

STRATEGICKÉ ANALÝZY POTŘEB RESORTU ZDRAVOTNICTVÍ: KONCEPCE PODLOŽENÁ DOSTUPNÝMI DATY

Verze 1.0, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 20.4. 2024

Editoři

Válek Vlastimil, prof., MUDr. CSc., MBA, EBIS

Dušek Ladislav, prof., RNDr., Ph.D.

Kolektiv autorů (abecedně)

Bartůňková Markéta, Ing.

Blaha Milan, Ing. Ph.D.

Dušek Ladislav, prof., RNDr., Ph.D.

Dvořáček Jakub, Mgr.

Foltýn Petr, Bc.

Fošum Matyáš, Mgr.

Grygarová Kateřina, Mgr., Bc.

Hejduk Karel, PhDr.

Chloupková Renata, Mgr.

Jarkovský Jiří, RNDr., Ph.D.

Klimeš Daniel, RNDr., Ph.D.

Klugar Miloslav, PhDr., Ph.D.

Komenda Martin, RNDr., Ph.D.

Macková Barbora, MUDr.

Májek Ondřej, RNDr., Ph.D.

Maříková Irena, MUDr., MBA

Michálek Jan Ing.

Ngo Ondřej, Mgr.

Pavlík Tomáš, RNDr., Ph.D.

Pavlovic Josef Bc.

Pláteník Václav, MA, MLL

Policar Radek, JUDr.

Repko Martin, doc., MUDr., Ph.D.

Rögnerová Helena, Ing.

Rovný Daniel, Ing.

Slabý Ondřej, prof. RNDr., Ph.D.

Soukupová Jitka, RNDr.

Strnadová Alice, Mgr., MBA

Svačina Štěpán, prof., MUDr., DrSc., MBA
Svobodová Ivana, Mgr.
Škampová Venuše, Ing., Mgr.
Těšitelová Vladimíra, JUDr., Mgr., LL.M.
Troch Tomáš, Mgr.
Válek Vlastimil, prof., MUDr. CSc., MBA, EBIS
Velík Jakub, PharmDr., Ph.D.
Zapletal Jan, Mgr.
Zvolský Miroslav, MUDr.

Navržení recenzenti (abecedně)

Dvořák Vladimír, MUDr., Ph.D., předseda Rady poskytovatelů MZ ČR
Repko Martin, doc., MUDr., Ph.D., předseda Asociace děkanů lékařských fakult
Slabý Ondřej, prof. RNDr., Ph.D., předseda Agentury zdravotnického výzkumu
Svačina Štěpán, prof., MUDr., DrSc., MBA, předseda ČLS JEP



<https://nzip.cz/koncepce2025>

Obsah

Obsah.....	3
Předmluva.....	5
Cíle a obsah předložené koncepce	7
Úvod	9
Obecné teze.....	9
Analýza současného stavu, determinanty budoucího vývoje a specifika České republiky ..	12
Dostupnost a kvalita péče jako zásadní cíl koncepce a klíčový prvek stability systému	15
Kapitola I. Prevence a veřejné zdraví.....	19
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	19
Koncepce primární prevence nemocí, ochrany a podpory zdraví.....	20
Zázemí pro plánování a rozvoj programů prevence v ČR	23
Příklady nově zaváděných populačních programů screeningu v ČR: včasný záchyt karcinomu plic a karcinomu prostaty	24
Konsolidace a modernizace systému ochrany veřejného zdraví	24
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	25
Kapitola II. Dostupnost, kvalita a standardizace péče	36
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	36
Národní institut kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ) https://nikez.mzcr.cz/	37
Nově implementovaný komplexní systém posilování a hodnocení kvality péče a bezpečí pacientů.....	39
Respekt k právům pacientů namísto přebujelé administrativy.....	42
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	42
Kapitola III. Modely organizace péče.....	44
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	44
Vývoj a implementace systému CZ-DRG pro akutní lůžkovou péči v ČR	46
Nutná podpora dlouhodobé péče a komunitní ošetrovatelské péče.....	48
Nutné posílení systému péče o duševní zdraví	51
Nezbytné posílení sociálně-zdravotního pomezí.....	51
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	53
Kapitola IV. Ekonomika a optimalizace úhrad.....	57
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	57
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	60

Kapitola V. Léková politika	65
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	65
Cenová a úhradová regulace léčivých přípravků	67
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	69
Kapitola VI. Zajištění personálních kapacit – kapacity a vzdělávání lékařů	73
Analýza stávajícího stavu a koncepce koncepce	73
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	75
Kapitola VII. Zajištění personálních kapacit – kapacity a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků	82
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	82
Opatření realizovaná pro personální stabilizaci nelékařských zdravotnických profesí.....	84
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	91
Kapitola VIII. Elektronizace	93
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	93
Dobudování infrastruktury eHealth a centrálních služeb.....	94
Poskytování dat a digitálních služeb občanům.....	96
Interoperabilita poskytovatelů zdravotních služeb	100
Zvyšování kybernetické bezpečnosti	101
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	101
Kapitola IX. Legislativa a dotační politika jako nástroj změny	103
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	103
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	106
Kapitola X. Komunikace	110
Analýza stávajícího stavu a východiska koncepce	110
Národní zdravotnický informační systém (NZIS)	114
Národní zdravotnický informační portál (NZIP).....	117
Realizované kroky a cíle koncepce do roku 2025	119
Vybrané literární zdroje	121

Předmluva

Vážené kolegyně a kolegové, zástupci odborné i laické veřejnosti,

dovoluji si vám jménem širokého kolektivu autorů předložit dokument „Strategické analýzy potřeb resortu zdravotnictví: koncepce podložená dostupnými daty“, ve kterém jsme s širokým kolektivem autorů analyticky zdůvodnili návrhy nezbytných reforem, kterými naše zdravotnictví bude muset v následující dekádě projít. Řadu opatření jsme již realizovali, mnohá nyní realizujeme, ale neméně velký počet úkolů nás ještě čeká. Slovem „nás“ myslím nejen instituce řídící zdravotní péči, ale všechny občany České republiky. Zdravotnictví je jedním z nejdůležitějších resortů, systém zdravotních služeb se dotýká každého občana a každému by na něm mělo záležet. Proto v dokumentu silně akcentujeme pozici pacienta jako klienta veřejného zdravotního pojištění a snažíme se jeho postavení v péči o vlastní zdraví posílit. Není to nic nového, princip „patient centredness“ najdeme ve všech funkčních modelech organizace zdravotní péče.

České zdravotnictví čekají minimálně dvě nelehké dekády, během kterých bude čelit dosud nebývalým výzvám. V následujících cca 20 letech se počet žijících seniorů ve věku 80+ v naší zemi více než zdvojnásobí. Dojde k nárůstu počtu obyvatel, za které zdravotní pojištění hradí stát, a naopak poklesne počet obyvatel v produktivním věku. Budeme tedy čelit nejen výzvám demografickým, ale také ekonomickým, manažerským a v neposlední řadě i technologickým. Všechny tyto dimenze v dokumentu řešíme s cílem zajistit udržitelnost a efektivní rozvoj plně solidárního systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud nemá dojít k razantnímu zvýšení daní, jde o úkol, který bude ve stárnoucí populaci vyžadovat řadu reforem. Od zajištění předvídatelného systému vícezdrojového financování, přes personální stabilizaci, až po zvýšení efektivity poskytovaných služeb.

Udržitelnost plně hrazeného přístupu k nejmodernější péči bude tou hlavní výzvou, které bude čelit každá vláda, bez ohledu na svou politickou orientaci. Předložením tohoto dokumentu činíme první krok k nalezení plošného konsensu nad klíčovými reformami a opatřeními. Do příštích let totiž české zdravotnictví nevstupuje v dobré kondici a není na nastávající vývoj tak připraveno, jak by mohlo být. Od roku 2010 se objem úhrad za péči od zdravotních pojišťoven více než zdvojnásobil, přičemž nejvíce rostly osobní náklady. Za stejné období ale rozhodně nepozorujeme zdvojnásobení dostupnosti péče či výkonnosti celého systému. Naopak, reálná úvazková kapacita řady významných zdravotnických odborností dokonce poklesla. Jako příklad kapacitně ohrožených segmentů lze uvést praktické lékaře pro děti a dorost nebo péči o duševní zdraví. Řada klíčových zdravotnických profesí nadto demograficky zestárla a je ohrožena masivními odchody do důchodu, např. všeobecné sestry. Systém si nevytvořil personální rezervy pro pokrytí těchto ztrát. Podíl osobních nákladů na celkových výdajích do zdravotnictví narostl nad ještě přijatelnou hranici 50 %, což pozorujeme zejména v akutní lůžkové péči, kde nejsou výjimkou nemocnice s více než 70 % podílem osobních nákladů. Je na místě začít se ptát, kolik prostředků „zbývá“ na péči samotnou, tedy na léky, materiál, zdravotnické prostředky, na energie či na obnovu přístrojů.

Předložené analýzy dokládají podobných problémů desítky, což je zátěž, kterou nejde vyřešit během jediného volebního období. I samotná příprava komplexních řešení není otázkou týdnů

či měsíců, ale spíše let. I proto je nezbytné řízení zdravotní péče co nejvíce odpolitizovat a hledat řešení v postupných, nikoli revolučních, opatřeních. Přiznejme si, že se nám to dosud příliš nedařilo. Od počátku vzniku České republiky byl resort zdravotnictví, navzdory své důležitosti, často opomíjen. Kritické situace byly často řešeny pod tlakem konkrétních zájmových skupin nebo ministři pro uklidnění situace resort opouštěli, ať již dobrovolně či odvolání z funkce. Důkazem budiž to, že za 31 let od vzniku České republiky jsme měli více než 20 ministrů zdravotnictví.

Výše uvedené není rozhodně myšleno jako kritika mých předchůdců. Mnozí z nich iniciovali a prosadili významná opatření a životaschopné projekty, na které se snažím navazovat a dále je rozvíjet. Avšak řada problémů během desítek let přerostla v systémová rizika a dnes je bohužel nelze jednoduše vyřešit jedním jasně identifikovatelným zásahem. Prorůstají napříč mnoha oblastmi a pro jejich odstranění je nezbytné najít širokou odbornou a politickou shodu a také se ozbrojit trpělivostí. Efektivní opatření totiž většinou nepřináší okamžitý efekt a jejich účinnost se projeví až v řádu let. Tak jako léčba v některých případech nezabírá okamžitě, tak i zde je nezbytné dát zásadním reformám čas a prostor na to, aby nastoupil jejich efekt.

Není lehké psát krátkou předmluvu k dokumentu, který má deset kapitol a stovky stran analytických podkladů. Jsem ale přesvědčen, že se nám je podařilo uspořádat v přehledné podobě a bude snadné je studovat a komentovat. O to nám totiž jde především. Rozhodně si nemyslím, že vše předložené je nutně 100% správné a dostačující. Velmi uvítáme jakékoli náměty i kritiku a dílo tak budeme průběžně doplňovat a rozvíjet. Proto jsme dokument připravili i v elektronické verzi, což je formát umožňující interaktivní diskuzi s uživateli. A k tomu bych si vás dovolil vyzvat. Vašimi náměty se budeme vážně zabývat a doufám, že tak společně přetvoříme Konceptci v živý dokument, který pomůže i budoucím ministryním a ministrům zdravotnictví v jejich nelehké misi. To ale neznamená, že dokument píšeme jen pro časy budoucí. Každá kapitola vedle analýz výchozího stavu obsahuje také výčet již realizovaných kroků a dosažitelných cílů do roku 2026. Zcela záměrně dokument naopak neřeší jednotlivé obory zdravotní péče, pokud neslouží jako ilustrace zmíněných širších problémů.

Vážené kolegyně a kolegové, říká se, že zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme. To samé dnes nepochybně platí i o českém zdravotnictví. Máme společně příležitost nastavit cestu, která povede k jeho ozdravení. Jsem připraven na diskusi o výstupech předkládaného dokumentu, která je nezbytná a žádaná. Čtěte, reagujte, kritizujte. Jen tak dojdeme k závěrům, které nás posunou dál. Přeji příjemné čtení a těším se na zpětnou vazbu!

Jménem kolektivu autorů,

Vlastimil Válek, ministr zdravotnictví

Cíle a obsah předložené koncepce

Cílem této publikace je předložit analyticky podložený rozbor stavu českého zdravotnictví v kapitolách zásadních pro jeho udržitelnost a další rozvoj. Analytická část jednotlivých kapitol je pojata stručně a nesměřuje ke komplexnímu podchycení všech aspektů dané problematiky, spíše se zaměřuje na identifikaci slabých míst a potenciálních rizik. V návaznosti na to je v každé kapitole doplněn výčet konkrétních kroků a realizovaných, resp. nutných, opatření. Na závěr každé kapitoly je stručně shrnut cílový stav a dosažitelné výsledky s výhledem do roku 2025/2026.

Obsah dokumentu je členěn do následujících kapitol:

- **Kapitola I. Prevence a veřejné zdraví**
 - Důraz na zlepšení zdravotního stavu populace, podpora prevence ve všech jejích formách
- **Kapitola II. Dostupnost, kvalita a standardizace péče**
 - Zásadní krok k posílení kvality péče: ustavení Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví (NIKEZ)
- **Kapitola III. Modely organizace péče.**
 - Optimalizace struktury sítě lůžkových zařízení, zvládnutelná míra centralizace. Podpora dlouhodobé a ošetrovatelské péče.
- **Kapitola IV. Ekonomika a optimalizace úhrad**
 - Optimalizace systému úhrad a důsledné využívání nového systému CZ-DRG v akutní lůžkové péči
- **Kapitola V. Léková politika**
 - Zajištění dostupnosti léčiv, cenová a úhradová regulace léčivých přípravků
- **Kapitola VI. Zajištění personálních kapacit – kapacity a vzdělávání lékařů**
- **Kapitola VII. Zajištění personálních kapacit – kapacity a vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků**
- **Kapitola VIII. Elektronizace**
 - Vybrané aspekty budování systému eHealth
- **Kapitola IX. Legislativa a dotační politika**
 - Legislativa a dotační politika jako nástroj změny
- **Kapitola X. Komunikace**
 - Dostupnost informací pro občany, posílení zdravotní gramotnosti

Ve výše uvedeném přehledu kapitol má relativně zvláštní postavení kapitola č. 2, která mimo jiné shrnuje ustavení zcela nového Národního institutu kvality a excelence ve zdravotnictví (NIKEZ). Aktivity a programové cíle NIKEZ jsou přehledně rozděleny do kapitol s kvartálním harmonogramem plnění až do roku 2025. V tomto smyslu je NIKEZ tělesem, které z velké části koordinuje plnění cílů celé koncepce a primárně se zaměřuje na udržitelnost plně dostupných a kvalitních zdravotních služeb v ČR. NIKEZ byl ustaven rozhodnutím ministra zdravotnictví dne 19.1. 2023 za účelem zabezpečení činností souvisejících s řízením a hodnocením kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. NIKEZ pracuje v rámci řídicích struktur Ministerstva zdravotnictví ČR jako vývojové a metodické centrum, jehož primární činností je optimalizace,

rozvoj a zajištění udržitelnosti národního systému posilování a hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Více informací, včetně programových cílů NIKEZ a jejich průběžné plnění, lze nalézt na portálu <https://nikez.mzcr.cz>.

Předložený dokument je doplněn řadou datových a analytických příloh, které jsou publikované v plně dostupné formě na portálu: <https://nzip.cz/koncepce2025>. Formát elektronické publikace umožní snadnou a potřebnou aktualizaci analytických podkladů a rovněž flexibilní zpravodajství o již splněných cílech a dosažených výstupech. Každá sekce (kapitola) zmíněného portálu nadto umožňuje interaktivní zadávání návrhů a námětů od čtenářů a uživatelů, čímž se koncepce hlásí k otevřené odborné diskusi a případnému průběžnému doplňování.

Úvod

<https://nzip.cz/koncepce2025#uvod>



Obecné teze

Všechny veřejné systémy vyspělých států hledají co nejlepší organizační strukturu a finanční modely, které by umožnily nasměřovat minimálně 7–10 % HDP do zdravotnických a zdravotně sociálních služeb. Uplatněné principy a efektivní postupy se mohou v jednotlivých zemích značně lišit, přestože většina systémů zdravotní péče spadá do jedné ze dvou širokých kategorií, a to buď Bismarckův nebo Beveridgeův systém.

Bismarckův model (např. Německo, Francie, Japonsko) zdravotní péče je historicky nejstarším zdravotnickým systémem, založeným na veřejném a povinném zdravotním pojištění, kterým je uplatňován plošný princip vzájemné solidarity pojištěnců. Jde o pojištění z velké části nezávislé na základním daňovém systému. Provádí jej neziskové organizace (zdravotní pojišťovny) na základě smluv s poskytovateli zdravotních služeb z veřejného nebo soukromého sektoru. Zejména v evropských zemích je pravidlem státní garance za zdravotní péči pro všechny obyvatele, existuje zde velké množství pojišťovacích organizací, které jsou nezávislé na poskytovatelích zdravotní péče. Často zmiňovanou výhodou je relativně vysoká kvalita poskytované péče, která je ale spojena s vyšší cenou, jejímž důsledkem naopak může být snížená dostupnost péče pro některé skupiny obyvatelstva z finančních důvodů.

Beveridgeův model (např. Spojené království, Španělsko) zdravotní péče je postavený na financování a poskytování péče v rámci jednoho organizačního systému, tj. financující orgány a poskytovatelé jsou zcela nebo částečně sdruženy v rámci jedné organizace. Jde o centrálně řízený systém, který je příjmově součástí daňového systému a jeho příjmy jsou součástí i poskytovatelé zdravotní péče. Tento systém tzv. národní zdravotní služby klade důraz na individuální odpovědnost občanů, zdravotní péče nemusí být garantována plošně pro všechny, ale formou státních zdravotních programů pro vybrané sociální skupiny (seniory, sociálně slabé skupiny apod.). Fakticky se jedná o centralizované státní zdravotnictví.

Neexistuje sice žádný jednoduchý ideální model organizace zdravotnických služeb, ale většina zdravotnických systémů, které se řídí Beveridgeovým modelem zdravotní péče, si vede špatně. Náklady tohoto systému jsou většinou poměrně nízké a často formálně nabízí širokou dostupnost pro všechny účastníky. Zdravotní služby ale mají nezřídka nízkou kvalitu nebo je na jejich čerpání potřeba značná čekací doba. Nicméně i Bismarckův systém má řadu nevýhod,

mimo jiné vysoké náklady na administraci a management systému či obtížně optimalizované vztahy mezi pacienty, poskytovateli a pojišťovny. Oba modely organizace péče ale spojuje vysoká závislost na výběru daní a na efektivitě jejich přerozdělování.

V České republice bohužel máme ne zcela optimální kombinaci obou systémů. Systém ČR byl v 90. letech koncipován primárně jako Bismarckův (pluralita zdravotních pojišťoven, relativní nezávislost na poskytovatelích zdravotních služeb, financování mimo základní daňový systém) s prvky modelu Beveridgeova (nárok pojištěnce a výše úhrad definovány státem, stát ovládá největší zdravotní pojišťovnu i největší poskytovatele zdravotních služeb). Přestože doposud tato kombinace vykazuje v mezinárodním srovnání relativně dobrou efektivitu, je stále více zřejmé, že postupně naráží na vlastní limity spočívající v obtížné ekonomické udržitelnosti a s tím spojeném zhoršování dostupnosti hrazené zdravotní péče.

Systém zdravotní péče musí být citlivý, efektivní a dostatečně výkonný. Nesmí postrádat tzv. SMART cíle, tedy cíle specifické, měřitelné, dosažitelné, realistické, časově specifické. Systémy veřejné zdravotní péče jsou v jistém smyslu velmi konkrétní reprezentací toho, co „sociální Evropa“ ztělesňuje: univerzálnost, solidaritu, blahobyt a inkluzivnost. Když se Evropa na počátku 90. let 20. století posunula směrem k větší politické integraci, mnozí doufali, že princip solidarity, který formoval mnoho národních systémů zdravotní péče, by mohl být začleněn do celoevropského schématu robustní veřejné zdravotní péče. Avšak taková míra formální integrace by vyžadovala významnou až heroickou a pravděpodobně nedosažitelnou míru institucionální a politické reformy. Namísto toho historická trajektorie zdravotnických systémů jednotlivých států vedla k řadě různých modelů financování, poskytování a regulace péče.

Vzhledem k tomu, že zdravotnické systémy mnoha členských států Evropské unie jsou podstatnou součástí jejich veřejného sektoru (a často i jejich veřejné kultury), jsou chaoticky zapleteny do širších otázek národní suverenity. Zatímco vize integrujícího evropského systému zdravotní péče byla široce podporována na abstraktní úrovni, ve skutečnosti se státy odmítaly vzdát kontroly nad svými zdravotnickými systémy. Vítězily obavy, že „europeizace“ zdravotnictví by mohla vyústit v systém, který by se neopíral o solidaritu, ale o liberalizaci a neúprosný tah tržních sil. V důsledku toho byl učiněn jen slabý pokus o přímou harmonizaci národních systémů zdravotní péče. Systémy zdravotní péče členských států zůstávají formálně pod vnitrostátní, nikoli unijní jurisdikcí a artikulace „sociální Evropy“ v oblasti zdravotní politiky se proto jeví jako poměrně omezené téma k diskusi. Proto je nutné sledovat a hodnotit osvědčené postupy a zavádět je do českého systému zdravotní péče po vzoru zemí s nejlepšími systémy.

Stárnutí populace povede ke změnám v kategoriích pojištěnců, kdy se bude dále zvyšovat počet těch osob, za něž odvádí pojistné na zdravotní pojištění stát (tzv. státní pojištěnci), a naopak bude stagnovat počet ekonomicky aktivního obyvatelstva, které se již v současnosti na financování systému podílí téměř 70 % jeho celkových příjmů. S ohledem na demografický vývoj lze přitom očekávat, že poměr osob ekonomicky aktivních se bude oproti tzv. státním pojištěncům, kteří naopak čerpají s ohledem na objektivní skutečnosti (starobní důchodci, invalidní důchodci, děti včetně novorozenců) více péče, nadále snižovat. Bez přijetí potřebných opatření včetně legislativních změn povede tato situace nutně k vyčerpání zdrojů zdravotního pojištění.

S postupujícím demografickým stárnutím populace je tak zejména nutné posilovat princip solidarity, kdy každý občan přispívá do základního fondu veřejného zdravotního pojištění dle stanoveného podílu z vyměřovacího základu a zdravotní péči čerpá dle svých potřeb. Stěžejním cílem pro další dekádu bude udržení všeobecné dostupnosti péče. Pacienti budou stále více nárokovat péči od lékařů, nemocnic a dalších poskytovatelů zdravotní péče, kteří jsou přidruzeni ke zdravotnickému systému. Nepochybně musíme v dalších dekáдах počítat s významným nárůstem zdravotních potřeb v důsledku demografického stárnutí populace a nárůstu nemocnosti. Přesto stále víme jen velmi málo o tom, jak zlepšit výkonnost zdravotnického systému. Možné jsou dva principiální směry postupu:

- Za prvé lze pokračovat v odklonu od plateb za služby směrem ke kapitaci nebo, což je její „chudý bratranec“, ke sdíleným úsporám. Nelze ale očekávat, že zdravotnické systémy budou samy od sebe usilovně pracovat na optimalizaci nabídky nemocničních lůžek nebo úzce odborně zaměřených a orientovaných lékařů, pokud jsou tyto segmenty příjmovými středisky, nikoli nákladovými středisky. Optimalizace totiž nevyhnutelně znamená průběžnou restrukturalizaci sítě poskytovatelů, spojenou i se snižováním nabídky v méně potřebných segmentech péče. Obdobně platí, že investice do aktivit, které dlouhodobě zlepšují zdraví populace, mají jen malou hodnotu, když se péče hradí primárně na základě centrálně stanoveného poplatku za službu a finančně se uzavírá ke konci každého kalendářního roku. Nejen z těchto důvodů je strategie spoléhající na „vnitřní“ kultivaci zdravotnických systémů bez vnějších analýz a tlaku spíše iluzorní. Zejména ve světě, jemuž stále více dominují rozsáhlé celonárodní zdravotnické systémy, je absence mechanismů vnější kontroly a odpovědnosti velmi nebezpečnou cestou.
- Za druhé lze systémy pozvolna kultivovat k vyšší efektivitě pomocí analýz a benchmarkingu. To znamená systematicky připravovat výroční zprávy o výkonnosti systému zdravotní péče s informacemi o celkových nákladech na péči, o výsledcích a kvalitě, ale také o rozdílech v péči a její dostupnosti pro znevýhodněné skupiny. Omezení naší schopnosti měřit to, na čem záleží, a následně přizpůsobit výsledky riziku tak, abychom neomezili péči sloužící sociálně znevýhodněným skupinám, by nás mělo vést k obezřetnosti při používání tohoto hodnocení k přímočaré úpravě plateb. Používání silných pobídek k odměňování výkonu je velmi nebezpečné, když výkon, který lze měřit, je jen malou podmnožinou výkonu, na kterém lidem záleží. Přesto na analýzy tohoto typu nelze rezignovat, neboť mají značný motivační a kultivující potenciál. Žádný zdravotnický systém nebude chtít být na spodních příčkách srovnávacích hodnocení a i bez platebních pobídek budou systémy pracovat na zlepšení svého postavení. Pokud například měříme a vykazujeme rozdíly v péči a výsledcích v rámci zdravotnických systémů, zdá se pravděpodobné, že systémy budou pracovat na snižování rozdílů. Bude ovšem zapotřebí mnohem vyšší úrovně veřejných investic do měření a zlepšování výkonnosti, aby se využil potenciál, který umožňuje rostoucí dominance zdravotnických systémů.

Hodnocení stability, kvality a efektivnosti systémů zdravotní péče je založeno na ukazatelích týkajících se financí, lidských zdrojů, dostupnosti a kvality zdravotnických služeb. Všechny tyto faktory jsou klíčovými komponentami určujícími stabilitu systému zdravotní péče. Jejich

hodnota určuje efektivitu fungování systému a následně i úroveň zabezpečení občanů zdravotními službami.

Lze shrnout, že systém zdravotní péče v každé zemi by měl být přizpůsoben tak, aby vyhovoval současným zdravotním potřebám dané společnosti a aby byl připraven na změny a vývoj potřeb ve střednědobém časovém horizontu. Financování systému by mělo pocházet z mnoha zdrojů, a to jak ve formě veřejných, tak soukromých vstupů. Poměr veřejných a soukromých výdajů by měl být koncipován tak, aby nezhoršoval dostupnost potřebné péče pro nízkopříjmové skupiny obyvatelstva, neboť její odkládání vede nezdědky ke zhoršování zdravotního stavu pacienta a následnému navýšení výdajů systému na řešení mnohem závažnějšího zdravotního stavu. Důležitými prvky systému vždy bude nemocniční infrastruktura (zejména počet lůžek) a také počet, dostupnost a reálná úvazková kapacita zdravotnického personálu. Predikovaný rostoucí nedostatek počtu zaměstnanců je jednou z nejdůležitějších výzev, kterým čelí subjekty s rozhodovací pravomocí ve zdravotnických systémech většiny zemí světa. Zejména na systému vzdělávání zdravotnických profesionálů a opatřeních k personální stabilizaci služeb lze demonstrovat, že správné fungování systému vyžaduje velmi komplexní opatření a spolupráci více resortů a mnoha institucí.

Z těchto důvodů nelze zde předloženou koncepci rozvoje zdravotní péče v ČR vnímat pouze jako resortní dokument. Ve skutečnosti tyto analýzy v mnoha směrech přesahují hranice resortu zdravotnictví a usilují o iniciaci a rozvoj meziresortní spolupráce. Jako příklad lze uvést opatření směřující k personální stabilizaci zdravotnického systému, na kterých se nevyhnutelně musí podílet i systém vzdělávání, motivační pobídky pro zdravotníky od krajských a regionálních samospráv a samozřejmě také zdravotní pojišťovny. Strategie rovněž předkládá zcela novou koncepci daty podložené spolupráce resortu zdravotnictví a resortu práce a sociálních věcí. Spolupráci mnoha institucí vyžadují v podstatě všechna navržená opatření směřující k dlouhodobé udržitelnosti vysoké kvality a dostupnosti zdravotních služeb.

Analýza současného stavu, determinanty budoucího vývoje a specifika České republiky

V dokumentu předložené analýzy a návrhy opatření vycházejí především z dlouhodobé koncepce určené metodickými materiály a cíli programu „Zdraví 2030“, dále ze srovnávacích studií WHO, OECD a také z detailních analytických materiálů některých zemí EU. K reformám financování zdravotnictví a změnám ve fungování systému totiž přistupuje většina evropských zemí a aplikované přístupy jsou do značné míry obdobné. Je k tomu řada objektivních důvodů, které odhalila v plné nahotě pandemie COVID-19. Pokud chceme zabránit tzv. amerikanizaci zdravotnictví, pak je to bez zásadních změn fungování systému nemožné. Cílem je udržet pro všechny občany dostupnou a kvalitní péči, zajistit pro ně primární péči a bezbariérový přístup ke všem zdravotním a preventivním programům.

Klíčovými determinanty budoucího vývoje českého zdravotnictví jsou zejména:

- **Stárnutí populace**

- Česká populace, stejně jako evropská populace, stárne. V následujících dvou dekádách musíme počítat s vývojem, kdy se počet obyvatel ve velmi pokročilém věku (80+) až zdvojnásobí. Stárnoucí populace vyžaduje posílení geriatrické péče a následné péče, narůstá význam dlouhodobé ošetrovatelské péče, pokud možno co nejvíce dostupné v přirozeném sociálním prostředí pacientů. To obecně znamená více lůžek následné péče a méně lůžek akutní péče, posilování komunitních ošetrovatelských a sociálně-zdravotních služeb. Situace se začne rapidně zhoršovat od roku 2030 – do té doby se změně situace musí přizpůsobit struktura části lůžkového fondu včetně podpory geriatrické péče, musí dojít k razantnímu posílení kapacit dlouhodobé ošetrovatelské péče. Velmi významnou komponentou systému zdravotních služeb musí být funkční a kapacitně dobře připravené segmenty přednemocniční péče a péče v závěru života u chronických pacientů.
- **Zdravotní stav populace**
 - Zdravotní stav české populace není dobrý, což nevyhnutelně navyšuje přímé i nepřímé náklady veřejného zdravotního pojištění a systémů sociální podpory. Dlouhodobě i v mezinárodním srovnání evidujeme zkrácenou dobu života ve zdraví, zejména u mužů, dále vysoký podíl předčasných úmrtí (včetně úmrtí na preventabilní choroby) a vysokou zátěž chronickými nemocemi, jejichž prevalence začíná významně narůstat již v populačních skupinách ve věku 45+. Tento stav je výzvou k posilování prevence ve všech jejích formách, s důrazem na prevenci primární a na programy včasného zachytu vážných onemocnění. Rovněž je nezbytné investovat do posilování zdravotní gramotnosti obyvatel, a to již u dětí předškolního věku.
- **Personální kapacity**
 - K ošetření pacientů bude třeba stále více zdravotníků, zejména v dosud poněkud opomíjených segmentech péče. Moderní technologie, personalizovaná medicína a nové terapeutické postupy tento problém výrazně prohloubily. Posunula se též pozice tzv. rodinných lékařů, kdy lékař pro stanovení diagnózy potřebuje stále lepší a složitější technické a laboratorní vybavení. Tím pádem dochází ke vzniku tzv. sdružených praxí, rozvíjí se jednodenní péče a celý systém zdravotních služeb se produkcí postupně posouvá k jiným segmentům, než je akutní lůžková péče. Na to musí reagovat postupná restrukturalizační opatření, programy posilování kapacity škol vzdělávajících zdravotníky a implementace komplexních systémů integrované a dlouhodobé péče.
- **Ekonomické aspekty**
 - Rozvoj diagnostických a léčebných technologií nevyhnutelně zvyšuje náklady zdravotních služeb. Na to musí reagovat systém veřejného zdravotního pojištění všemi dostupnými mechanismy, jejichž cílem musí být zlepšování zdravotního stavu obyvatel (např. bonifikace pojištěnců zapojených do prevence, zvyšování efektivity systému, centralizace péče, optimalizace trajektorií pacientů systémem) a také tlakem na snižování jednotkových nákladů léčby. V opačném případě je vážně ohrožena finanční udržitelnost solidárního systému služeb.

Příkladem může být rozvoj segmentu personalizované medicíny, kde se s nástupem nových generací léků výrazně zdražuje léčba. To se týká nákladů jednak na tzv. centrovou léčbu, které v posledních deseti letech začaly exponenciálně narůstat, a také nákladů na léčbu vzácných onemocnění. Jen v posledním roce přibylo více než 100 nových molekul, které vedou k léčebným postupům s jednotkovou cenou vyšší než 100 milionů korun.

- Zvláštní pozornost je pak třeba věnovat vztahu vstupu nových technologií a léčivých přípravků, které mají potenciál nahradit dosavadní méně účinnou či finančně nákladnější léčbu. Z dosavadních zkušeností plyne, že investice do nových přístupů nepřináší automaticky úsporu v jiné části systému. Např. podpora jednodenní chirurgie či domácí péče nevedou k významným úsporám v akutní či následné lůžkové péči, pokud oba systémy nekoordinovaně fungují vedle sebe a dokonce jsou ve vzájemné kompetici. V budoucnu bude ale zcela nezbytné, aby nastavení úhradových mechanismů rychle reagovalo na tyto inovace, např. velmi slibné výsledky ve výzkumu léčivých přípravků na Alzheimerovu chorobu mohou znamenat významné úspory v následné péči o pacienty s tímto onemocněním. S tím ovšem přichází silný apel k implementaci integrovaných modelů péče optimalizujících návaznost různých segmentů služeb a nastavujících nejlepší možnou trajektorii pacienta v systému.
- Zdravotní péče obecně bude čím dál více integrovaná a provázaná, zdravotně-sociální péče, paliativní péče a primární péče v kombinaci se změnami v elektronizaci zdravotnictví umožní poskytování služeb ve vzájemném souladu a zároveň umožní redukci péče s nízkou přidanou hodnotou.
- **Struktura příjmů a stabilita zdravotnického systému**
 - Stárnutí populace bude nevyhnutelně navyšovat počet tzv. státních pojištěnců, tedy občanů, kteří nepřispívají do veřejného zdravotního pojištění a péči za ně platí stát přerozdělením daní. V ČR je to v současné době téměř 60 % obyvatel, kteří zdravotní pojištění neplatí, ale péči čerpají. Péči tak přímo či nepřímo financuje v rámci solidárních zdravotního pojištění zbývajících 40 % obyvatel. Počet i populační podíl státních pojištěnců přitom v následujících dvou dekádách významně naroste. Proto, aby nedošlo ke zhrocení solidárního „Bismarckova“ systému zdravotního pojištění, jsou nutné zásadní reformy.
 - Současně v Evropě narůstá počet zdravotníků, především lékařů, kteří nemají zájem vstupovat do systému zdravotního pojištění, tedy mít smlouvu se zdravotní pojišťovnou, ale dávají přednost platbám od pacientů v hotovosti. V některých oborech je tento trend již naprosto běžný (estetická chirurgie, částečně stomatologie). Obecně rovněž platí, že mladí zdravotníci již nejsou ochotni trávit ve zdravotnických zařízeních většinu svého života. Tím narůstá tlak na efektivní využívání času lékaře a také odborného nelékařského zdravotnického personálu.

Je evidentní, a exaktními daty doloženo, že vstupní nastavení české populace a českého zdravotnictví ve výše uvedených determinujících oblastech není ideální. Od roku 1989, kdy postupně začal fungovat systém pojišťoven, se nepodařilo vytvořit plně funkční a efektivní

vztah pojištěnec (občan) – zdravotní pojišťovna. Pokud má pacient problémy s dostupností či kvalitou péče, pak se primárně většinou neobrací na „svoji“ pojišťovnu, ale na municipality nebo na stát. Očekává, že péči (lékaře) mu zajistí stát a ne „jeho“ pojišťovna. Stát samozřejmě v dané oblasti svůj díl odpovědnosti jistě má, zejména v dlouhodobém plánování kapacit, zajištění vzdělávání zdravotnických profesionálů a v motivačních pobídkách pro studium i pro zdravotnickou praxi. Problém je ale také na straně pojišťoven, které se k této odpovědnosti nehlásí nebo hlásí velmi neochotně a často nebudují síť smluvních poskytovatelů, kterou by svým pojištěncům nabídly. Výrazně viditelný je tento problém již dnes při zajišťování služeb praktického lékaře nebo zubního lékaře.

Na druhou stranu je ovšem nutné konstatovat, že pojišťovny v tomto systému stojí ve velmi složité pozici, protože do vztahu pojišťovna–pojištěnec vstupoval opakovaně a naprosto nepředvídatelně stát. Narovnění tohoto systému je jednou ze základních podmínek další kultivace zdravotní péče. Pojišťovny velmi málo motivují svoje klienty k prevenci a aktivnímu přístupu ke zdravému životnímu stylu a k zájmu o svoje zdraví. Neexistuje ani systém bonusů, ani malusů. Není žádná kontrola nadužívání či dokonce zneužívání zdravotní péče. Stejně tak je značně omezená kontrola kvality poskytované péče, zejména v ambulantních segmentech. Pojišťovny se tak zatím stále pouze omezeně podílejí na budování infrastruktury dostupné péče pro svoje pojištěnce a nutno dodat, že často v důsledku jimi nezaviněného nastavení systému a legislativy.

S tím souvisí velmi malá provázanost a prostupnost sociálně-zdravotního pomezí, kdy v této oblasti zcela chybí komplexní data. Posledních 30 let neměla Česká republika ambici oba odpovědné resorty ke spolupráci a sdílení dat přivést a taková data mít.

Česká republika rovněž dlouhodobě nerealizovala svoji národní lékovou politiku. Odolnost českého trhu proti výpadkům léků byla a je proto velmi slabá a výpadky se cyklicky opakovaly a opakují. Navíc řada výrobců léků měla na českém trhu téměř monopolní postavení, což ještě více oslabovalo odolnost celého systému. V ČR nadto není zajištěná výroba naprosté většiny léků. Léková politika SÚKL nebyla dlouhodobě orientovaná na zvýšení odolnosti trhu, zajištění dostupnosti léků a plánované řešení jejich výpadků. Elektronizace v oblasti přehledu o lécích též velmi vážla.

Ve všech výše zmíněných oblastech je třeba přijmout více či méně zásadní reformní opatření s cílem připravit systém zdravotních služeb na nevyhnutelný demografický vývoj populace a na dosud nebyvalou změnu ve struktuře poptávaných služeb.

Dostupnost a kvalita péče jako zásadní cíl koncepce a klíčový prvek stability systému

Implementací navržených opatření ve všech hlavních oblastech koncepce bude dosaženo zlepšení dostupnosti a kvality péče. Dostupnost a kvalita přitom představují vzájemně propojené a neoddelitelné dimenze funkčního a efektivního systému zdravotních služeb. Dostupností péče se v předložené koncepci nemyslí pouze místní či časová dostupnost určitého místa poskytování služeb, ale také včasnost poskytnutí správné péče na místě k tomu řádně

vybaveném a určeném. Jde tedy o naplnění požadavku na „**včasně poskytnutí péče pacientovi ve správný čas a na správném místě**“.

K posílení dostupnosti a kvality péče přímo či nepřímo směřuje většina klíčových realizovaných opatření. Mezi nejdůležitější nepochybně patří:

- Implementace komplexního systému hodnocení kvality od interního hodnocení na úrovni samotných poskytovatelů, přes opatření standardizující obsah péče až po externí, na datech založené, hodnocení indikátorů [kapitola 2 koncepce: programové cíle Národního institutu kvality a excelence zdravotnictví].
 - Hlavní přínos pro pacienty: státem garantovaný, plně transparentní, systém kontroly kvality a dostupnosti péče, doplněný pravidelně publikovanými výsledky. Snadný přístup k datům o dostupnosti určitého typu péče a o výsledcích kontrol kvality.
- Nový, centrálně garantovaný, systém tvorby, aktualizací a implementace doporučených postupů (DP) a operativních doporučení (OD) jako zásadní opatření k standardizaci obsahu diagnostických a léčebných postupů [kapitola 2 koncepce: dosud chybějící metodika, centrální evidence a systém kontroly DP/OD].
 - Hlavní přínos pro pacienty: definované diagnostické a léčebné postupy s garancí relevantních odborností a ministerstva zdravotnictví, snadno dostupné i v podobě srozumitelné pro laickou veřejnost. Definované postupy určující optimální dostupnost péče, případně optimální trajektorii pacienta v systému a s tím související nároky na péči v určeném rozsahu.
- Postupná restrukturalizace sítě poskytovatelů s cílem zvýšit dostupnost relevantních služeb pro demograficky stárnoucí populaci, posílit jednodenní péči, dlouhodobou ošetrovatelskou péči a komunitní ošetrovatelské služby [kapitola 3 koncepce: nové modely organizace péče, příprava na populační změny a měnící se potřeby pacientů].
 - Hlavní přínos pro pacienty: zlepšení dostupnosti vysoce efektivní a žádané chirurgické péče v jednodenním režimu, zlepšení dostupnosti ošetrovatelských služeb včetně posílení sociálně-zdravotního pomezí.
- Implementace komplexních modelů organizace péče, integrujících více na sebe navazujících kroků a segmentů péče – např. včasnost diagnostiky a následné akutní péče u závažných stavů, posílení dostupnosti a vzájemné návaznosti ambulantní péče primární a specializované, modely organizace dlouhodobé péči či péče v závěru života apod. [kapitola 2 a 3 koncepce: integrované modely organizace péče a jejich úhradové krytí].
 - Hlavní přínos pro pacienty: lepší „prostupnost“ systému zdravotních služeb, zkrácení čekacích lhůt na vyšetření a výkony, zlepšená dostupnost péče o dlouhodobě nemocné, zajištěná s respektem k specifickým podmínkám jednotlivých regionů.
- Nové metodické postupy pro účinnou a kontrolovatelnou centralizaci vysoce specializované péče a pro úhradovou bonifikaci nově definovaných „center excelence“ [kapitola 4 koncepce: nová metodika centralizace péče, včetně relevantních úhradových mechanismů].

- Hlavní přínos pro pacienty: státem garantovaná dostupnost nákladné a vysoce specializované péče na vysoce erudovaných, motivovaných a dobře vybavených pracovištích. Garance „neodmítnutí“ péče indikovanému pacientovi.
- Zlepšení dostupnosti léčiv a zdravotnických pomůcek, včasná informovanost občanů a poskytovatelů o problémech s dostupností [kapitola 4 a 5 koncepce: technická i legislativní opatření včetně zajištění dostupnosti vysoce inovativních, „centrových“ léků a léků pro vzácná onemocnění].
 - Hlavní přínos pro pacienty: Zlepšení dostupnosti léků a zdravotnických prostředků, včasná informovanost při plošných výpadech včetně řešení alternativními léky a postupy.
- Zajištění potřebných personálních kapacit a personální stabilizace systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb [kapitola 6 a 7 koncepce: posílení kapacit vzdělavatelů lékařů i NLZP, zlepšení průchodnosti systémem vzdělávání, důraz na posílení personálních kapacit v ohrožených profesních skupinách].
 - Hlavní přínos pro pacienty: zvýšení dostupnosti péče ve smyslu jejího personálního zajištění (aktuálně např. v segmentu registrujících dětských lékařů, dětské psychiatrie apod.), zkrácení čekacích lhůt.
- Legislativní změny posilující roli zdravotních pojišťoven v budování sítě služeb, postavení pacienta-klienta v systému, nové úhradové mechanismy a změny [kapitola 9 koncepce: redefinice vztahu pojišťovna–poskytovatel, pojišťovna–pacient s cílem usnadnit klíčové reformy systému a zlepšit komfort pacientů]
 - Hlavní přínos pro pacienty: snadná dostupnost informací o stavu sítě a efektivní řešení při nedostatku určitých služeb pro pacienty ze strany zdravotních pojišťoven, individuální účty pojištěnce s bonifikací za účast v preventivních programech a za odpovědný přístup k vlastnímu zdraví, posílení vztahu pacient–pojišťovna.
- Posílení informovanosti pacientů cestou elektronizace a s ní spojených nástrojů [kapitola 8 koncepce: vývoj nových aplikací a nástrojů usnadňujících přístup pacienta k datům o jeho zdraví, konzumaci služeb, dostupnosti služeb apod.].
 - Hlavní přínos pro pacienty: EZKarta jako zcela nová aplikace přístupu k elektronickému zdravotnictví a k elektronické zdravotní dokumentaci pacienta, elektronické nástroje umožňující centrální objednávání na preventivní a jiná vyšetření apod.
- Posílení zdravotní gramotnosti a informovanosti široké veřejnosti cestou vývoje centrálně garantovaných informačních nástrojů, včetně map poskytovatelů s atributy reálné dostupnosti služeb [kapitola 10 koncepce: nové nástroje pro informování široké veřejnosti, systémy otevírání a sdílení zdravotních dat apod.].
 - Hlavní přínos pro pacienty: plně dostupná data o reálné dostupnosti a kapacitách poskytovatelů, včetně hodnocení jejich výsledků a kvality péče, státem odborně garantované zdravotní informace na Národním zdravotnickém informačním portálu.

Pokud má pacient problémy se zajištěním dostupnosti péče, nadále se poměrně často obrací namísto na zdravotní pojišťovnu např. na municipality či přímo stát. Přestože v tomto ohledu

dochází k postupnému zlepšování povědomí veřejnosti, je nezbytné, aby role zdravotních pojišťoven spočívající v povinnosti zajištění péče byla dále zdůrazňována a posilována. To se týká i budování sítě smluvních poskytovatelů zdravotních služeb, která je mnohdy nerovnoměrná a zhoršuje tak přístup pacientů k potřebné péči.