

# Jak funguje český systém zdravotnictví?

Tomáš Mlčoch



Mezi hlavní specifika českého zdravotnictví patří relativně nižší výdaje na zdravotnictví oproti ostatním podobně rozvinutým zemím OECD (jak při podílu výdajů na HDP, tak zejména výdajích očištěných o paritu kupní síly), nízká spoluúčast pacientů, nedostatečná elektronizace zdravotnictví, netransparentní stanovování úhrad zdravotních prostředků či výkonů – a naopak transparentní hodnocení nově vstupujících léčivých přípravků. Věříme, že je důležité otevřít diskusi nad možnostmi, jak zlepšit české zdravotnictví a posunout jej o krůček dále, zejména před nadcházejícími parlamentními volbami.



Tomáš Mičoch



Č

Český zdravotní systém, podobně jako většina systémů v Evropské unii, funguje na bázi povinného zdravotního pojištění (daně), které je hrazeno z platů zaměstnanců, výdělků živnostníků nebo je placeno státem u skupin obyvatel, které jej nemohou platit (děti, studenti, důchodci, dočasně nezaměstnaní aj.). Oproti jiným zemím však v ČR není zaveden systém doplňkového zdravotního připojištění, ze kterého by byly hrazeny případné nadstandarty nebo spoluúčast při zvýšeném čerpání zdravotní péče (například doplatky za léky, doplatky za provedené zdravotní výkony aj.).

#### NÍZKÁ MÍRA FINANČNÍ SPOLUÚČASTI PACIENTŮ

Výsledkem je, že se ČR vyznačuje jednou z nejnižších spoluúčastí pacientů ve zdravotnictví mezi zeměmi EU či OECD (grafy 1 a 2), což s sebou přirozeně nese i nadužívání zdravotní

Pacienti přímo téměř nic nezaplatí, a tak je nepálí, že čerpají či budou čerpat vysoce nákladnou péči.

péče. To se projevuje především rizikovým chováním občanů-pacientů, kteří ve zvýšené míře kouří, konzumují alkohol či jiné drogy a především mají vysokou míru obezity a nezdravý životní styl projevující se nedostatečnou mírou pohybu, nezdravým stravováním atd. (rizikovému chování pacientů jsme se detailně věnovali v časopise Trade-off 4/2016). Jelikož pacienti ze své kapsy téměř nic nezaplatí, skutečnost, že čerpají či budou v budoucnosti čerpat vysoce nákladnou péči, je nepálí. Tolik zatracované regulační poplatky u lékařů byly proto celkem dobrým řešením, jak příliš nezatížit peněženky občanů a zároveň odradit od zbytečných návštěv a poklábování si u lékaře.▷

Pokud si chci v ČR připlatit za určitou kvalitnější zdravotní službu, musím ji zaplatit celou.

## ▷ V ČESKÉ REPUBLICE NEMÁME DEFINOVÁNY „STANDARDNÍ“ A „NADSTANDARDNÍ“ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

V ČR platí taktéž absurdní systém, kdy pokud si chci připlatit za určitou kvalitnější zdravotní službu, musím si ji zaplatit celou a neplatím pouze rozdíl mezi „standardem“ a „nadstandardem“ zdravotní péče. Pokud například systém hradí určitý typ endoprotézy za 50 000 Kč a já bych si chtěl pro svou operaci zvolit kvalitnější endoprotézu, která je o 50 % dražší, tak musím zaplatit celých 75 000 Kč, a nikoliv pouze rozdíl mezi cenou standardu a nadstandardu, jenž činí 25 000 Kč. Podobná situace panuje i v oblasti léků. Pokud bych si chtěl koupit dražší a účinnější onkologický lék, který však není hrazen, musím si jej zaplatit celý, a nikoliv rozdíl oproti současně hrazené chemoterapii. Systém tak přichází o značné prostředky, neboť nejde vstříc poptávce pacientů-pojištěnců či klientů, kteří si speciální výkony nenechávají provést, nechávají si je provést mimo veřejné nemocnice nebo se tyto výkony posouvají do určité „šedé zóny“ obálkovou metodou.

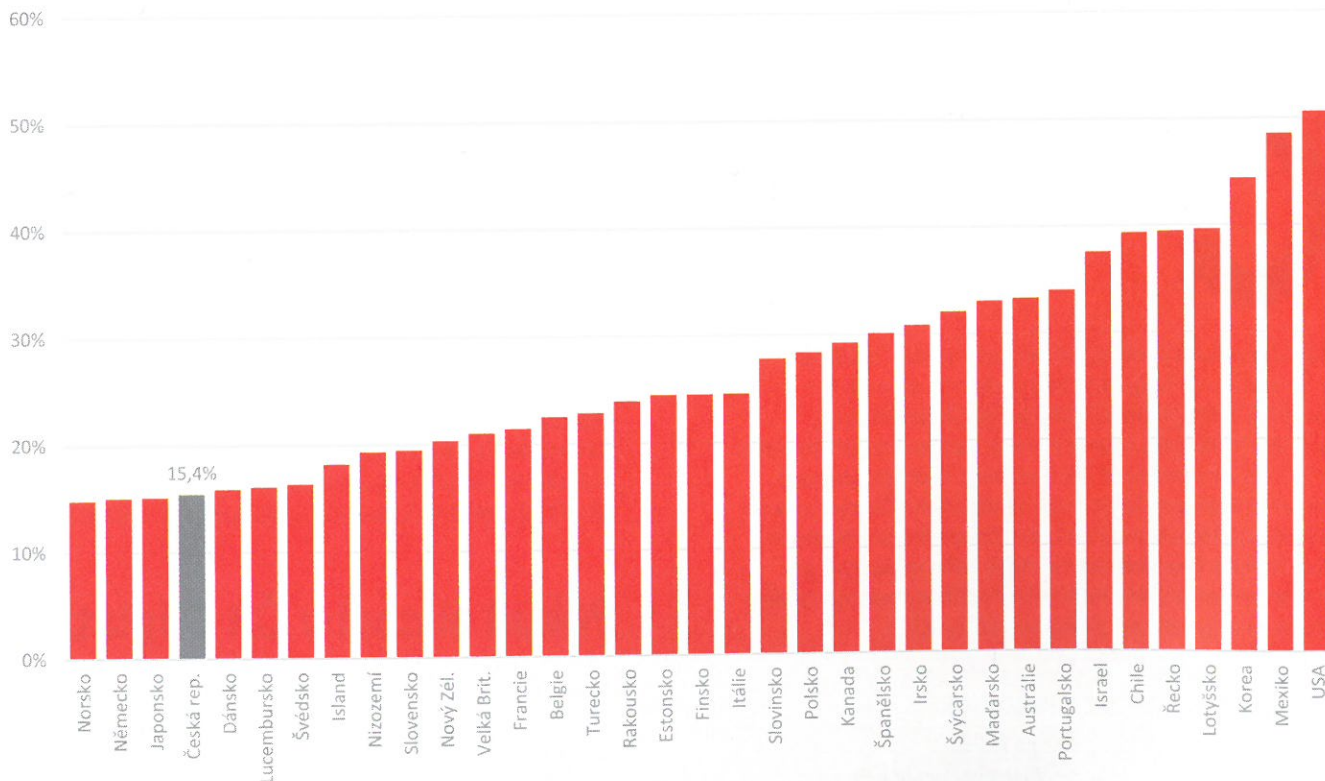
### NEDOSTATEČNÁ ELEKTRONIZACE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

Nadto často i zdraví pacienti nadužívají péči, kdy se mohou v systému pohybovat od jednoho specialisty ke druhému, u nichž povětšinou žádný poplatek/spoluúčast neplatí. Zdravotní systém není dostatečně elektronizovaný, aby tato duplicitní vyšetření stejného pacienta u různých specialistů odhalil.

## Lékaři nemají možnost sdílet lékařské zprávy s ostatními lékaři, a tak často provádějí duplicitní zdravotní výkony.

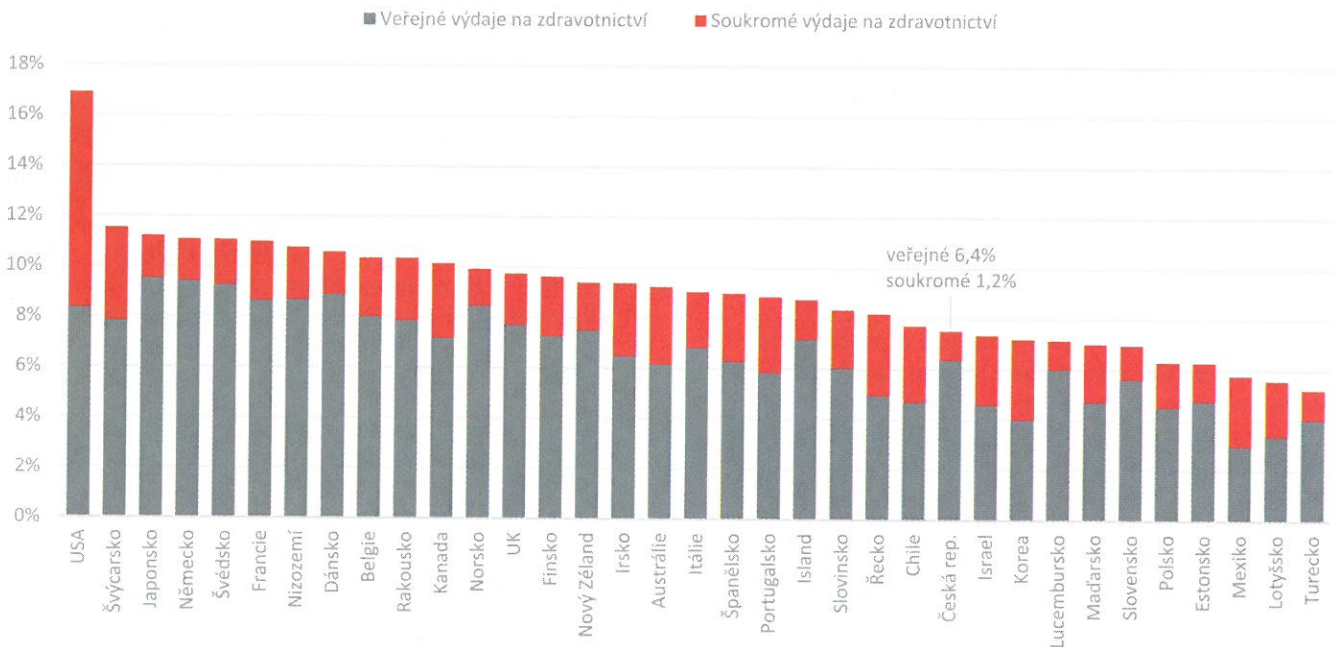
Tím se dostáváme k několika dalším specifickým českého zdravotnictví. Tou je nedostatečná elektronizace, která neumožňuje skutečnou kontrolu toho, co bylo a nebylo vykázáno v reálném čase. I kdyby lékaři vedli elektronické záznamy, nemají možnost je sdílet s ostatními lékaři (pokud nejsou sdruženi v jedné nemocnici s jedním systémem, například FN Motol či jiné velké nemocnice), a ti je musí pokaždé znova sepisovat. Nemluvě o nutnosti opakovat určitá vyšetření, která byla provedena prvním ošetřujícím lékařem a která nemusela být v žádném případě opakována znova a znova. A ač je v ČR podobný počet lékařů (v poměru k počtu obyvatel) jako například ve Francii či Německu, čeští lékaři mají výrazně více přesčasů a časové zátěže. Hlavní příčinou je tu právě nedostatečná efektivita systému: nadužívání zdravotní péče, nedostatečná elektroniza-

Graf 1: Podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví



Zdroj: OECD (2015)

**Graf 2: Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP**



Zdroj: OECD (2015)

ce, byrokracie či nízký počet jiného zdravotnického personálu (zdravotních sester atd.).

### SOUČASNÝ ZPŮSOB ÚHRAD ZA ZDRAVOTNÍ VÝKONY NEMOTIVUJE K ÚSPORÁM A EFEKTIVNÍ LÉČBĚ

Zdravotní systém je postaven na takzvaných zdravotních výkonech (fee-for-service), které se vykazují při téměř jakékoli činnosti (například odběr krve, kontrolní vyšetření, krevní testy, aplikace chemoterapie aj.). Tyto výkony jsou do jisté míry efektivním nástrojem u ambulantních specialistů, ale nenesou s sebou v žádném případě snahu ušetřit a mít v kartotéce zdravého či uzdraveného pacienta. Tento systém naopak motivuje k opakovanému vykazování většího počtu zdravotních výkonů. Naproti tomu například ve Velké Británii a jiných zemích se používá vedle úhrad na základě jednotlivých zdravotních výkonů také systém „plateb za výsledek či výkonnost“ (pay-for-performance), kdy se sleduje celá řada ukazatelů, na jejichž základě je lékař nad rámec výkonů odměňován: například nízká hladina krevního cukru, nízký krevní tlak, cholesterol, pravidelná preventivní vyšetření rakoviny aj.

Financování na základě zdravotních výkonů taktéž nemotivuje lékaře a zdravotní zařízení k tomu, aby se snažili přispět k co nejrychlejšímu uzdravení pacientů například po operačních výkonech. Proto se ve vyspělých zdravotních systémech rozvinul takzvaný systém DRG (diagnosis-related group). V systému DRG je placena určitá celková částka za daný operační výkon (například operace slepého střeva, náhrada kyčelního kloubu) bez ohledu na to, jak dlouho léčba v konkrétním případě trvala – tedy nemocnice obdrží v zásadě stejnou celkovou finanční

částku, ať už pacient po daném typu operace stráví v nemocnici jeden den, či dva týdny. Nemocnice tak má zájem na tom, aby co nejkvalitněji ošetřila pacienta a mohla jej odeslat do domácího léčení s nízkým rizikem navrácení zpět. Čím dříve se totiž pacientův zdravotní stav zlepší, tím dříve se nemocnice může věnovat léčbě dalších pacientů. Tento systém u nás bohužel zatím není v plném rozsahu uveden do praxe, ačkoliv se na novém DRG číselníku usilovně pracuje již několik let. Zavedení tohoto systému by umožnilo snížit nadbytečnou lůžkovou síť (průměrná obsazenost činí v ČR 74 %), která u nás stále přetrvává ještě z dob minulého režimu. Lůžková síť se v ČR sice v čase snižuje (o 17 % mezi lety 2000 a 2014), ale i tak stále patří mezi největší v rámci zemí OECD (graf 3).

### FINANCOVÁNÍ LÉKŮ JE V ČR POMĚRNĚ TRANSPARENTNÍ

Ve srovnání s financováním zdravotních výkonů, lůžkové a ambulantní péče nebo zdravotních prostředků je financování léčivých přípravků v českém zdravotnictví výrazně transparentnější a má jasně daná pravidla pro to, co má či nemá být hrazeno. Úhrady léků se stanovují na základě analýz nákladové efektivity, které hodnotí zdravotní přínosy nového léku u daného onemocnění, ale rovněž i jeho celkové náklady (tj. započtení nákladů na daný lék, ostatní péči, navazující linie léčby aj.). Tyto analýzy se předkládají Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), který následně vydá své doporučení, které je závazné pro zdravotní pojišťovny.

Podobně jako ve vyspělých zahraničních systémech (například Velká Británie, Švédsko, Nizozemsko) tyto analýzy spočívají >

▷ především na ukazateli QALY (quality-adjusted life-year), kdy je přínos léku vyjádřen pomocí dodatečně získaných let života v plném zdraví. Ukazatel QALY umožňuje porovnat nejen léky v dané indikaci (například u pacientů s daným typem rakoviny), ale napříč všemi indikacemi zdravotního systému (rakovina v. revmatologie). QALY v sobě obsahuje nejen prodlouženou dobu dožití, ale též i zvýšenou kvalitu života vlivem například nižšího výskytu komplikací, nežádoucích účinků či vyšší účinnosti léčby. Náklady za získané QALY poté plátce informují o tom, kde je možné za daný omezený rozpočet získat co nejvíce celkového zdraví pro své pojištěnce.

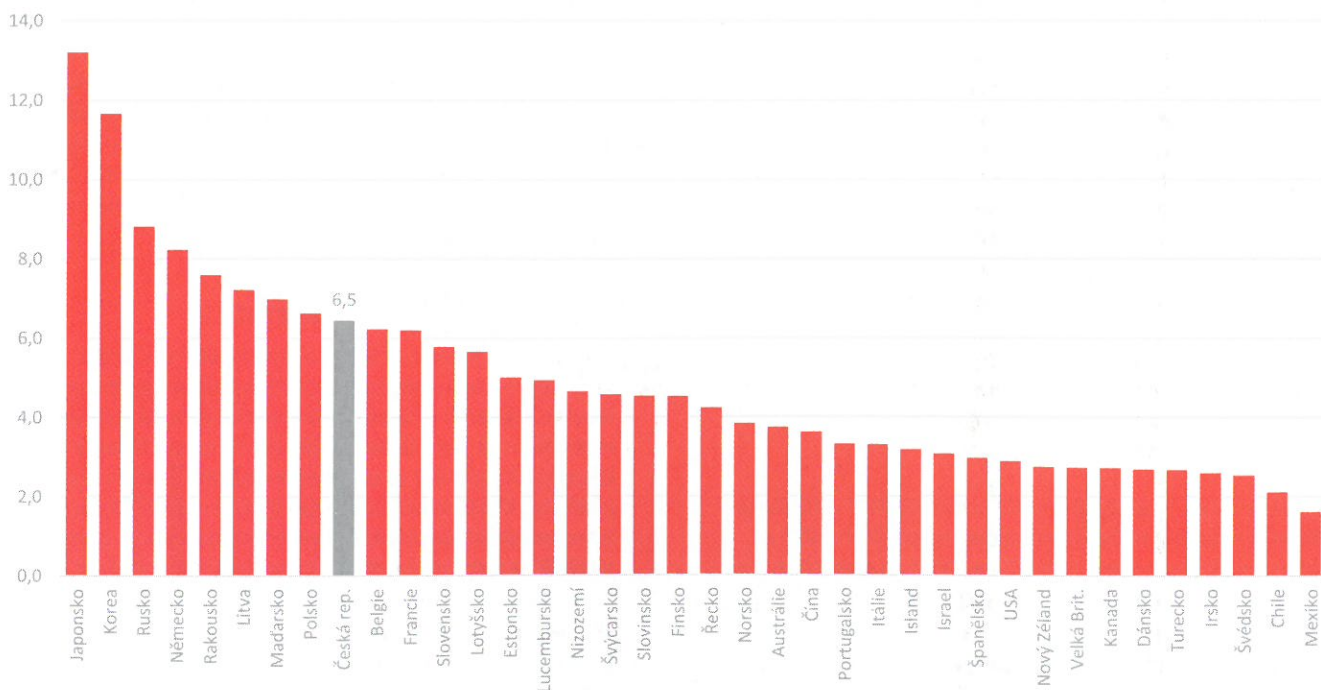
Vezměme si příklad, kdy máme omezený rozpočet deset milionů korun a porovnáváme dva léky, jeden na rakovinu a druhý na lupénku. První lék má náklady na dodatečně získaný rok života v plném zdraví tři miliony Kč, ale druhý lék pouze 300 tisíc Kč. V takovém případě je zřejmé, že pokud bychom hradili druhý lék, získáme pro zdravotní systém desetinásobně vyšší celkový přírůstek zdraví za stejný finanční obnos. V současnosti se podle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) aplikuje v ČR hranice ochoty platit ve výši trojnásobku HDP na hlavu za získané QALY, tedy přibližně 1,3 milionu Kč. Pokud tedy nový lék přináší zisk QALY za nižší náklady, než je tato částka, měl by se do systému hrazení péče dostat, pokud ji překračuje, měl by být odmítnut. Existují nicméně i mechanismy, jak tyto náklady snížit, například přímé slevy, hrazení pouze u pacientů, kterým lék funguje (risk-sharing) aj.

## QALY A ZVYŠOVÁNÍ NÁKLADOVÉ EFEKTIVNOSTI ZDRAVOTNICTVÍ

Použití QALY v principu umožňuje porovnávat nejen léky napříč všemi indikacemi, ale rovněž léky se zdravotními prostředky (například zda použít chemoterapii nebo ozařování či protonovou terapii) a také přínosy preventivních programů v porovnání s výdaji na léčbu (například zda hradit nový lék na cholesterol či investovat do komunitního centra pro prevenci obezity). Tento systém hrazení péče tak teoreticky umožňuje optimálně využívat omezené zdroje v oblasti zdravotnictví. Kdybychom veškeré zdravotní výdaje posuzovali pomocí jednotného měřítka (dodatečně získané roky života v plném zdraví), mohli bychom v zásadě maximalizovat celkový přínos těchto omezených zdrojů pro zdraví občanů.

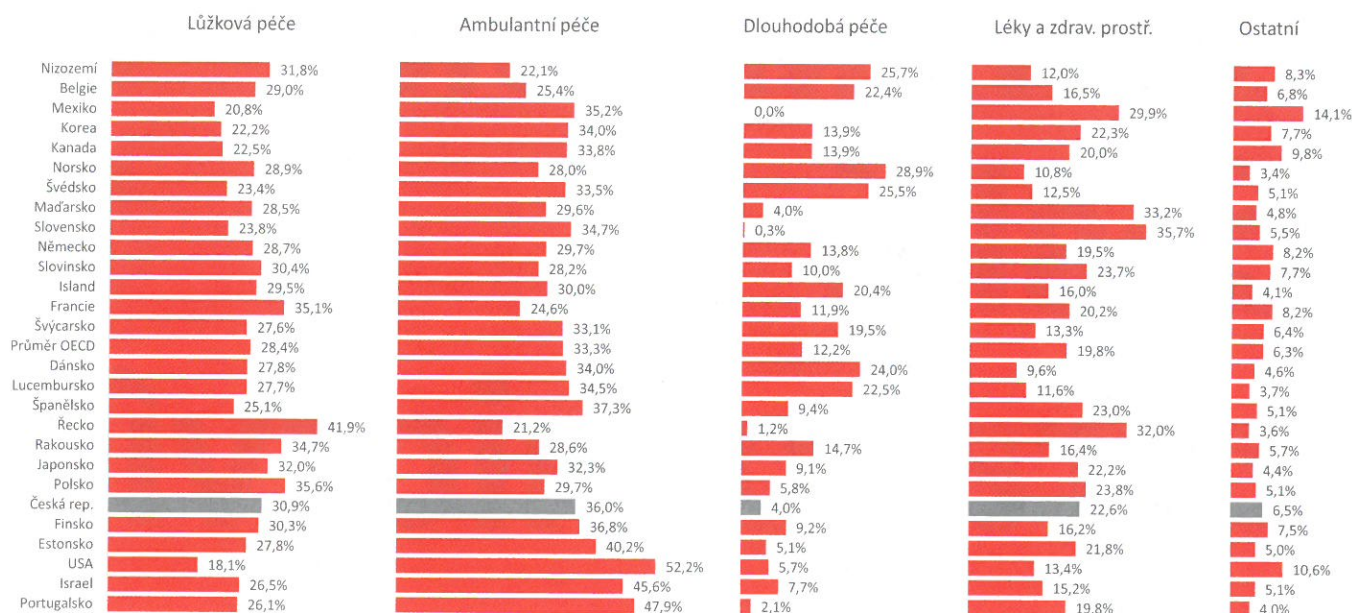
V našem zdravotním systému se však tyto principy bohužel aplikují pouze na léčivé přípravky, které představují jen malou část celkových výdajů na zdravotnictví (graf 4). Je zcela opomíjen u zdravotních prostředků (od jehel až po magnetické rezonance), u kterých lze tyto analýzy bez větších problémů provádět; například ve Francii veškeré zdravotní prostředky této regulaci podléhají. Ale proč se zastavit pouze zde? I preventivní programy mohou být efektivní nebo neefektivní, jejich účinnost však nikdo nezkoumá, prostě se dělají. Proč je dojezdová doba záchranné zdravotní služby určena na 20 minut? Proč to není 15 minut? Jaký je vliv dojezdových dob na zdraví lidí? Nejen tyto otázky umí právě analýzy nákladové efektivity zodpovědět.

**Graf 3: Počet nemocničních lůžek na 1000 obyvatel**



Zdroj: OECD (2014/2015)

**Graf 4: Struktura výdajů na zdravotní péči**



Zdroj: OECD (2013)

## Cestou ke zkvalitnění zdravotní péče nemůže být pouze další navyšování výdajů, ale stěžejní je též posílit celkovou efektivitu českého zdravotního systému.

Pokud se chce zdravotní systém posouvat vpřed, musí upřednostňovat právě nákladově efektivní zdravotní intervence před neefektivními, a nikoliv se spoléhat na pouhou historickou setrvačnost systému, kdy se něco „prostě takhle dělá“, aniž bychom věděli, zda přínosy podobných zdravotních intervencí převyšují jejich náklady. Cestou, jak nalézt prostředky pro zkvalitnění zdravotní péče, nemůže být pouze další a další navyšování výdajů, ale nezbytné je též celkově zefektivnit český zdravotní systém.

### ZÁVĚR

České zdravotnictví je tedy zdravotnictvím, které za relativně málo peněz produkuje celkem mnoho „muziky“. V míře kojenecké úmrtnosti patří ČR stále mezi nejlepší země světa,

věk dožití je taktéž mírně nad průměrem (vzhledem k výdajům na zdravotnictví a rizikovosti populace). Relativně nízké výdaje na české zdravotnictví plynou ovšem především z úspor na mzdách a platech zdravotního personálu, tedy jsou způsobeny podfinancováním nejen lékařů, ale též sester a dalších osob pracujících ve zdravotnictví. Zdravotní personál je tudíž největším donátorem či mecenášem tohoto systému. Zároveň má ČR jedny z nejnižších cen léků na předpis v EU.

Struktura českého zdravotnictví ale již přestává vyhovovat moderní medicíně 21. století, protože je založena zejména na nemocniční péči. Pohyb pacienta systémem není regulován, pacienti ani poskytovatelé péče nejsou motivováni k úsporám a vyšší efektivitě a nečelí žádným finančním pobídkám, aby se chovali racionálněji a dosahovali lepších výsledků péče. Neaplikují se téměř žádné principy „platby za výsledek“ (pay-for-performance) a rovněž nové ani stávající medicínské postupy se nehodnotí z hlediska nákladové efektivity. Tato struktura a plýtvavé nastavení vazeb a vztahů je zdrojem významného rizika budoucí finanční nestability, která se bude stupňovat společně se stárnutím populace. ☒

### O autorovi:

Tomáš Mlčoch pracuje jako analytik zdravotní ekonomiky a farmakoekonom ve společnostech iHETA a Value Outcomes. Věnuje se především analytické činnosti při tvorbě farmakoekonomických analýz a nákladovým studiím jednotlivých typů onemocnění.