



Stanovisko ČMKOS

k materiálům týkajícím se zdravotnictví,

předloženým na jednání 147. Plenární schůzi Rady hospodářské a sociální dohody ČR

1.6 Pozice k doporučením OECD pro zdravotnictví v ČR

1.7 Novelizace zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění

1.6 Pozice k doporučením OECD pro zdravotnictví v ČR

ČMKOS ve svém stanovisku reaguje jak na doporučení OECD ke zlepšení systému zdravotní péče v České republice obsažená v materiálu Hospodářské přehledy OECD Česká republika, který byl publikován v červenci 2018, tak na předložený Materiál Ministerstva zdravotnictví, který vyjadřuje postoje Ministerstva zdravotnictví k doporučením OECD, a navazuje na svá vyjádření, která učinila již dříve k předběžně zpracovaným doporučením.

Vyjádření ČMKOS je přílohou zápisu z jednání PT RHSD pro zdravotnictví, které je členům RHSD k dispozici. Ve svém dnešním stanovisku proto akcentujeme některé připomínky odborů a uvádíme některá doporučení, která považujeme pro další vývoj českého zdravotnictví za zásadní a které v plném rozsahu nezmínilo Ministerstvo zdravotnictví.

Úvodem zdůrazňujeme, že materiál OECD, na jehož přípravě se podílelo Ministerstvo zdravotnictví, považujeme v některých částech za **nedostatečně a výběrově zpracovaný**. V kontextu všech informací, které máme k dispozici, musíme s politováním konstatovat, že **některé části materiálů zřejmě nebyly rozpracovány do větší hloubky a při jejich popisu nebyla zohledněna případná rizika dopadů plánů Ministerstva zdravotnictví** (např. záměr zrušit úhradovou vyhlášku, snížit počet lůžek/nemocnic).

V některých částech materiálu vnímáme jako zásadní **problém srovnávání statistických údajů v celosvětovém měřítku**. Každý systém, jak konstatují i sami zpracovatelé, je jiný, vychází z historických, sociálních a ekonomických možností jednotlivých zemí. Mezinárodní srovnání České republiky se zeměmi, jako jsou Korea, Japonsko, Mexiko, Turecko a další může při hrubém a prvotním použití způsobit řadu nedorozumění a v některých parametrech se ani nelze srovnávat. V materiálu celkové srovnání systémů chybí a některé skutečnosti nejsou provázané a zasloužily by podrobnější analýzu - příkladů by bylo mnoho.

Jsme přesvědčeni, že ve svých strategických úvahách o rozvoji českého zdravotnictví máme vycházet z evropského prostoru a **doporučení Evropské komise pro rozvoj zdravotních politik jednotlivých členských zemí**. Zdůrazňujeme, že v kontextu Evropy je zdravotnictví vnímáno, jako **veřejná služba poskytovaná ve veřejném zájmu** jsme názoru, že Česká republika by se jako členská země EU měla ve svých reformních záměrech v oblasti poskytování zdravotní péče pohybovat tímto směrem. Ukazuje se, že privatizace veřejného zdravotnictví nepřináší slibované efekty, jak v oblasti zlepšování zdravotní péče, tak ani v oblasti efektivnějšího hospodaření zdravotních pojišťoven či zdravotnických zařízení. Jednoznačně negativně se však projevila ve výrazných rozdílech v odměňování, a to v neprospěch zaměstnanců soukromých zdravotnických zařízení. To považujeme za nepřijatelné.



Za velmi alarmující považujeme sdělení OECD, týkající se **nízkého objemu financí v českém zdravotním systému v poměru k HDP**, na který při osobních rozhovorech upozorňovala i ČMKOS:

„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.“¹

V kontextu tohoto konstatování OECD je tvrzení ministerstva zdravotnictví, že *„Zdravotní systém ČR dosahuje dobrých výsledků ve srovnání s ostatními ekonomikami střední a východní Evropy a konverguje k průměru OECD“* objektivní pouze z části. Tvrzení, že objemem 7,2 % HDP konvertuje ČR k průměru OECD, který činí více než 9 % HDP, není přesné. AMBICI České republiky by mělo být v této souvislosti **srovnávat se sousedními zeměmi**, a brát tak v úvahu z hlediska potřeb financování zdravotnictví podíl 11, 8 % HDP Německa, nebo 11,2 % HDP Rakouska. Varující je i to, že Českou republiku v objemu procenta výdajů na zdravotnictví již „přeskočilo“ i Slovensko se svými 7,9 % HDP.

Pokud jde o možné zvýšení zdrojů v systému veřejného zdravotního pojištění je doporučení OECD poměrně široké, ale MZ cituje jen některé části. Proto bychom chtěli připomenout doporučení OECD komplexněji: *„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“².

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

¹ Hospodářské přehledy OECD Česká republika, strukturální kapitola Zlepšení systému zdravotní péče v České republice, str. 2

² Hospodářské přehledy OECD Česká republika, strukturální kapitola Zlepšení systému zdravotní péče v České republice, str. 37



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 léčivý 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.³

ČMKOS dlouhodobě ve vztahu k financování celého systému sociálního zabezpečení, včetně veřejného zdravotního pojištění, zdůrazňuje potřebu spravedlivého rozložení odvodové zátěže. Dnes je tato zátěž nespravedlivě výrazně vychýlena v neprospěch zaměstnanců. Reforma financování zdravotnictví cílená na získání vyšších zdrojů by se měla proto přednostně zaměřit na odstranění tohoto nerovného zacházení postupným zvyšováním pojistného těch skupin plátců, které jsou dnes bez věcných důvodů zvýhodněny.

ČMKOS rovněž ve svých připomínkách zástupce OECD upozornila na kritický nedostatek zdravotnického personálu, zvláště všeobecných sester, a na diskriminaci v odměňování – některá jejich doporučení MZ zatím zřejmě přešlo:

„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 atraktivnit 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 (Delamare a Lafortune, 2010 [24])“⁴*

V kontextu výše uvedeného sdělení ČMKOS znovu připomíná **dlouhodobý požadavek Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče České republiky sjednotit systém odměňování v českých nemocnicích pod systém platů. Jednotné systémy odměňování má mnoho evropských zemí, nejsou ničím výjimečné a jejich stabilizační potenciál je nezpochybnitelný. Za současné personální krize je proto záměr Ministerstva**

³ Hospodářské přehledy OECD Česká republika, strukturální kapitola Zlepšení systému zdravotní péče v České republice, str. 38

⁴ Hospodářské přehledy OECD Česká republika, strukturální kapitola Zlepšení systému zdravotní péče v České republice, str. 31



zdravotnictví zrušit platové tabulky velmi nebezpečný, destabilizační a pro odbory zásadně nepřijatelný. Vzhledem k nízkému počtu absolventů ošetrovatelství doporučujeme aplikovat k fakultám ošetrovatelství a VOŠ, které vzdělávají nelékařské zdravotnické pracovníky, stejný postup, jako k lékařským fakultám (zvýšit počet studentů a v návaznosti i objem financí). Opět připomínáme, že spolu s nediskriminačním ohodnocením zaměstnanců je stejně důležité řešit nevyhovující pracovní podmínky. Práce v českých nemocnicích není bezpečná, minimální personální standardy jsou v rozporu se zákoníkem práce a prováděcími předpisy. Sestry z nemocnic odcházejí nejen z důvodů finančního ohodnocení, ale také z důvodu extrémního přetížení a to jak fyzického, tak psychického.

Nesouhlasíme s doporučením rozšíření hospodářské soutěže a větší volnosti zdravotních pojišťoven. **V podfinancovaném systému českého zdravotnictví považujeme za hazard zrušit systém úhradových vyhlášek.** Ten sice není dle našeho názoru optimální, ale do doby zavedení DRG ho považujeme za nezastupitelný. Pokud by v praxi skutečně fungovala možnost dohod jednotlivých poskytovatelů se zdravotními pojišťovnami, tak by byly srovnané základní sazby, 2/3 nemocnic by neměly zásadní ekonomické problémy a zřejmě by také zdravotní pojišťovny v zájmu svých klientů vydávaly více financí za poskytnutou zdravotní péči. **Důvodem efektivity českého systému je v první řadě regulace a její mechanismy, což konstatuje i zpráva OECD.**

Jako velmi problematické vnímáme **doporučení na zvyšování spoluúčasti.** Obecně je **odměňování zaměstnanců a sociální podpora v České republice na nízké úrovni.** Obáváme se, že tento krok by pro mnoho občanů představoval závažnou další bariéru přístupu ke zdravotní péči a proto s ním nesouhlasíme.

Nesouhlasíme rovněž se snižováním počtu akutních lůžek a dalším skokovým snižováním délky hospitalizace. V důsledku nedostatečného počtu lůžek se stále častěji oddaluje plánovaná zdravotní péče, což mimo negativních dopadů na pacienta způsobuje zvýšení nákladů na léčbu. Mnoho pacientů je propouštěno z nemocnic nedolčených, zvyšuje se procento rehospitalizací a celková efektivita systému tím klesá. Upozorňujeme, že v rámci srovnání evropských zemí v délce hospitalizace nejsme výjimka.

Zásadně nesouhlasíme s případným snižováním počtu nemocnic. Z důvodů nedostatku personálu je dnes uzavřeno velké množství akutních lůžek. V porovnání s Německem, Rakouskem, Holandskem a dalšími evropskými zeměmi máme nemocnic málo a poměr HDP je tristní.

Níže uvedené údaje dokládající tyto skutečnosti zpracoval Prof. MUDr. Petr Fiala:

Německo (2014)

- 83,1 mil. obyvatel; 11,3% HDP
- asi 2,2 tisíce akutních nemocnic (38 tis. obyv. na 1 nemocnici), veřejnoprávní status při jakékoliv právní formě (městské, církevní atd.)
- celkem přes 500 tis. lůžek, obloženost cca 78%

Rakousko (2016)

- 8,7 mil. obyvatel; 11,0 % z HDP
- 268 akutních nemocnic (v r. 2009 jich bylo 291)
- 33 tis. obyvatel na 1 nemocnici



- 64 tis. lůžek (v r. 2009 jich bylo 62,2 tisíce)

Francie (2015)

- 65 mil. obyvatel (13 regionů, 95 dept.); 11,7% z HDP
- 2 694 nemocnic (1 nemocnice na cca 25 tis. obyvatel), hierarchie: regionální = departement, všeobecné, městské
- 258 tis. lůžek
- zvlášť lůžka psychiatrická, geriatrická, rehabilitační

Holandsko (2016)

- 17 mil. obyvatel; 12,9 % z HDP (jeden z nejvyšších)
- řada reforem po r. 2000, stále probíhají a mění se, omezeně vpuštěn trh
- 153 akutních nemocnic + 268 „nezávislých lůžkových center“, (onkologie, traumatologie, transplantace, rhb. aj.), celkem 421 lůžk. zařízení = 40 tis.ob./1 nem.
- obložnost 68% (jedna z nejnižších v EU)

Švýcarsko (2015)

- 8,4 mil. obyvatel; 11,5% z HDP
- 293 nemocnic akutní péče (28,7 tis. obyv./ 1 nemoc.)
- 37 863 lůžek v akutní péči, obložnost 85%
- silná decentralizace péče, princip subsidiarity
- + rozsáhlá síť psychiatrických a rehab. zařízení
- průměrná velikost nemocnice = 129 lůžek (v tom všeob. nem. = 222 lůžek, neziskové 191 lůžek, soukromé 79 lůžek)

Z materiálu MZ vítáme následující opatření:

- Posílit úlohu primární péče prostřednictvím gate - keepingu a dalšího posunu směrem k lepší kombinaci kapitační platby a výkonové úhrady.
- Zvýšit kapacitu lékařských fakult a počet studentů prostřednictvím stipendií a zajistit udržitelné financování vysokých škol. Nad rámec tohoto návrhu navrhujeme zvýšit kapacitu fakult a VOŠ, které vzdělávají nelékařské zdravotnické pracovníky, zvláště sestry a také posílit jejich financování.
- Podpořit zdravější životní styl a dále rozvíjet programy v oblasti vzdělávání,
- Prevence nemocí a screeningových programů.
- Rozvíjet e-health prostřednictvím dotací pro poskytovatele zdravotní péče, školení uživatelů při současném zajištění bezpečnosti informací a jejich vhodného využívání. Nad rámec navrhujeme, aby se MZ více věnovalo elektronizaci zdravotnictví.
- Zavést nový systém DRG pro stanovení úhrad zdravotních služeb.
- Poskytnout příspěvek na sociální péči s přihlédnutím k příjmu jednotlivce, aby byl garantován jeho přístup k institucionální péči.
- V souvislosti se stárnutím populace připomínáme doporučení OECD, které podporujeme – rozvíjet systémy institucionální péče a podporovat výstavbu nových pobytových zařízení.



1.7 Novelizace zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění

Připomínáme výše uvedenou připomínku ČMKOS týkající se odstraňování neopodstatněných rozdílů v odvodové zátěži jednotlivých skupin plátců pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

Považujeme za správné jasné zákonné ukotvení výpočtu vyměřovacího základu pro pojistné hrazené státem za osobu, za kterou je podle zvláštního právního předpisu plátcem pojistného stát. Vhodnost tohoto opatření je jasně patrná z minulých let, kdy nikdo do poslední chvíle neví, v jaké výši bude vyměřovací základ pro rok následující, a politici si jej stanovují podle toho, blíží-li se volby, či nikoli. Nesouhlasíme však s navrhovanou výší vyměřovacího základu, která je dle našeho názoru nízká oproti ostatním pojištěncům a proto navrhujeme možnost jiného postupu, než navrhuje MZ. Vyměřovacím základem pro pojistné hrazené státem za osobu, za kterou je podle zvláštního právního předpisu plátcem pojistného stát, je minimální mzda.

Namísto nového pravidla pro výpočet vyměřovacího základu pro pojištěnce, za které je plátcem stát, navrhujeme použít pro výpočet vyměřovacího základu pravidlo, kterým se řídí výpočet pojistného osob bez zdanitelných příjmů.

Výpočet pojistného tak bude přehlednější, jednodušší a solidárnější. Díky této změně se napraví současná nerovnost ve výši platby za osoby, za které je plátcem stát, a osob bez zdanitelných příjmů. Zároveň se tím přiblížíme deklarovanému cíli navýšit objem financí ve zdravotnictví na evropský průměr, který se pohybuje na úrovni 9 % HDP.

Jako alternativu navrhujeme aby vyměřovacím základem pro pojistné hrazené státem za osobu, za kterou je podle zvláštního právního předpisu plátcem pojistného stát, bylo 28,5 % průměrné mzdy. Původní návrh ministerstva zdravotnictví, který počítá vyměřovací základ jako 22,5 % a následně 25 % průměrné mzdy, je pro ČMKOS i Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR neakceptovatelný. Výpočet MZ pro r. 2020 je dle našeho názoru nadhodnocený.

Tento krok bude mj. posunem v postupném vyrovnávání plateb s osobami bez zdanitelných příjmů a také prvním krokem k naplnění deklarovaného záměru přiblížit objem financí ve zdravotnictví k evropskému průměru výdajů na úrovni 9 % HDP.

Zvýšením vyměřovacího základu pro pojištěnce, za které je plátcem stát, zastavíme pokles kvality poskytované zdravotní péče, která vznikla v důsledku vleklé personální krize, kdy v nemocnicích chybí zaměstnanci všech profesí. Na pokles kvality a dostupnosti poskytované zdravotní péče upozorňujeme dlouhodobě a stávající stav považujeme za velmi alarmující. Zvýšení vyměřovacího základu pro pojistné osob, za které je plátcem stát, umožní z veřejného zdravotního pojištění alokovat do rozpočtu jednotlivých nemocnic a dalších zdravotnických zařízení tolik kýžené finance, díky kterým budou moci jednotlivá zdravotnická zařízení (myšleno i praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, domácí péče a noho dalších) zlepšit kvalitu a dostupnost poskytované zdravotní péče a také jim bude umožněno nabídnout svým zaměstnancům plat a mzdu odpovídající náročnosti jejich práce.



Zvýšení platů a mezd považujeme, stejně jako OECD, za jeden ze základních stabilizačních prvků zdravotníků. Zvýšení platů a mezd zabrání dalšímu odchodu pracovníků ze zdravotnictví do jiných profesí a případně za prací do zahraničí.

