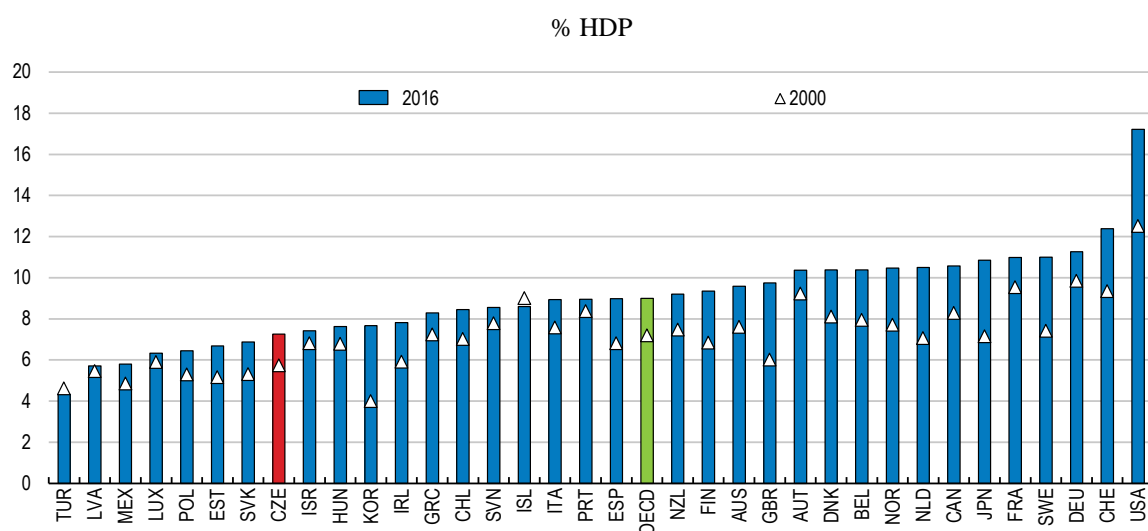
Zlepšení systému zdravotní péče v České republice

Tato kapitola hodnotí výkonnost českého zdravotnictví a nové klíčové výzvy, jimž čelí, a poskytuje doporučení, jak přizpůsobit systém tak, aby v kontextu stárnoucí společnosti zůstal efektivní a finančně udržitelný. Ve srovnání s ostatními ekonomikami střední a východní Evropy, které po transformaci zdědily podobné systémy zdravotnictví, dosahuje český systém dobrých zdravotních výsledků a přibližuje se k průměru OECD. Porovnání českého zdravotnictví se zeměmi se srovnatelným institucionálním prostředím však poukazuje na potenciál pro zvýšení efektivity. Tato kapitola také pojednává o způsobu, jímž různé překážky v systému vedou k jeho neefektivnosti na straně nabídky a poptávky zdravotní péče.

Zdraví přispívá k životní spokojenosti a hospodářskému růstu. Zdravotní stav obyvatelstva má prostřednictvím zapojení pracovní síly a produktivity vazbu na hospodářskou výkonnost. Efektivní systém zdravotní péče, který poskytuje rovný přístup a zajišťuje kvalitní péči, rovněž přispívá k vyšší životní spokojenosti obyvatel a činí společnost více inkluzivní (James, Devaux a Sassi, 2017^[1]). Zdravotní výsledky jsou ovlivněny souborem faktorů, počínaje dostupností a kvalitou péče až po životní podmínky či volbu životního stylu obyvatelstva.

Český systém zdravotní péče funguje dobře v několika dimenzích. V uplynulých dvou desetiletích se jak příjmy, tak životní podmínky přibližují k průměru OECD. Střední délka života se mezi lety 2005 a 2015 zvýšila o 2,6 roku na 78,7 let, což je těsně pod průměrem OECD, který činí 80,6 let (OECD, 2017^[2]). Výdaje na zdravotní péči ve výši 7,2 % HDP jsou v roce 2016 ve srovnání s ostatními zeměmi OECD relativně nízké, ačkoli systém zajišťuje všem obyvatelům povinné, všeobecné pokrytí (obrázek 1.1).

Obrázek 1.1. Celkové výdaje na zdravotní péči rostou



Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933790752>

Výzvu pro finanční udržitelnost systému zdravotní péče představuje zejména stárnoucí společnost, protože se zvyšuje podíl ekonomicky neaktivního obyvatelstva. Systém je převážně financován skrze odvody na zdravotní pojištění, odváděné především z mezd, a jeho finanční udržitelnost je proto citlivá jak na hospodářské šoky, tak na stárnutí společnosti. Předpokládá se, že do roku 2040 bude každá čtvrtá osoba ve věku nejméně 65 let, přičemž dnes tento podíl představuje 18 % obyvatelstva. Tento demografický posun způsobí pokles příjmů z pojistného závislého na mzdě, zatímco výdaje pravděpodobně porostou z důvodu nákladů na zdravotní péči související s věkem. Proto je důležité zvýšit odolnost a udržitelnost systému nyní, když se ekonomice daří. Reforma by měla zajistit efektivní využívání dostupných zdrojů a zároveň maximalizovat zdraví a životní spokojenost obyvatelstva.

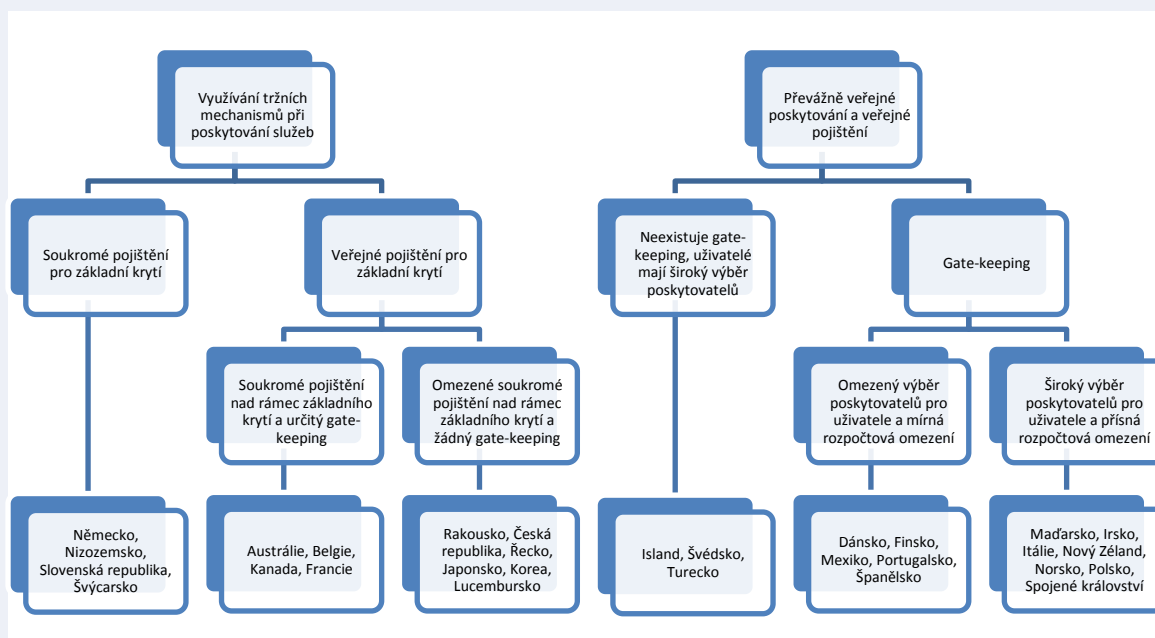
Tato kapitola hodnotí výkonnost českého systému zdravotní péče a nové klíčové výzvy, jimž čelí, a poskytuje doporučení jak přizpůsobit systém tak, aby v kontextu stárnutí obyvatelstva zůstal efektivní a finančně udržitelný. Český systém dosahuje dobrých zdravotních výsledků, které se přibližují průměru OECD, a ve srovnání s ostatními ekonomikami střední a východní Evropy, které po transformaci zdědily podobné systémy zdravotnictví, podává dobrý výkon. Porovnání se zeměmi se srovnatelným institucionálním prostředím (rámeček 1.1) však poukazuje na potenciál pro zvýšení efektivity. Tato kapitola také pojednává o způsobu, jímž různé překážky v systému vedou k jeho neefektivitě na straně nabídky a poptávky zdravotní péče.

Rámeček 1.1. Systémy zdravotní péče: Široká škála rámců a typologie OECD

V oblasti zdravotní péče neexistuje žádný konkrétní systém, který by fungoval nejlépe. Několik typů systémů může fungovat dobře, je však nezbytné, aby nastavení politik, které ovlivňují například pobídky, byly koherentní. Joumard et al. (2010[3]) předkládají empirickou typologii systémů zdravotní péče v zemích OECD. Klastrová analýza souboru dat obsahujícího informace o zdravotnických zařízeních a politikách naznačuje, že existuje šest typů zdravotních systémů, které se liší mimo jiné mechanismy regulace pojistných trhů a rozsahem hrazené péče, volbou poskytovatele a mírou zapojení soukromých poskytovatelů (viz obrázek 1.2).

Česká republika, společně s Rakouskem, Řeckem, Japonskem, Koreou a Lucemburskem, vycházejí z veřejného základního pojistného krytí a současně do určité míry využívají tržní mechanismy na úrovni poskytovatelů. Rozsáhlé zapojení soukromých poskytovatelů péče zajišťuje uživatelům široký výběr mezi poskytovateli a neexistuje žádný gate-keeping. K dispozici je jen málo dostupných informací o kvalitě a cenách, a proto nevzniká významný konkurenční tlak na poskytovatele. Možnosti připojištění jsou omezené. Rozpočtové omezení je obvykle méně přísné než v jiných typech zdravotních systémů.

Obrázek 1.2. Typologie systémů zdravotní péče dle OECD



Poznámka: Institucionální prostředí jednotlivých zemí vychází z průzkumu charakteristik zdravotnických systémů Survey on Health System Characteristics z roku 2009.

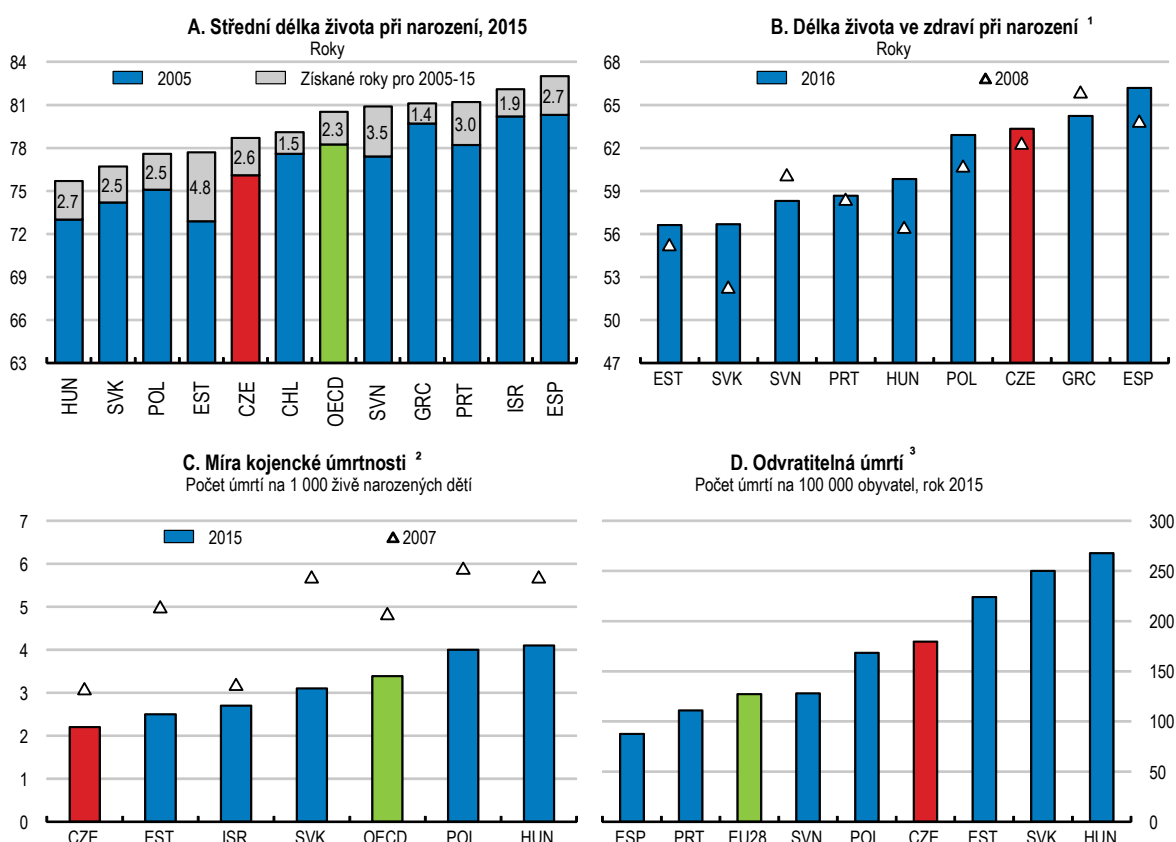
Zdroj: Joumard, I., C. André a C. Nicq (2010)[3]), „Health Care Systems: Efficiency and Institutions“, Pracovní dokumenty Oddělení pro ekonomiku OECD, č. 769, OECD Publishing, Paříž.
<http://dx.doi.org/10.1787/5kmfp51f5f9t-en>

Přehled zdravotních výsledků v České republice

Zdravotní stav obyvatelstva se pomalu přibližuje k průměru OECD

Ačkoli se řada zdravotních výsledků v posledních desetiletích výrazně zlepšila, je zde prostor pro zlepšení. Míra kojenecké úmrtnosti se během 25 let snížila z 10,8 na pouhých 2,5 kojeneckých úmrtí na 1 000 živě narozených dětí a nyní patří k nejnižším v OECD (obrázek 1.3, panel C). Prodloužila se také délka života ve zdraví, která udává podíl zbývajících let života bez zdravotního omezení. Lepší zdravotní péče tedy vedla nejen k tomu, že muži i ženy žijí déle, ale také že stárnou zdravěji (viz obrázek 1.3, panel B). Česká republika sice překonává několik ekonomik střední a východní Evropy, pokud jde o zdravotní výsledky, jako je míra přežívání po hospitalizaci z důvodu ischemické cévní mozkové příhody (OECD, 2018^[41]) nebo odvrátitelná úmrtnost, ale stále zaostává za průměrem OECD (obrázek 1.3, panel D).

Obrázek 1.3: Zdravotní výsledky se zlepšily v několika dimenzích



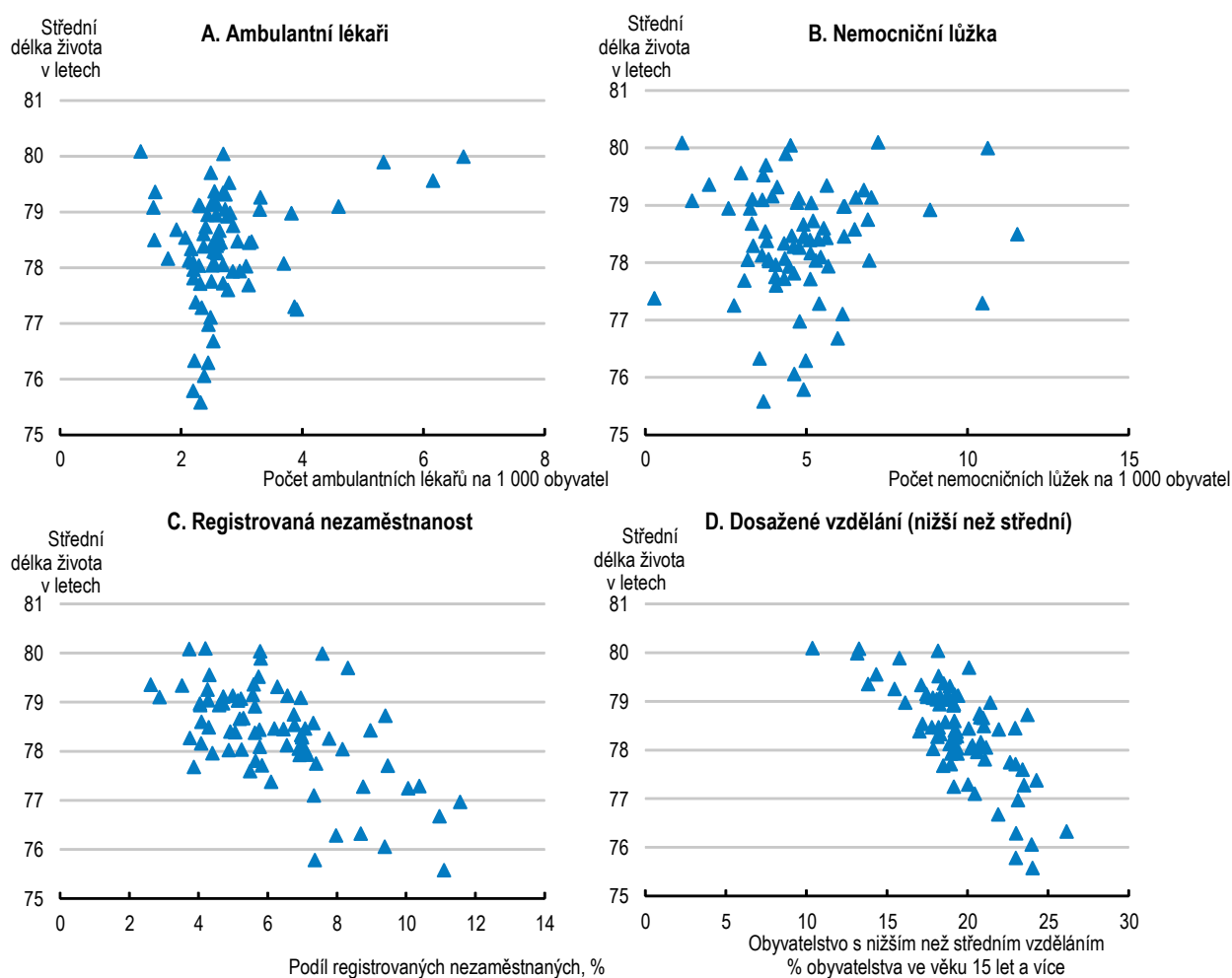
1. Vážený průměr údajů podle pohlaví za obyvatelstvo mladší jednoho roku.
2. Na základě minimální hranice délky trvání těhotenství 22 týdnů (nebo porodní hmotnosti 500 gramů).
3. Definováno jako úmrtí způsobená vybranými skupinami onemocnění, jimž bylo možné potenciálně předejít kvalitní zdravotní péčí. Údaje vycházejí ze seznamu Eurostatu.

Zdroj: OECD (2018), Health statistics (databáze) a Eurostat.
StatLink <https://doi.org/10.1787/888933790771>

Zdravotní výsledky se také výrazně liší podle regionu. Střední délka života při narození se v různých okresech liší o více než 4 roky, a to u mužů i u žen. Ve větších městech jako Praha a Brno je střední délka života nejvyšší, zatímco v okresech v severně položeném Ústeckém kraji je nejnižší (rámeček 1.2). V porovnání s většinou ostatních zemí OECD je dostupnost lékařské péče ve všech regionech relativně vysoká, a proto rozdíly ve výsledcích v oblasti zdraví pravděpodobně odrážejí regionální rozdíly v socioekonomických podmínkách. Střední délka života významně negativně koreluje s mírou registrované nezaměstnanosti a podílem obyvatelstva s pouze základním vzděláním (obrázek 1.4). Například v Ústeckém kraji jsou podíl obyvatel s nízkým vzděláním i míra nezaměstnanosti vysoká. Počet ambulantních či nemocničních lékařů však vykazuje pouze slabou pozitivní korelaci se střední délkou života, což odráží celkově vysokou dostupnost lékařské péče napříč regiony (rámeček 1.2).

Obrázek 1.4: Střední délka života je v sociálně znevýhodněných okresech nižší

2015



Zdroj: Výpočty na základě údajů Českého statistického úřadu.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933790790>

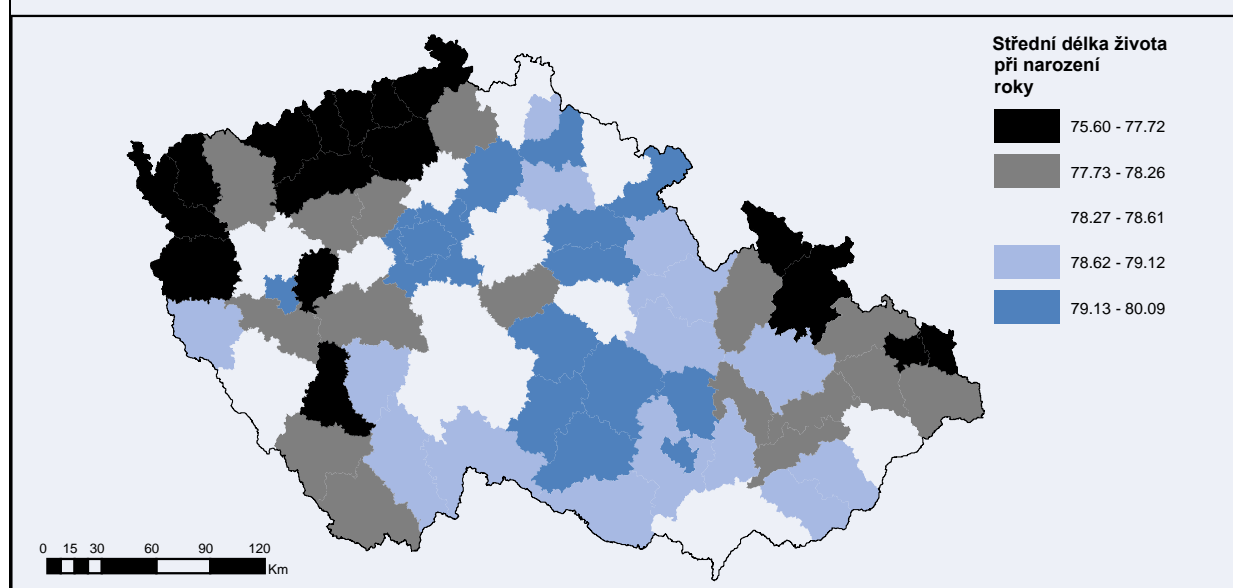
Rámeček 1.2. Vysvětlení regionálních rozdílů ve výsledcích v oblasti zdraví

Pochopení faktorů, které způsobují regionální rozdíly zdravotních výsledků, je důležité pro vypracování cílených politických řešení. Dosavadní práce OECD zaměřená na efektivitu sektoru zdravotní péče v různých zemích vedla ke zjištění, že hlavními vysvětlujícími faktory jsou systémy správy a institucionální prvky a dále charakteristiky týkající se životního stylu a socioekonomického prostředí (Joumard, André a Nicq, 2010^[31]). Na všechny regiony v rámci téže země se vztahují tytéž rámcové podmínky – například institucionální uspořádání, právní a jiné předpisy – takže rozdílné zdravotní výsledky pravděpodobně pramení ze strukturálních odlišností. V závislosti na tom, jaké faktory vedou k rozdílným výsledkům v oblasti zdraví, je nutné vypracovat cílené politiky. Vyplývají-li například pozorované odchylky ve zdravotních výsledcích ze sociodemografických charakteristik, politiky zaměřené na zvyšování zdravotní gramotnosti ohrožených skupin obyvatel mohou vést k vyrovnanějším výsledkům.

V rámci 77 okresů České republiky se střední délka života významně liší. Geografické pokrytí poskytovatelů zdravotních služeb je rozloženo rovnoměrně. Rozdíly ve výsledcích v oblasti zdraví proto pravděpodobně odrážejí odlišnou kvalitu služeb, zdravotní stav obyvatelstva, nižší zdravotní gramotnost nebo prevalenci rizikových faktorů chování.

Obrázek 1.5. Střední délka života při narození v okresech

Průměr 2012-16, kvintily



Zdroj: Výpočty na základě údajů Českého statistického úřadu.

Odhad střední délky života pomocí faktorové analýzy, která usiluje o zachycení latentních procesů vysoce vzájemně propojených proměnných specifických pro jednotlivé okresy (podrobnější informace viz technický dokument), naznačuje silný negativní dopad v případě socioekonomicky znevýhodněných okresů. Střední délka života v nejvíce socioekonomicky znevýhodněném okrese je potom o 2,5 roku nižší než průměr a o 4,1 roku nižší ve srovnání s nejméně sociálně znevýhodněným okrese. Střední délku života dále negativně ovlivňuje spotřeba alkoholu, zejména u mužů (tabulka 1.1, panel 6). Dostupnost zdravotní péče vysvětluje rozdíl cca 1,5 roku

mezi okresem s nejnižší a nejvyšší hustotou lékařů a zdravotnických zařízení. Městské regiony jsou na tom mírně lépe, přičemž na prvním místě je Praha s přibližně osmi měsíci života nad průměrem, za což vděčí městské vybavenosti a způsobu života. Znečištění životního prostředí hraje pouze malou roli, pokud jde o vysvětlení rozdílů ve výsledcích v oblasti zdraví v České republice.

V rámci efektu urbanizace existují také rozdíly mezi pohlavími. Zdá se, že u žen nepřináší městská vybavenost takovou výhodu, nebo ji vyvažují negativní aspekty spojené s urbanizací. Je nutné vzít v úvahu, že toto působení je očištěné od socioekonomických aspektů, které zcela jistě korelují se schématem město-venkov.

Tabulka 1.1. Určující faktory odpovědné za regionální rozdíly ve výsledcích v oblasti zdraví

Faktorová analýza průřezu 77 okresů

	(1) Min	(2) Max	(3) SDŽ při narození	(4) SDŽ v 65 letech	(5) SDŽ (ženy) při nar.	(6) SDŽ (muži) při nar.
Urbanizace	-1.18	5.65	0.12 (0.05) *	0.13 (0.04) **	0.06 (0.06)	0.17 (0.06) **
Dostupnost zdravotní péče	-2.96	3.38	0.24 (0.05) ***	0.23 (0.04) ***	0.23 (0.06) ***	0.23 (0.06) ***
Socioekonomická deprivace	-1.96	3.07	-0.82 (0.05) ***	-0.47 (0.04) ***	-0.80 (0.06) ***	-0.85 (0.06) ***
Znečištění životního prostředí	-2.09	4.21	-0.04 (0.05)	0.02 (0.04)	0.01 (0.05)	-0.09 (0.06)
Spotřeba alkoholu	-1.30	3.37	-0.18 (0.05) **	0.06 (0.04)	0.04 (0.06)	-0.40 (0.06) ***
Průměrná délka života			78.23 (0.05) ***	17.71 (0.04) ***	81.23 (0.05) ***	75.38 (0.06) ***
Upravené R sq.			0.80	0.69	0.75	0.78

*Poznámka: Zázpis statistické významnosti: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Standardní chyby jsou uvedeny v závorkách. Urbanizace je definována především hustotou obyvatelstva, vzděláním, specializací podniků na oblasti náročné na znalosti a také počtem trestných činů na obyvatele, protože i ty patří mezi městské znaky. Dostupnost zdravotní péče se skládá z hustoty lékařů a zdravotnických zařízení. Socioekonomické znevýhodnění je negativně spojeno s občanským zapojením měřeným jako účast ve volbách a pozitivně s nezaměstnaností, sociálním vyloučením a hazardními hrami. Znečištění životního prostředí vychází z koncentrace SO₂ a pevných částic ve vzduchu. Spotřeba alkoholu odráží kombinaci míry hospitalizace a míry úmrtnosti u nemocí souvisejících s alkoholem. (Podrobný rozklad faktorů viz technický dokument.)*

Minimální a maximální hodnoty vyjadřují rozmezí jednotlivých faktorů, zatímco střední hodnoty jsou vždy 0. Měří odchylku od střední délky života, a je tedy srovnatelná mezi různými faktory. Zdroj: Založeno na údajích Českého statistického úřadu, Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), Českého hydrometeorologického ústavu, Ministerstva financí a Ministerstva práce a sociálních věcí.

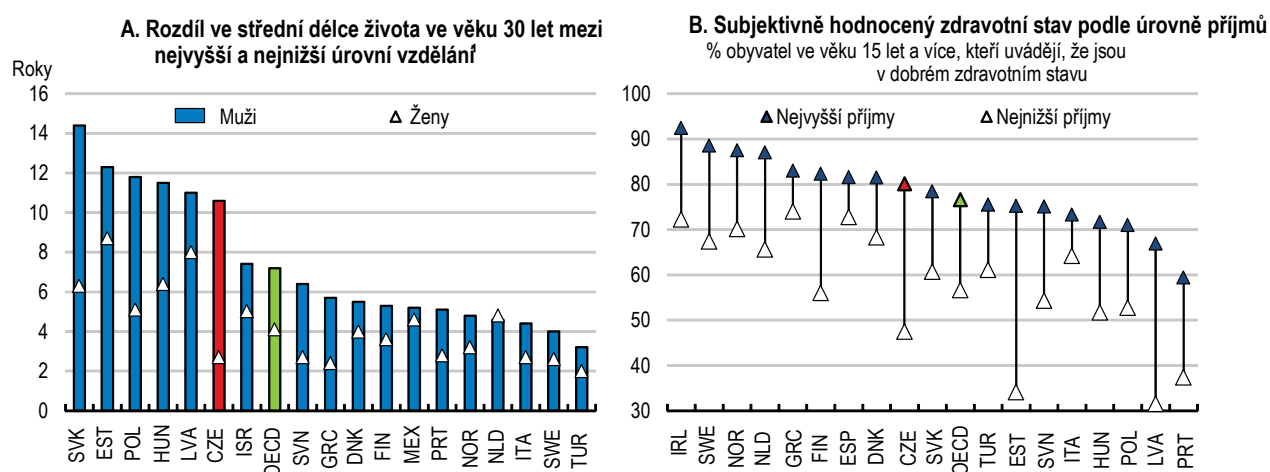
Vedle socioekonomických faktorů a faktorů týkajících se zdravotnické infrastruktury a urbanizace může být střední délka života na úrovni regionů determinována rozdíly v kvalitě lékařské péče. Potenciální rozdíly v kvalitě péče mezi jednotlivými okresy nelze pozorovat z důvodu absence kvalitativních a výkonových ukazatelů v odvětví lékařství. Například koncentrace lépe kvalifikovaných zdravotnických pracovníků do atraktivnějších regionů (tj. s nižší kriminalitou a méně znečištěným ovzduším) může v konečném důsledku vést k rozdílům v kvalitě léčby a případně vysvětlit neexistenci dopadů. K identifikaci případných rozdílů, pokud jde o koncentraci kvalifikovaných pracovníků a kvalitu péče, a jejich vlivu na zdravotní výsledky jsou však zapotřebí lepší údaje, které nejsou v současnosti k dispozici.

Zdravotní výsledky se liší v závislosti na socioekonomických podmínkách

Všeobecné zdravotní pojištění s velkým rozsahem hrazených zdravotních služeb zajišťuje rovný přístup ke zdravotní péči bez ohledu na socioekonomické zázemí. I přes rovný přístup se však zdravotní výsledky výrazně liší podle socioekonomického postavení. Rozdíl ve střední délce života mezi nejvyšší a nejnižší úrovní vzdělání ve věku 30 let je obzvláště vysoký u mužů – 10,6 roku, zatímco průměr OECD činí 7,1 roku (viz obrázek 1.6, panel A). U žen je rozdíl ve střední délce života mezi nejvyšší a nejnižší úrovní vzdělání ve věku 30 let výrazně nižší než u mužů – 2,7 roku, což je méně než průměr OECD, který činí 4,2 roku. Vzhledem k pozitivní korelaci mezi úrovní vzdělání a příjmy platí obdobný model také pro ekvivalizované příjmy domácností. Rozdíl mezi podílem osob, které vnímají své zdraví jako dobré v nejnižším a nejvyšším příjmovém kvintilu patří k nejvyšším v OECD, hned po Estonsku a Lotyšsku (viz obrázek 1.6, panel B). Tento nepoměr lze vysvětlit finančními překážkami v dostupnosti, rozdíly v životních a pracovních podmínkách, jakož i kouřením a dalšími rizikovými faktory.

Obrázek 1.6: Zdravotní nerovnosti podle socioekonomického postavení

2015 a novější



1. Údaje ukazují rozdíl ve střední délce života ve věku 30 let mezi dospělými s nejvyšší úrovní (terciární vzdělání) a nejnižší úrovní (nedokončené střední vzdělání) vzdělání. Údaje za Českou republiku vycházejí z administrativních údajů, avšak informace o úrovni vzdělání jsou dostupné pouze u přibližně 30 % všech úmrtí.

Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933790809>

Domácnosti s nízkými příjmy mohou pociťovat finanční překážky v dostupnosti určitých zdravotnických služeb. Důležitou, avšak nezodpovězenou otázkou zůstává, zda se zákonný rovný přístup ke zdravotní péči rovněž odráží v praxi. Omezená dostupnost údajů neumožňuje posoudit, zda u některých skupin obyvatel existují systematické rozdíly v kvalitě léčby nebo dostupnosti péče. Výsledky šetření je nutné interpretovat opatrně, avšak přesto naznačují, že neuspokojené léčebné potřeby – byť ve srovnání se zeměmi EU relativně nízké – se liší podle úrovně vzdělání (která naopak zpravidla koreluje s příjmy). Respondenti šetření EHIS 2014 častěji uváděli finanční omezení jako důvod neuspokojených potřeb v oblasti zdravotní péče, pokud měli nižší než střední vzdělání (Eurostat, 2017_[5]).

Navzdory širokému rozsahu hrazené péče mohou být finanční překážky v přístupu spojeny s finanční spoluúčastí pacientů. Přestože je spoluúčast v mezinárodním měřítku relativně nízká, může osoby s nízkými příjmy v krajních případech odrazovat od vyhledání zdravotní péče. Doplatky na léky mohou například vést k tomu, že pacienti nedodrží předepsanou léčbu z důvodu finančních omezení a nedostatečného povědomí o proplácených generických léčivech (viz níže). Potenciální pacienti může také odrazovat od vyhledání lékařské péče, musí-li noví pacienti předem uhradit registrační poplatek nebo je-li součástí léčby ošetření, které není kryto zdravotním pojištěním, jako je většina zubních zákroků. Přestože nejsou k dispozici podrobné informace ohledně finančních překážek v přístupu, většina respondentů s nízkým vzděláním, kteří uvedli finanční potíže jako důvod neuspokojených potřeb v oblasti zdravotní péče, měla na mysli lékařskou péči a předepsané léky (Eurostat, 2017_[6]).

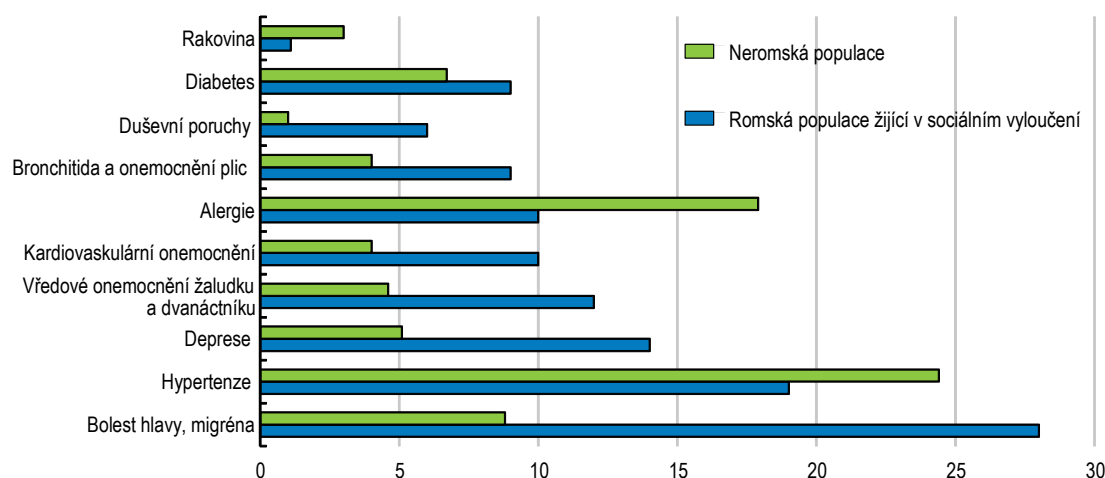
Využívání zdravotní péče a zdravotní výsledky se také liší mezi menšinovými skupinami, jako jsou Romové (2,5 % obyvatelstva), a ostatním obyvatelstvem. Ačkoli národní statistiky neumožňují posoudit, zda menšinové skupiny čelí systematickým rozdílům v přístupu ke zdravotní péči a kvalitě léčby, některé odhady naznačují, že Romové čelí významným zdravotním nerovnostem (Mezinárodní organizace pro migraci, 2016_[7]). Odhaduje se například, že střední délka života je u Romů o 10 až 15 let nižší než u většinového obyvatelstva a jejich kojenecká úmrtnost je dvakrát vyšší než celostátní průměr (Úřad vlády ČR, 2017_[8]).

Studie naznačují, že hlavními faktory zodpovědnými za nemocnost a horší zdravotní stav jsou špatné životní podmínky a rizikové chování související se zdravím. U sociálně vyloučeného romského obyvatelstva je například široce rozšířené kouření – 65 % mužů a 57 % u žen (Úřad vlády ČR, 2017_[8], Serrano Rodriguez a Rodríguez Derecho, 2009_[9]). Rizikové faktory, které jsou u sociálně vyloučeného romského obyvatelstva častější (například kouření, špatná strava či konzumace alkoholu), jsou úzce spojeny s vyšším výskytem onemocnění, jako jsou kardiovaskulární nemoci, diabetes nebo onemocnění dýchací a trávicí soustavy (obrázek 1.7).

Dostupné (byť nedostatečné) údaje dále naznačují, že Romové méně často využívají preventivní a zubní péči (Agentura Evropské unie pro základní práva, 2014_[10]). Úřad vlády ČR usiluje o zvyšování zdravotní gramotnosti a řešení sociálních a kulturních rozdílů, a proto podporuje programy zaměřené na snižování zdravotních nerovností v sociálně vyloučených oblastech s vysokým podílem romského obyvatelstva. Chybí však systematická podpora, pokud jde o odbornou přípravu a zvyšování povědomí zdravotních a sociálních asistentů s ohledem na sociální, kulturní a jazykové bariéry menšinových skupin (Úřad vlády ČR, 2017_[8]). Cílené politiky zaměřené na menšinové skupiny by měly zahrnovat preventivní a vzdělávací programy a současně je nutné zajistit, aby si poskytovatelé zdravotních služeb a sociální asistenti byli vědomi rizikových faktorů a specifických potřeb menšinového obyvatelstva.

Obrázek 1.7. Výskyt nemocí u romské a neromské populace

Procento, 2015



Zdroj: Státní zdravotní ústav (SZÚ, 2015), „Podpora zdraví ve vyloučených lokalitách – snižování zdravotních nerovností“.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933790828>

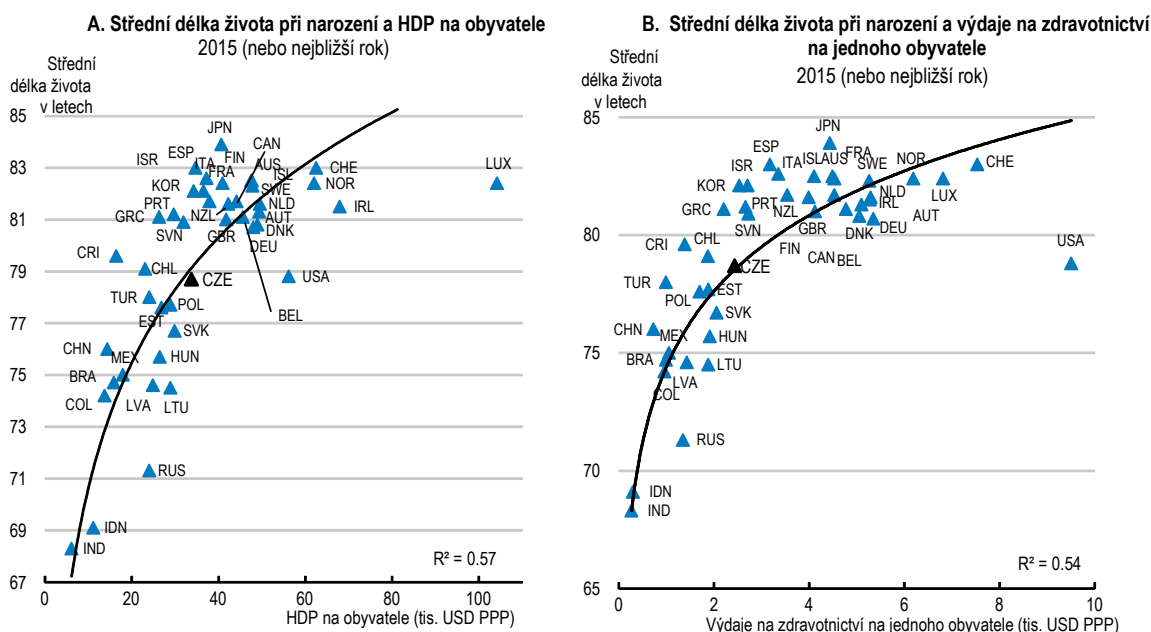
Z hlediska zdravotních výsledků může být reforma výdajů na zdravotnictví prospěšná

Zvyšování výdajů na zdravotnictví spolu se zvyšováním jeho efektivity může být vysoce přínosné. Přestože české výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele jsou v mezinárodním srovnání nízké, v porovnání se zeměmi střední a východní Evropy patří k nejvyšším. To však nemusí nutně znamenat lepší zdravotní výsledky. Přestože střední délka života českého obyvatelstva je vyšší než v Litvě (4,2 roku), Maďarsku (3 roky), na Slovensku (2 roky) nebo v Estonsku (1 rok), zůstává přibližně o dva roky nižší než ve Slovinsku, které má srovnatelné výdaje na zdravotnictví (viz obrázek 1.8). Srovnání České republiky se zeměmi s podobnými výdaji a institucionálními rysy naznačuje, že zdravotní výsledky jsou nedostatečné. Korejské a řecké obyvatelstvo má vyšší střední délku života než Češi, a to přes mírně nižší výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele. Nedávná práce OECD také ukazuje, že český zdravotní stav zůstává pod úrovní Slovinska, Koreje a Řecka, a to i při zohlednění dalších rozdílů v životním stylu a sociálních faktorů (Giorno a Londáková, 2017^[11]). To naznačuje, že při současné úrovni financování existuje v českém systému zdravotní péče prostor pro zvyšování efektivity a zlepšování zdravotních výsledků.

Studie OECD dále naznačují potenciál pro zvyšování efektivity. Dutu a Sicari (2016^[12]) použitím analýzy obalu dat zjistili, že pokud jsou zachovány konstantní výdaje na zdravotnictví, ale jsou vynakládány efektivněji, tj. podle osvědčených postupů v daném vzorku (Japonsko, Island, Korea), střední délku života lze prodloužit o cca 4 %. Zvýšení výdajů na zdravotnictví navíc může zdravotní výsledky dále zlepšit. Odhady OECD založené na vzorku zemí OECD v letech 1990–2015 naznačují, že 10% nárůst výdajů na zdravotnictví (neboli přibližně 245 USD na obyvatele a rok) je spojen s potenciálním přírůstkem střední délky života o cca 3,5 měsíce (James, Devaux a Sassi, 2017^[11]).

Obrázek 1.8. Střední délka života v zemích OECD

2015



Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933790847>

Zlepšení koherence a organizace systému zdravotní péče

Zlepšení řízení a regulace systému zdravotní péče

Výzkum OECD naznačuje, že neexistuje žádný nejlepší model zdravotní péče: každý model má své silné a slabé stránky (Joumard, André a Nicq, 2010_[31]). Ve všech systémech jsou vytvořeny pobídky, které mají přimět aktéry k vhodnému chování ve smyslu poskytování nákladově efektivních a kvalitních služeb nebo omezení nadužívání zdravotních služeb, zatímco regulace by měla zaručit spravedlivou hospodářskou soutěž a správné cenové signály (viz rámeček 1.1).

Pro český systém zdravotní péče je charakteristické, že stát uplatňuje silnou kontrolu prostřednictvím cenové a objemové regulace (rámeček 1.3). Ačkoli se tak podařilo udržet náklady na nízké úrovni, efektivita a kvalita utrpěla asymetrií informací mezi třemi typy aktérů: pojišťovny, poskytovateli zdravotních služeb a obyvateli. Z tohoto důvodu systém postrádá řádné motivační mechanismy a cenovou signalizaci (rámeček 1.3), což naznačuje, že existuje značný prostor pro zvyšování efektivity a kvality systému.

Rámeček 1.3. Český systém zdravotní péče

Současná struktura

Hlavní prvky systému zdravotní péče byly ustanoveny počátkem devadesátých let po přechodu k demokracii. Byla zavedena zásada svobodného výběru poskytovatele zdravotních služeb a byla privatizována většina poskytovatelů primární péče, specializované ambulantní péče mimo nemocnice, farmaceutického průmyslu, lékáren a lázeňských zařízení. Nemocnice zůstaly ve veřejném vlastnictví a přidal se k nim jen malý počet soukromých zařízení, která se objevila v následujících letech. Bylo přijato několik zákonů, které utvářejí strukturu systému, zejména zákon o všeobecném zdravotním pojištění (1991), zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně (1991) a zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (1992). Zavedením zdravotních pojišťoven se režim zdravotnictví transformoval na model zákonného zdravotního pojištění.

Krytí, rozsah a financování

Zdravotní péče je poskytována jako veřejná služba různými typy poskytovatelů, kteří jsou financováni zdravotními pojišťovnami. Pojišťovny hrají klíčovou úlohu, a ačkoli jsou nezávislé, podléhají silné regulaci. Zdravotní pojištění funguje na základě solidarity, což znamená, že příspěvky nesouvisejí s čerpanou zdravotní péčí ani zdravotním stavem.

Konkrétněji,

- **Krytí:** Systém zdravotního pojištění je všeobecný. Všichni zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné se podílí na všeobecném zdravotním pojištění prostřednictvím povinných příspěvků, které jsou založeny na mzdě či příjmu. Ekonomicky neaktivní osoby (děti, studenti, osoby na rodičovské dovolené, důchodci, nezaměstnaní, vězni a žadatelé o azyl) jsou pojištěny prostřednictvím státních příspěvků.
- **Rozsah:** Fyzické osoby mají právo si vybrat pojišťovnu. Rozsah péče je velmi široký a zahrnuje lůžkovou a ambulantní péči, léky na předpis, rehabilitaci, některé stomatologické výkony, lázeňské procedury a volně prodejné léky (jsou-li předepsány lékařem). Česká právní úprava totiž stanoví, že pojištěnci mají nárok na veškeré lékařské ošetření poskytované s cílem zachovat nebo zlepšit svůj zdravotní stav. V praxi je však objem péče stanoven právními předpisy, seznamy, každoročním procesem vyjednávání mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli s cílem definovat konkrétní podmínky úhrady a seznam zdravotních výkonů.
- **Financování:** Hlavním zdrojem financování zdravotní péče jsou povinné příspěvky odváděné z příjmů, které představují přibližně 75 % příjmů zdravotních pojišťoven a 54 % celkových příjmů ve zdravotnictví. Zbývající podíl pochází ze státního rozpočtu jako příspěvek za ekonomicky neaktivní osoby a z finanční spoluúčasti pacientů. Jednotlivé zdravotní pojišťovny inkasují měsíční příspěvky na zákonné zdravotní pojištění od zaměstnavatelů a zaměstnanců, osob samostatně výdělečně činných a od osob bez zdanitelných příjmů, které nejsou pojištěny státem.

Fungování systému pojištění

Lidé si mohou vybrat ze sedmi pojišťoven. Nicméně hlavní a nejstarší pojišťovna Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) založená v roce 1992 pokrývá největší podíl pojištěnců. Mezi pojišťovnami funguje mechanismus přerozdělování podle systému kompenzace rizika, který koriguje výběrové zkreslení. Do roku 2017 vycházelo

přerozdělování mezi pojišťovnami z kapitačního vzorce, který zohledňoval věk a pohlaví. V lednu 2018 vstoupil v platnost nový redistribuční mechanismus, který je založen na farmaceuticko-nákladových skupinách (PCG). Kromě věku a pohlaví zohledňuje rozdíly v nákladech dle diagnózy a odráží tedy potřeby chronicky nemocných pacientů. U „nákladných pojištěnců“ je navíc poskytována následná kompenzace ve výši 80 % a 95 % nákladů překračujících zákonem stanovené prahové hodnoty. Cílem je chránit zdravotní pojišťovny před neočekávanými výkyvy výdajů. Proces přerozdělování je řízen VZP prostřednictvím zvláštního centrálního účtu. Zdravotní pojišťovny každý měsíc hlásí VZP celkovou výši inkasovaných příspěvků na zákonné zdravotní pojištění a dále věk, pohlaví a farmaceuticko-nákladovou skupinu svých pojištěnců.

Fyzické osoby mohou svobodně volit mezi zdravotními pojišťovnami a jsou oprávněny pojišťovnu jednou ročně změnit, a to k 1. lednu nebo 1. červenci. Zdravotní pojišťovny musejí přijmout všechny žadatele, kteří na to mají zákonný nárok; výběr dle rizik není povolen. Přechody mezi pojišťovnami jsou ve skutečnosti velmi omezené, protože rozdíly mezi soubory péče hrazené pojišťovnami a jejich náklady jsou malé.

Služby poskytované pojišťovnami jsou silně regulovány a jejich manévrovací prostor při uzavírání smluv s poskytovateli zdravotních služeb je omezený. Ministerstvo zdravotnictví působí v procesu nákupu jako rozhodčí; dohlíží na každoroční vyjednávání mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli, jehož cílem je určit podmínky úhrady – včetně platebních mechanismů – pro konkrétní skupiny poskytovatelů, jako jsou nemocnice poskytující akutní péči, praktičtí lékaři nebo ambulantní specialisté. Ministerstvo zdravotnictví každoročně zveřejňuje tzv. úhradovou vyhlášku, která slouží jako rámec pro stanovení konkrétních podmínek úhrad, jako jsou platební mechanismy. Tyto podmínky fungují jako dodatky k stávajícím dlouhodobým smlouvám mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb. Jsou-li jednání mezi poskytovateli zdravotních služeb a pojišťovnami neúspěšná, použije se úhradová vyhláška. Jednotliví poskytovatelé zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny mají dále možnost vyjednat individuální smlouvy o úhradách, bez ohledu na výsledky kolektivního vyjednávání a úhradovou vyhlášku.

Nedávné reformy zdravotnictví a zavedená opatření

Reformy realizované v posledním desetiletí se zaměřily na zvýšení efektivity a transparentnosti poskytování zdravotních služeb, zlepšení datových systémů a omezení nákladů. Jedna z důležitých reforem proběhla v roce 2003, kdy bylo vlastnictví poloviny nemocnic převedeno ze státu na 14 nově vzniklých, samosprávných krajů. Prostřednictvím tohoto decentralizačního procesu se některé kraje rozhodly změnit právní formu některých nemocnic jejich transformací na soukromé společnosti (v nichž kraje nadále vlastní většinu akcií). Došlo k řadě různých reforem, ale jejich realizace byla obecně pomalá a mnohé realizační procesy stále probíhají:

- Již v roce 2007 byl zaveden systém skupin příbuzných diagnóz (DRG). Dosud se však nepoužívá jako hlavní rámec pro úhrady, a to kvůli obtížím při klasifikaci a identifikaci nákladů na nemocniční případy. Úhrady nemocnicím vycházejí z globálního paušálu, kdy diagnostické skupiny jsou doplňkově využívány k odhadu změn objemu poskytovaných služeb. Dlouhodobá péče (stejně jako ambulantní konzultace v nemocnicích) je hrazena na základě zastropované výkonové úhrady.
- V roce 2008 se zavedením regulačních poplatků a doplatků na léky výrazně zvýšil podíl finanční spoluúčasti pacientů, a to zejména v období 2008–2012.

V roce 2013 byly nově zvolenou vládou zrušeny veškeré regulační poplatky, s výjimkou poplatku za pohotovostní péči, a to s účinností od roku 2015.

Zdroj: Alexa J, Rečka L, Votápková J, van Ginneken E, Spranger A, Wittenbecher F. (Alexa et al., 2015_[13]); Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(1):1–165; zákon č. 592/1992 Sb.; WHO Global Health Expenditure Database.

Ministerstvo zdravotnictví hraje ústřední úlohu nejen při určování zdravotní politiky, ale také v procesu vyjednávání mezi pojišťovny a poskytovateli zdravotních služeb (například nemocnicemi nebo praktickými lékaři). Pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb každoročně sjednávají výši úhrad za zdravotní služby. Ale vzhledem k tomu, že Ministerstvo každoročně vydává úhradovou vyhlášku, která stanoví ceny zdravotní péče, proces vyjednávání není skutečný, neboť jedna strana (často poskytovatelé zdravotních služeb) se často spoléhá právě na vyhlášku. Převládá lobbvání za účelem získání příznivějších cen prostřednictvím vyhlášky, zatímco proces vyjednávání má jen malý vliv. To oslabuje schopnost pojišťoven vyjednat nižší ceny s cílem snížit náklady, navázat ceny na výkonnost a těžit ze zvýšené efektivity.

Ministerstvo také stojí před obtížným rozhodováním mezi svou odpovědností za zajištění finanční udržitelnosti systému a svými krátkodobými zájmy jako vlastníka mnoha nemocnic, jejichž případné deficity musí nakonec pokrýt. Vyhláška rovněž oslabuje motivaci poskytovatelů zdravotních služeb zvyšovat svou produktivitu a nákladovou efektivitu, protože se mohou vždy vrátit k úhradové vyhlášce jako záložní možnosti. Některé z těchto problémů by pomohl vyřešit skutečný proces vyjednávání mezi poskytovateli zdravotních služeb a pojišťovny, omezení rozsahu úhradové vyhlášky a/nebo její vypracování nezávislou komisí.

Regulace systému se výrazně spoléhá na objemová omezení. Stejně jako ve většině zemí je rozsah hrazené péče stanoven zákonem. Zákon o veřejném zdravotním pojištění (zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění) definuje přístup ke zdravotní péči a stanovuje řadu zákroků a služeb, které jsou výslovně či implicitně vyloučeny. Například potraty, vyšetření požadovaná zaměstnavateli a různá lékařská potvrzení jsou implicitně vyloučeny, protože nesplňují obecný požadavek na zachování či zlepšení zdravotního stavu jednotlivce. Navíc, negativní seznam definuje výslovně vyloučené služby, jako je plastická chirurgie a některá zubní ošetření. Zákon o veřejném zdravotním pojištění je však doplněn mechanismem „seznamů“, což je pozitivní seznam schválených léků, zdravotnických pomůcek a zubních pomůcek, které mohou být hrazeny v rámci systému zdravotního pojištění. A konečně, seznam zdravotních výkonů je každoročně aktualizován a podrobně uvádí rozsah hrazeného souboru péče a služeb.

Seznamy omezují spotřebu a využívání některých služeb a péče. Například u některých ošetření či nadstandardní péče není povolena částečná spoluúčast. To znamená, že pacienti nemohou doplatit pouze rozdíl mezi hrazenou variantou péče a jinou nákladnější a efektivnější variantou, ale musí tuto dražší variantu platit celou sami. Přísnou kontrolou hrazené léčby a vymezením standardní péče systém omezuje spotřebu a využívání pokročilejších technologií a léků na úkor potenciálně účinnější léčby.

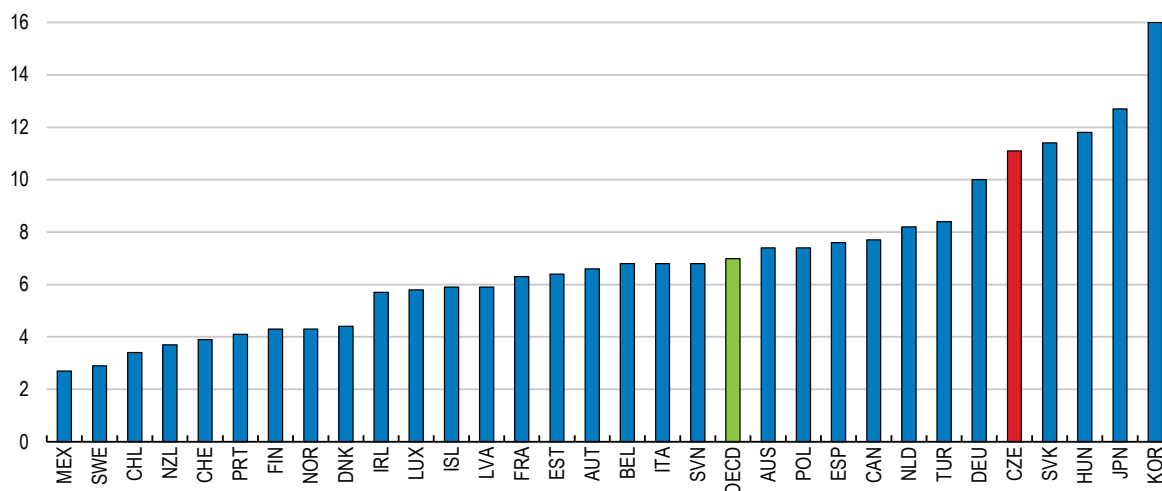
Celkově je nutné posunout nastavení systému směrem k větší konkurenci mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovny a k soukromému financování tak, aby se zvýšila kvalita a efektivita a snížila závislost na veřejném financování. Jak bude podrobněji popsáno níže, vysoká závislost systému zdravotní péče na příspěvcích založených na mzdě bude v kontextu stárnutí společnosti vyvíjet tlak na veřejné zdroje. Existují různé možnosti, jak nastavení systému zdravotní péče reformovat:

- Jednou z možností je snížit rozsah působnosti úhradové vyhlášky omezením počtu zahrnutých položek a současně ponecháním dostatečného prostoru pro skutečné vyjednávání mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami. Toto vyjednávání by mělo zahrnovat nejen úhradové ceny, ale také způsoby, jak zvýšit efektivitu a kvalitu péče. Stále by však bylo nutné umožnit větší diferenciaci mezi pojišťovnami tak, aby byla zajištěna jejich motivace zaručovat klientům nejvyšší kvalitu nákladově efektivním způsobem. Tuto možnost lze doplnit zvýšením podílu finanční spoluúčasti pacientů na širším základě než současný systém spoluúčasti, který se zaměřuje na léčiva a některé konkrétní zdravotní služby. Je však nutné zavést určité výjimky a stropy roční výše spoluúčasti, a tím chránit ohrožené skupiny, jako jsou chronicky nemocné osoby nebo osoby s nízkými příjmy.
- Další možností je zavést dvoupilířový systém, který by posílil výkonnost systému a zároveň dlouhodobě upevnil jeho finanční udržitelnost. První pilíř by byl povinný a zahrnoval by stejný rozsah péče hrazené veřejným systémem ve všech pojišťovnách. V takovém případě je nutné definovat, jaké služby jsou dostupné všem bez jakýchkoli finančních překážek. Ty by měly zahrnovat veškerou nezbytnou a nákladově efektivní péči. To, co je definováno jako „nezbytné“, se však může lišit v závislosti na národních podmínkách a rovněž v čase, přičemž prahové hodnoty nákladové efektivity budou záviset na celkových rozpočtových omezeních. Je naprosto nutné, aby rozhodování o tom, které služby budou zahrnuty do seznamu hrazené péče, bylo transparentní (OECD, 2015^[14]). Druhý pilíř by byl nepovinný a fyzické osoby by měly možnost uzavírat doplňkové pojistné smlouvy s libovolnou pojišťovnou. Pojišťovny by si v tomto druhém pilíři konkurovaly vytvářením doplňkových balíčků pojištění. Existuje však i jiná možnost, jak oba pilíře odlišit. A to definovat procentní výši náhrady zaručené v prvním pilíři a ponechat na rozhodnutí jednotlivce, zda se rozhodne zakoupit doplňkové pojištění nebo zda zbývající výši doplatí formou finanční spoluúčasti.

Organizace systému nestaví pacienta do role konečného spotřebitele zdravotní péče. Češi mají široký přístup k praktickým lékařům i specialistům, a s výjimkou vybraných specializací (např. stomatologické péče, asistované reprodukce, plastické chirurgie apod.) a pohotovostní ambulantní péče neexistují žádné poplatky hrazené pacienty. Náklady na lékařskou péči nejsou zřetelné, protože vzniklé náklady hradí zdravotní pojišťovna přímo poskytovateli zdravotních služeb. To může vést k nadměrné spotřebě, neboť lékařské služby jsou pacientem vnímány jako bezplatné. Počet návštěv u lékaře na jednoho obyvatele skutečně patří k nejvyšším v OECD i v zemích střední a východní Evropy (obrázek 1.9). Jak je uvedeno níže, omezování potenciální nadměrné spotřeby není řešeno pobídkami na straně poptávky, ale je ponecháno na praktických lékařích a specialistech, kteří mohou mít horní hranici objemu své činnosti.

Obrázek 1.9. Češi mají vysoký počet návštěv u lékaře

Na obyvatele, 2015 nebo nejbližší rok



Zdroj: OECD (2017), Health statistics (databáze).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933790866>

Monitorovací rámec pro hodnocení efektivity řízení systému zdravotních služeb by zvýšil efektivitu a zajistil lepší výsledky. K tomu, aby bylo možné rozpoznat nově vznikající výzvy, vypracovat a realizovat politiky a následně hodnotit jejich výsledky, je nutné shromažďovat odpovídající údaje. Ukazatele vstupů, které měří, kolik bylo do zdravotnictví vloženo, a ukazatele výstupů, které měří objem poskytnutých zdravotních služeb (např. návštěv u lékaře), jsou částečně dostupné. Chybí však ukazatele výsledků, které hodnotí dosažené výsledky poskytnuté zdravotní péče – tyto ukazatele je nutné vytvořit a sledovat. Ačkoli probíhá vývoj nového systému sběru dat, dosud není systematicky využíván k porovnávání výkonnosti nemocnic a ke kontrole kvality péče. Nový systém diagnostických skupin by však měl umožnit širší porovnávání a řízení výkonnosti (viz níže).

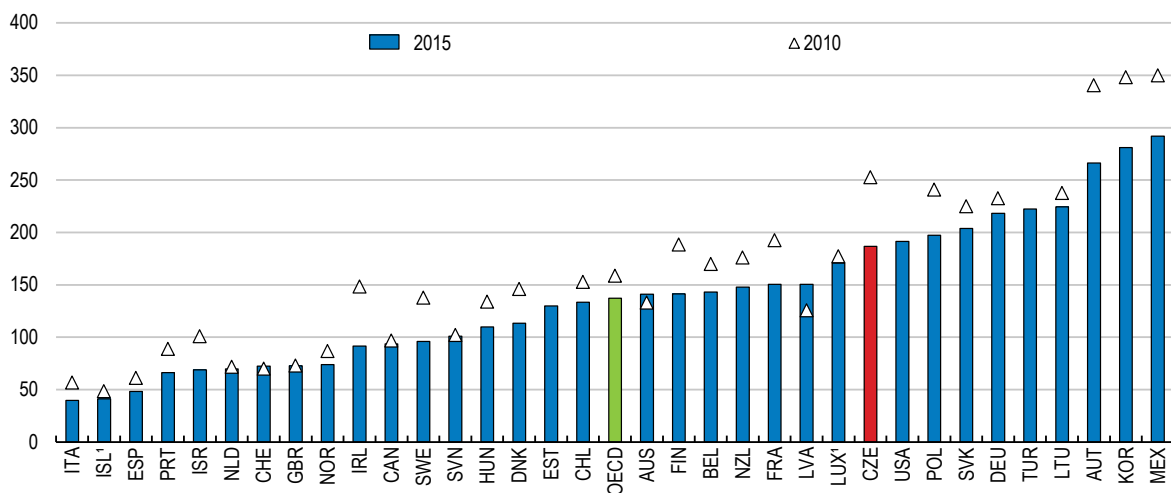
Systém dat založený na výkonnosti je pro sledování a řízení zdravotnictví nezbytný. Novela zákona o zdravotních službách z roku 2016 (zákon č. 147/2016 Sb.) stanovuje zřízení systému údajů pro sledování kvality zdravotní péče. Registr je nyní zřízen, avšak mezi zúčastněnými stranami je nutný konsensus ohledně ukazatelů a provádění politik. Novela umožňuje vytvoření komplexního Národního registru hrazených zdravotních služeb. Tento registr funguje ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami a bude obsahovat většinu údajů shromažďovaných od poskytovatelů zdravotních služeb ohledně produkce a úhrad. Vzhledem k širokému rozsahu shromažďovaných údajů bude registr využíván k ověření, nebo dokonce nahrazení mnoha údajů, které jsou v současnosti shromažďovány v rámci Národního zdravotnického informačního systému. Stane se hlavním zdrojem dat pro tvorbu ukazatelů výkonnosti, a to těch, které kvantifikují vstupy a objem poskytovaných zdravotních služeb. Jsou také vytvářena měřítka výsledků k zachycení kvality péče, tj. v souvislosti se zavedením systému diagnostických skupin.

Registr byl spuštěn počátkem roku 2018, shromažďované údaje se však prozatím nevyužívají ke sledování kvality péče nebo k odměňování za výkonnost. Zavádění je nutné urychlit, aby bylo možné měřit a zlepšovat kvalitu při úhradě zdravotní péče a léčiv. Registr je zejména nezbytný pro reformu diagnostických skupin, která se opírá o vytvoření nezkreslených ukazatelů výstupů. Bude také užitečný pro vymezení oblastí, v nichž lze zvýšit efektivitu, a sledování reforem.

V návaznosti na registr je nutné provádět systematické a pravidelné hodnocení kvality péče ke zlepšení systému zdravotnictví. Kontrola kvality se v současné době opírá především o zajištění minimálních bezpečnostních a kvalitativních standardů prostřednictvím jednorázové akreditace (OECD, 2014_[15]). Ukazatele kvality péče mohou hrát důležitou roli při zlepšování výkonnosti prostřednictvím srovnávání, omezování zbytečné diagnostiky a léčby (OECD, 2017_[16]) a zvyšování dostupnosti zdravotní péče. Česká republika však nedávno začala vykazovat některé z ukazatelů kvality zdravotní péče, které využívají členské státy OECD k porovnávání a poměrování výkonnosti. Počet hospitalizací z důvodu diabetu, jimž lze předejít, ukazuje, že Česká republika sice od roku 2010 dosáhla pokroku, ale stále je zde prostor ke zlepšení celkové léčby diabetu prostřednictvím vlastní péče, poradenství a osvěty a dále ošetření v rámci primární péče (obrázek 1.10). Úmrtnost po hospitalizaci pro ischemickou cévní mozkovou příhodu nevykazuje mezi lety 2010 a 2015 žádný pokrok (obrázek 1.11). Tyto informace mohou pacientům, odborníkům a pojišťovnám pomoci identifikovat nedostatky a rizika v kvalitě péče.

Obrázek 1.10. Počet hospitalizací dospělých z důvodu diabetu se snižuje

Míry na 100 000 obyvatel standardizované dle věku a pohlaví, 2010 a 2015 nebo nejbližší rok



1. Tříletý průměr.

Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance*.

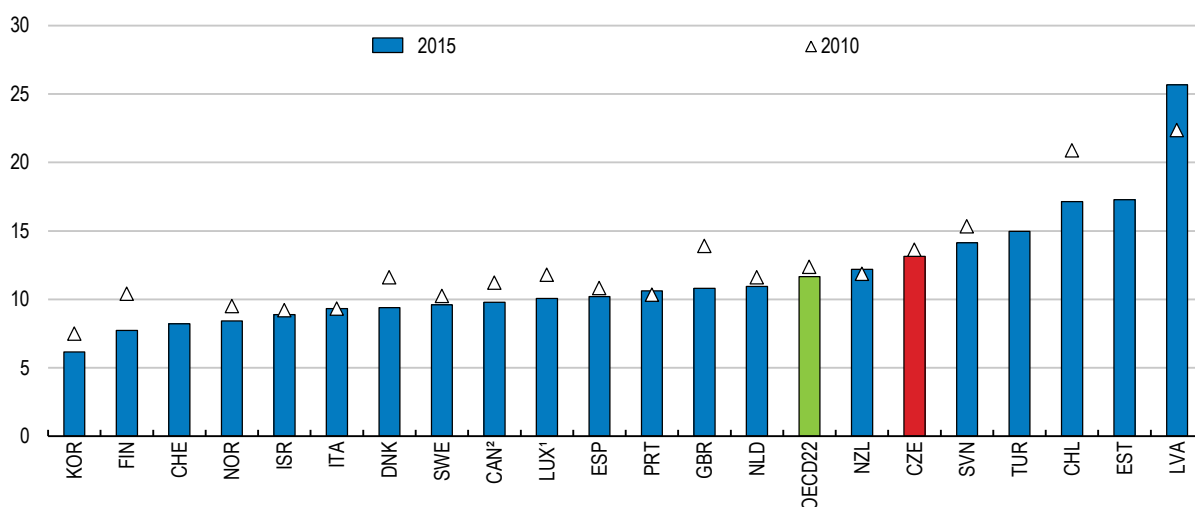
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933790885>

Zavedení nového klasifikačního systému diagnostických skupin (DRG) nabízí příležitost přeskupit údaje o výsledcích péče a systematicky je shromažďovat od nemocnic a jiných poskytovatelů zdravotních služeb. Je nezbytná politická iniciativa za účelem zvýšení shromažďování a využívání ukazatelů kvality při řízení systému, protože systém ve své podstatě neobsahuje významné pobídky vedoucí k zvyšování kvality. Úhradové ani informační systémy nejsou zaměřeny na podporu nepřetržitého zvyšování kvality, protože například platby lékařům primární péče jsou převážně kapitační a ukazatele místní kvality péče nejsou běžně publikovány (OECD, 2014_[15]).

Zavedení bonusových plateb poskytovatelům služeb v podobě odměňování za výkonnost může podpořit sběr dat a současně zlepšit kvalitu péče. Odměňování za výkonnost představují dodatečné platby, které doplňují stávající způsob platby, a týkají se dosažení předem definovaných cílů. Vliv systému odměňování za výkonnost na kvalitu péče se liší v závislosti na nastavení systému, vybraných ukazatelích a předem definovaných výsledcích, jakož i na výši získané odměny. Doklady o vlivu systémů odměňování za výkonnost v různých zemích mají proto omezenou průkaznost, pokud jde o zlepšení zdravotních výsledků a nákladové efektivity, ale obecně byly spojeny se zkvalitněním infrastruktury zdravotních údajů a zlepšením dostupnosti údajů při větším zaměření na kvalitu (OECD, 2016_[17]).

Obrázek 1.11. Třicetidenní úmrtnost po přijetí k hospitalizaci pro ischemickou cévní mozkovou příhodu je relativně vysoká

Míra na 100 pacientů ve věku 45 let a více standardizovaná dle věku a pohlaví, 2010 a 2015 nebo nejbližší rok



1. Třiletý průměr.

2. V případě Kanady výsledky nezahrnují úmrtí mimo nemocnice akutní péče.

Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance*.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933790904>

Správa systému zdravotní péče

Odpovědnost za zdravotní péči sdílí ústřední vláda a místní samospráva v rámci jednoznačné organizační struktury. Ministerstvo zdravotnictví stanoví zdravotní politiku, připravuje právní předpisy a spravuje Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) a instituce veřejného zdraví (Alexa et al., 2015_[13]). Pravomoci krajů – ačkoli podléhají doзору Ministerstva zdravotnictví – jsou rozděleny na nezávislé a delegované pravomoci. V rámci svých nezávislých pravomocí jsou kraje zodpovědné za zřizování krajských zdravotnických zařízení, sledování kvality péče soukromých poskytovatelů zdravotních služeb a přípravu a realizaci dotačních programů, např. pro investiční či provozní náklady (tabulka 1.2).

Kraje jsou navíc zodpovědné za soubor pravomocí delegovaných státní správou, jako je udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb a registrace jejich poskytovatelů, inspekce a kontrola kvality a dále zajišťování záchranných služeb. Krajské úřady například vlastní záchranné jednotky, instituce dlouhodobé péče (s výjimkou psychiatrických zařízení), některá zařízení primární péče a léčebná lázeňská zařízení. Poskytování zdravotních služeb prostřednictvím menších nemocnic často spadá do odpovědnosti obcí (tabulka 1.2).

Tabulka 1.2. Odpovědnost za veřejné zdraví v České republice

Odpovědnost státu (Ministerstvo zdravotnictví)	Odpovědnost krajů	Odpovědnost obcí
- Zdravotní péče - Řízení velkých nemocnic	- Zřizování a řízení nemocnic	- Zdravotní služby, prostřednictvím obecních nemocnic a soukromých lékařů
- Ochrana veřejného zdraví, zdravotní výzkumná činnost a přímo řízená zdravotnická zařízení	- Pečovatelské domy	
- Zajištění bezpečnosti, kvality a racionálního užívání léčiv a léčivých přípravků, prekursorů a přídatných látek; schvalování, licencování a sledování léčiv a zdravotnických pomůcek	- Zařízení pro tělesně a mentálně postižené dospělé a děti	
- Hledání, ochrana a využívání přírodních léčivých zdrojů, přírodních lázní a zdrojů minerálních vod, léčivých přípravků a technických zařízení pro prevenci, diagnostiku a léčbu osob	- Sledování kvality poskytování zdravotní péče soukromými poskytovateli, společně s profesními lékařskými komorami; sledováním se rozumí minimální soubor kritérií pro materiální a technickou vybavenost a kvalifikaci zdravotnického personálu, která jsou stanovena Ministerstvem zdravotnictví	
- Zdravotní pojištění a zdravotnické informační systémy	- Zajištění toho, aby nestátní poskytovatelé splňovali nejrůznější právní předpisy a směrnice, které definují technické, personální a hygienické požadavky, a jejich následná registrace umožňující poskytovat zdravotní služby	
- Používání biocidních přípravků a uvádění biocidních přípravků a látek na trh		

Zdroj: Upraveno z: Výbor regionů (2017_[18]), „Public Health“, <https://portal.cor.europa.eu/divisionpowers/countries/MembersNLP/CR/Policy-Areas-Obligatory/Pages/Public-Health.aspx> (prosinec 2017).

Řádná správa zdravotní péče je nezbytná k tomu, aby se systém mohl rychle přizpůsobovat novým cílům a prioritám. Zatímco odpovědnost v rámci systému zdravotní péče je na různých úrovních státní správy jasně definována, překrývání odpovědnosti Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví v oblasti dlouhodobé péče zapříčiňuje neefektivní fungování systému. V případě osob se sníženou soběstačností v důsledku zhoršujícího se zdraví je dlouhodobá péče poskytována prostřednictvím Ministerstva práce a sociálních věcí. Ministerstvo zdravotnictví odpovídá za dlouhodobou péči, pokud jde o poskytování zdravotní péče, bez níž by se zdravotní stav pacienta zhoršil. Platba za poskytování péče se v těchto dvou systémech liší, což vytváří motivaci usilovat o dlouhodobou péči v lékařském prostředí, a nikoli v prostředí dlouhodobé péče. Ke snížení neefektivit v nabídce dlouhodobé péče je proto zapotřebí lepší koordinace mezi politickými sektory.

Vytvoření systému elektronického zdravotnictví představuje důležitý potenciál pro zlepšení správy zdravotnictví prostřednictvím lepšího shromažďování informací a umožňuje těžit ze zvýšené efektivity a realizovat inteligentní systém odměňování za výkonnost. Systém elektronického zdravotnictví je předmětem jednání, ale dosud nebyl implementován. Od počátku roku 2018 byl však zaveden povinný elektronický recept (s ročním odkladem sankcí za nedodržování). Po uplynutí 6 měsíců byla elektronická preskripce používána v cca 80 %. Tento krok nicméně vyžaduje pečlivé monitorování s cílem zajistit, aby zejména starší lékaři namísto investice do požadované technologie raději neodcházeli do důchodu. To by zejména ve venkovských oblastech ohrozilo poskytování zdravotních služeb.

Nové technologie k zefektivnění komunikace mezi lékaři a zdravotními pojišťovkami nejsou dosud využívány. Současné nastavení systému by mělo usnadnit jejich zavádění, protože systém je již silně centralizovaný a odměňování poskytovatelů zdravotních služeb již závisí na předávání určitých informací.

Stejně jako v mnoha jiných zemích čelí sdílení osobních zdravotních údajů prostřednictvím elektronických zdravotních záznamů odporu kvůli problematice ochrany osobních údajů. Vývoj

digitálních systémů se však soustřeďuje na otázky zabezpečení. Je zapotřebí dobrovolná politika zajišťující dotování vybavení poskytovatelů zdravotních služeb nebo zvýšení odměn, vyškolení uživatelů a zavedení soudních pravidel, která by dala lidem jistotu ohledně využívání informací.

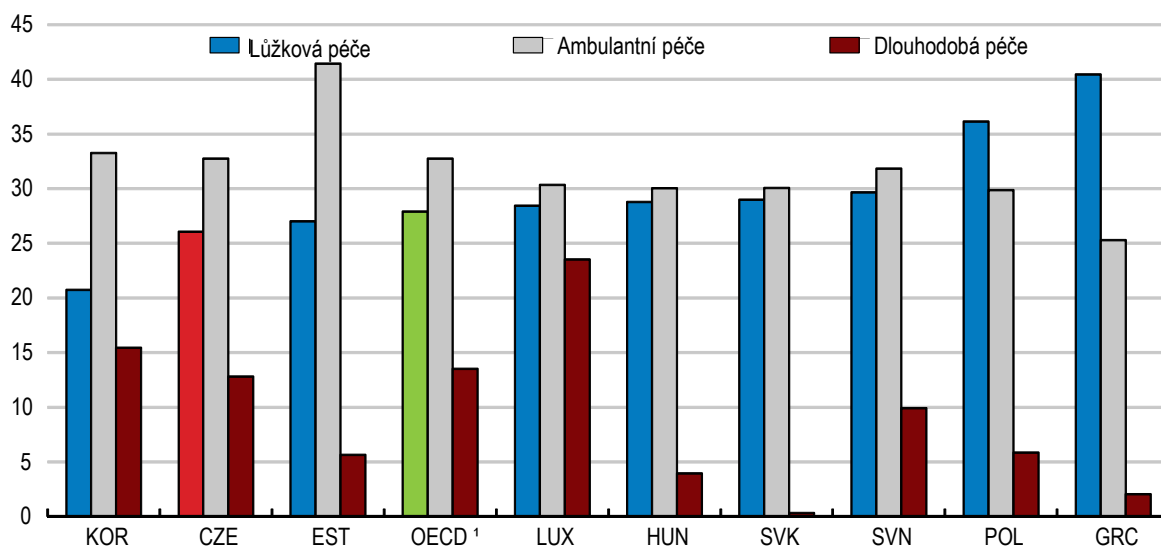
Zlepšení poskytování zdravotní péče

Reforma lůžkové péče a řízení nemocnic

Důležitými parametry efektivity systému je alokace zdrojů, účinnost léčby a vhodnost poskytnuté péče. Účinnost zdravotnictví a výdaje na zdravotnictví lze optimalizovat různými způsoby, například zjednodušením postupů, úpravou léčebných metod nebo vytvářením úspor z rozsahu prostřednictvím poskytování koordinované péče.

Obecně platí, že větší využívání ambulantní péče bývá nákladově efektivnější než lůžková péče. Omezuje čekací doby a je nejvhodnější léčebnou metodou pro mnoho zákroků (ambulantní chirurgie). Sektor lůžkové péče (převážně nemocnice) tvoří 26 % celkových výdajů, oproti 29 % v EU a 28 % v OECD v roce 2015 (OECD, 2017^[2]). Na rozdíl od ostatních ekonomik střední a východní Evropy, které podobně jako Česká republika zdědily velké nemocniční sektory, je největším sektorem ambulantní péče s 33 % výdajů na zdravotnictví, zatímco výdaje na dlouhodobou a lůžkovou péči jsou méně významné a pohybují se okolo průměru OECD (obrázek 1.12).

Obrázek 1.12. Výdaje na zdravotnictví podle typu služby
Procento běžných výdajů na zdravotnictví, 2015 nebo nejbližší rok



Poznámka: Lůžková péče znamená léčebnou a rehabilitační péči v lůžkových zařízeních a zařízeních denní péče. Ambulantní péče zahrnuje domácí péči a pomocné služby.

1. Nevážený průměr za poslední dostupný rok, vyjma Austrálie, Chile, Nového Zélandu a Turecka.

Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933790923>

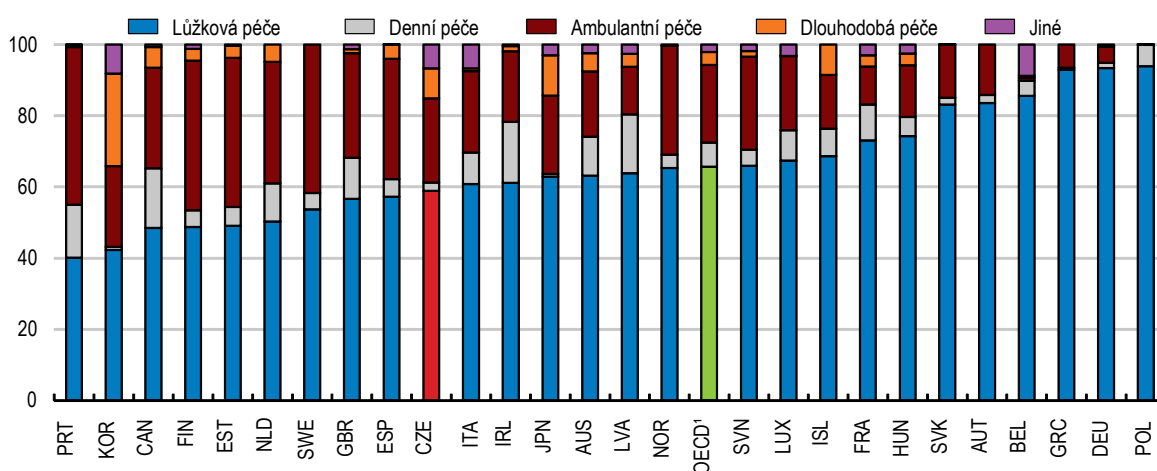
Lůžková a ambulantní péče jsou hlavními složkami výdajů na nemocnice. Dále jsou významné výdaje na dlouhodobou péči, které představují 8 % výdajů na nemocnice (obrázek 1.13). Zatímco v OECD dochází k posunu od lůžkové péče k denní péči, který je motivován snahou o zvýšení efektivity, v České republice jsou výdaje na denní péči v nemocnicích i nadále nízké (dle odhadů

2 % výdajů na nemocnice). Je třeba vynaložit větší úsilí směrem k posunu od lůžkové péče k denní péči, protože se tím snižují výdaje. Sledování vývoje nových lékařských technologií pomůže při rozvoji denní péče.

Nové lékařské technologie – zejména rozšíření méně invazivních chirurgických zákroků – a lepší anestetika umožnily provádění zákroků v denní péči, a prostřednictvím zkrácení pobytu v nemocnici snížily jednotkové náklady na zákrok (OECD, 2017_[2]). Dopad nárůstu ambulantních chirurgických zákroků na celkové výdaje na zdravotnictví však nemusí být přímočarý, neboť snížení jednotkových nákladů (ve srovnání s chirurgickými zákroky s hospitalizací) může být kompenzováno zvýšením objemu prováděných zákroků. Je také třeba vzít v úvahu veškeré dodatečné náklady spojené s následnou péčí a komunitními zdravotními službami po těchto zákrocích.

Obrázek 1.13. Výdaje na nemocnice podle typu služby

Procento výdajů na nemocnice, 2015 nebo nejbližší rok



Poznámka: Ambulantní péče zahrnuje podpůrné služby. Údaje týkající se výdajů na denní péči v České republice jsou zatíženy metodickými problémy a mohou být podhodnocené.

1. Nevážený průměr za poslední dostupný rok, vyjma Chile, Dánska, Izraele, Mexika, Nového Zélandu, Švýcarska, Turecka a Spojených států.

Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

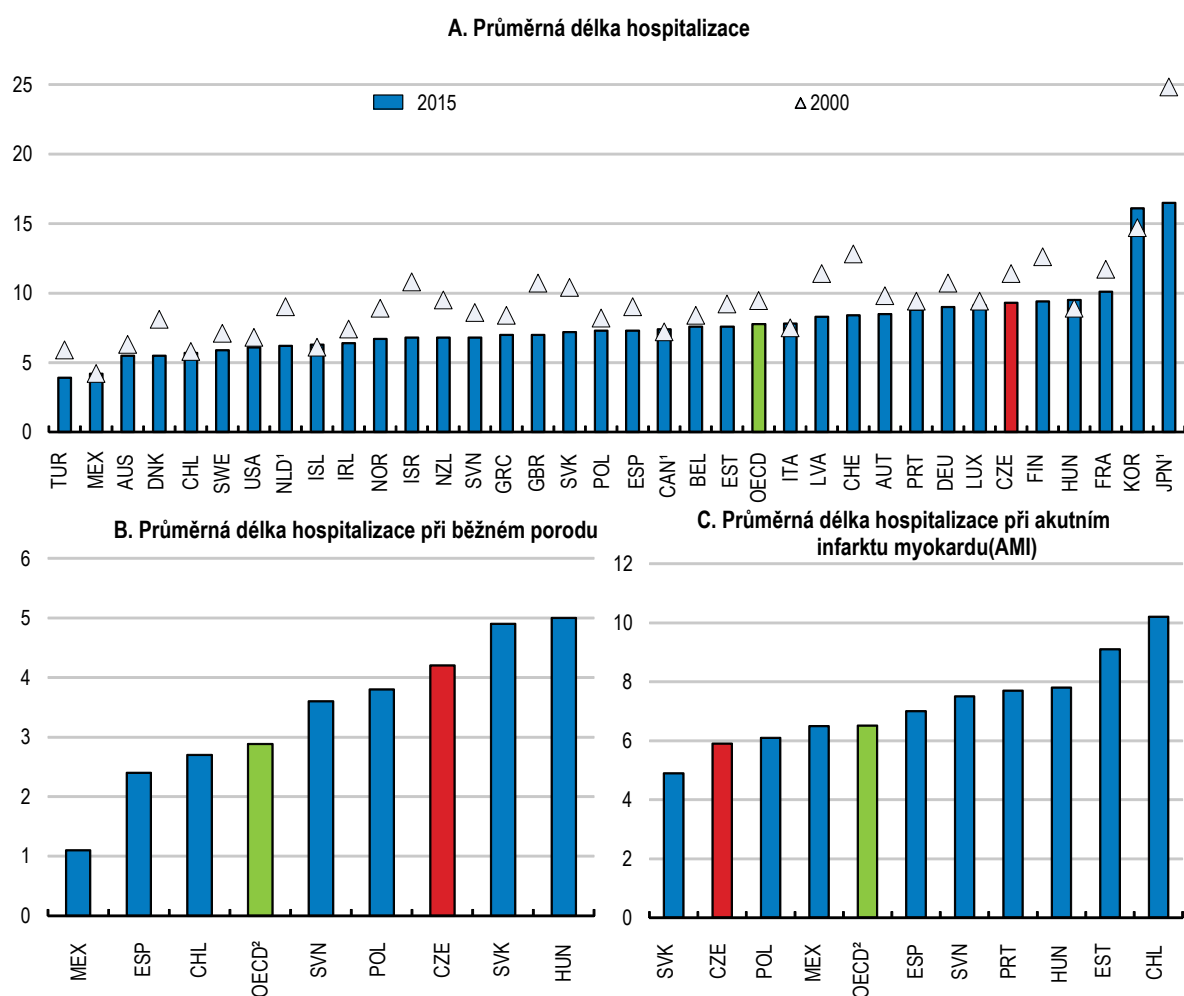
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933790942>

Určitého zvýšení efektivity lze dále dosáhnout zkrácením průměrné délky hospitalizace, která činí 9,3 dne (2015) a nachází se výrazně nad průměrem OECD (7,8 dne) (obrázek 1.14, panel A). Zkrácení délky hospitalizace lze dosáhnout pokrokem v léčbě a dobrou primární péčí, tj. aby pacienti mohli být propuštěni z nemocnic dříve, aniž by to ohrozilo jejich rekonvalescenci. Zejména průměrná délka hospitalizace při běžném porodu je ve srovnání s jinými zeměmi vysoká (obrázek 1.14, panel B). Pokrok v oblasti ambulantních zákroků nicméně přispívá ke snižování průměrné délky hospitalizace. Například operace šedého zákalu v denní péči se zvýšila na 95 % oproti průměru OECD, který činí 86 %. V několika zemích se téměř veškeré operace šedého zákalu provádějí v denní péči (OECD, 2017_[2]).

Česká republika dosáhla významného zlepšení, pokud jde o pokrytí a léčbu v oblasti péče o duševní zdraví, kde došlo k posunu od lůžkové směrem k ambulantní péči. Počet osob ambulantně léčených pro duševní onemocnění se od roku 2000 zdvojnásobil na téměř 700 000, zatímco lůžková léčba se snížila. V současnosti je za pomoci evropských finančních prostředků realizována reforma, jejímž cílem je zlepšit kvalitu života osob s duševním onemocněním prostřednictvím restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě pečovatelských zařízení a nového přístupu k podpoře pacientů. Nový přístup si klade za cíl zajistit včasnou diagnostiku a léčbu základních duševních poruch prostřednictvím lepší podpory spolupráce mezi primární péčí a specializovanými psychiatrickými službami. Bude dokončena síť stávajících všeobecných a specializovaných psychiatrických ambulantních klinik a ordinací klinických psychologů a bude rozšířena komunitní péče.

Obrázek 1.14. Průměrná délka hospitalizace je vyšší než průměr OECD

Dny, 2015 nebo novější



1. Údaje se týkají průměrné délky hospitalizace při léčebné (akutní) péči (což vede k podhodnocení). V Japonsku činila v roce 2015 průměrná délka hospitalizace při veškeré lůžkové péči 29 dnů (pokles oproti 39 dnům v roce 2000).

2. Průměr OECD je nevážený průměr dostupných zemí OECD.

Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.

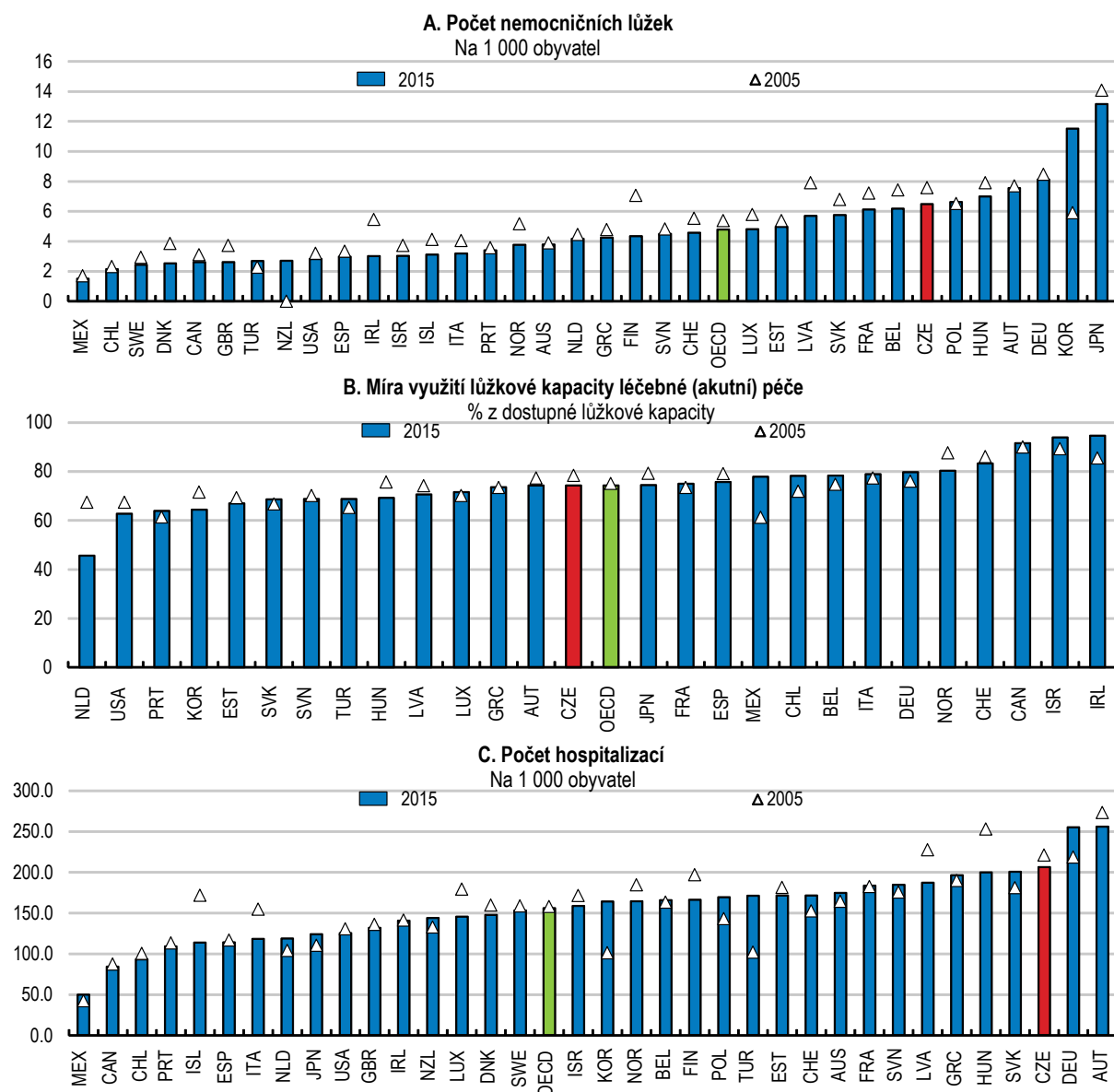
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933790961>

Česká republika zdědila z komunistické éry systém zdravotních služeb zaměřený na nemocniční péči, což stále přispívá k neefektivitě. Přestože počet nemocničních lůžek od roku 2000 poklesl (6,2 na 1 000 obyvatel), stále zůstává nad průměrem OECD (4,7) (obrázek 1.15, panel A). Zhodnocení počtu nemocničních lůžek je však ovlivněno využitím nemocničních lůžek pro dlouhodobou péči. Vysoký počet lůžek také koreluje s celkovým počtem nemocnic, které nejsou vždy dobře geograficky rozmístěny. Lepší koordinace sousedních obcí a krajských nemocnic sloučením či přeskupením některých služeb může dále zvýšit efektivitu nemocničního sektoru a zlepšit celkovou kvalitu péče.

Kombinace údajů o počtu nemocničních lůžek, míře využití lůžkové kapacity a počtu hospitalizací naznačují, že počet nemocničních lůžek lze dále snížit (obrázek 1.15, panel B a C). Zatímco míra využití lůžkové kapacity se blíží průměru OECD, vysoký počet hospitalizací (minimálně jedna noc v nemocnici) ve srovnání s OECD naznačuje, že míra využití lůžkové kapacity potenciálně odráží neoptimální volbu při léčbě a využívání nemocničních zdrojů. Zdá se, že namísto posunu směrem k denní péči jsou pacienti hospitalizováni s cílem udržet vysokou míru obsazenosti, což naznačuje neefektivní řízení nemocničních zdrojů.

Obrázek 1.15. Kapacita nemocniční péče je stále vysoká



Zdroj: OECD (2017), OECD Health Statistics (databáze).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933790980>

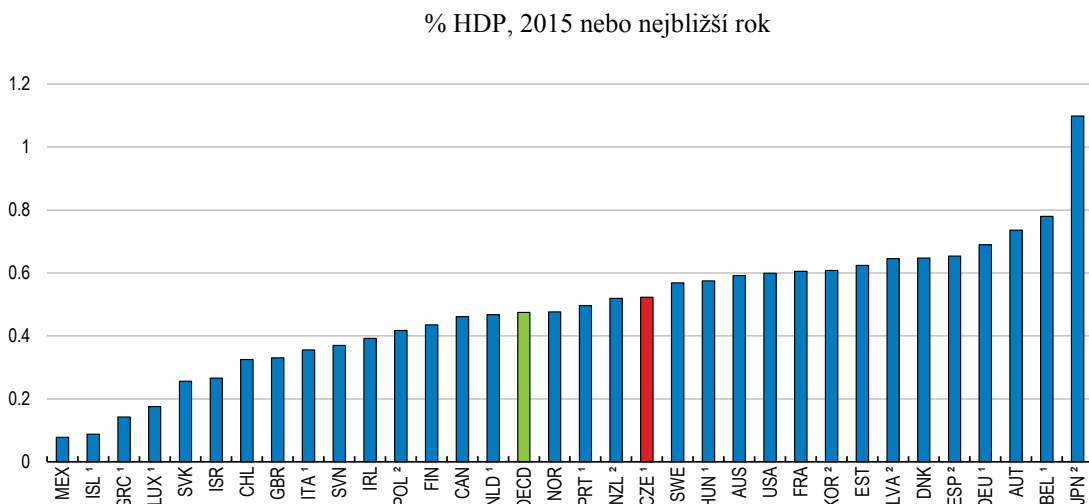
Systém odměňování by měl být využit k motivování nemocnic tak, aby usilovaly o zvýšení efektivity. Po řadě změn se systém odměňování nemocnic od roku 2012 stabilizoval a skládá se ze čtyř různých mechanismů úhrad, které zahrnují platby za případ na základě DRG klasifikace, individuální smlouvy, globální paušál a výkonovou úhradu v nemocniční ambulantní péči. Úhrada na základě globálních paušálů upravených mixem diagnostických skupin nyní představuje hlavní zdroj příjmů nemocnic (více než 70 %).

Český systém úhrad založený na DRG je založen na mezinárodně definovaném DRG systému. V současné době existuje 1 057 skupin. Skupiny byly původně vytvořeny Národním referenčním centrem (NRC), od roku 2015 spadá systém DRG pod Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Číselník relativních vah, který každoročně zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví, však nebyl aktualizován od roku 2014. Relativní váhy byly vypočteny na základě údajů pouze z 12 nemocnic, které poskytly údaje na dobrovolném základě. Současný systém nefunguje správně a neodráží skutečné náklady na zdravotní služby. Neumožňuje srovnávat výkonnost nemocnic z hlediska efektivity a osvědčených postupů a vybrat podskupinu sloužící ke stanovení cen.

Již několik let se v rámci programu DRG Restart připravuje nový systém diagnostických skupin. V současné době je testován na reprezentativním vzorku více než 40 nemocnic (na dobrovolném základě) a výsledky budou porovnány se současným systémem. Vývoj nového systému DRG je vhodné urychlit. Měl by být založen na široké skupině nemocnic, aby u jednotlivých druhů zdravotních služeb byla zaručena dostatečná rozmanitost shromažďovaných informací. Systém DRG by pak měl sloužit ke stanovení cen zdravotních služeb, ale také k motivování či nápravě nemocnic s neuspokojivými výsledky na základě porovnání se skupinou nemocnic s nejlepšími výsledky.

Kromě nadbytečné kapacity ilustrované počtem nemocničních lůžek je problémem také kvalita infrastruktury. Mnoho psychiatrických zařízení, zařízení dlouhodobé péče a ošetrovatelských zařízení a menších venkovských nemocnic potřebuje modernizaci (OECD a Evropské středisko pro sledování zdravotnických systémů a politik, 2017_[19]). Vzhledem k dosti vysokému počtu nemocnic a zařízení a nízké úrovni výdajů není překvapením, že investiční výdaje nejsou dostatečné k udržení kvality infrastruktury a vybavení. Investice do dlouhodobého hmotného majetku ve zdravotnictví činí 0,5 % HDP a blíží se průměru OECD (obrázek 1.16).

Nedostatečné investice lze částečně vysvětlit úhradovým systémem, který nezohledňuje využívání infrastruktury. Nemocnice a zdravotnická zařízení proto při investicích spoléhají na veřejné dotace a finanční prostředky EU. Investice do zdravotnické infrastruktury a její modernizace by měly být lépe plánovány a koordinovány napříč kraji a měly by se řídit integrovaným přístupem v rámci financování zdravotnictví na úrovni nemocnic, krajů a ministerstva. Například léčba akutních ischemických cévních mozkových příhod byla přeskupena do iktových center a vedla k významným zlepšením. V důsledku toho pravděpodobnost, že pacient podstoupí nezbytnou léčbu v rámci doporučeného limitu 60 minut, patří k nejvyšším v EU.

Obrázek 1.16. Investice do zdravotnictví zůstávají relativně nízké

1. Odkazuje na tvorbu hrubého fixního kapitálu v odvětví ISIC 86: Zdravotní péče (ISIC Rev. 4).
2. Odkazuje na tvorbu hrubého fixního kapitálu v odvětví ISIC Q: Zdravotní péče a sociální práce (ISIC Rev. 4).

Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933790999>

Reforma sektoru primární a ambulantní péče

Ambulantní péče může být poskytována v nemocnicích nebo praktickými lékaři a specialisty v soukromých zdravotnických zařízeních či jednotlivých ordinacích. Zdravotnictví trpí nedostatečnou koordinací primární péče mezi praktickými lékaři, specialisty a ambulantní nemocniční péčí. Přístup pacientů ke specializované péči bez předchozí návštěvy praktického lékaře, špatně definovaná vzájemná odpovědnost ambulantních specialistů a praktických lékařů a současný platební systém způsobují, že není naplňován potenciál primární péče jako například řídit léčbu chronických onemocnění (OECD, 2014_[15]).

Skutečnost, že praktičtí lékaři neplní gate-keepingovou roli, oslabuje organizaci primární a ambulantní péče. Pojištěnci musí být teoreticky zaregistrováni u praktického lékaře, zubního lékaře, gynekologa a/nebo pediatra (v případě dětí). Pacienti však mohou navštívit přímo specialistu nebo jít do nemocnice, aniž by navštívili doporučujícího lékaře, a také to často dělají. Neexistuje žádná sankce ani pobídka, která by vedla k dodržení postupu prostřednictvím lékaře.

Tím se otevírá prostor pro nadměrnou ambulantní péči v nemocnicích na úkor pohotovostní péče a lůžkové péče. Diskutovalo se o zavedení přísného gate-keepingu zavedením poplatků pro pacienty, kteří bez doporučení navštíví specialistu, avšak dle neověřených dokladů se tento záměr setkal s odporem u obyvatel, specialistů, a dokonce i některých praktických lékařů. Jedním z důvodů je nedůvěra v to, že praktičtí lékaři budou roli gate-keepingu vykonávat správně. Praktickým lékařům by měla být svěřena větší role v oblasti gate-keepingu a koordinace. Tím by se zajistilo, aby byli pacienti v případě potřeby lépe nasměrováni na nejvhodnější místo pro jejich léčbu (specialisté nebo nemocnice). Rovněž by to umožnilo snížit nadužívání nemocničních zařízení a podpořit změnu jejich zaměření na složitou a intenzivní léčbu.

Odměňování praktických lékařů a ambulantní péče přispívá k nepružnosti zdravotnictví. Od roku 1997 jsou úhrady praktickým lékařům založeny na systému kapitačních plateb s kompenzací rizika. V některých venkovských či odlehlých oblastech mohou být praktičtí lékaři kompenzováni

vyšší kapítací, jestliže je počet registrovaných pacientů výrazně pod celostátním průměrem (o více než 30 % nižší). Dále praktičtí lékaři, kteří jsou ochotni pracovat déle nebo jsou pružní při objednávání pacientů, získávají příplatek. Některé služby, jako jsou preventivní prohlídky či domácí návštěvy, jsou však placeny výkonovým způsobem (přibližně 10 až 15 % příjmů praktických lékařů, Alexa et al., 2015_[13]). Od roku 2007 jsou ambulantní specialisté placeni v rámci systému zastropovaných výkonových plateb až do předem definované prahové hodnoty, která se každoročně upravuje. Nad touto prahovou hodnotou se úhrady snižují (Alexa et al., 2015_[13]).

Jednou z pobídek k registraci pojištěnců u praktického lékaře je skutečnost, že oproti ambulantním poskytovatelům tato registrace usnadňuje přístup zkrácením čekací doby. Ačkoli neexistuje žádný povinný limit počtu registrací, které může praktický lékař přijmout, někteří praktičtí lékaři odmítají či odrazují další registrované nad určitou prahovou hodnotou. Důvodem je buď pracovní vytížení, nebo skutečnost, že některé pojišťovny snižují kapitační platby za další pacienty, pokud považují počet registrovaných pacientů za příliš vysoký.

Dalším faktorem přispívajícím k vysokému počtu návštěv ambulantních služeb je počet potvrzení, která jsou od pacientů vyžadována z jiných než zdravotních důvodů. Zaměstnanci například často musejí předkládat potvrzení lékaře již od prvního dne nepřítomnosti, jinak se jejich nepřítomnost považuje za neomluvenou. To se jeví jako zbytečné, jelikož první tři dny pracovní neschopnosti jsou neplacené a přispívají k nadměrnému počtu ambulantních návštěv.

Úroveň odměňování lékařů a zdravotnických pracovníků nepředstavuje problém, neboť poměr příjmů českých lékařů a zdravotnických pracovníků k průměrným příjmům je srovnatelný s poměrem v zemích OECD (OECD, 2017_[2]). Toto uspořádání však některé praktické lékaře demotivuje od toho více pracovat. Neoficiální údaje naznačují, že někteří praktičtí lékaři a specialisté po dosažení určitého objemu pacientů omezují svou činnost kvůli sníženým úhradám (Alexa et al., 2015_[13]).

Je vhodné zavést lepší kombinaci kapitačních a výkonových plateb, a to zejména v případě praktických lékařů. Zvýšení podílu výkonových plateb na příjmech praktických lékařů by mohlo být spojeno s účinnější preventivní činností a rekvalifikací. Dále, zavedení spoluúčasti by zajistilo odpovědnější chování pojištěnců a praktických lékařů s ohledem na jejich pacienty. Aby například nedošlo k vyloučení určitých skupin obyvatelstva, spoluúčast by mohla být vyžadována v případě, že pacienti vyhledají specialistu bez doporučení praktického lékaře. V případě praktických lékařů i specialistů by odměna měla zahrnovat více složek založených na kvalitě. Rozvojem elektronického zdravotnictví a motivováním praktických lékařů a specialistů ke spolupráci prostřednictvím elektronického systému zdravotních služeb by se díky sdílení informací rovněž zvýšila efektivita a omezil počet návštěv a duplicitních úkonů.

Vypracování strategie dlouhodobé péče přizpůsobené stárnoucí společnosti

Poptávka po dlouhodobé péči se v České republice v posledních letech zvýšila, stejně jako v ostatních zemích OECD. Dopad stárnutí již dnes snižuje kapacitu poskytování dlouhodobé péče. Předpokládá se, že podíl obyvatelstva ve věku 80 let a více stoupne ze 4 % v roce 2015 na 9 % do roku 2050. Současná organizace a financování dlouhodobé péče není připravena takové zvýšení poptávky absorbovat. Výdaje na dlouhodobou péči představovaly v roce 2015 1,3 % HDP (OECD, 2017_[2]), z čehož 82 % představuje lůžkovou dlouhodobou péči. Reálné výdaje na dlouhodobou péči se v posledních deseti letech zvyšují o 5 % ročně, což je rychlejší než průměr OECD (OECD 2017_[2]), a představují více než 10 % výdajů na zdravotní péči (obrázek 1.17, panel A).

Sociální a zdravotní aspekty dlouhodobé péče mají odlišnou strukturu organizace a financování (Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví). Navzdory úsilí o posílení

spolupráce mezi oběma ministerstvy s cílem optimalizovat efektivitu péče o pacienty existují podstatné rozdíly ve financování, které vytvářejí negativní pobídky při využívání nemocničních zařízení. Rezidenční zařízení dlouhodobé péče a ostatní sociální služby jsou financovány z ústředního, krajského nebo obecního rozpočtu, zatímco zdravotnická zařízení dlouhodobé lůžkové péče jsou financována především prostřednictvím zdravotního pojištění.

Nová právní úprava založená na svobodné volbě sociálních služeb poskytuje od roku 2007 příspěvek na péči fyzickým osobám, a nikoli institucím. Rovněž zavedla mechanismus financování, který umožnil (a) zdravotnickým zařízením financovat určité formy sociální péče ze státního nebo krajského rozpočtu; a (b) zařízením sociální péče financovat určité služby prostřednictvím smluv se zdravotními pojišťovnami.

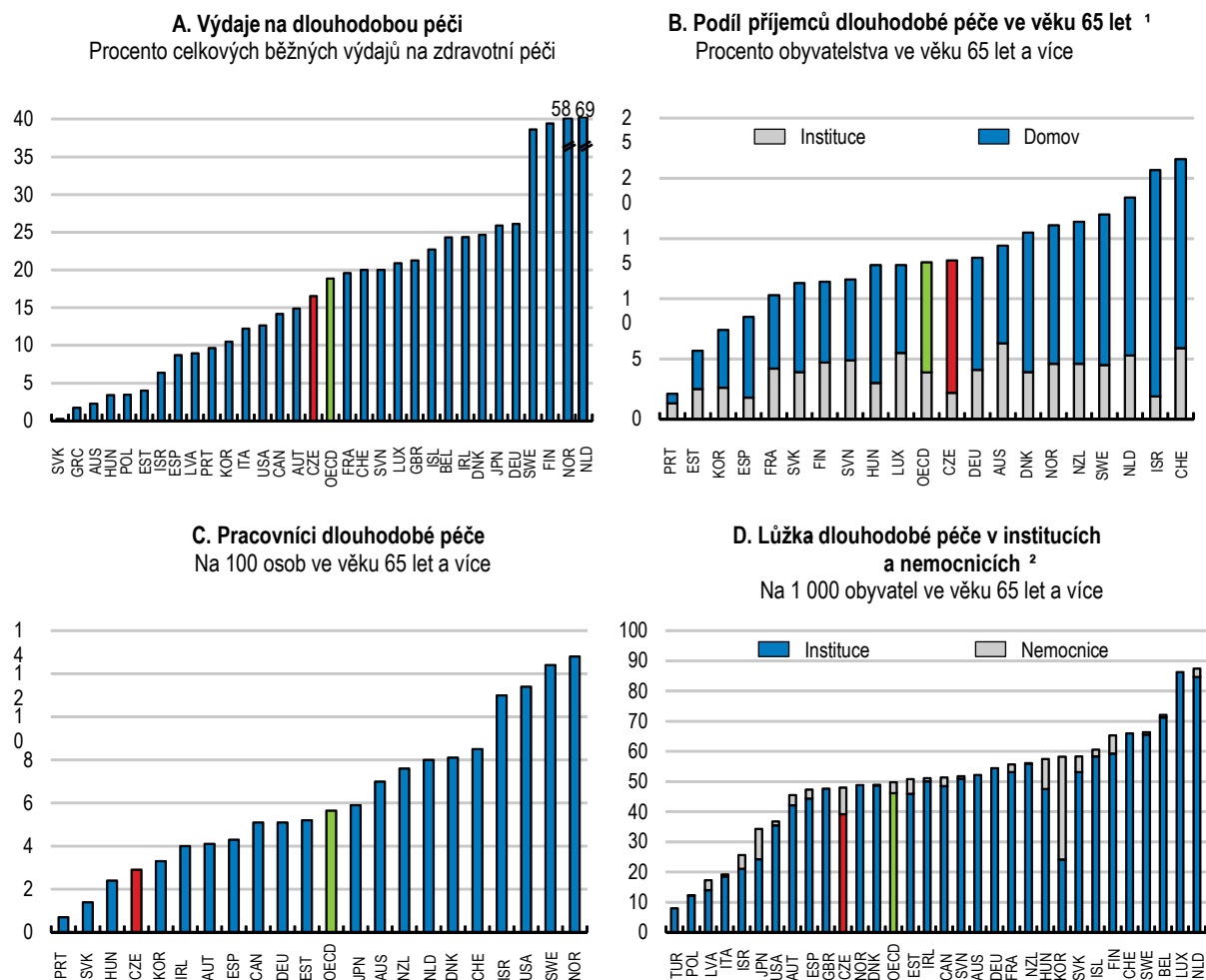
Příspěvek na péči fyzickým osobám vedl k nižšímu rozpočtu zřizovaných pečovatelských institucí a k rozvoji neformálních pečovatelů. Měsíční příspěvek se v závislosti na zdravotním stavu a věku pohybuje od 880 Kč (34,70 EUR) do 13 200 Kč (520,50 EUR). Fyzické osoby mohou příspěvek využít k odměňování neformálních pečovatelů, včetně rodinných příslušníků. Zdá se, že mezi nabídkou cenově dostupných rezidenčních zařízení dlouhodobé sociální péče a poptávkou existuje nesoulad (Alexa et al., 2015_[13]).

Nedostatečná koordinace a rozdílné úhrady zdravotní péče poskytované v nemocnicích a zařízeních dlouhodobé sociální péče přispívají k neefektivnímu využívání nemocničních služeb. U zdravotních služeb byly například poplatky hrazené pacienty zrušeny, zatímco u sociální péče stále existují, a tento stav motivuje k vyhledávání dlouhodobé péče v rámci nákladnější zdravotní péče, a nikoli sociální péče (OECD a Evropské středisko pro sledování zdravotnických systémů a politik, 2017_[19]). To vedlo k nadužívání dlouhodobé nemocniční lůžkové péče (obrázek 1.17, panel D). Míra obsazenosti těchto nemocničních lůžek činí přibližně 100 %. Zejména průměrná délka hospitalizace se zbytečně prodlužuje kvůli nedostatku míst v pečovatelských zařízeních. Tuto situaci dále zhoršuje politika úhrad, která je výhodnější v systému zdravotní péče a je založena na denních úhradách, což motivuje k delší hospitalizaci.

Je zapotřebí podporovat rozvoj pečovatelských zařízení a harmonizovat politiku úhrad zdravotní péče poskytované v nemocnicích a jiných zařízeních. Krajské úřady je vhodné motivovat k zajištění dostatečného počtu institucí dlouhodobé péče na jejich území, a to s přihlédnutím k budoucímu vývoji. Rozvoj komplexní domácí péče nabízí alternativu k hospitalizaci. Komplexní domácí péče je pečovatelská a asistenční služba poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí. Jedná se o zdravotní službu poskytovanou všeobecnými sestrami pod dohledem lékaře a hrazenou zdravotními pojišťovnami. Rozvoj komplexní domácí péče by měl být upřednostňován jako alternativa k dlouhé hospitalizaci. Úroveň příspěvku na sociální péči by měla zohledňovat potřebnost, aby se zajistilo, aby jedinci mající zájem nastoupit do zařízení sociální péče, si toto mohli dovolit. Za účelem omezení nadměrného nárůstu nákladů zařízení sociální péče lze s těmito zařízeními nastavit smluvní politiku ohledně stanovení cen.

Obrázek 1.17. Dlouhodobá péče

2015 a novější



Poznámka: Průměr OECD je nevážený průměr uvedených údajů.

1. Údaje za Českou republiku se týkají údajů za rok 2009.

2. Počty lůžek dlouhodobé péče v nemocnicích nejsou dostupné pro Austrálii, Švýcarsko, Turecko a Spojené království.

3. Podíl dlouhodobé péče na celkových výdajích na zdravotní péči nezahrnuje výdaje na sociální dlouhodobou péči.

Zdroj: OECD (2017), OECD Health Statistics (databáze); OECD (2017), *Hospodářské přehledy OECD: Slovenská Republika 2017*, OECD Publishing, Paříž. http://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-svk-2017-en and OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791018>

Stárnutí zdravotnických pracovníků ohrožuje dostupnost zdravotní péče

Počet lékařů a zdravotnických pracovníků se v posledních dvaceti letech zvyšuje a překračuje průměr OECD (obrázek 1.18, panel A). Hustota lékařů na 1 000 obyvatel činí 5,7 v městských oblastech a 4,2 ve venkovských oblastech (obrázek 1.18, panel B).

Přestože je počet lékařů v současné době poměrně vysoký, vysoký průměrný věk lékařů může brzy vést k omezení nabídky, které ovlivní pokrytí a kvalitu péče. Mezi lety 2000 a 2015 se podíl

lékařů starších 55 let zvýšil z 20 % na 37 % a patří k nejvyšším v OECD (obrázek 1.18, panel C). Mezi praktickými lékaři je podíl lékařů v předdůchodovém věku dokonce ještě vyšší. V roce 2017 byl přibližně každý třetí praktický lékař starší 60 let (ČLS-JEP, 2018_[20]). Odchod těchto lékařů do důchodu v blízké budoucnosti ohrozí dostupnost zdravotní péče, zejména ve venkovských oblastech (OECD a Evropské středisko pro sledování zdravotnických systémů a politik, 2017_[19]; OECD, 2017_[2]).

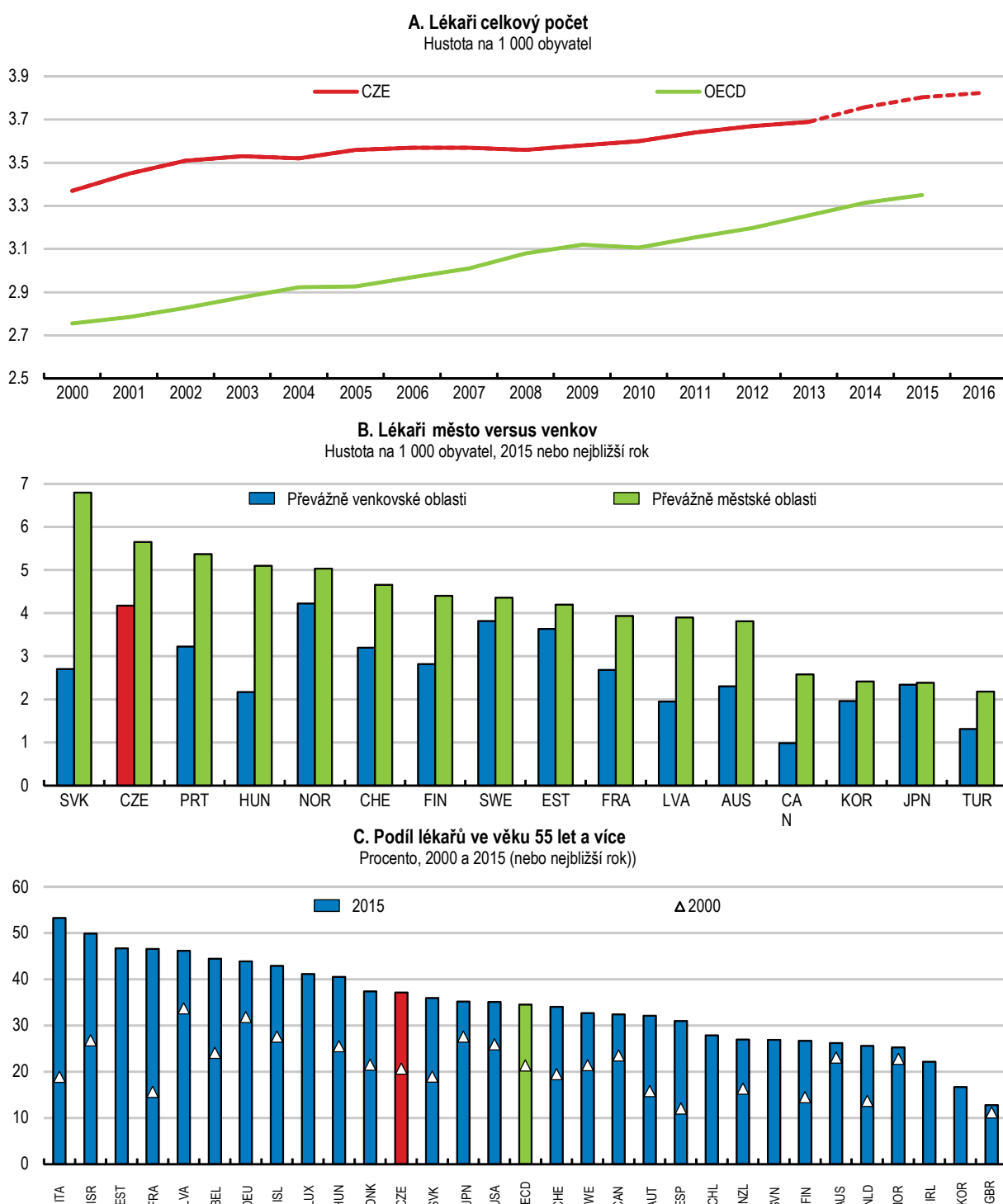
Struktura lékařů poskytujících základní a speciální primární péči je rovněž nevyvážená, neboť všeobecných lékařů je podstatně méně než specialistů. 19 % lékařů je všeobecných, zatímco průměr OECD činí 30 % (OECD, 2017_[2]). Vzhledem k tomu, že primární péče hraje v dobře fungujícím zdravotnictví klíčovou roli, nízký podíl praktických lékařů vytváří vážné překážky pro jeho výkonnost. Stárnutí lékařů může být také problematické z hlediska celoživotního vzdělávání a struktury kvalifikací. Pobídky v systému, zejména silná regulace činnosti praktických lékařů, nejsou uspokojující a mohou omezit investice lékařů do celoživotního vzdělávání. U starších praktických lékařů je menší pravděpodobnost, že podstoupí rekvalifikaci s cílem modernizovat svou praxi, a proto existuje nižší důvěra v to, že mohou vykonávat roli gate-keepingu.

Počet lékařů je také ovlivněn odchodem lékařů do zahraničí, i když míra odchodu do zahraničí je nižší než průměr OECD (obrázek 1.19). Čeští lékaři jsou k odchodu či práci v zahraničí motivováni vyššími mzdami a lepšími vnímanými pracovními podmínkami. Vzhledem k blízkosti Německa je možné, že míra odchodu do zahraničí nezachycuje celou situaci, protože lékaři mohou do Německa za prací dojíždět, a tím těžit z lepších mezd a pracovních podmínek. Počet českých lékařů pracujících v Německu se od roku 2010 více než zdvojnásobil, z méně než 500 na více než 1 000 (Bundesärztekammer, 2017_[21]; 2011_[22]). Ve střednědobém a dlouhodobém horizontu je k zajištění dostatečné nabídky nutné udržet lékaře a vytvářet pobídky k přilákání většího počtu českých studentů na lékařské fakulty a také zahraničních lékařů.

Přestože neexistují žádná formální omezení (ve smyslu zkoušek či požadavků) přístupu k studiu lékařství, fakulty mohou limitovat počet přijatých studentů z důvodu kapacitních omezení. Zahraniční studenti studující v angličtině platí školné, které přispívá do rozpočtu. Současně však mohou vést ke kapacitním omezením. V roce 2016 tyto zahraniční studenti představovali přibližně 16 % všech studentů lékařských fakult (ÚZIS, 2018_[23]). V krátkodobém horizontu je kvůli rychlému stárnutí českých lékařů vhodné zavést plán na zvyšování kapacity českých lékařských fakult a počtu studentů, kteří zůstávají v České republice. Financování lékařských fakult by proto mělo být odpovídajícím způsobem upraveno tak, aby jim zajistilo dostatek prostředků na zvládnutí zvýšeného počtu studentů.

České právní předpisy v zásadě zaručují dostupnost lékařů a zdravotnických zařízení v přiměřené vzdálenosti a čase. V rámci posilování pobídek pro lékaře k usazování v odlehlejších oblastech byl vypracován program dotací, který pokrývá náklady na zřízení nové lékařské ordinace. Jako další opatření vytvářející pobídky pro lékaře k usazování v odlehlejších oblastech slouží vyšší úhrady zdravotních pojišťoven. Tyto motivační programy je nutné pečlivě sledovat a pravidelně vyhodnocovat tak, aby mohly být včas přizpůsobeny nově vznikajícím potřebám.

Obrázek 1.18. Vývoj počtu praktických lékařů



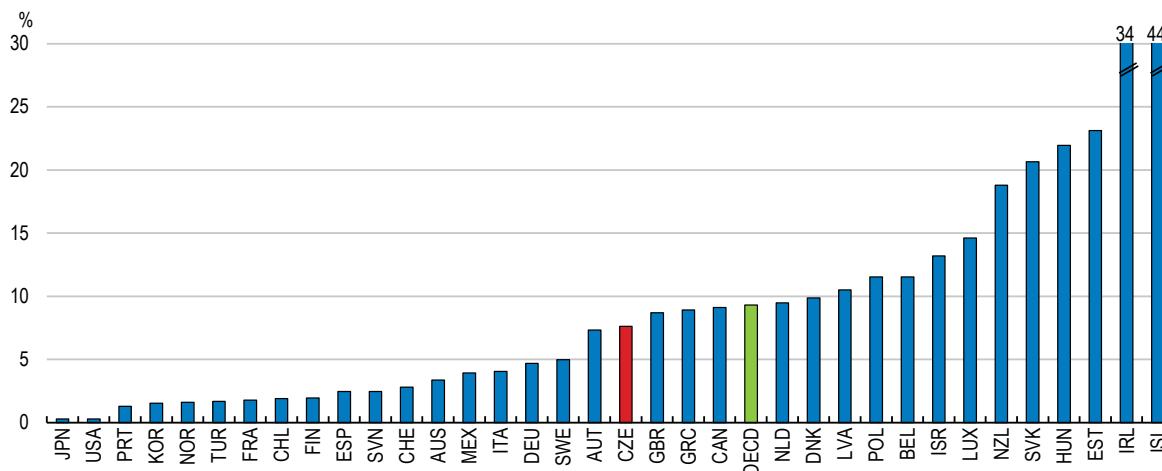
Poznámka: Nevážený průměr OECD. Panel A: Údaje za Českou republiku do roku 2013 jsou převzaty z databáze OECD Health Statistics. Počínaje rokem 2014 se počty odhadují na základě údajů ÚZIS týkajících se personální kapacity lékařů ve zdravotnictví (registrovaní a smluvní lékaři) a je použit opravný koeficient k zajištění souladu s dostupnými údaji z předchozích let. Panel B: Česká republika, údaje se vztahují k přepočtenému počtu pracovníků (úvazky) a zahrnují také lékárníky.

Zdroj: OECD (2018), Health Statistics (databáze); ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky), Zdravotnictví ČR: Personální kapacita 2016; a OECD (2017), Health at a Glance 2017.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933791037>

Obrázek 1.19. Míra odchodu lékařů do zahraničí je vysoká

Procento z celkového počtu lékařů, 2015 nebo nejbližší rok



Poznámka: Podíl lékařů, kteří absolvovali vzdělání v dané zemi, ale pracují v zahraničí. 2014 u Dánska, Japonska, Švédska a Spojených států. Údaje za OECD představují nevážený průměr dostupných údajů za jednotlivé země.

Zdroj: OECD (2017), OECD Health Statistics (databáze); Eurostat a ÚZIS (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky).

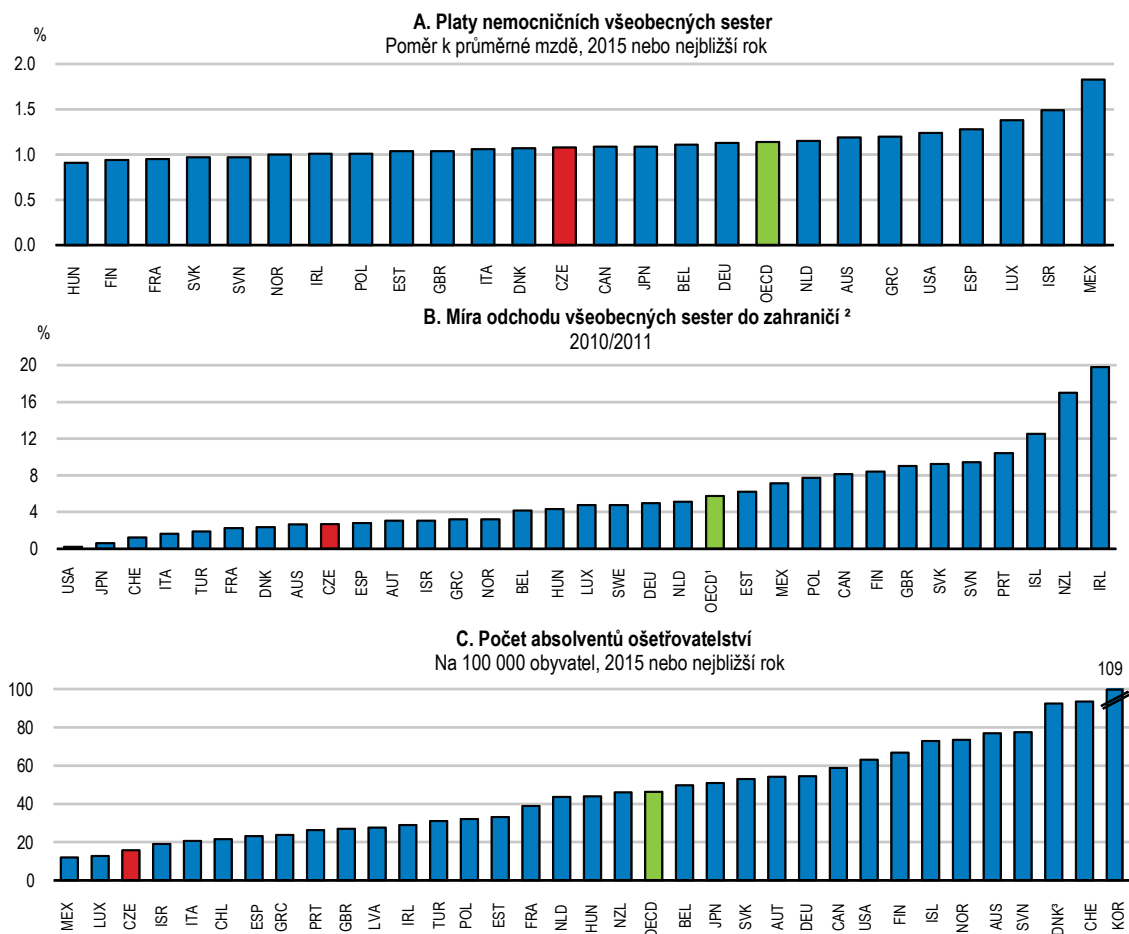
StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791056>

Na rozdíl od lékařů je počet všeobecných sester (8 na 1 000 obyvatel) mírně pod průměrem OECD (9 na 1 000 obyvatel). Poměr všeobecných sester k lékařům je rovněž nižší než průměr OECD (OECD, 2017_[2]). Česká republika má v rámci OECD jeden z nejnižších počtů absolventů ošetrovatelství – 16 na 100 000 obyvatel (obrázek 1.20, panel C) – a v posledních letech vykazuje klesající trend.

Zatímco platy všeobecných sester ve veřejných nemocnicích nejsou ve srovnání s ostatními zeměmi OECD výrazně nízké, v soukromých zdravotnických zařízeních nízké jsou (obrázek 1.20, panel A). Nízké platy v soukromém sektoru také nevytvářejí pobídku k volbě studia ošetrovatelství.

Vzhledem k trendu stárnutí obyvatelstva vzrůstá poptávka po kvalifikovaných všeobecných sestřích, a to zejména v sektoru dlouhodobé péče. Je proto nezbytné více usilovat o zvýšení počtu studentů ošetrovatelství. Zejména lepší regulace nastavení mezd v soukromém sektoru prostřednictvím resortních či odvětvových vyjednávání by mohla pomoci překlenout rozdíl mezi soukromým a veřejným sektorem a přilákat více studentů. Povolání všeobecných sester lze atraktivitně zlepšením kariérních vyhlídek, jako třeba rozšířením odpovědnosti v průběhu kariéry, například v preventivních programech či vzdělávání pacientů s chronickými onemocněními, jako je tomu ve Spojeném království (Delamaire a Lafortune, 2010_[24]).

Obrázek 1.20. Ukazatele týkající se všeobecných sester



1. Nevážený průměr uvedených údajů.
2. Cílové země zahrnují pouze země OECD.
3. V Dánsku se jedná o počet nových sester, které získaly oprávnění k výkonu praxe.

Zdroj: OECD (2017), OECD Health Statistics (databáze) a OECD (2015), „Expatriation rates for doctors and nurses, 2010/11“ v International Migration Outlook 2015.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791075>

Řízení výdajů na zdravotnictví a posílení finanční udržitelnosti

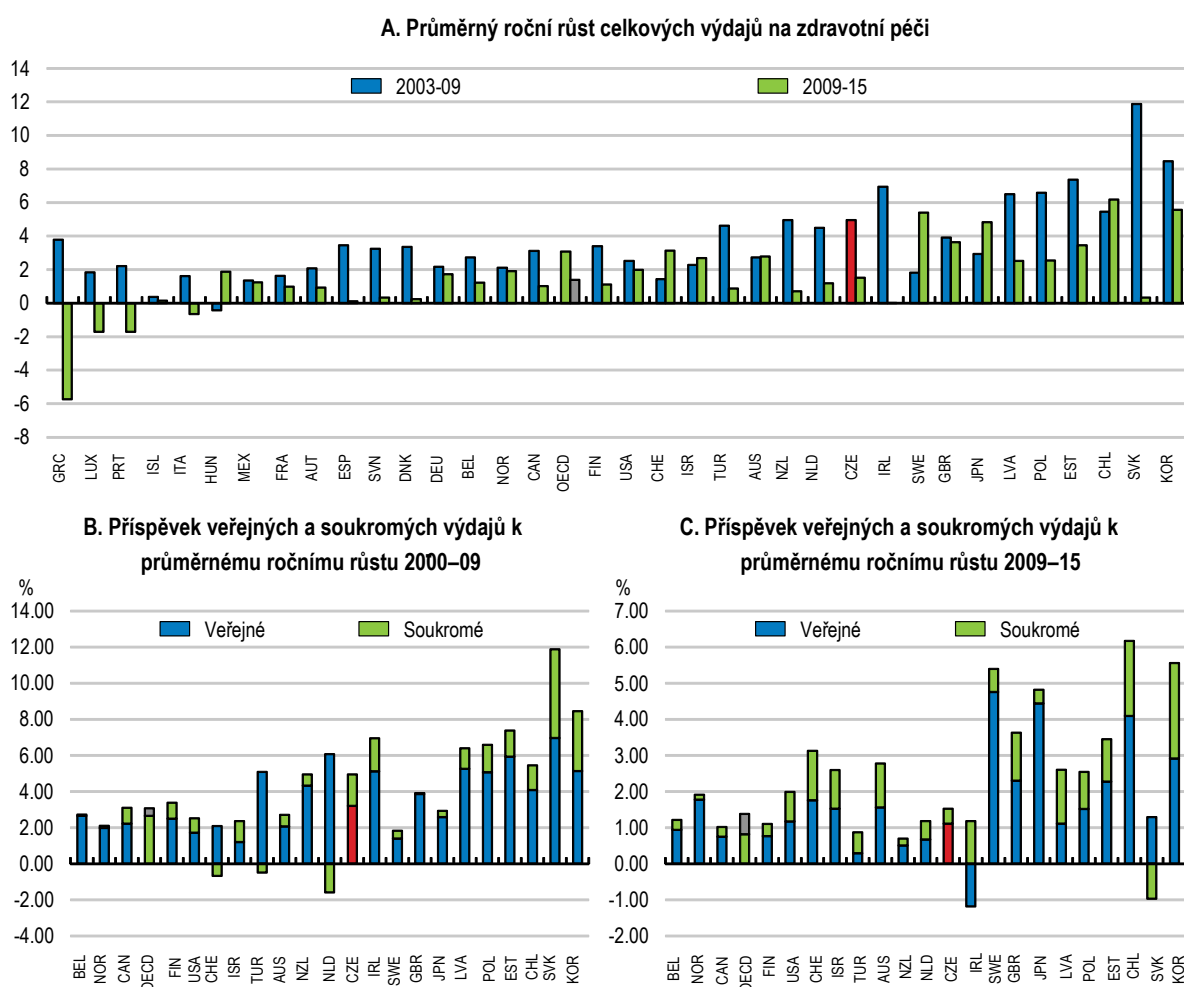
Hlavní faktory a vývoj výdajů

Od hospodářské krize zůstaly výdaje na zdravotní péči stabilní, přičemž podíl veřejných výdajů na celkových výdajích (82,4 %) patří k nejvyšším v OECD (OECD, 2017_[2]). Během posledních 15 let byla určitá část finanční odpovědnosti přesunuta na spotřebitele. Dobrovolné platby a finanční spoluúčast se od roku 2003 zvýšily a v roce 2016 dosahovaly 17,6 % výdajů na zdravotní péči (OECD, 2017_[2]). Finanční spoluúčast pacientů však nadále zůstává pod průměrem OECD, který činí zhruba 20 %, přičemž převážná část finanční spoluúčasti připadá na léky a jiné zdravotnické výrobky krátkodobé spotřeby.

V průběhu let se struktura výdajů mírně změnila (obrázek 1.21 a obrázek 1.22). Přestože je nutné údaje vykládat opatrně kvůli přerušení časových řad mezi lety 2012–13, některé tendence byly patrné již před rokem 2013. Podíl státních výdajů na zdravotnické výrobky klesl, což bylo kompenzováno nárůstem dobrovolných výdajů a finanční spoluúčasti. Navíc, soukromé výdaje na rehabilitační a léčebnou péči od roku 2009 vzrostly, což by mohlo naznačovat vyšší náklady následkem regulačních poplatků zavedených v roce 2008 (obrázek 1.22). Posun směrem k soukromým výdajům oslabuje silnou závislost na veřejných výdajích a může podpořit financování v jiných částech sektoru zdravotnictví, které budou v budoucnu potřebovat více zdrojů. Od roku 2013 se veřejné výdaje na dlouhodobou péči mírně zvýšily. V rámci dalšího přizpůsobování se potřebám stárnoucí společnosti a souvisejícímu nárůstu výdajů bude nutné uvolnit finanční prostředky z jiných částí sektoru zdravotnictví.

Obrázek 1.21. Růst výdajů na zdravotní péči

Reálné výdaje na zdravotnictví na obyvatele

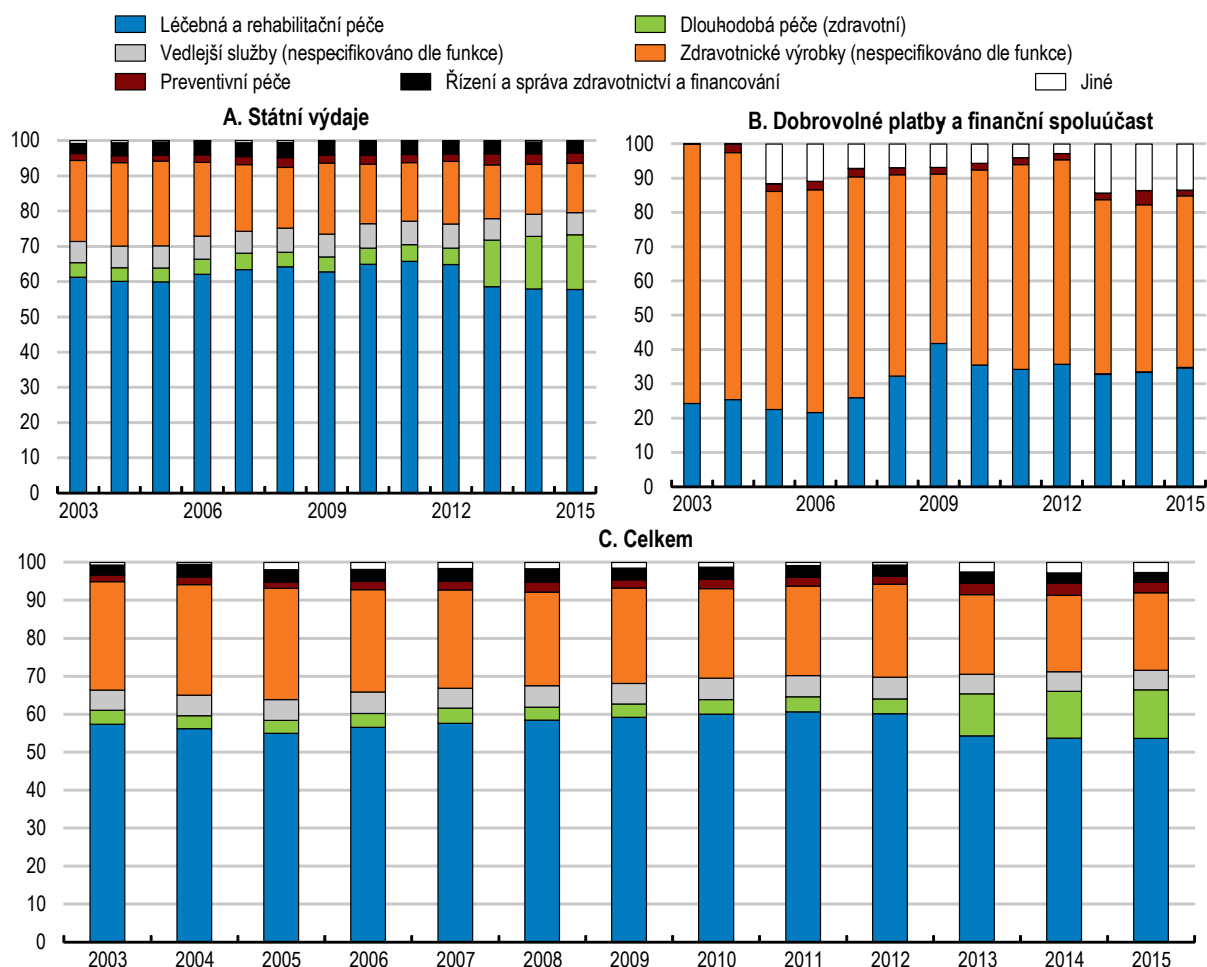


Zdroj: Výpočty založené na OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791094>

Obrázek 1.22. Struktura výdajů na zdravotnictví

Procento, 2003–15



Zdroj: Výpočty založené na OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933791113>

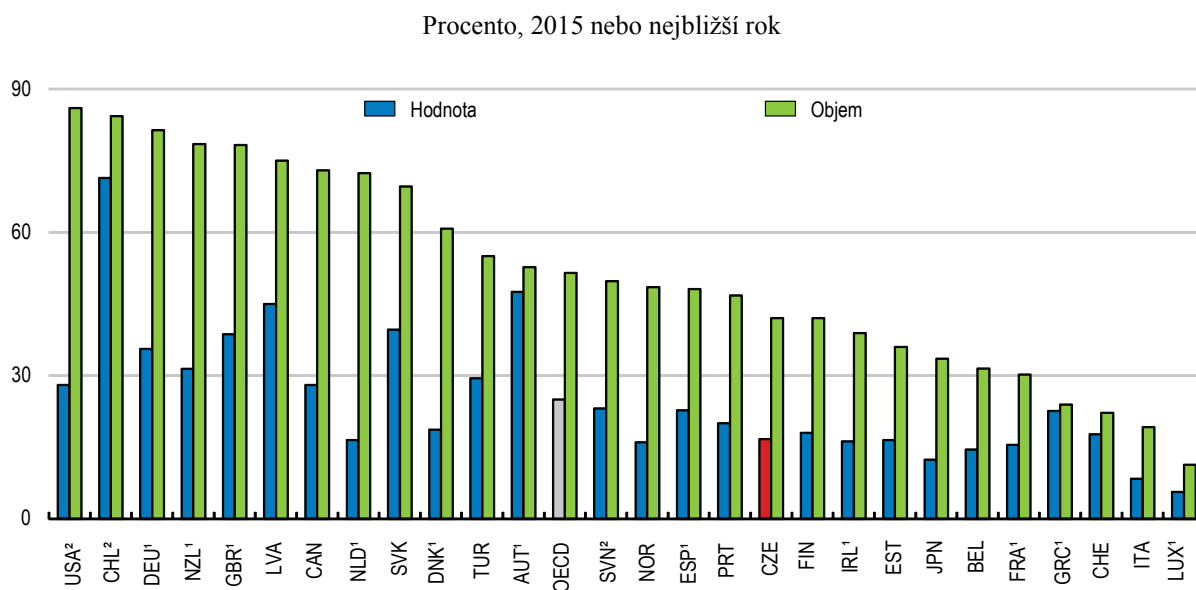
V rámci zvyšování efektivity výdajů na zdravotnictví iniciovala vláda posun od lůžkové péče k ambulantní péči a denní péči, přičemž změny ve struktuře výdajů od roku 2013 naznačují menší posun od lůžkové k ambulantní péči (OECD, 2018_[25]).

Pokles výdajů ve farmaceutickém sektoru směrem k průměru OECD je příkladem lepší nákladové efektivity. V rámci zlepšování kontroly a transparentnosti výdajů na léky nese Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) od roku 2008 odpovědnost za stanovení maximální výrobní ceny a rozhodování ohledně úhrad. Ceny jsou regulovány pouze u hrazených léčiv a jsou stanoveny jako maximální ceny výrobce či se jedná o ceny věcně usměrněné. Maximální cena výrobce určitého léčiva je stanovena jako průměr tří nejnižších výrobních cen konkrétních léčiv v referenčních zemích. Vedle úhradových pravidel, která motivují zákazníky k nákupu generických náhrad, se růst cen zpomalil také kvůli vyššímu podílu generických léčiv (viz obrázek 1.23).

Rozšíření preskripce generických léků je jednou ze strategických priorit. Od roku 2008 může lékař předepsat buď generikum, nebo originální lék. Není-li to na předpisu výslovně zakázáno, lékárník může dále nahradit předepsaný lék levnějším léčivým přípravkem se stejným terapeutickým účinkem. Od roku 2008 vzrostl podíl generik z 28 % na 42 % v roce 2015, ale stále zůstává pod průměrem OECD, který činí 52 % (OECD, 2018_[26]). Lékárny v České republice jsou odměňovány systémem degresivní marže, a proto lékárníkům nevznikne ztráta příjmu, nahradí-li originální přípravek generikem.

V rámci další podpory zavádění generických léčiv je nutné zvýšit povědomí zákazníků. Český systém motivuje pacienty k zakoupení generik namísto originálních přípravků tím, že využívá referenční ceny pro skupiny přípravků. Ten nejlevnější – obvykle lokálně vyráběné generikum – je plně hrazen, avšak zvolí-li pacient alternativu, musí uhradit rozdíl (viz rámeček 1.4). Navzdory tomuto systému pobídek empirická studie autorek Votápkové a Žilové (2016_[27]) naznačuje, že spotřebitelé i nadále upřednostňují originální léčivý přípravek před generikem, a to z obavy, že generické přípravky mají nižší kvalitu. Přijímání generik lze proto posílit lepší informovaností ohledně rovnocenné kvality originálního přípravku a jeho náhrady. Náhradu generickými přípravky mohou dále podpořit zdravotní pojišťovny tím, že budou motivovat praktické lékaře k předepisování generik prostřednictvím systému odměňování za výkonnost (jako je tomu např. v Japonsku).

Obrázek 1.23. Podíl generik na celkovém trhu s léčivými přípravky



1. Trh hrazených léčiv.
2. Trh komunitních lékáren.

Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791132>

Rámeček 1.4. Politika úhrady léčiv

Úhrada je založena na referenčních skupinách, což jsou skupiny léčiv s podobnou účinností, bezpečnostním profilem a klinickým použitím, která se považují za terapeuticky vzájemně zaměnitelná. Veškerá léčiva v rámci téže referenční skupiny mají stejnou základní úhradu. Dále je možné úhradu bonifikovat, pokud má lék lepší účinnost, lepší bezpečnostní profil nebo lepší míru dodržování než referenční přípravek. Seznam referenčních skupin obsahuje přibližně 300 skupin léčiv založených na terapeutických indikacích vydaných Ministerstvem zdravotnictví.

Základní úhrada je stanovena ve výši nejnižší ceny léčivého přípravku v EU v každé referenční skupině. Pouze v případě, považuje-li se nejnižší cena EU za příliš nízkou, je základní úhrada stanovena jako průměr dvou následujících nejnižších cen referenčního přípravku v EU.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění (zákon č. 48/1997 Sb.) také stanovuje 195 skupin léčivých látek, v nichž by měl být nejméně jeden přípravek plně hrazen. V tomto případě není základní úhrada stanovena na základě nejnižší ceny EU, ale podle nejnižší české ceny. Obecně platí, že nejlevnější přípravek z definované skupiny léčivých látek je plně hrazen, zatímco při zakoupení jiných léčiv musí pacient doplatit rozdíl oproti referenční ceně.

Úhradová politika také umožňuje stanovit druhou základní úhradu pro konkrétní skupinu pacientů nebo konkrétní indikaci, na kterou se nevztahuje úhrada referenčního přípravku.

Zdroj: SÚKL (2018[28]), „Pricing and Reimbursement“.

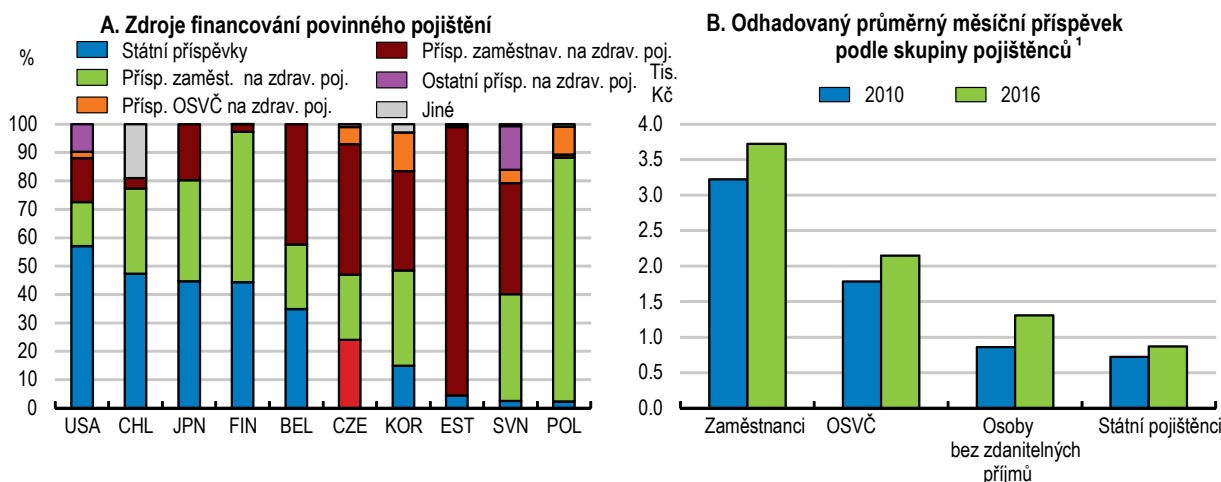
Posílení financování systému zdravotní péče

Hlavním zdrojem příjmů systému zdravotního pojištění jsou povinné příspěvky odváděné ze mzdy (obrázek 1.24, panel A). Zaměstnavatelé a zaměstnanci platí 13,5 % hrubé mzdy, přičemž zaměstnavatel platí 9 % a zaměstnanec 4,5 %. Osoby samostatně výdělečně činné platí 13,5 % z 50 % ze zisku, avšak nejméně 2 024 Kč měsíčně (80 EUR). Pojistné je inkasováno přímo zdravotními pojišťovnami. V případě ekonomicky neaktivního obyvatelstva hradí pojistné stát (969 Kč měsíčně v roce 2018, 38 EUR). Peníze za ekonomicky neaktivní osoby hradí zdravotním pojišťovnám Ministerstvo financí. V roce 2016 pocházelo 64,9 % příjmů zdravotních pojišťoven od zaměstnanců, 6,6 % od osob samostatně výdělečně činných a zbývajících 28,5 % ze státních příspěvků (ÚZIS, 2017_[29]).

Investiční výdaje do zdravotnických zařízení, které spravuje Ministerstvo zdravotnictví nebo které spadají do kompetence Krajských úřadů, jsou poskytovány prostřednictvím rozpočtu financovaného všeobecným zdaněním. Investiční výdaje lze dále financovat ze strukturálních fondů a Fondu soudržnosti EU z Integrovaného operačního programu České republiky. V roce 2016 činily výdaje státního, regionálních a obecních rozpočtů 6,3 % celkových výdajů na zdravotnictví (ÚZIS, 2017_[29]).

Ministerstvo zdravotnictví také poskytuje přímé financování veřejných zdravotních služeb, které pokrývá část nákladů na odbornou přípravu zdravotnických pracovníků, provozování řady specializovaných zdravotních služeb, leteckou záchrannou službu, provádění lékařského výzkumu a poskytování postgraduálního vzdělávání lékařům. Zdravotnická záchranná služba je dotována krajskou samosprávou (Alexa et al., 2015_[13]).

Obrázek 1.24. Zdroje financování zdravotního pojištění



1. V systému zdravotního pojištění existují čtyři různé skupiny přispěvatelů. Průměrné měsíční příspěvky jsou odhadnuty na základě informací o celkových příjmech fondů zdravotního pojištění v členění podle jednotlivých skupin přispěvatelů. Další informace použité k odhadu zahrnují počet zaměstnanců a OSVČ, průměrnou mzdu, obecný vyměřovací základ a odhady přispěvatelů v jednotlivých skupinách. Odhady mají vyjadřovat FTE, avšak zejména v případě OSVČ není informační základna úplná.

Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en; České fondy sociálního pojištění a Český statistický úřad.
 StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791151>

Aby bylo možné zvýšit výnosy a v budoucnu vynakládat vyšší výdaje na zdravotní péči, je zapotřebí rozšířit daňový základ. Financování zdravotnictví je založeno na systému solidarity, který se výrazně opírá o příspěvky placené zaměstnavateli a zaměstnanci, zatímco příspěvky OSVČ a státu jsou značně nižší (obrázek 1.24, panel B). V rámci současného systému příspěvků lze postupně zvyšovat příspěvky OSVČ. Zejména je vhodné lépe definovat základ příspěvků OSVČ tak, aby odrážel jejich skutečný potenciál přispívat (viz fiskální oddíl v první části přehledu).

Příspěvek státu nebude dostatečný k pokrytí nákladů na zdravotní péči, ačkoli toto uspořádání funguje jako automatický stabilizátor v době hospodářského poklesu. Finanční udržitelnost systému zdravotní péče je proto citlivá na hospodářské šoky a demografické změny. Čím více lidí přechází ze zaměstnání do neaktivity, tím nižší jsou celkové příspěvky do zdravotnictví. Toto financování zdravotnictví je tedy procyklické, přičemž největší zdravotní pojišťovna VZP se po finanční krizi zadlužila (Alexa et al., 2015_[13]). Vedle zvyšování státních příspěvků jsou k zajištění rovnováhy příjmů nezbytná alternativní řešení, která by řešila jak cykličnost, tak i klesající příjmy od ekonomicky aktivních osob v důsledku stárnutí obyvatelstva. Státní příspěvky by měly mít užší vazbu na výdaje na zdravotnictví tak, aby pokryly ekonomicky neaktivní osoby.

K pokrytí veřejných výdajů systému zdravotní péče je vhodné rozšířit příjmy z všeobecného zdanění použité na zdravotnictví. Jedním ze způsobů je stanovení sazby pojistného pro všechny druhy příjmů (např. příjmy z kapitálu a majetku), nikoli pouze pro mzdy, a tím zajistit, aby veškeré příjmy přispívaly na zdravotní péči. Dále je možné zavést nebo zvýšit daně, které potenciálně ovlivňují chování způsobem snižujícím potřebu výdajů na zdravotní péči a zvyšujícím celkové příjmy. Jak je uvedeno níže, vyšší daně z tabáku a alkoholu mohou nejen zvýšit příjmy, ale také motivovat spotřebitele ke snížení spotřeby, a tím omezit související zdravotní problémy.

Zvýšení a rozšíření spoluúčasti může podpořit nákladově efektivní spotřebu zdravotní péče. U služeb, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, musí pacient uhradit výdaje přímo poskytovateli zdravotních služeb. Hlavní náklady pacientů souvisejí s léčivými a zdravotnickými výrobky (8,8 %) a poskytovateli ambulantní zdravotní péče (4,9 %) (OECD, 2018_[25]). Přestože finanční spoluúčast jako podíl na konečné spotřebě domácností je ve srovnání se zeměmi s podobným institucionálním prostředím (Korea: 5,1 %, Řecko: 4,9 %) a průměrem OECD (cca 3 %) nadále nízká, spoluúčast se během let pomalu zvyšuje a v roce 2015 dosáhla 2,4 % konečné spotřeby domácností (obrázek 1.25, panel A). Finanční spoluúčast lze rozšířit, avšak v případě léčiv a zubní péče snížit.

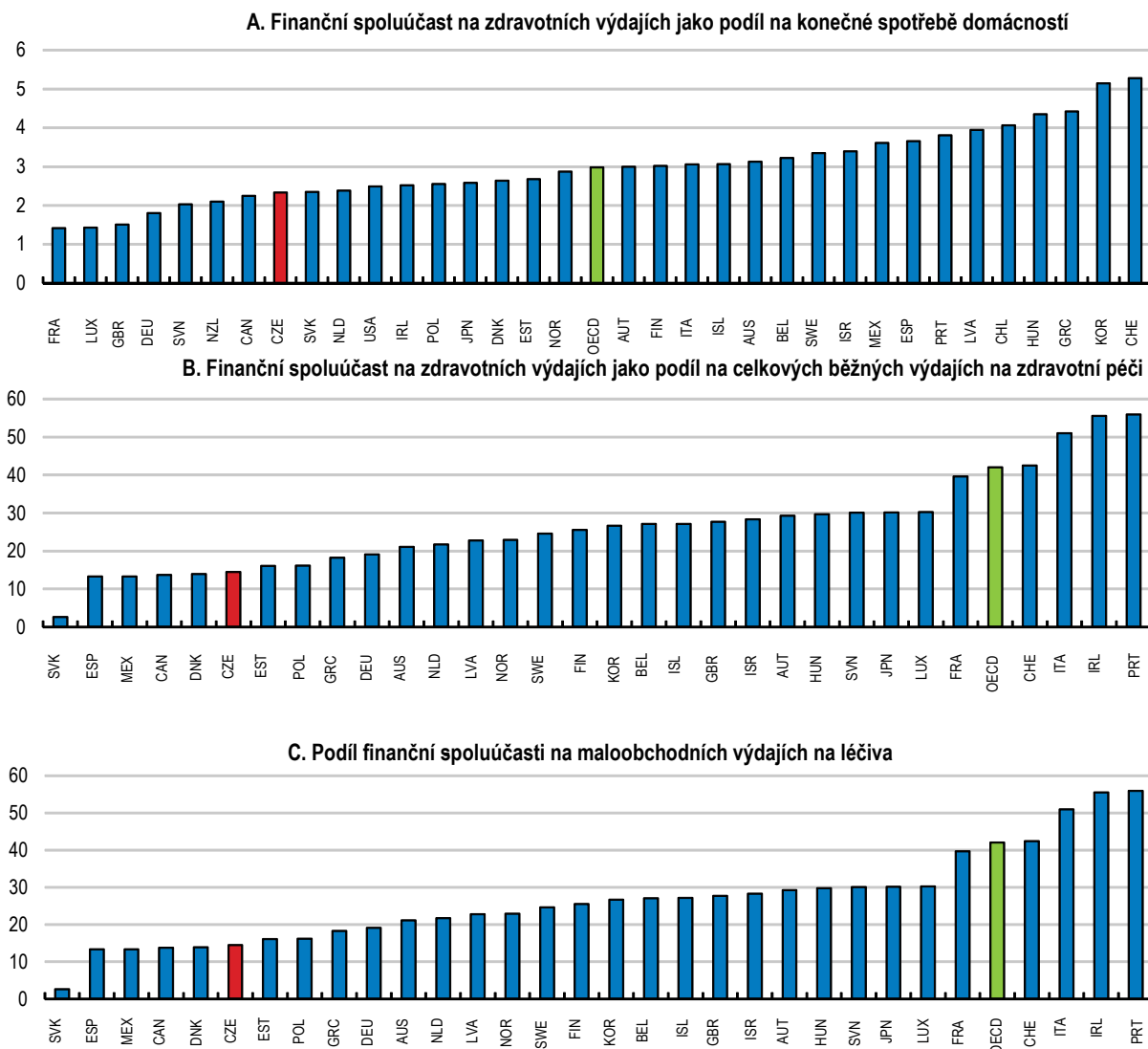
V roce 2008 byl zaveden systém regulačních poplatků, jejichž cílem bylo snížit počet návštěv a zvýšit účast soukromého sektoru na financování zdravotnictví. Návštěva lékaře s klinickým vyšetřením stála 30 Kč (cca 1,10 EUR); každá položka na lékařském předpisu 30 Kč; každý den hospitalizace 60 Kč a pohotovostní služby 90 Kč. Zavedení regulačních poplatků bylo široce kritizováno a v roce 2011 byl poplatek za recept změněn na 30 Kč (1,10 EUR) za předpis (nikoli za každou položku na receptu) a poplatek za den hospitalizace byl zvýšen ze 60 Kč (2,20 EUR) na 100 Kč (3,65 EUR). Přes nedostatek empirických důkazů Ústavní soud v červenci 2013 rozhodl, že toto zvýšení není spravedlivé vůči zranitelným skupinám a poplatek byl zrušen. Všechny zbývající poplatky zrušila vláda v lednu 2015, s výjimkou poplatků za pohotovostní služby.

Nadále však existuje finanční spoluúčast v případě léčiv, zubní péče a zdravotnických pomůcek (obrázek 1.25, panel C). V případě léčiv je většina předepsaných léků v ambulantní péči pouze částečně kryta veřejným zdravotním pojištěním, přičemž pacient musí uhradit doplatek.

Od experimentu Rand Health Insurance je dopad pacienty hrazených poplatků a finanční spoluúčasti na spotřebu zdravotní péče spornou otázkou (Manning et al., 1987_[30]). Randomizovaný experiment iniciovala v roce 1974 federální vláda USA s cílem zhodnotit vliv pacienty hrazených poplatků na spotřebu zdravotní péče. Na základě této zkušenosti Manning et al. (1987_[30]) zjistili, že vyšší platby pacientů výrazně snižují využívání zdravotní péče, aniž by to v průměru mělo vliv na zdravotní výsledky. Tento výsledek potvrdili Chandra et al. (2010_[31]) u starších osob v USA, avšak s kompenzačními účinky na lůžkovou péči, zejména u nejzranitelnějších skupin. Ve Francii (Chiappori, Durand a Geoffard, 1998_[32]) a Jižní Koreji (Kim, Ko a Yang, 2005_[33]) nebylo zjištěno, že by poplatky hrazené pacienty snižovaly spotřebu zdravotní péče. Výzkum v Německu, Japonsku a dalších zemích zaznamenal smíšené výsledky, pokud jde o vliv vyšších poplatků hrazených pacienty na spotřebu zdravotní péče či léků.

Obrázek 1.25. Finanční spoluúčast na zdravotních výdajích je nízká

Procento, 2015 nebo nejbližší dostupný rok



Poznámka: Uvedené ukazatele se týkají běžných výdajů na zdravotnictví, s výjimkou výdajů na dlouhodobou péči (zdravotní).

Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791170>

Také v České republice jsou výsledky smíšené. Zatímco Hromádková a Zdeněk (2013_[34]) zjistili, že pacienti hrazení poplatky mají určitý (i když omezený) dopad na poptávku po léčích, Zápál (2010_[35]) nezjistil žádnou odezvu. Žilová a Votápková (2012_[36]) zjistily, že dopad zrušení pacienti hrazených poplatků na počet návštěv lékaře je zanedbatelný. Jedním z často používaných argumentů proti pacienti hrazeným poplatkům bylo potenciální odrazení okrajových nízkopříjmových skupin od vyhledání zdravotní péče (Mezinárodní organizace pro migraci, 2016_[7]).

Zjištění získaná z empirických a teoretických studií dopadů finanční spoluúčasti na spotřebu zdravotní péče jsou tedy smíšená. Za prvé, při návrhu systému hrají roli institucionální charakteristiky specifické pro jednotlivé země (základní krytí, doplňkové pojištění, role soukromého sektoru, cenová politika apod.), které mimo jiné ovlivňují veřejné vnímání

a přijímání schématu, což je jedno z hlavních zjištění z české zkušenosti. Za druhé, finanční spoluúčast je účinná pouze tehdy, není-li příliš nízká ani příliš vysoká. Z výše uvedených empirických studií se zdá, že v českém případě uškodily příliš nízké regulační poplatky (zejména v případě poplatku za návštěvu lékaře ve výši 30 Kč). Neměly významný vliv na chování pacientů, ale lékařům způsobily dodatečnou administrativní zátěž. A konečně, v rámci minimalizace vytlačujícího dopadu na lůžkovou péči je vhodné, aby byly od poplatku osvobozeny zranitelné skupiny (nízkopříjmové, chronická onemocnění) nebo aby byla zastropována roční výše spoluúčasti.

V České republice existuje prostor pro opětovné zavedení lépe navrženého systému spoluúčasti. V současné době je největším problémem vnímání veřejnosti a politická citlivost. Jakoukoli případnou změnu musí provázet silná informační kampaň. Je nutné vyhodnotit velikost poplatků a zajistit pozitivní přínos i při zohlednění administrativní zátěže. Jedním ze způsobů může být vyjmutí praktických lékařů a zavedení spoluúčasti u návštěv specialistů a nemocnic bez doporučení, což by také posílilo jejich roli jako zajišťovatelů gate-keepingu.

Role zdravotních pojišťoven

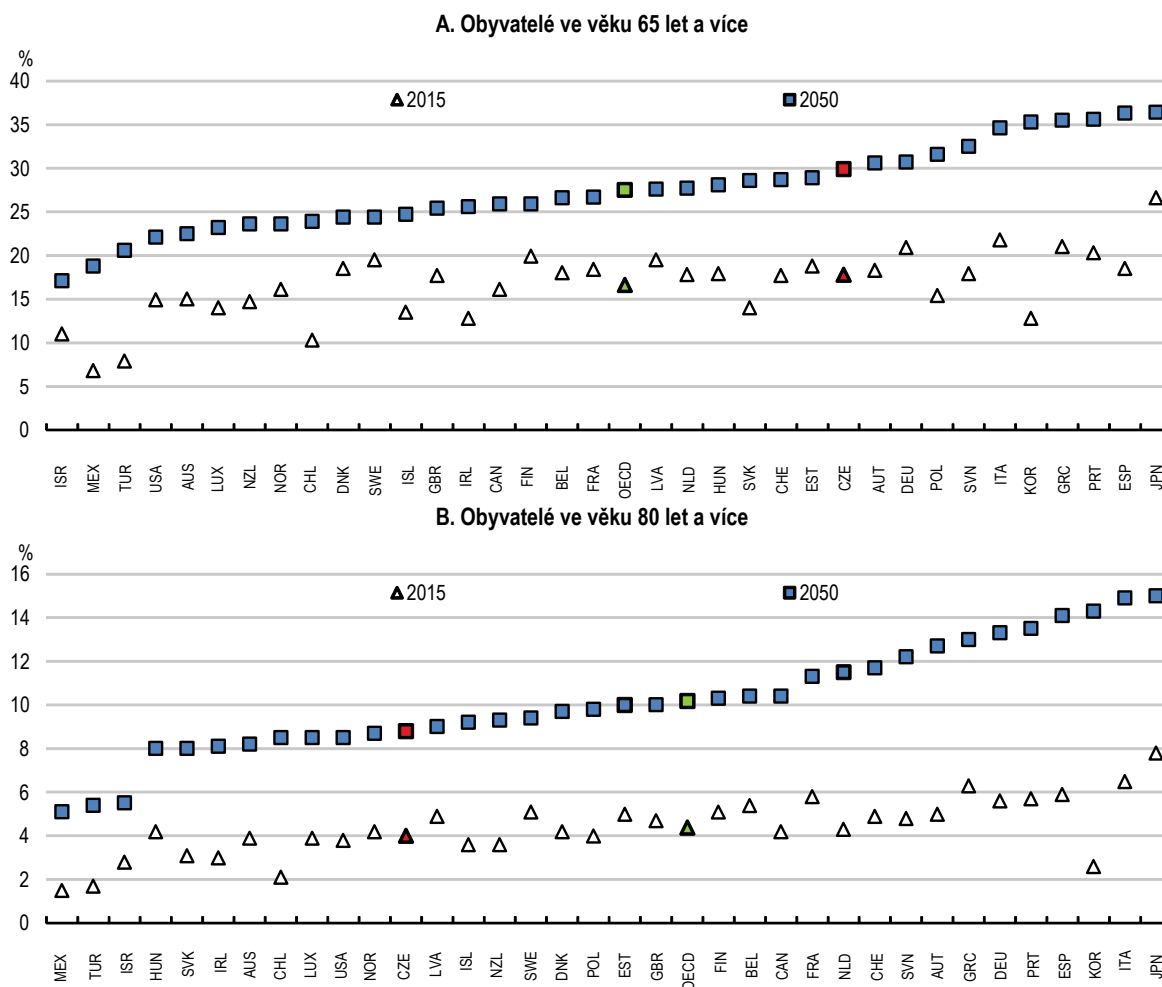
Zdravotní pojišťovny mají jen malý prostor k vzájemné konkurenci, pokud jde o služby a ceny. Služby hrazené zdravotními pojišťovnami jsou zakotveny v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, který definuje široký balíček hrazené péče. Poskytování dalších služeb často nemůže fungovat, protože neexistuje cenová konkurence, která by přilákala či motivovala pojištěnce k přechodu k jiné pojišťovně. Jak bylo uvedeno výše (oddíl 0), úhrada zdravotní péče je založena na smlouvách mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, takže neexistuje žádný přímý kanál jak konečným spotřebitelům zdravotní péče poskytnout finanční pobídky k zamezení zbytečné poptávky nebo podpoře zdravějšího životního stylu. Vytvoření systému, který by pojistitelům umožnil účinněji vyjednávat s poskytovateli zdravotních služeb o poplatcích vázaných například na jejich výkonnost, může poskytnout prostor pro konkurenci v oblasti kvality. Dále, vytvořením pružnosti v rámci systému, která by umožnila smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a fyzickými osobami, by bylo možné podpořit preventivní péči a zdravé chování. Například nižší poplatky pro osoby, které se účastní preventivních programů nebo lékařských screeningových programů, mohou motivovat změnu směrem ke zdravému životnímu stylu.

V lednu 2018 byl uzákoněn reformovaný systém přerozdělování s kompenzací rizika, čímž vznikla možnost zlepšovat kvalitu péče o chronické pacienty. Přejed od systému kompenzace rizika založeného výhradně na pohlaví a věku směrem k propracovanějšímu systému farmaceuticko-nákladových skupin (PCG) zabraňuje výběru dobrých rizik zdravotních pojišťoven (viz rámeček 1.1). Současný systém je navíc výhodnější vůči zdravotním pojišťovnám, které mají více pacientů s chronickými onemocněními. Pobízení zdravotních pojišťoven k přilákání chronických pacientů může v konečném důsledku vést k lepší kvalitě péče. Zdravotní pojišťovny by například mohly zřídit specializovanou síť tím, že se zaměří na uzavírání smluv s příslušnými poskytovateli zdravotních služeb a budou optimalizovat koordinaci a způsob léčby pacientů.

Větší konkurence na trhu zdravotního pojištění by mohla zlepšit kvalitu péče (Porter a Teisberg, 2004^[37]; Gaynor, 2006^[38]). Při správě žádostí o úhrady již dnes zdravotní pojišťovny monitorují činnost poskytovatelů služeb v rámci své sítě. Z hlediska celkové kvality zdravotní péče by mohlo být prospěšné sbírat dodatečné informace o kvalitě péče a umožnit zdravotním pojišťovnám, aby odpovídajícím způsobem upravily úhrady (OECD, 2014^[15]).

Stárnutí zapříčiní zhruba polovinu budoucího růstu výdajů na zdravotní péči

Obyvatelstvo rychle stárne. Podíl osob ve věku 65 let a více dosáhne v roce 2050 téměř 30 % (obrázek 1.26). Přestože je dopad stárnutí na výdaje na zdravotnictví nejistý, nedávné odhady ukazují, že v příštích čtyřech desetiletích dojde k tlaku směrem k nárůstu výdajů na veřejnou zdravotní péči. Jestliže budeme předpokládat, že nedojde ke změně politiky, a zanedbáme jiné než demografické faktory, veřejné výdaje na zdravotní péči pravděpodobně vzrostou z 6,2 % v roce 2016 na 8,2 % HDP v roce 2060 jen z důvodu stárnutí (obrázek 1.29).

Obrázek 1.26. Obyvatelstvo rychle stárne.

Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.

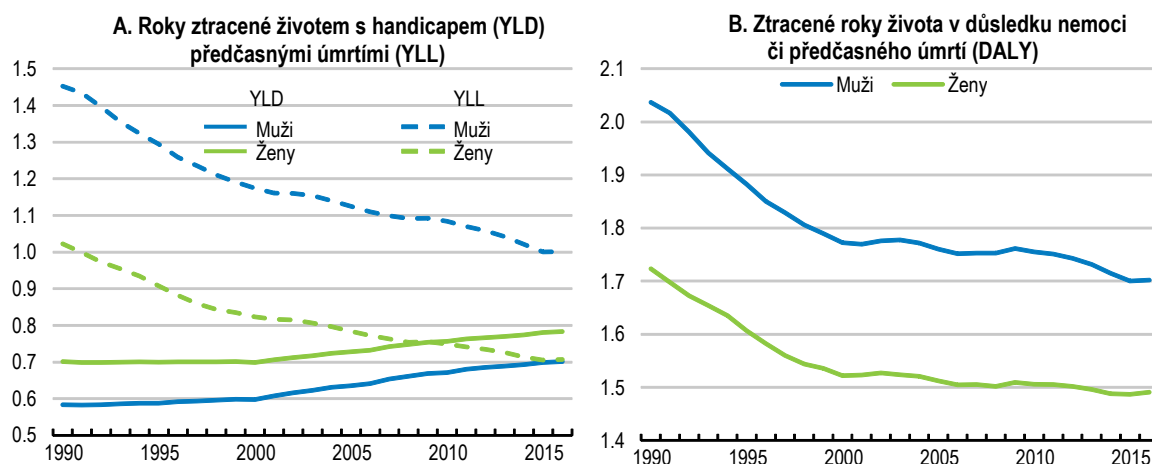
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791189>

Tento demografický scénář zohledňuje náklady spojené se smrtí a předpokládá, že přírůstek střední délky života je většinou stráven v dobrém zdravotním stavu. Tento předpoklad je extrapolován z dosavadního vývoje. Například ukazatel ztracených let života v důsledku nemoci či předčasného úmrtí (DALY), tj. suma počtu let ztracených z důvodu jakékoli nemoci či zranění za obyvatelstvo celkem, se během posledního čtvrt století snižoval (obrázek 1.27, panel A a B). Přestože je trend i nadále klesající, tempo se po roce 2000 zpomalilo z důvodu rostoucího počtu let ztracených životem s handicapem (YLD) (obrázek 1.27, panel A). Nárůst počtu let ztracených životem s handicapem je způsoben především bolestmi v bederní a krční oblasti, onemocněními smyslových orgánů, diabetem, kardiovaskulárními onemocněními a zraněními.

Obrázek 1.27. Ukazatel ztracených let života v důsledku nemoci či předčasného úmrtí (DALY) a jeho složky

Miliony let (součty za obyvatelstvo)

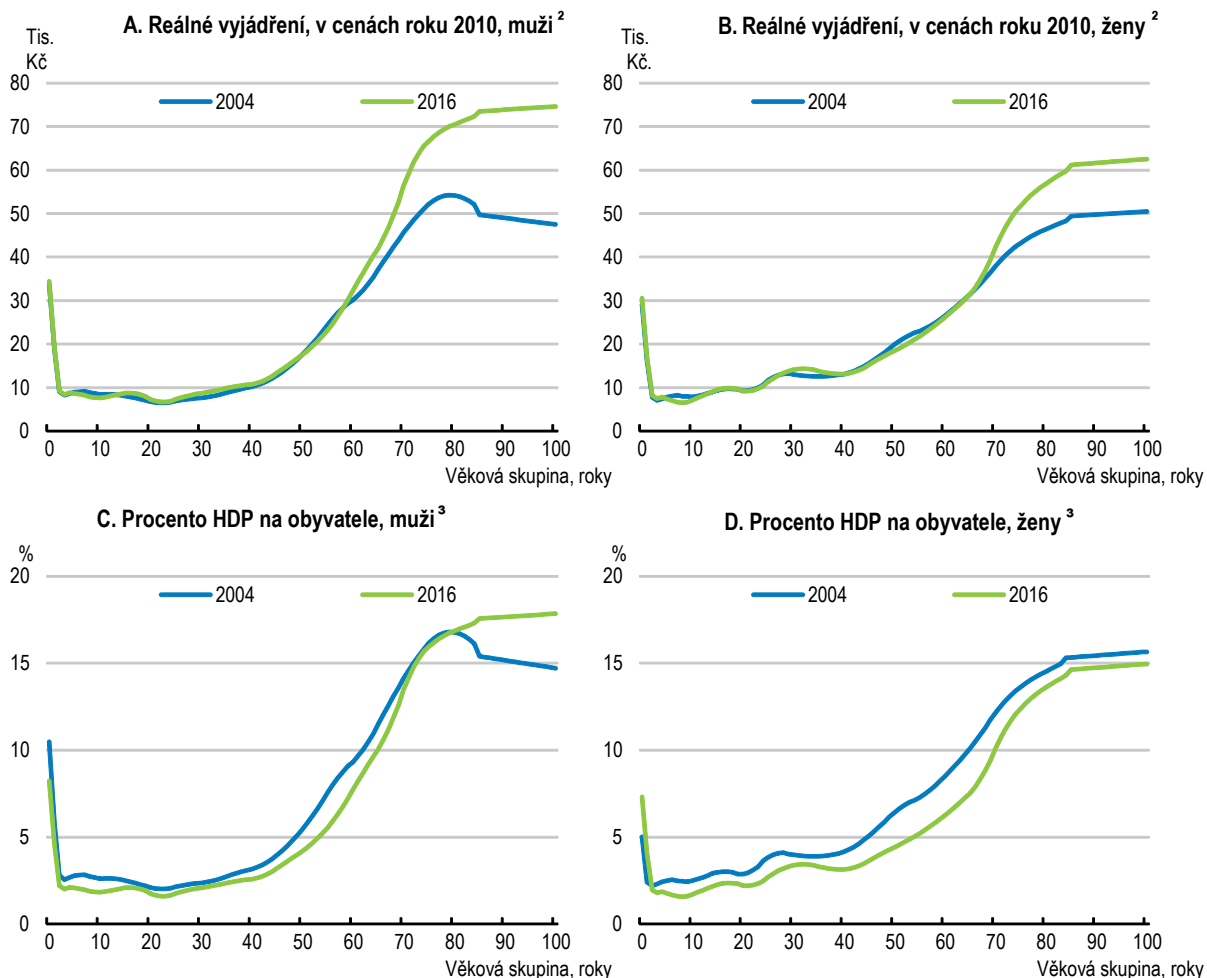


Zdroj: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Global Health Data Exchange.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791208>

Stárnutí také z důvodu rostoucí střední délky života změni průměrný nákladový profil, který ukazuje, kolik je v průměru vynakládáno na pacienty podle věku (obrázek 1.28). Absolutní čísla ukazují především zvýšení úrovní u starších věkových skupin, což je v souladu s měnícím se věkovým složením. V případě nákladů vyjádřených jako podíl na HDP na obyvatele (obrázek 1.28, panel B) se nákladové profily spíše posouvají směrem doprava, což odráží zdravé stárnutí obyvatelstva.

Nejistota ohledně budoucích nákladových profilů je velká. Pro věkové profily do 70 let je základna podkladových údajů dobře rozvinutá, ale nad touto hranicí chybí dostatečné informace. Jednou z hlavních otázek je, zda rostoucí délka života bude či nebude spojena s větším počtem let strávených v dobrém zdravotním stavu. Existují dva krajní scénáře (obrázek 1.29): Komprese nemocnosti předpokládá, že celý přírůstek střední délky života je stráven v dobrém zdravotním stavu, zatímco expanze nemocnosti započítává celý přírůstek do špatného zdravotního stavu. Dopad stárnutí lze zmírnit preventivními a screeningovými programy.

Obrázek 1.28. Vývoj profilu nákladů na zdravotní péči ve věkových skupinách obyvatelstvaNáklady na zdravotní péči na jednoho obyvatele¹

1. Nákladové profily výdajů na zdravotní péči vyjadřují, kolik je průměrně vyplaceno za pojištěnce podle věku. Pokud se tvar profilu v čase nemění, ale obyvatelstvo stárne (tj. v pravé části grafu je více lidí), znamená to vyšší celkové náklady. Předpoklad zdravého stárnutí znamená posun profilu směrem doprava. Výdaje na zdravotní péči mohou současně růst z jiných než demografických důvodů, což by způsobilo posun úrovně směrem nahoru.

2. Upraveno deflátorem HDP.

3. Za účelem oddělení důchodového efektu tento obrázek znázorňuje profily vyjádřené poměrem k HDP na jednoho obyvatele. Ukazuje, jaký by byl poměr výdajů na zdravotní péči k HDP, pokud by veškeré obyvatelstvo patřilo do dané věkové skupiny.

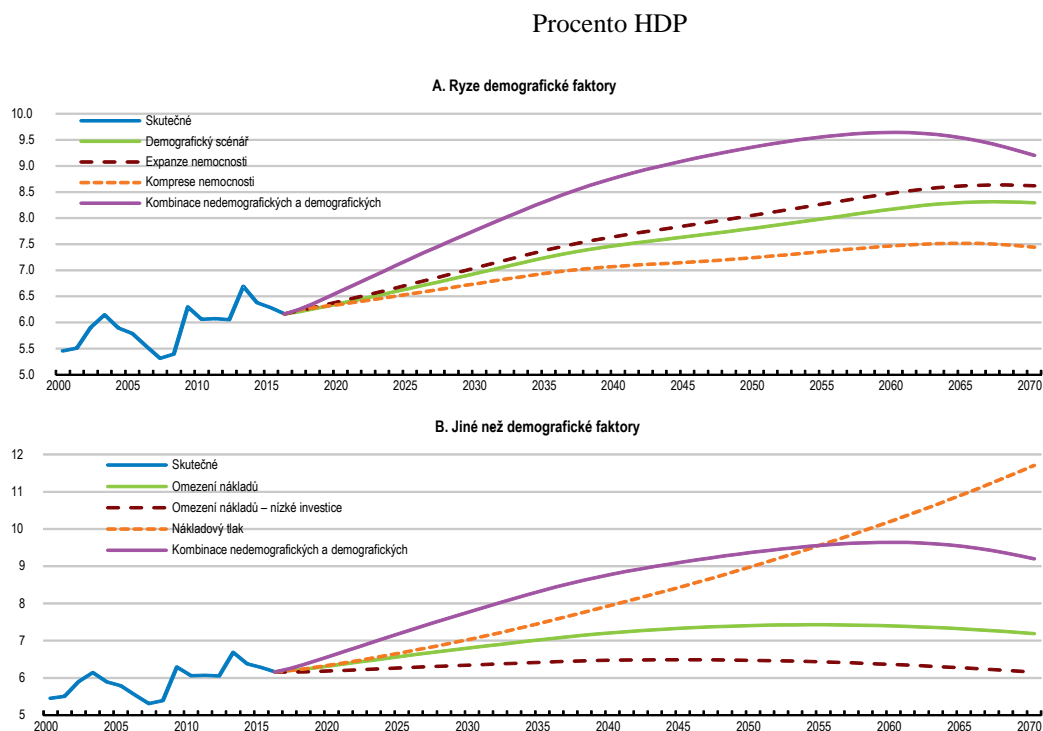
Zdroj: Výpočty na základě údajů OECD (2017), Systému zdravotních účtů (databáze), Českého statistického úřadu a Eurostatu.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791227>

Demografické faktory však vysvětlují pouze malou část budoucího vývoje výdajů na zdravotní péči. V souladu s nedávným výzkumem (de la Maisonneuve a Oliveira Martins, 2013^[39]; Medeiros a Schwierz, 2013^[40]) jsou hlavní faktory výdajů na zdravotní péči jiné než demografické, například technologická a institucionální zlepšení (obrázek 1.29, panel B). Scénář „nákladového tlaku“ předpokládá, že jiné než demografické faktory mají velký vliv na výdaje na zdravotní péči, zatímco scénář „omezování nákladů“ naznačuje, že dopad jiných než demografických faktorů během odhadovaného období klesá. V nadcházejících desetiletích však tyto faktory pravděpodobně budou mít stále větší dopad na financování zdravotní péče, neboť

Česká republika se i nadále sblíží s rozvinutějšími ekonomikami, pokud jde o technologie a standardy zdravotní péče.

Obrázek 1.29. Odhady výdajů na veřejnou zdravotní péči



Poznámka: Tyto scénáře by neměly být interpretovány jako předpovědi budoucího vývoje. Odhady ilustrují budoucí dynamiku za určitých předpokladů v různých scénářích. Nepředjímají budoucí změny politiky. Výchozím bodem je 6,2 % HDP, což je současný podíl výdajů na veřejnou zdravotní péči, včetně dlouhodobé zdravotní péče. V odhadech Evropské komise (2018) není dlouhodobá péče zahrnuta do odhadů zdravotní péče, ale je odhadována samostatně (společně se sociální dlouhodobou péčí).

Zdroj: Výpočty na základě údajů OECD (2017), Systému zdravotních účtů (databáze) a Evropské komise (2018), populační prognózy pracovní skupiny pro otázky stárnutí Eurostatu.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791246>

Současné financování zdravotnictví je obzvláště citlivé na dopady stárnutí. Příspěvky státu za důchodce a starší neaktivní osoby se budou muset značně zvýšit. Avšak vzhledem k tomu, že příspěvek státu za neaktivní osoby je ve srovnání s příspěvkem zaměstnanců nízký, oslabí to financování systému. Silná závislost na veřejném financování je proto slabinou, která nebude v kontextu stárnoucí společnosti udržitelná.

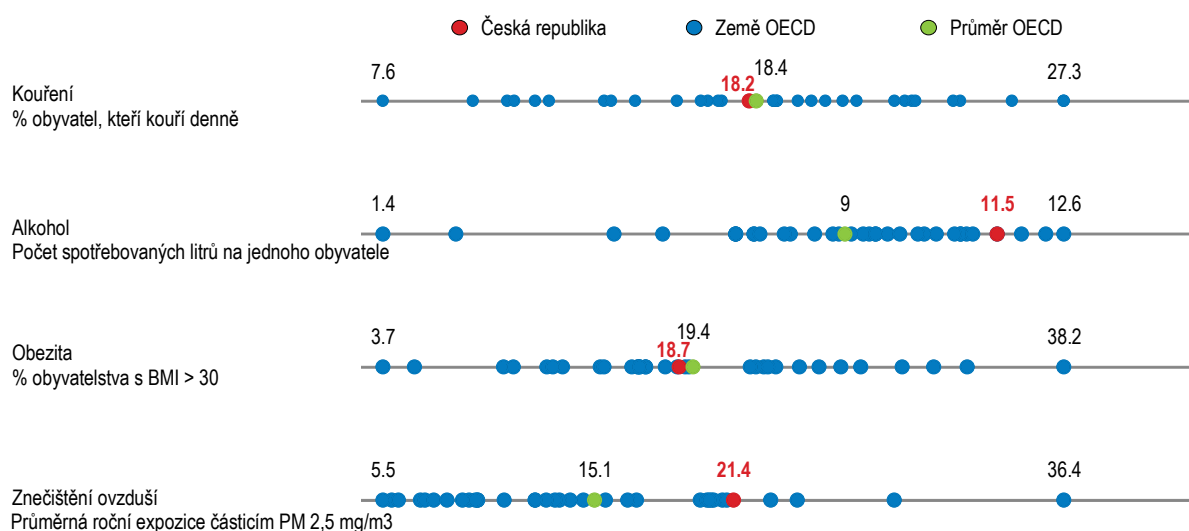
Financování zdravotnictví je proto nutné rozšířit. Mohl by být zaveden příspěvek důchodců a starších osob. Jednou z překážek je relativně nízká úroveň důchodů a také jejich značná závislost na veřejném důchodovém systému. Důchodci s příjmy vyššími než průměrná mzda by nicméně mohli přispívat stejnou sazbou jako zaměstnanci (4,5 %).

Podpora volby zdravého životního stylu a preventivní politiky

K udržení a zlepšení zdravotních výsledků je nutné, aby příslušné orgány podporovaly zdravější životní styl. Vystavení rizikům prostředí a rizikové chování, jako je kouření, konzumace alkoholu a výskyt obezity, se blíží průměru OECD nebo jej překračují (obrázek 1.30).

Odhady naznačují, že omezení rizikového chování (kouření, konzumace alkoholu, strava a obezita) na zdravou úroveň by v České republice mohlo vést k prodloužení střední délky života o téměř 3,5 roku (Evropská komise, 2015_[41]). Dopad na střední délku života prožitého ve zdraví by byl ještě vyšší, a prostřednictvím zaměstnanosti a produktivity má tedy významný potenciál z hlediska ekonomických přínosů. Podpora zdravějšího životního stylu by nejen zlepšila zdravotní výsledky, ale také snížila nerovnosti v oblasti zdraví, neboť rizikové faktory chování korelují se sociálně-ekonomickými charakteristikami. Osoby s nejnižším vzděláním třikrát častěji uváděly diabetes a častěji také uváděly, že denně kouří (19,9 % oproti 9,1 %) (Eurostat, 2017_[42]).

Obrázek 1.30. Přehled rizikových faktorů pro zdraví



Zdroj: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paříž.

http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791265>

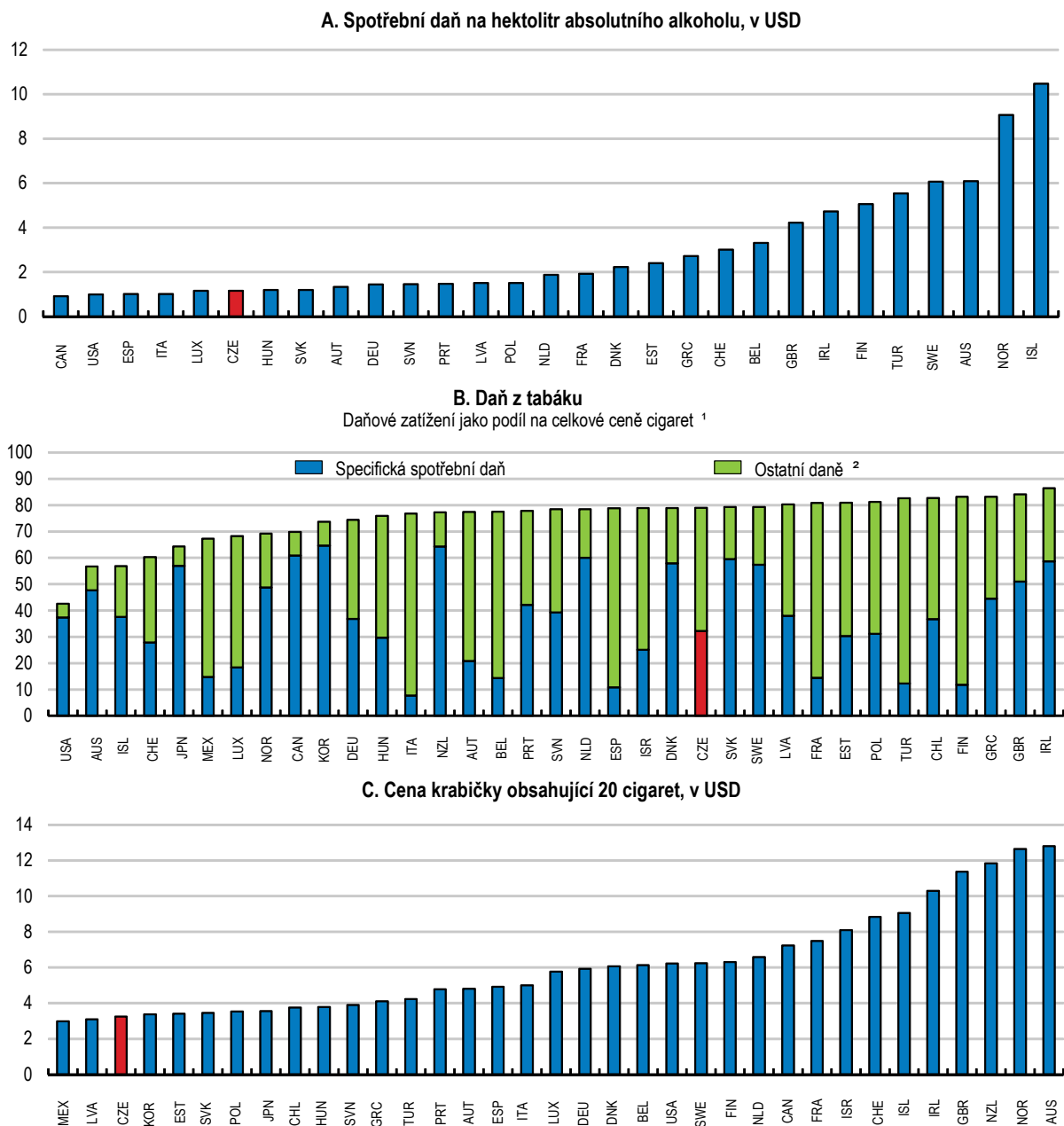
Spotřeba alkoholu zůstává vysoká, což ovlivňuje předčasnou nemocnost. Během posledních tří desetiletí měla mírně vzestupný trend a v roce 2015 dosáhla přibližně 11,5 litru na osobu – ve srovnání s průměrem OECD, který činí 9 litrů na osobu (OECD, 2017_[2]). Míra nárazového pití nadměrných dávek alkoholu (HED) navíc patří mezi nejvyšší v OECD (Sassi, 2015_[43]). V roce 2012 byl alkohol zodpovědný za přibližně 5,8 % všech předčasných úmrtí v České republice (Světová zdravotnická organizace, 2014_[44]).

Mezi lety 2004 a 2010 byl patrný dočasný pokles spotřeby alkoholu, který byl pravděpodobně způsoben zvýšením spotřební daně z alkoholu v souvislosti s členstvím ČR v EU a daňovou harmonizací. V roce 2009 se spotřební daň z alkoholu opět zvýšila. V květnu 2017 vstoupil v platnost nový zákon, který se zaměřuje na veřejnou osvětu a klade si za cíl snížit škody způsobené alkoholem. Nedoprovázela jej však regulační opatření, jako je snížení dostupnosti a zejména finanční dostupnosti alkoholických nápojů (Hnilicová et al., 2017_[45]). Například víno má nulovou spotřební daň a zavedení vyšších daní z alkoholu je politicky citlivé, byť ceny alkoholu patří k nejnižším v EU (Sassi, 2015_[43]; OECD, 2016_[46]).

Úsilí státu snížit spotřebu tabáku již přináší první účinky, neboť podíl denních kuřáků je nyní těsně pod průměrem OECD. Akční plán vlády pro oblast kontroly tabáku na období 2015–2018 předpokládal snížení spotřeby tabákových výrobků o 8 % do roku 2018 a dále předpokládal snížení expozice osob tabákovému kouři. Česká republika jako jedna z posledních evropských zemí schválila rozšířený zákaz kouření ve vnitřních prostorách, jako jsou restaurace, hospody, bary a určité venkovní prostory (okolí zastávek veřejné dopravy), který vstoupil v platnost v květnu 2017. V posledních letech se navíc podíl denních kuřáků snížil, když se po vstupu ČR do EU postupně opakovaně zvýšily ceny. Spotřební daně z tabáku se tak postupně zvyšovaly s cílem zmírnit cenové skoky, které byly nezbytné k tomu, aby bylo do roku 2014 dosaženo minimálního zdanění a souladu s právními předpisy EU. Cena cigaret je nicméně v mezinárodním srovnání i nadále nízká (obrázek 1.31).

Politická opatření zaměřená na snížení spotřeby alkoholu a tabáku by měla vycházet z integrovaného přístupu, který se neomezuje pouze na cenové pobídky. Ačkoli zvyšování cen způsobené vyšším zdaněním snížilo podíl kuřáků, zdá se, že spotřeba alkoholu je méně cenově elastická. Další opatření ke snížení spotřeby alkoholu by proto mohla zahrnovat zákaz reklamy, omezení prodejních míst a posílení preventivních programů zaměřených na ohrožené skupiny, které zpravidla konzumují více alkoholu (Sassi, 2015_[43]). Dále je možné realizovat politická opatření zaměřená na řízení pod vlivem alkoholu, a to posílením přítomnosti policistů provádějících náhodné zkoušky na alkohol na silnicích.

Zvýšení cen potravin s vysokým obsahem cukru a vysokým energetickým obsahem prostřednictvím vhodných daňových odvodů by mohlo podpořit zdravější stravování, neboť se zdá, že spotřeba těchto produktů vykazuje vysokou cenovou elasticitu (Sassi, 2016_[47]; Sassi, Belloni a Capobianco, 2013_[48]). Bylo by možné zavést specifické zdanění vysokokalorických výrobků, které mají například vysoký obsah nasycených tuků, transmastných kyselin nebo cukru, jako například v Maďarsku, Finsku, Francii a Mexiku. Studie za Mexiko ukazují, že zdanění slazených nápojů korelovalo s poklesem spotřeby, když byla poskytnuta zdravější nezdaněná alternativa (Marron, Gearing and Iselin, 2015_[49]; Sassi, Belloni a Capobianco, 2013_[48]; Sassi, 2016_[47]) (rámeček 1.5). Takovouto daň je vhodné dále doplnit dalšími opatřeními zaměřenými na podporu zdravějšího životního stylu a v konečném důsledku na snižování výskytu obezity.

Obrázek 1.31. Spotřební daně z alkoholu a tabáku jsou v České republice nízké

1. Procento maloobchodní prodejní ceny (MPC) krabičky obsahující 20 cigaret. MPC je definována jako vážená průměrná cena (VPC), tj. průměrná spotřebitelská cena tabákového výrobku vycházející z cen jednotlivých značek a vážená objemem prodeje každé značky v dané zemi. Pokud není VPC dostupná, MPC je definována jako průměrná cena nejprodávanější značky cigaret na trhu.

2. Zahrnuje spotřební daň z hodnoty, daň z přidané hodnoty nebo daně ze zboží a služeb.

Zdroj: OECD (2016), Consumption Tax Trends 2016.

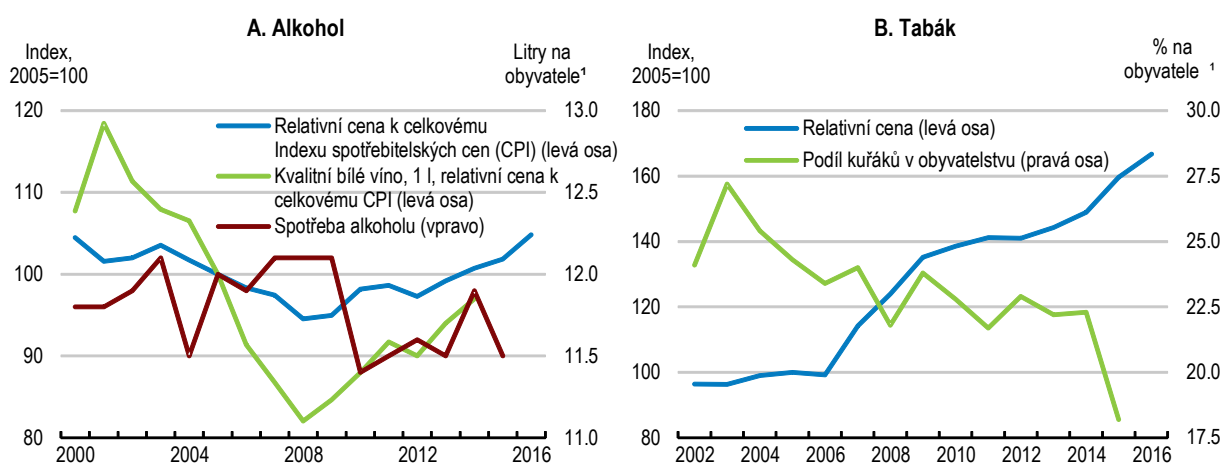
StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791284>

Stejně jako v mnoha zemích OECD zadržává rostoucí míra obezity v České republice důvody k obavám. Od roku 2000 vzrostl podíl obézních obyvatel ze 14 % na 21 %. Vzhledem k tomu, že obezita souvisí s výskytem diabetu a chronických onemocnění, pravděpodobně budou vykazovány nejen negativní zdravotní výsledky, ale také nárůst souvisejících nákladů na zdravotnictví (OECD, 2010_[50]).

Programy časné školní prevence na podporu zdravého životního stylu mohou snížit výskyt cukrovky, zatímco včasná kontrola, poradenství a řízení kvality v oblasti primární péče mohou předcházet vysokým nákladům způsobeným chronickými komplikacemi, které se běžně vyskytují u neléčeného či špatně kontrolovaného diabetu (OECD, 2014_[15]).

Přestože v České republice došlo k souhrnnému poklesu počtu potenciálně ztracených let, předčasná úmrtnost zapříčiněná diabetem nevykázala za posledních 10 let žádný pokrok, což naznačuje prostor pro zlepšení v oblasti řízení léčby (OECD, 2018_[4]). Praktické lékaře je vhodné motivovat k tomu, aby v rámci své úlohy poskytovatelů primární péče převzali větší roli v prevenci a řízení chronických onemocnění. Mohli by například působit jako hlavní koordinátoři mezi primární a specializovanou péčí a současně podporovat pacienty prostřednictvím vzdělávání pacientů a upevňování postupů řízení vlastní nemoci (OECD, 2014_[15]).

Obrázek 1.32. Spotřeba a vývoj cen alkoholu a tabáku



1. Odkazuje na obyvatelstvo ve věku 15 let a více.

Zdroj: Český statistický úřad a OECD (2017), Health Statistics (databáze).

StatLink <https://doi.org/10.1787/888933791303>

Je vhodné rozšířit rozsah opatření k prevenci diabetu. V roce 2012 byl zahájen Národní diabetologický program se silným zaměřením na snižování rizikových faktorů, jako je obezita, nízká fyzická aktivita, přejídání či nevhodná strava. Vzdělávací programy jako „Zdravá škola“ či „Zdravé pracoviště“ tak podporují volbu zdravého životního stylu. V roce 2016 byla zavedena kontrola prodeje potravin na základních školách, která přinesla zákaz výrobků obsahujících sladidla, transmastné kyseliny či kofein a vyloučení čaje. Další opatření k řešení obezity by mohla zahrnovat povinné označování potravin, regulaci reklamy na potraviny zaměřené na děti či kampaně v médiích (Sassi, 2009_[51]). Přestože byla tato opatření navržena jako součást Národního diabetologického programu a jsou v souladu se strategií Zdraví 2020, dosud nebyla realizována.

Rámeček 1.5. Daně ze slazených nápojů v zemích OECD

V mnoha zemích se začaly zdravotní politiky zabývat dopadem slazených nápojů a nezdravých potravin na zdraví, zejména obezitu a diabetes (WHO, 2015). Řada zemí používá jako hlavní nástroj zvýšení daní z cukru. I když jsou často zdaněny i jiné výrobky s vysokým obsahem cukru (jako cukrovinky, zmrzlina či čokoláda), země OECD nejčastěji daní slazené nápoje:

Finsko v současné době daní nápoje slazené cukrem, nápoje slazené umělými sladidly a neslazené nápoje, včetně energetických nápojů, minerálních vod a džusů. Primárním cílem těchto daní (0,22 EUR/l) je generovat příjmy, ačkoli je rovněž uznáván jejich potenciální pozitivní dopad na zdraví, zejména u mladších lidí. Nápoje s nižším obsahem cukru než 0,5 g cukru na 100 g produktu podléhají nižší sazbě daně (0,11 EUR/l).

Francie v roce 2012 zdanila veškeré nápoje s přidaným cukrem či sladidlem, a to paušální sazbou 7,53 EUR na hektolitr. V roce 2017 byl daňový režim upraven – nápoje obsahující méně než 5 g cukru na 100 ml jsou nyní osvobozeny a nápoje obsahující 5 až 8 g cukru na 100 ml podléhají daňové sazbě 7,53 EUR na hektolitr. Nápoje s obsahem cukru 8 až 10 g na 100 ml jsou zdaněny dvojnásobnou sazbou a nápoje s obsahem více než 10 g cukru na 100 ml jsou zdaněny trojnásobnou sazbou.

Maďarsko daní cukrem slazené nápoje (0,63 EUR/litr). Toto zdanění bylo zavedeno v roce 2011 s cílem zlepšit veřejné zdraví. Zároveň bylo chápáno jako součást prorůstového posunu zdanění směrem ke spotřebě. Tyto daně vedly v roce 2016 ke snížení spotřeby cukrem slazených nealkoholických nápojů o 20 %.

Mexiko zavedlo v roce 2014 množstevní daň z cukrem slazených nápojů ve výši 1 peso na litr. Uměle slazené nápoje zdaněny nejsou. Roční prodej slazených perlivých nápojů v roce 2014, po zavedení daně na tyto nápoje, poklesl o 6 %.

Norsko daní nápoje slazené jak cukrem, tak i umělými sladidly. Ačkoli prvotním účelem zavedení těchto daní bylo získat příjmy, jejich další používání má nyní také zdravotní odůvodnění. Na počátku roku 2018 se zvýšila daň z cukru na litr z 2,81 na 4,75 korun.

Belgie zavedla daň na nápoje slazené cukrem, nápoje slazené umělými sladidly a neslazené nápoje. Zavedení této daně je součástí širší politiky daňové reformy, jejímž účelem je odlehčit daňové zatížení pracovních příjmů a toto zatížení přesunout převážně na spotřebu, která vytváří negativní externality.

Spojené království zavedlo daň ve výši 0,18 GBP na litr u nápojů s více než 5 g cukru na 100 ml výrobku. Nápoje s více než 8 g cukru na 100 ml výrobku podléhají vyšší sazbě (0,24 GBP za litr). Daň se nevztahuje na ovocné šťávy a mléčné výrobky, a dále jsou od daně osvobozeni menší výrobci. Několik výrobců zareagovalo na oznámení zavedení daně snížením obsah cukru ve slazených nápojích na méně než 5 g na 100 ml výrobku.

Zdroj: OECD (2016), Health-related taxes on food and non-alcoholic beverages in OECD countries: Key design issues; WHO (2015), „Using price policies to promote healthier diets“, Světová zdravotnická organizace

Zlepšení zdravotní gramotnosti

Při snižování nákladů na zdravotní péči, kterým lze předejít, hrají zásadní roli preventivní programy. V České republice se preventivní programy zaměřují na plány imunizace a lékařské screeningové programy k včasnému rozpoznání onemocnění. Programy včasné intervence a prevence týkající se rizikových voleb životního stylu však nejsou rozšířené, přestože existuje úzká vazba mezi takovým životním stylem a chronickými onemocněními. Studie OECD založená na odhadech za rok 2010 naznačuje, že preventivní protialkoholní programy mohou významně snížit počet úmrtí způsobených chronickými onemocněními a zraněními. Program krátkých intervencí lékařů primární péče zaměřený na nadměrné konzumenty alkoholu by dle odhadů vedl k ročnímu nárůstu o 26 000 let života strávených v dobrém zdravotním stavu. Odhady nákladů a přínosů ukazují, že prevence má potenciál snížit v České republice výdaje na zdravotní péči v oblasti chronických onemocnění a zranění až o 73 milionů USD PPP ročně (Sassi, 2015_[43]).

Preventivní programy zřídka přesahují rámec intervencí v předškolním a základním školním vzdělávání. Souběžně s realizací strategie Zdraví 2020 Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy zajistily, aby 50 % dětí předškolního věku a 95 % dětí na základních školách mělo přístup k institucím, které podporují programy vedoucí ke zvyšování povědomí o otázkách zdraví (Alexa et al., 2015_[13]). Toto úsilí lze rozšířit o oblast zdravého chování. Školní prostředí lze například využít k poskytování výživných školních jídel a omezení dostupnosti nezdravých potravin a nápojů i mimo základní školu. Kromě toho lze snížit nerovnost zdravotních výsledků vzděláváním a osvětou zaměřenou na specifická zdravotní témata, jako jsou zranění, duševní zdraví, sexuálně přenosná infekční onemocnění, násilí, těhotenství či užívání drog.

Zdravotní osvěta a přístup k informacím by měly být dostupné všem občanům a umožnit jim správně se rozhodovat v oblasti zdraví. Přestože je dostupnost údajů velmi omezená, první průzkum zdravotní gramotnosti v České republice ukázal, že přibližně 60 % respondentů vykazuje nedostatky v oblasti obecné zdravotní gramotnosti (Kučera, Pelikan a Šteflová, 2016_[52]). Studie navíc zjistila, že zdravotní gramotnost negativně koreluje s věkem a pozitivně se vzděláváním a dále že zdravotní gramotnost má značný vliv na zdravé chování, a tedy na zdravotní stav.

Vedle školních programů zdravotního vzdělávání a prevence lze využít zajištění lepšího přístupu široké veřejnosti k informacím o zdraví jako prostředek k vytvoření rovnějších zdravotních výsledků. Měly by být snadno dostupné nejen základní informace týkající se zdraví v každodenním životě a rizikových faktorů, ale v případě nezbytnosti lékařského zákroku také informace o možných léčebných postupech a kvalitě poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotních zařízení.

Navzdory určitému úsilí o zlepšení veřejné dostupnosti informací o výkonnosti zdravotnických zařízení je pokrytí spíše nízké, a pokud jde o přínosnost pro informované rozhodování pacientů, má omezenou hodnotu. Například Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Health Care Institute a Ministerstvo zdravotnictví provádějí různé průzkumy zaměřené na shromažďování údajů založených na pohledu a zkušenostech pacientů. Roztříštěný charakter shromažďování údajů je problematický pro dosažení soudržné a robustní analýzy spokojenosti pacientů a pro hodnocení výkonnosti poskytovatelů zdravotních služeb a systému, neboť průzkumy se svou strukturou a pokrytím navzájem liší. Lepší koordinací struktury průzkumů a poskytováním údajů na jednom centrálním místě – jako je tomu například ve Velké Británii (rámeček 1.6) – lze pacientům pomoci najít příslušné informace.

Rámeček 1.6. Veřejné zpřístupnění údajů o zkušenostech pacientů: příklady ze zemí OECD

Ve Spojeném království (Anglie) jsou údaje o zkušenostech pacientů prezentovány na webových stránkách ministerstva zdravotnictví a ve výběrech systému NHS. Na hlavních webových stránkách je prezentována podmnožina údajů z různých národních průzkumných programů a z programu průzkumu praktických lékařů, která pacientům pomáhá při porovnávání a výběru poskytovatelů služeb. Navíc, seznam péče uvádí bodové hodnocení různých aspektů zdravotní péče hodnocených pacienty, a díky tomu veřejnosti umožňuje snadno vyhledat nemocnici, pečovatelský dům, zubního lékaře nebo místní služby.

Německo má speciální webové stránky, přičemž výsledky průzkumů prováděných nemocnicemi a lékařskými ordinacemi jsou zveřejňovány formou zpráv o kvalitě a jsou veřejnosti dostupné pro srovnávání. Také Nizozemsko zpřístupňuje údaje o zkušenostech pacientů, čímž veřejnosti usnadňuje rozhodování. V belgickém Vlámku uvádí řada nemocnic vlastní údaje na svých webových stránkách, přičemž údaje nemocnic, které jsou ochotny tyto údaje zveřejnit, jsou od roku 2015 dostupné na centrálních webových stránkách spravovaných vlámskou vládou. Nedávno, konkrétně od konce roku 2016, začala Francie poskytovat údaje o průzkumech spokojenosti pacientů (eSATIS), které jsou dostupné na webových stránkách spolu s výsledky akreditace.

Také ve skandinávských zemích je zveřejňování údajů o zkušenostech pacientů běžné. Ve Švédsku jsou online zveřejňovány srovnávací údaje o zkušenostech pacientů na jednotkách primární péče za jednotlivé krajské rady. Dále jsou dostupné výsledky telefonických rozhovorů, které hodnotí postoje, znalosti a očekávání lidí ohledně švédského systému zdravotní péče, a jsou zveřejňovány srovnávací údaje za jednotlivé krajské rady a regiony, které umožňují veřejnosti využít tyto výsledky při volbě primární jednotky zdravotní péče. Švédská asociace místních úřadů a regionů prezentuje národní údaje na webových stránkách, kde lze provádět srovnání s jinými jednotkami či nemocnicemi v ostatních krajských radách. V Dánsku jsou výsledky průzkumů ambulantní a lůžkové somatické péče od roku 2009 veřejně dostupné na domovských stránkách, zatímco v Norsku jsou online dostupné údaje na úrovni poskytovatelů, které usnadňují rozhodování spotřebitelů.

Zdroj: Klazinga a Fujisawa (2017[53]), „Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016“, OECD Health Working Papers, č. 102, OECD Publishing, Paříž. <http://dx.doi.org/10.1787/893a07d2-en>

Rámeček 1.7. Doporučení k zlepšení systému zdravotní péče

• Hlavní doporučení

- Postupně pro nemocnice a lékaře zavést systém odměňování za výkonnost založený na širokém souboru ukazatelů výkonnosti.
- Snížit vliv úhradové vyhlášky omezením rozsahu její působnosti a ponecháním prostoru pro jednání mezi zdravotními pojišťovkami a poskytovateli zdravotních služeb.
- Pokračovat ve snižování počtu nemocničních lůžek pobízením regionů a obcí k restrukturalizaci kapacit zdravotních služeb a zařízení.
- Posílit úlohu primární péče prostřednictvím gate-keepingu a dalšího posunu směrem k lepší kombinaci kapitačních plateb a výkonové úhrady u praktických lékařů.
- Zvýšit kapacitu lékařských fakult a počet studentů prostřednictvím stipendií a zajistit udržitelné financování vysokých škol.
- Zvýšit daně z tabáku a alkoholu a zvážit zavedení daní z nezdravých potravin a nápojů.
- Podporovat zdravější životní styl a dále rozvíjet programy na prevenci onemocnění a screeningové programy.
- Sladit úhradové systémy dlouhodobé péče v zařízeních zdravotní a sociální péče prostřednictvím koordinace využívání spoluúčasti.

Reformovat řízení a organizaci systému zdravotní péče

- Využívat nový systém založený na diagnostických skupinách (DRG) ke stanovení úhrad zdravotních služeb za účelem zvýšení efektivity a reformovat nebo zavřít nevykonné nemocnice.
- Rozvíjet elektronické zdravotnictví dotováním vybavení poskytovatelů zdravotních služeb, školením uživatelů a zajištěním bezpečnosti informací a jejich vhodného využívání.

Zlepšit poskytování péče a vypracovat preventivní politiky

- Další posun od lůžkové péče k ambulantní péči rozvíjením denní péče prostřednictvím zvýšení počtu ambulantních chirurgických zákroků a minimálně invazivní léčby.
- Pověřit praktické lékaře koordinací léčby a preventivních opatření v primární péči a svěřit jim roli gate-keepingu za účelem zvýšení efektivity řízení péče.
- Zavést rozumnou spoluúčast s cílem omezit počet návštěv a zvýšit povědomí o nákladech na zdravotní péči. Lze například zavést finanční spoluúčast pro osoby, které obcházejí systém lékařských doporučení, a dále pro určité nemocniční ošetření a konkrétní typy konzultací.
- Vyhodnotit a v případě potřeby zvýšit plán dotací a odměn, jehož cílem je motivovat lékaře k usazování v odlehlejších oblastech.
- Zlepšit vzdělávací a kariérní příležitosti pro zdravotnický a ošetrovatelský personál nabídkou posílení samostatnosti a odpovědnosti v průběhu kariéry.

Reformovat financování zdravotní péče

- Postupně zvyšovat pojistné osob samostatně výdělečně činných tak, aby lépe odráželo jejich schopnost přispívat.
- Rozšířit příjmy z všeobecného zdanění pro zdravotní systém stanovením pojistného na všechny druhy příjmů.

Přípravit dlouhodobou péči na stárnoucí obyvatelstvo

- Motivovat krajské úřady k zajištění dostatečného počtu institucí dlouhodobé péče na jejich území.
- Poskytovat příspěvek na sociální péči s přihlédnutím k příjmům jednotlivce, a tím zaručit, aby přístup k institucionální péči byl pro jednotlivce finančně dostupný.

Odkazy

Alexa, J. et al. (2015), *Czech Republic: Health system review. Health Systems in Transition*, World Health Organisation and European Observatory on Health Systems and Policies, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/280706/Czech-HiT.pdf?ua=1. [13]

Bundesärztekammer (2017), *Ärztstatistik - Ausländische Ärztinnen/Ärzte am 31.12.2016*, http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2016/Stat16Tab10.pdf (accessed on 12 March 2018). [21]

Bundesärztekammer (2011), *Ärztstatistik - Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland am 31.12.2010*, http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/specialdownloads/Stat10Tab10.pdf (accessed on 12 March 2018). [22]

Chandra, A., J. Gruber and R. McKnight (2010), "Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly", *American Economic Review*, Vol. 100/1, pp. 193-213, <http://dx.doi.org/10.1257/aer.100.1.193>. [31]

Chiappori, P., F. Durand and P. Geoffard (1998), "Moral hazard and the demand for physician services: First lessons from a French natural experiment", *European Economic Review*, Vol. 42/3-5, pp. 499-511, [http://dx.doi.org/10.1016/S0014-2921\(98\)00015-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0014-2921(98)00015-4) [32]

ČLS-JEP (2018), *Společnosti a spolky lékařů [Companies and medical associations]*, Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, <http://www.cls.cz/prehled-clenu> (accessed on 16 January 2018). [20]

Council of Regions (2017), *CoR - Public Health*, <https://portal.cor.europa.eu/divisionpowers/countries/MembersNLP/CR/Policy-Areas-Obligatory/Pages/Public-Health.aspx> (accessed on 13 December 2017). [18]

[66]

de la Maisonneuve, C. and J. Oliveira Martins (2013), “Public Spending on Health and Long-term Care: A new set of projections”, *OECD Economic Policy Papers*, No. 6, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t7jwwr9x-en>. [39]

Delamaire, M. and G. Lafortune (2010), “Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries”, *OECD Health Working Papers*, No. 54, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>. [24]

Dutu, R. and P. Sicari (2016), “Public Spending Efficiency in the OECD: Benchmarking Health Care, Education and General Administration”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 1278, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5jm3st732jnj-en>. [12]

European Commission (2015), *Comparative efficiency of health systems, corrected for selected lifestyle factors Final report*, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2015_maceli_report_en.pdf (accessed on 22 January 2018). [41]

European Union Agency for Fundamental Rights (2014), *Discrimination against and living conditions of Roma women in 11 EU Member States Roma survey – Data in focus*, <http://fra.europa.eu/en/publications-and-resources/data-and-maps/survey-data-explorer-results-2011-roma-survey> [10]

Eurostat (2017), *European Core Health Indicators (ECHI)*, European Commission, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_cd1e&lang=en. [42]

Eurostat (2017), *Self-reported unmet needs for health care by sex, age, specific reasons and educational attainment level [hlth_ehis_un1e]*. [5]

Eurostat (2017), *Self-reported unmet needs for specific health care-related services due to financial reasons by sex, age and educational attainment level [hlth_ehis_un2e]*. [6]

Gaynor, M. (2006), “What Do We Know About Competition and Quality in Health Care Markets?”, No. 12301, NBER Working Paper Series, <http://www.nber.org/papers/w12301> (accessed on 20 March 2018). [38]

Giorno, C. and K. Londáková (2017), “Improving the efficiency and outcomes of the Slovak health-care system”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 1404, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/f2b496cd-en>. [11]

Hnilicová, H. et al. (2017), “Comparison of alcohol consumption and alcohol policies in the Czech Republic and Norway”, *Central European Journal of Public Health*, <http://dx.doi.org/10.21101/cejph.a4918>. [89]

Hromadkova, E. and M. Zdenek (2013), “Demand Side Cost-Sharing and Prescription Drugs Utilization: Evidence from a Quasi-Natural Experiment”, *CERGE-EI Working Paper Series*, No. 486, CERGE-EI, Prague, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2260531>. [34]

[31]

- International Organisation of Migration (2016), *Implementation of the National Roma Integration Strategy and Other National Commitments in the Field of Health CZECH REPUBLIC A multi-stakeholder perspective report on 2005–2014 developments.* [7]
- James, C., M. Devaux and F. Sassi (2017), “Inclusive growth and health”, *OECD Health Working Papers*, No. 103, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/93d52bcd-en>. [11]
- Joumard, I., C. André and C. Nicq (2010), “Health Care Systems: Efficiency and Institutions”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 769, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5kmfp51f5f9t-en>. [3]
- Kim, J., S. Ko and B. Yang (2005), “The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea.”, *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, Vol. 72/3, pp. 293-300, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.09.002>. [33]
- Klazinga, N. and R. Fujisawa (2017), “Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016”, *OECD Health Working Papers*, No. 102, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/893a07d2-en> [53]
- Kučera, Z., J. Pelikan and A. Šteflová (2016), “Health literacy in Czech population results of the comparative representative research”, *Cas Lek Cesk*, Vol. 155/5, pp. 233-241. [52]
- Manning, W. et al. (1987), “Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment”, *The American Economic Review*, Vol. 77/3, pp. 251-277, <http://dx.doi.org/10.2307/1804094>. [30]
- Marron, D., M. Gearing and J. Iselin (2015), “Should We Tax Unhealthy Foods and Drinks?”, *SSRN Electronic Journal*, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2703598>. [49]
- Medeiros, J. and C. Schwierz (2013), “Estimating the drivers and projecting long-term public health expenditure in the European Union: Baumol's "cost disease" revisited”, *European Economy - Economic Papers 2008 - 2015*, <https://ideas.repec.org/p/euf/ecopap/0507.html> (accessed on 13 February 2018). [40]
- OECD (2018), “Health expenditure and financing: Health expenditure indicators”, *OECD Health Statistics* (database), <http://dx.doi.org/10.1787/data-00349-en>. (accessed on 13 February 2018) [25]
- OECD (2018), “Health status”, *OECD Health Statistics* (database), <http://dx.doi.org/10.1787/data-00540-en>. (accessed on 9 January 2018) [4]
- OECD (2018), “Pharmaceutical market”, *OECD Health Statistics* (database), <http://dx.doi.org/10.1787/data-00545-en>. (accessed on 5 February 2018) [26]
- OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en. [2]

- OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing. [16]
- OECD (2016), *Better Ways to Pay for Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en>. [17]
- OECD (2016), *Consumption Tax Trends 2016: VAT/GST and excise rates, trends and policy issues*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/ctt-2016-en>. [46]
- OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233386-en>. [14]
- Sassi, F. (ed.) (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>. [43]
- OECD (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Czech Republic 2014: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208605-en>. [15]
- OECD (2010), *Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264084865-en>. [50]
- OECD and European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *State of Health in the EU - Czech Republic: Country Health Profile 2017*. [19]
- Porter, M. and E. Teisberg (2004), “Redefining Competition in Health Care”, *Harvard Business Review*, <http://www.hbr.org> (accessed on 20 March 2018). [37]
- Sassi, F. (2016), “Taxing sugar.”, *BMJ (Clinical research ed.)*, Vol. 352, p. h6904, <http://dx.doi.org/10.1136/BMJ.H6904>. [47]
- Sassi, F. (2009), “Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies”, Vol. 48, <http://dx.doi.org/10.1787/18152015>. [51]
- Sassi, F., A. Belloni and C. Capobianco (2013), “The Role of Fiscal Policies in Health Promotion”, *OECD Health Working Papers*, No. 66, OECD Publishing, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5k3twr94kvzx-en>. [48]
- Serrano Rodriguez, N. and N. Rodríguez Derecho (2009), *Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe: Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain*, Fundación Secretariado Gitano, Madrid, http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_health_en.pdf (accessed on 11 December 2017). [9]
- SUKL (2018), *Pricing and Reimbursement*, http://www.sukl.eu/file/74580_1_2. [28]
- Úřad vlády ČR (2017), *Zpráva o stavu romské menšiny v České republice za rok 2016* [8]
- ÚZIS (2018), *Long-term programme for increasing the capacity of medical faculties in the* [23]

Czech Republic: Explanatory memorandum.

Úzis (2017), *Zdravotnická ročenka České republiky 2016* [Czech Health Statistics Yearbook 2016], <http://www.uzis.cz/system/files/zdroccz2016.pdf>. [29]

Votápková, J. and P. Žilová (2016), “Determinants of Generic Substitution in the Czech Republic”, *Working Papers IES*, https://ideas.repec.org/p/fau/wpaper/wp2016_05.html (accessed on 05 February 2018). [27]

World Health Organisation (2014), *Global Status Report on Alcohol and Health 2014 - Czech Republic*, http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/cze.pdf (accessed on 10 January 2018). [44]

Zápal, J. (2010), “Doctor-Visit Co-Payment Exemption for Children: First Look at the Data”, *Finance a Uver: Czech Journal of Economics and Finance*, Vol. 60/1, pp. 57-72. [35]

Žilová, P. and J. Votápková (2012), “The Effect of the Abolition of User Charges on the Demand for Ambulatory Doctor Visits”, *IES Working Paper*, No. 30/2012, Charles University, Prague [36]