

DATOVÉ PODKLADY PRO DOHODOVACÍ ŘÍZENÍ A TVORBU ÚHRADOVÉ VYHLÁŠKY

NÁVRH METODIKY

Říjen 2024

MUDr. Pavel Hroboň, M.S., PhDr. Blanka Čermáková,
Mgr. Magdalena Kolínková Škodová

Obsah

Shrnutí	3
Aktuální situace a potřeba změny	5
Odhad příjmů zdravotních pojišťoven	6
Faktory ovlivňující náklady veřejného zdravotního pojištění	9
<i>Epidemiologické trendy a stárnutí obyvatelstva</i>	<i>11</i>
<i>Nové technologie</i>	<i>14</i>
<i>Změna rozsahu hrazených služeb a kapacit poskytovatelů</i>	<i>16</i>
<i>Vývoj cen vstupů poskytovatelů zdravotních služeb</i>	<i>16</i>
Nákladová struktura poskytovatelů	22
Načasování dohodovacího řízení	23
Zdroje	24

Shrnutí

Z veřejného zdravotního pojištění je každoročně vydáváno přes 500 miliard korun. Jejich rozdělení mezi jednotlivé oblasti péče a druhy poskytovatelů zdravotních služeb určuje zejména tzv. úhradová vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR, které předchází dohodovací řízení mezi sdruženími poskytovatelů a zdravotními pojišťovnami. Tato zásadní rozhodnutí předurčující úhrady zdravotních služeb nejen v příštím roce, ale do značné míry i v letech následujících, se dnes odehrávají na základě nekompletních a nedostatečně dostupných dat. Situace se v posledních letech sice zlepšuje, ale stále přetrvávají nedostatky.

Účelem tohoto návrhu je definovat základní informace potřebné pro odpovědné rozhodování o alokaci prostředků veřejného zdravotního pojištění, včetně jejich datových zdrojů, metodiky zpracování a zveřejňování. Cílem je zlepšit efektivitu českého zdravotnictví, ale také včas upozornit vládu, pokud reálný nárůst prostředků plynoucích do zdravotnictví nebude stačit na pokrytí potřebných zdravotních služeb.

Nutnost sledování finanční kondice českého zdravotnictví a zvýšení jeho efektivity není nová, je ale významně akcentována stavem veřejných financí a stárnutím obyvatelstva, které má zásadní dopad jak na potřebu zdravotních služeb, tak na výši příjmů veřejného zdravotního pojištění.

Tento dokument přináší nejen návrh potřebných informací, jejich datových zdrojů a metodiky zpracování, ale uvádí i současné hodnoty, které jsou k dispozici. Jeho cílem je být prvním podkladem pro zprávy, které by měly být každoročně zveřejňovány před zahájením a v průběhu dohodovacího řízení Ministerstvem zdravotnictví ČR, Ministerstvem financí ČR, Ústavem zdravotnických informací a statistiky, zdravotními pojišťovnami, případně dalšími institucemi.

Zatímco odhad příjmů veřejného zdravotního pojištění je dlouhodobě zpracováván Ministerstvem financí ČR, zdravotními pojišťovnami a tzv. analytickou komisí složenou z účastníků dohodovacího řízení a je veřejně dostupný, další zásadní údaje jako dopad stárnutí obyvatel a změn ve výskytu nemocí a jejich rizikových faktorů, dopad nových technologií a inflace cen vstupů poskytovatelů zdravotních služeb, která je zásadně odlišná od spotřebitelské inflace, dnes nejsou zveřejňovány na základě ustálené metodiky, pravidelně a včas pro dohodovací řízení nebo nejsou dostupné vůbec.

Cílem tohoto návrhu je pomoci změnit tuto situaci, navrhnout cesty k vybudování pravidelně aktualizovaných datových podkladů pro dohodovací řízení a vydávání úhradové vyhlášky a pomoci tak k lepším alokačním rozhodnutím ve zdravotnictví, ale i ke sledování celkových finančních potřeb českého zdravotnictví a schopnosti veřejného zdravotního pojištění tyto potřeby pokrýt.

Za cennou spolupráci při přípravě tohoto dokumentu chceme poděkovat zejména následujícím institucím a jejich představitelům – Ministerstvu zdravotnictví ČR, Ministerstvu financí ČR, Ústavu zdravotnických informací a statistiky, Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, Svazu zdravotních pojišťoven ČR a Českému statistickému úřadu.

Tento projekt proběhl ve spolupráci Advance Healthcare Management Institute a
Hospodářské komory ČR za podpory těchto partnerů:



Aktuální situace a potřeba změny

Platby zdravotních pojišťoven poskytovatelům zdravotních služeb v příštím roce jsou každoročně v naprosté převažující míře určeny tzv. úhradovou vyhláškou, k jejímuž vydání je zákonem č. 48/1997 zmocněno Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále „MZ ČR“). Zveřejnění vyhlášky (dle zákona do 31. 10.) předchází tzv. dohodovací řízení (dále „DŘ“), ve kterém se o úhradovém mechanismu¹, výši plateb a regulacích objemu poskytnuté péče domlouvají zdravotní pojišťovny a sdružení poskytovatelů. Tato kolektivní vyjednávání jsou, na rozdíl od úhradové vyhlášky, která je českým specifickým, v různé podobě přítomná ve většině systémů veřejného zdravotního pojištění. Vyjednávání se vedou o navýšení úhrad nad úroveň posledního uzavřeného kalendářního roku. Pokud vyjednávání nevede k úspěchu, nastupuje arbitr, který má určit správnou rovnováhu mezi dostupností péče a vyrovnanou finanční bilancí veřejného zdravotního pojištění. U nás je tímto arbitrem ministerstvo zdravotnictví, které ale tuto roli v jiných zemích s veřejným zdravotním pojištěním obvykle neplní. Například v Německu řeší nedohodu specializovaný arbitrážní soud. Role MZ ČR v určení úhrad je významně komplikována tím, že je zároveň zřizovatelem fakultních a dalších specializovaných nemocnic, za jejichž hospodaření je také nepřímo zodpovědné. MZ ČR se tak dostává do konfliktu zájmů. O to důležitější je, aby jeho záměry byly komunikovány včas a veřejně a opřeny o pevná data.

Dále je nutné zajistit vyváženost rozhodování ministerstva. Pokud totiž poskytovatelé získají dojem, že rozhodnutí ministerstva pro ně bude příznivější než dohoda s pojišťovnami, je logickým výsledkem jednání nedohoda. Taková situace dlouhodobě vede k zásadnímu snížení významu dohodovacího řízení a samotné role zdravotních pojišťoven. Fakta jasně ukazují, že nejde o hypotetickou obavu. Segmenty akutní a následné péče se od roku 2018 (včetně) dohodly jenom dvakrát. Pro rok 2024 došlo k dohodě jen u čtyř segmentů ze 14 a pro rok 2025 dokonce jen u tří. Je tedy nejvyšší čas vrátit dohodovací řízení a zdravotním pojišťovnám jejich význam.

Návrh, který čtete, toto samozřejmě sám o sobě nedokáže zajistit, považujeme ho ale za jeden z potřebných kroků. Jeho účelem je zlepšit informace, které mají k dispozici účastníci dohodovacího řízení a následně i MZ ČR. Sdružení poskytovatelů účastníci se dohodovacího řízení jsou samozřejmě primárně motivována ekonomickými zájmy svých členů. Nicméně autoři tohoto návrhu jsou přesvědčeni, že zveřejněná fakta sice nezaručují racionální výsledek jednání, ale prostor pro iracionální rozhodnutí významně omezují. Proto považujeme zveřejnění relevantních dat za sice ne dostačující, ale nutnou podmínku zlepšení kvality alokačních rozhodnutí v českém zdravotnictví.

Účastníci dohodovacího řízení dostávají jako podklad tzv. Zprávu analytické komise, která uvádí dlouhodobé historické růsty úhrad jednotlivým skupinám poskytovatelů a na základě makroekonomických předpovědí Ministerstva financí ČR (dále „MF ČR“) a zkušeností zdravotních pojišťoven odhaduje příjmy veřejného zdravotního pojištění pro příští rok. Soustředění na tyto dva údaje vede k posílení tendence poměřovat se s nárůstem úhrad jiným poskytovatelům a snažit se krátkodobě získat co nejvíce zdrojů pro svoji skupinu. Význam jednotlivých skupin poskytovatelů a forem poskytování zdravotních služeb se přitom mění v čase v důsledku demografických, epidemiologických, technologických, ekonomických a sociálních změn. Jako příklad může posloužit přesun lůžkové péče do péče jednodenní, ambulantní a domácí, tažený ekonomickými důvody, ale i preferencemi pacientů, nebo dělba práce mezi praktickými lékaři a ambulantními specialisty, která

¹ Její formy zahrnují například platbu za výkon, platbu za případ, rozpočet, kapitační platbu a další způsoby opírající se o různé klasifikační mechanismy, například CZ-DRG nebo Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Mechanismus úhrady má zásadní dopad na ekonomickou motivaci poskytovatelů.

zjevně záleží na rozsahu kompetencí praktických lékařů a na regulaci jejich činnosti. Stejně tak inovace neprobíhají v každém segmentu péče stejně rychle, rozhodně ne na roční bázi.

Jaké další informace by tedy měli mít účastníci dohodovacího řízení ideálně k dispozici? Navrhujeme minimálně následující:

- Dopad stárnutí obyvatelstva na potřebu zdravotních služeb,
- Dopad nových technologií (léků, zdravotnických prostředků, přístrojů, ale i výkonů), zařazených do úhrad,
- Záměry MZ ČR stran zlepšení dostupnosti zdravotních služeb, nových systémů úhrad (jako bylo například zavedení úhrady založené na CZ-DRG a sblížování základních sazeb jednotlivých nemocnic) a případných strukturálních změn v českém zdravotnictví,
- Inflaci cen vstupů poskytovatelů zdravotních služeb, která se zásadně liší od spotřebitelské inflace.

Metodika, jak zajistit informace týkající se dopadu stárnutí obyvatelstva a inflace vstupů poskytovatelů zdravotních služeb, je popsána dále v tomto návrhu.

Dopad nových technologií je počítán MZ ČR, zdravotními pojišťovny a ÚZIS, výstupy ale patří k těm, které jsou (zatím) sice principiálně veřejně dostupné, ale nikoliv lehce dosažitelné, a proto se s nimi nepracuje tak systematicky, jak je třeba.

Záměry MZ ČR týkající se zlepšení dostupnosti hrazených zdravotních služeb již byly poskytnuty účastníkům dohodovacího řízení pro rok 2025² (a v některých minulých letech), pro budoucnost je ale možno doporučit zpřesnění odhadu jejich zdravotních i finančních dopadů.

Odhad příjmů zdravotních pojišťoven

Odhad příjmů veřejného zdravotního pojištění pro dohodovací řízení připravuje tzv. analytická komise. Je tvořena jedním členem za každou zdravotní pojišťovnu a jedním členem za každý segment poskytovatelů účastníci se DŘ, předsedu si členové komise volí ze svého středu.

Analytická komise připravuje Analytickou zprávu k dohodovacímu řízení³, která shrnuje informace o vývoji nákladů v jednotlivých segmentech za posledních 6 let, informuje o současném vývoji příjmů veřejného zdravotního pojištění a poskytuje odhad příjmů na příští rok. Odhad příjmů, tedy odvodů na veřejné zdravotní pojištění (ze strany zaměstnavatelů, zaměstnanců, osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů) a platby státu za tzv. státní pojištění, tedy osoby ekonomicky (převážně) nečinné (děti, studenti, senioři a další skupiny), vychází z lednové makroekonomické predikce MF ČR a z aktuálních informací o výši platby za státního pojištění. Je aktualizována na základě následující (obvykle dubnové) predikce MF ČR. Odhad příjmů systému veřejného zdravotního pojištění je publikován i MF ČR⁴.

Celková výše odvodů ekonomicky aktivních osob je určena zejména úrovní nezaměstnanosti a růstem mezd, což jsou údaje obsažené v kvartální makroekonomické predikci MF ČR. Mechanismus

² Priority Ministerstva zdravotnictví pro dohodovací řízení 2025, z jednání analytické komise Dohodovacího řízení, 26. března 2024

³ Viz Zpráva analytické komise o vývoji příjmů a nákladů na zdravotní služby hrazených z prostředků v. z. p. v roce 2023 dle Makroekonomické predikce Ministerstva financí ČR z ledna 2024, dostupná na

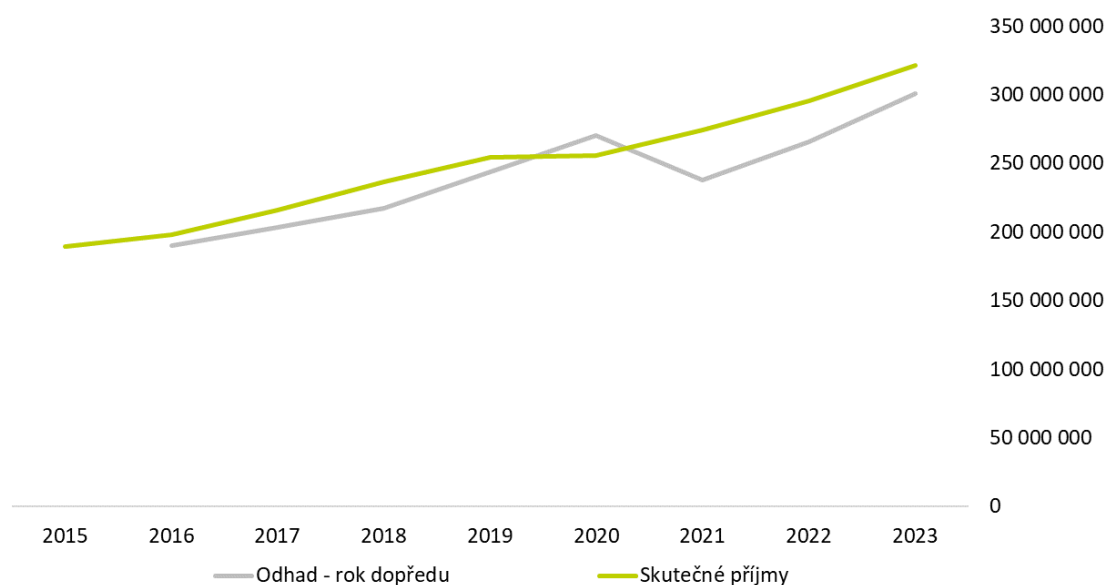
<https://www.zpmvcr.cz/system/files/dokumenty/2024-04/Zpr%C3%A1va%20analytick%C3%A9%20komise%20za%20rok%202023.pdf>

⁴ <https://www.mfcr.cz/cs/rozpocetova-politika/rozpocetove-ramce-statisticke-informace/fiskalni-udaje/fondy-socialniho-zabezpeceni/zdravotni-pojistovny/2024/predikce-prijmu-systemu-verejneho-zdravotniho-poji-54608>

navyšování platby za státní pojištění se od roku 2023 řídí vzorcem, který zahrnuje inflaci a růst reálných mezd. Tento vzorec je zakotven v zákoně č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. Tzv. vyměřovací základ pro platbu státu se od 1. ledna daného roku zvyšuje o součet růstu cen (procentní přírůstek indexu spotřebitelských cen v červnu předcházejícího roku oproti červnu 2 roky nazpět) a jedné poloviny růstu reálné mzdy. Např. pro rok 2024 se za období pro růst cen považovalo období od 1. 7. 2022 do 30. 6. 2023 a za období pro růst reálné mzdy období roku 2021 až 2022. Výši vyměřovacího základu stanovuje vláda nařízením do 30. září předchozího roku.

Vývoj odhadu příjmů připravený Analytickou komisí v porovnání se skutečnými příjmy v letech 2015-2022 zobrazuje graf níže. Z grafu vyplývá, že odhady příjmů jsou ve srovnání s realitou zpravidla podhodnocené, kromě roku 2020, ve kterém byla realita příjmů nižší kvůli propuknutí pandemie. Ta a z ní plynoucí zásahy státu ovlivnily i roky 2021 a 2022, kdy byl rozdíl mezi odhadem a realitou větší než obvykle. Za běžných podmínek se tento rozdíl pohybuje pod 10 % objemu příjmů. Je ale třeba si uvědomit, že mluvíme o odhadu příjmů založeném na lednové predikci MF ČR a velmi předběžných číslech za minulý rok. V průběhu dohodovacího řízení je odhad příjmů zpřesněn na základě dubnové predikce MF ČR a přesnějších dostupných dat za minulý rok, což vede ke zmenšení rozdílu znázorněného v následujícím grafu.

Reálný výběr pojistného* vs. odhad ze zprávy AK



Zdroj: Zpráva analytické komise o vývoji příjmů a nákladů na zdravotní služby hrazených z prostředků v. z. p. (z let 2014-2023)

* Výběr pojistného + platba za OSVČ v paušálním režimu, bez platby za státní pojištění

Důležité je uvědomit si příčiny a dopady podhodnocení příjmů, ke kterému dochází v letech ekonomického růstu (v letech recese nebo ekonomického poklesu dochází naopak k nadhodnocení příjmů). Podhodnocení příjmů v letech ekonomického růstu je způsobené konzervativním přístupem MF ČR k predikcím, který je oprávněný a žádoucí. Má dva důležité pozitivní dopady. Prvním z nich je vytváření zůstatků na účtech zdravotních pojišťoven v době ekonomického růstu. Tyto zůstatky jsou následně použity v době recese a významně tak tlumí dopad ekonomického cyklu na zdravotnictví. Vytváření zůstatků má tedy významný proticyklický efekt, zásadně pozitivní jak pro zdravotnictví, tak pro veřejné finance.

Druhým efektem konzervativního přístupu MF ČR je vytvoření reálného prostoru pro konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami. Ve všech evropských systémech veřejného zdravotního pojištění je

rozsah hrazených služeb dán zákonem, jinými slovy je stejný pro všechny pojištěnce a všechny pojišťovny (s výjimkou výše spoluúčasti nebo odečitatelné položky, která je v některých zemích volitelná). V ČR se navíc zdravotní pojišťovny, na rozdíl například od Holandska nebo Švýcarska, nemohou odlišit ani šířkou výběru poskytovatele („řízená péče“), která by vedla ke snížení pojistného, ani připojištěním. Jediný prostor, který jim pro soutěž zbývá (vedle nabídek z tzv. fondu prevence, tedy příspěvku na zdravotní služby nehrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo na služby podporující zdraví), je tedy v inovacích v poskytování služeb, například přesunu péče z lůžkové do jednodenní, ambulantní nebo domácí oblasti, lepší návaznosti péče, platbě za výsledky, distančním poskytování péče a podobně. Ty ale vyžadují počáteční investici ve smyslu navýšení plateb poskytovatelům, na kterou pojišťovny potřebují mít zdroje. Pokud jsou jejich veškeré zdroje odeslané poskytovatelům na základě úhradové vyhlášky, nezbývá pro vlastní inovativní činnost pojišťoven žádný prostor. Vytváření zůstatků v důsledku konzervativní předpovědi příjmů je tedy nutnou podmínkou naplnění role zdravotních pojišťoven v systému, ve kterém podobu naprosté většiny úhrad určuje MZ ČR cestou úhradové vyhlášky.

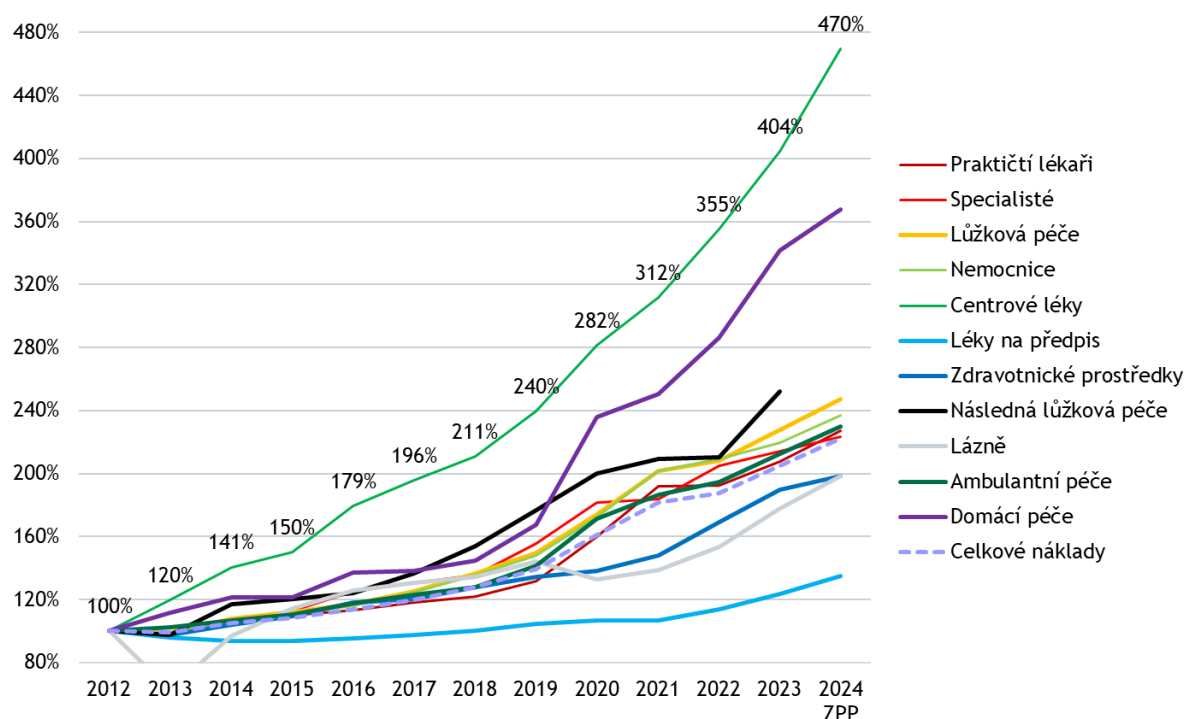
Jaké změny v datových podkladech navrhujeme v této oblasti?

V podstatě žádné, úvodní odhad příjmů a jeho zpřesnění na základě dubnové makroekonomické predikce jsou již dnes k dispozici jak od MF ČR, tak od analytické komise.

Faktory ovlivňující náklady veřejného zdravotního pojištění

Jak bylo řečeno výše, srovnání nárůstu nákladů na jednotlivé segmenty péče je vedle očekávaného navýšení příjmů veřejného zdravotního pojištění hlavním údajem, který dnes účastníci dohodovacího řízení dostávají. Jeho interpretace přitom není jednoduchá a rozhodně neplatí, že rychlý nárůst v některých segmentech je ukazatelem nežádoucího vývoje. Jak ukazuje následující graf, nárůst od roku 2012 se u jednotlivých segmentů významně liší.

Nárůst nákladů na zdravotní péči v ČR dle segmentů



Zdroj: reportování zdravotních pojišťoven, ZPP 2024

Pozn. Vzhledem k omezené dostupnosti aktuálních dat u následné lůžkové péče zvažujeme pouze období 2012-2023. U ostatních segmentů zdravotní péče zvažujeme období 2012-2024, přičemž pro rok 2024 počítáme se zdravotně pojistnými plány zdravotních pojišťoven.

Rozdíly v nárůstu jednotlivých segmentů jsou způsobeny několika faktory:

- Hodnoceným obdobím – například významný nárůst nákladů na domácí péči nastal až po roce 2018 (a je tažen hlavně nárůstem personálních nákladů v celém zdravotnictví, viz níže),
- Měním se složením nákladů jednotlivých segmentů (zejména nárůst personálních nákladů na úkor jiných nákladů),
- Administrativními zásahy, například vyčleněním inovativních (tedy nejdražších) léčivých přípravků do zvláštní kategorie „centrových léků“ - pokud bychom hodnotili centrové léky dohromady s léky na předpis, vypadal by jejich růst zcela jinak, a naopak, kdybychom z nemocniční péče vyčlenili vysoce specializovanou (tzv. centrovou) péči, rostla by také nadprůměrným tempem,
- Legislativními změnami v dostupnosti péče – například u lázeňské péče, jejíž úhrada z veřejného zdravotního pojištění byla v roce 2012 omezena, po krátké době se ale vrátila na původní úroveň.

Dohodovací řízení by nemělo být jenom o tom, kdo získá větší podíl ze společného koláče díky lepším přesvědčovacím schopnostem a už vůbec ne díky lepšímu lobbingu na ministerstvu zdravotnictví. Mělo by vycházet ze tří základních faktů:

- Jaké zdravotní služby jsou pro obyvatele České republiky třeba?
- Kde lze dosáhnout zvýšení efektivity změnou organizace poskytování zdravotních služeb?
- Jak se mění nákladová struktura jednotlivých typů poskytovatelů?

Informace popisující tyto trendy ale dnes nemají účastníci dohodovacího řízení ani širší zdravotnická veřejnost k dispozici (pokud si sami neseženou podkladová data a sami je neinterpretují, což je velmi obtížné a vedlo by díky nesjednoceným postupům k různým výsledkům). Hlavním cílem tohoto návrhu je tedy popsat, jaká data jsou nebo mohou být k dispozici a jaké informace z nich účastníci dohodovacího řízení mohou získat.

Žádoucí je nejen postavit dohodovací řízení a vydávání úhradové vyhlášky na faktech a reálné potřebě zdravotních služeb, ale také jednou za určité období (například 3-5 let) provést kompletní revizi toho, jak účelně jsou vynakládány prostředky ve zdravotnictví (tzv. spending review). Takové revize provádí, nejen ve zdravotnictví, celá řada evropských zemí, soustavně zejména skandinávské země a Holandsko. Pilotní projekt zaměřený na zdravotnictví, konkrétně na financování rezidenčních míst, udělalo i MF ČR⁵. Byť by bylo pravidelné provádění spending review vysoce žádoucí záležitostí, není předmětem tohoto návrhu, neboť ten se zaměřuje na samotné dohodovací řízení.

Rysem, který dnes v dohodovacím řízení významně chybí, je důraz na efektivitu. Dostupnost a kvalita péče (ale také příjmy potřebných poskytovatelů) nemusí růst jen díky přílivu nových prostředků do veřejného zdravotního pojištění, ale i díky zvyšování efektivity. Příkladů je celá řada – mimo jiné větší využití možností prevence (na všech úrovních, tedy omezování rizikových faktorů, screening, ale i integrovaná péče o pacienty s chronickými nemocemi), lepší návaznost péče a její přesun do domácí, ambulantní, stacionární a jednodenní formy poskytování, zamezení duplicitním vyšetřeními a preskripcím díky sdílení dat mezi poskytovateli a další. Jednou z osvědčených cest ke zvýšení efektivity je zavádění inovativních úhradových mechanismů, které, zjednodušeně řečeno, platí poskytovatele nejen za činnost, ale i za její výsledky, motivují je k racionálnímu poskytování péče (například úhrady akutní lůžkové péče založené na klasifikačním systému DRG) a také lépe zohledňují potřebu péče jednotlivých skupin pacientů rozdělených podle rizika vzniku a dalšího zhoršování nemoci (platí zejména pro ambulantní služby). Právě dohodovací řízení je ideálním fórem k diskusi a prosazování nových úhradových mechanismů.

Jaké změny v datových podkladech navrhuje v této oblasti?

Do určité míry nezávisle na výsledcích dohodovacího řízení, rozhodnutích MZ ČR i na ekonomickém vývoji dochází ke změnám v potřebě zdravotních služeb v důsledku změn ve výskytu nemocí a jejich rizikových faktorů (**epidemiologické trendy**) a v důsledku **stárnutí obyvatelstva**.

Druhou oblastí významně ovlivňující finanční potřeby zdravotnictví jsou **nové technologie** (léky, zdravotnické prostředky, přístroje, ale i samotné výkony, například nové způsoby operací), které byly zahrnuty do úhrady z veřejného zdravotního pojištění.

⁵ Pilotní projekt zpětného hodnocení výdajů (spending review): dotace na postgraduální vzdělávání lékařů | Ministerstvo financí ČR (mfcr.cz)

Třetí jsou potom **záměry MZ ČR týkající se zvyšování dostupnosti péče** nad rámec nových technologií, tedy další rozšíření rozsahu hrazených služeb, systematické navyšování kapacit nebo dlouhodobá nadstandardní finanční podpora určitého segmentu poskytovatelů nebo oboru služeb s cílem zvýšení atraktivity specializace v této oblasti pro zdravotníky.

Poslední oblastí jsou změny v nákladové struktuře poskytovatelů zdravotních služeb, konkrétně nárůst cen jejich vstupů, tedy **inflace specifická pro poskytovatele zdravotních služeb**, která se zásadně liší od spotřebitelské inflace.

Dopad těchto faktorů, dostupná data a návrhy na jejich využití jsou popsány níže.

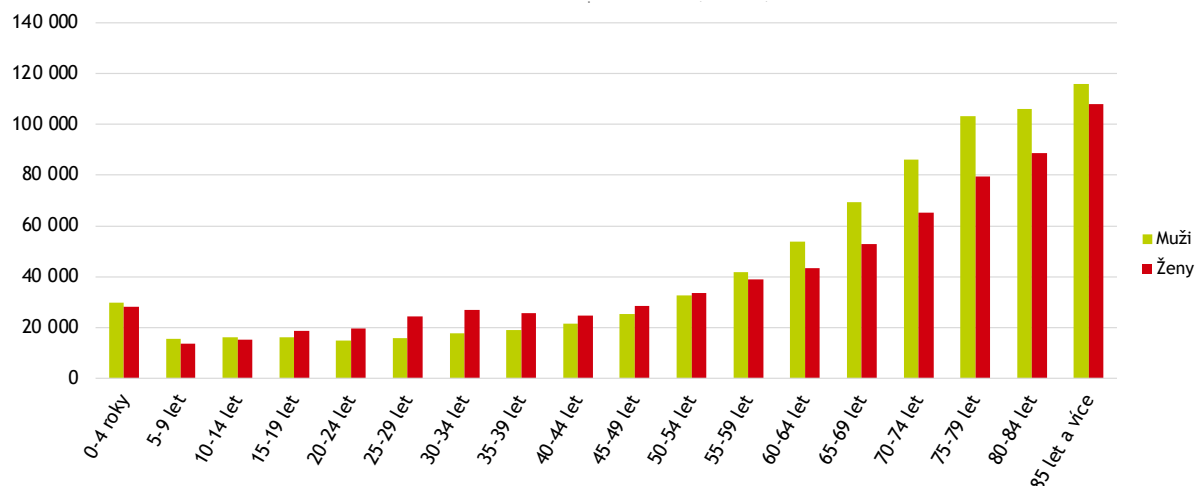
Epidemiologické trendy a stárnutí obyvatelstva

Ve druhé polovině 20. století proběhla v ekonomicky vyspělých zemích tzv. epidemiologická transformace. Před jejím začátkem byly hlavním zdravotním problémem infekční nemoci a úrazy, po jejím završení se jím staly chronické nemoci (kardiovaskulární, diabetes, nádorová onemocnění, neurodegenerativní a mentální onemocnění a další), které jsou dnes zodpovědné za cca 80 % zdravotní zátěže, ale také nákladů na zdravotnictví. Jejich hlavním rizikovým faktorem je pro většinu jedinců jejich životní styl. Význam chronických nemocí bude dále stoupat v souvislosti se stárnutím obyvatelstva.

K dispozici máme celou řadu údajů ukazujících výskyt a dopad jednotlivých rizikových faktorů a nemocí. Celosvětově nejpoužívanější je metodika „zátěže nemocí“ („burden of disease“), která kombinuje dopady jednotlivých nemocí (a jejich rizikových faktorů) na délku a kvalitu života. Jakkoliv je vývoj těchto statistik nesmírně významný pro budoucnost zdravotnictví, a tedy i pro dnešní alokační rozhodnutí, nejsou přímo použitelné pro dohodovací řízení, které řeší úhrady pro příští rok. Lze ale jednoznačně doporučit, aby MZ ČR pravidelně vydávalo koncepční materiál založený na změnách a prediccích výskytu nemocí a jejich rizikových faktorů. Takový materiál má obrovský význam nejen na celostátní úrovni, ale i pro rozhodnutí dělaná jednotlivými poskytovateli zdravotních (a dalších, například sociálních) služeb. Svým účelem a formou se mu blíží strategický dokument Zdraví 2030. Potřeboval by ale určitá zdokonalení, a hlavně systém průběžného hodnocení dosažení cílů. K tomu směřuje projekt Health Systems Performance Analysis (HSPA), připravovaný MZ ČR ve spolupráci s ÚZIS, jehož cílem je pravidelné publikování významných údajů o českém zdravotnictví, včetně zdravotního stavu obyvatelstva.

Bezprostředně uchopitelnější a použitelnější pro každoroční DŘ jsou dopady stárnutí obyvatelstva. To vede ke zpomalení nárůstu příjmů veřejného zdravotního pojištění z důvodu poklesu podílu ekonomicky aktivního obyvatelstva, na výdajové straně potom ke zvýšení potřeby zdravotních služeb, jak jasně ukazují výdaje na jednotlivé věkové skupiny.

Průměrné náklady na 1 pojistěnce VZP ČR dle věku a pohlaví (2022)



Zdroj: Ročenka VZP ČR za rok 2022

Dopad stárnutí obyvatelstva na potřebu služeb se samozřejmě významně liší pro jednotlivé segmenty služeb – nejvyšší bude u následné a dlouhodobé péče, nulový až záporný například v porodnictví nebo pediatrii. Základní modelace tohoto dopadu je jednoduchá a odpovídá na otázku, kolik péče bychom potřebovali v posledním roce, ke kterému máme uzavřená data, kdybychom v tom roce měli věkovou strukturu obyvatelstva, která nás čeká v budoucnu, tedy významný nárůst obyvatel ve věkových kategoriích nad 75 let. Aktuální demografickou projekci Českého statistického úřadu uvádí následující tabulka.

Demografická projekce obyvatelstva ČR

Věková skupina	Počet obyvatel			změna 2030/2023	změna 2045/2023
	2023	2030	2045		
00-04	562 545	436 540	469 618	78%	83%
05-09	584 237	517 996	455 676	89%	78%
10-14	604 026	581 929	438 457	96%	73%
15-19	556 689	580 243	453 782	104%	82%
20-24	505 018	612 236	551 370	121%	109%
25-29	570 325	542 308	642 495	95%	113%
30-34	708 778	545 561	664 885	77%	94%
35-39	739 429	694 466	697 560	94%	94%
40-44	824 553	733 516	611 272	89%	74%
45-49	939 749	762 906	591 729	81%	63%
50-54	740 327	909 102	716 930	123%	97%
55-59	688 078	812 857	730 609	118%	106%
60-64	595 926	645 752	729 338	108%	122%
65-69	653 033	592 370	829 002	91%	127%
70-74	612 885	557 061	703 076	91%	115%
75-79	475 940	533 133	515 210	112%	108%
80-84	267 114	403 665	410 825	151%	154%
85-89	133 551	201 904	285 112	151%	213%
90-94	54 609	67 503	156 576	124%	287%
95-99	9 930	15 960	43 421	161%	437%
100+	787	1 344	4 133	171%	525%
Celkem (mil.)	10,83	10,75	10,70	99%	99%

Zdroj: Český statistický úřad – Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100

Modelaci dopadu stárnutí obyvatelstva celkem a na vybrané oblasti zdravotních služeb uvádíme níže. Tato čísla je možné pravidelně aktualizovat a spočítat pro všechny významné oblasti zdravotních služeb.

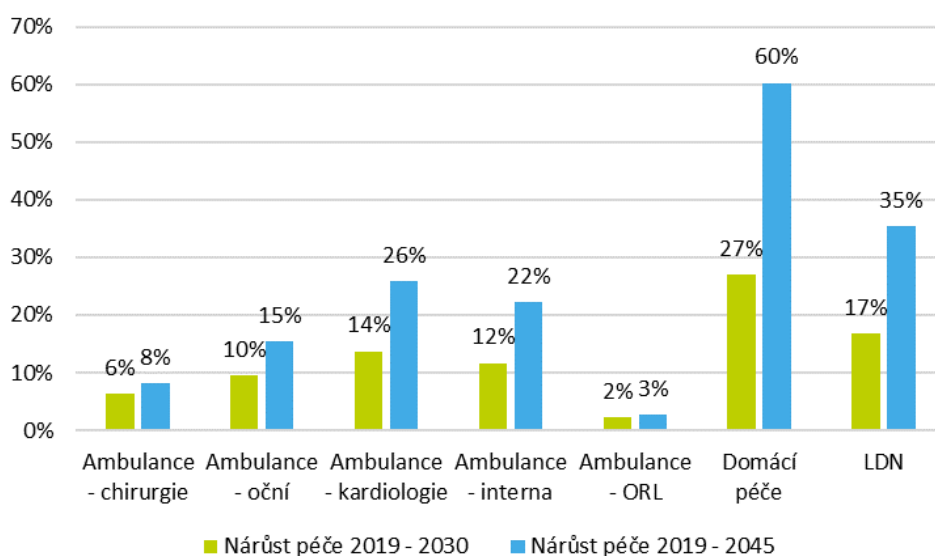
Modelace nárůstu nákladů po věkových skupinách

Věk	v mil. Kč	v %		v mil. Kč	
	Náklady celkem 2023	Nárůst 2023- 2030	Nárůst 2023- 2045	Změna 2023- 2030	Změna 2023- 2045
0–4 roky	16 237	-22%	-17%	-3 637	-2 682
5–9 let	8 511	-11%	-22%	-966	-1 873
10–14 let	9 407	-4%	-27%	-344	-2 578
15–19 let	9 608	4%	-18%	408	-1 774
20–24 let	8 659	21%	9%	1 809	779
25–29 let	11 369	-5%	12%	-580	1 412
30–34 let	15 646	-23%	-6%	-3 640	-1 016
35–39 let	16 388	-6%	-6%	-1 042	-999
40–44 let	18 974	-11%	-26%	-2 109	-4 938
45–49 let	25 286	-19%	-37%	-4 771	-9 398
50–54 let	24 366	23%	-3%	5 552	-780
55–59 let	27 711	18%	6%	5 035	1 739
60–64 let	28 859	8%	23%	2 449	6 565
65–69 let	39 545	-9%	28%	-3 527	10 978
70–74 let	45 689	-9%	16%	-3 991	7 253
75–79 let	42 430	12%	10%	5 296	4 093
80–84 let	25 425	52%	55%	13 111	14 106
85 let a více	21 956	44%	147%	9 728	32 241
Celkem	396 066	5%	13%	18 783	53 128

Zdroj: Český statistický úřad – Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100, Ročenka VZP 2022

Vypočítaný nárůst pro příští rok 2024 = Nárůst do roku 2030 / 7 (let) = 18 783 / 7 = 2 683 mil. Kč, což odpovídá meziročnímu nárůstu nákladů o 0,68 %.

Modelace dopadu stárnutí obyvatelstva na vybrané oblasti zdravotních služeb – příklad na datech roku 2019 s predikcí na roky 2030 a 2045



Zdroj: Data zdravotních pojišťoven z roku 2019 o ambulantních návštěvách a hospitalizacích rezidentů jednoho z krajů, doporučujeme budoucí výpočty založit na průměru více let Český statistický úřad – Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100

Z výše uvedených grafů vyplývá, že k roku 2030 nás v důsledku stárnutí obyvatelstva čeká nárůst potřeby péče celkem o 5 %, ve vybraných segmentech až o 27 %, k roku 2045 potom celkem o 13 %, ve vybraných segmentech až o 60 %. Z hlediska ročního nárůstu potřeby v příštích letech se jedná o 0,7 % ročně ve zdravotnictví celkem, ve vybraných segmentech až o 4 % ročně. Je ale třeba zdůraznit, že se jedná pouze o izolovanou modelaci vlivu stárnutí obyvatelstva na objem péče. Stárnutí bude mít vliv i na nové technologie a vyvolá potřebu zásadních změn v organizaci péče a také zajištění nových kapacit, zejména v oblasti následné, dlouhodobé a domácí péče.

Výše uvedenou modelaci nebo její zdokonalenou verzi pro všechny významné oblasti zdravotní péče navrhuje zařadit mezi informace, které bude publikovat MZ ČR nebo ÚZIS.

Některé oblasti veřejného zdravotního pojištění, zejména léky na předpis a zdravotnické prostředky na poukaz, mohou růst ve svém objemu (nebo i ceně) i z jiných důvodů, než jsou epidemiologické změny nebo stárnutí obyvatelstva. Doporučujeme proto pro účely DŘ pracovat s dlouhodobým vývojem objemu a cen v těchto oblastech. Údaje o historickém růstu výdajů zdravotních pojišťoven na léky na předpis a zdravotnické prostředky na poukaz jsou součástí zprávy Analytické komise. ÚZIS plánuje pro potřeby dohodovacího řízení zveřejňovat odděleně nárůsty objemu a ceny v otevřené datové sadě.

Nové technologie

Nové zdravotnické technologie jsou dalším vlivem na náklady veřejného zdravotního pojištění, který se do výdajů zdravotních pojišťoven promítne do značné míry mimo výsledky DŘ. Nové technologie, zvláště pokud jsou provázeny odpovídajícími změnami v organizaci poskytování zdravotních služeb, nemusí náklady na zdravotnictví jen zvyšovat, ale mohou vést i k úsporám. Obvykle však i při významném potenciálu dlouhodobých úspor (například nahrazení významné části otevřené chirurgie laparoskopickými metodami) dochází (byť k dočasnému) navýšení nákladů v prvních letech po jejich zařazení do úhrad.

Jedná se o následující druhy nových technologií:

- Nové inovativní léčivé přípravky a přípravky genové a buněčné terapie,
- Nové zdravotnické prostředky,
- Nové přístroje (typu MRI, PET CT a další),
- Nové postupy nad rámec léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, například nové způsoby provedení operací, které jsou reflektovány ve změnách v Seznamu zdravotních výkonů.

Inovativní léčivé přípravky a přípravky genové a buněčné terapie

Naprostá většina inovativních (tedy finančně náročných) nových léčivých přípravků je zařazena do kategorie tzv. centrových léků, které mohou být indikovány pouze „centry“, tedy poskytovateli se zvláštní smlouvou se zdravotními pojišťovnami. Podobným způsobem je řešena dostupnost přípravků genové a buněčné terapie.

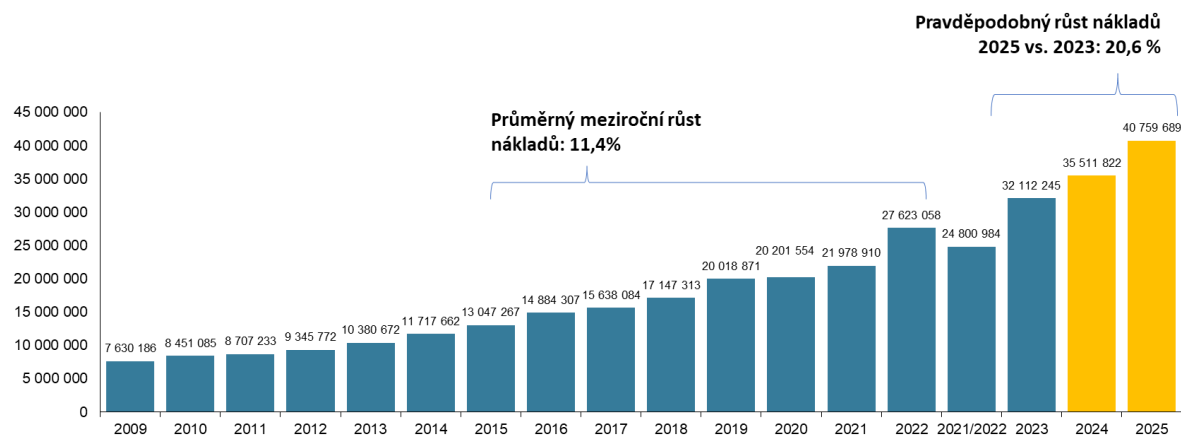
Jednotkové ceny a vynaložené náklady na inovativní léčivé přípravky sleduje ÚZIS a vydává predikci dalšího vývoje. Jeho predikce celkového objemu nákladů zahrnuje populační epidemiologické trendy, vliv generifikace léčiv (včetně biosimilars) i nástup nových léčiv a indikací léčiv již přítomných na trhu. První verze předpovědi na příští rok je dostupná k 1. 5. daného roku, tedy ještě včas pro potřeby DŘ. **ÚZIS plánuje tato data učinit součástí nové otevřené datové sady pro potřeby dohodovacího řízení.** Z hlediska potřeb účastníků DŘ se mohou tato data stát například součástí

aktualizované zprávy analytické komise, stejně jako další data, která nejsou dostupná hned na začátku DŘ.

Odhad finančního dopadu vývoje centrových léčiv a přípravků genové a buněčné terapie počítají i zdravotní pojišťovny. Předpokládáme, že dojde k postupnému sjednocení a následné publikaci metodiky ÚZIS a zdravotních pojišťoven.

Graf níže z poskytnutých datových podkladů ÚZIS zobrazuje vývoj objemu finančních prostředků vynaložených na segment centrové léčby v letech 2009-2023 a predikci na roky 2024 a 2025.

Vývoj segmentu centrové léčby – Vynaložené náklady (v tis. Kč): celý segment (bez genových a buněčných terapií)



Zdroj: Data ÚZIS

Nové zdravotnické prostředky

Zcela nové zdravotnické prostředky, které jsou součástí poskytovaných zdravotních služeb, ať už standardně (PMAT) nebo volitelně (ZUM), se obvykle projeví novou položkou nebo úpravou stávající položky v Seznamu zdravotních výkonů. Odhad dopadu změn v seznamu výkonů je popsán níže.

Nové zdravotnické prostředky na poukaz jsou do úhrad zařazeny na základě změny zákona, která je doprovázena důvodovou zprávou MZ ČR obsahující i odhad finančních dopadů. Pokud dojde k plánované legislativní změně, ve stručnosti převedení úprav ze zákona do vyhlášky, bude i k ní připravována důvodová zpráva.

Nové nákladné přístroje (typu MRI, PET CT a další)

Při odhadu dopadu zavedení nových drahých přístrojů (například PET CT) je možné vycházet ze závěrů tzv. **přístrojové komise**, která posuzuje žádosti o obnovu nebo nové pořízení nákladných medicínských přístrojů.

Změny v seznamu výkonů

Změny v seznamu výkonů obvykle reflektují významné nové postupy (včetně významně nových typů zdravotnických prostředků, které jsou součástí poskytované péče). Ministerstvo zdravotnictví v posledních letech publikuje chystané změny v seznamu výkonů platné od 1. 1. příštího roku s dostatečným předstihem, tedy včas pro účely dohodovacího řízení. Návrh úpravy vyhlášky a jeho zdůvodnění obsahuje i finanční dopady. Stejně tak počítají dopad nových výkonů zdravotní pojišťovny.

Změna rozsahu hrazených služeb a kapacit poskytovatelů

Objem a struktura zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění se mění nejen kvůli stárnutí obyvatelstva, epidemiologickému vývoji a novým technologiím, ale také kvůli rozšíření (nebo případnému zúžení) rozsahu hrazených služeb a změnám v dostupných kapacitách poskytovatelů. Navýšení kapacit vede ke zkrácení čekacích dob nebo i k rozšíření indikací, tedy poskytnutí dané služby pacientům, kteří by ji dříve nedostali. Plánovaně nebo neplánovaně dochází i ke zmenšení kapacit, ať už restrukturalizací poskytovatelů, jejichž služby v původně poskytované podobě již nejsou nutné, nebo v důsledku nedostatku personálu. Navýšení kapacit je primárně v rukách zdravotních pojišťoven (uzavírání smluv s novými poskytovateli nebo rozšiřování stávajících smluv), nepřímou ho ale ovlivňuje i MZ ČR.

Velikost změny rozsahu hrazených služeb je určena změnou zákona nebo vyhlášek, zejména Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, které připravuje MZ ČR a i pro jejich legislativní schválení předkládá očekávané dopady. **Ty tedy mohou být následně zahrnuty do zprávy předkládané ze strany MZ ČR účastníkům dohodovacího řízení.**

Ta by měla obsahovat i záměry MZ ČR týkající se systémových změn kapacit poskytovatelů, ať už cestou přístrojové komise, nebo podporou navýšení úhrad určité skupině poskytovatelů nad rámec vlivů popsanych v tomto reportu, pro které se MZ ČR rozhodne s cílem zvýšení dostupnosti péče. Příkladem může být reforma psychiatrické péče nebo podpora primární péče. Stejně tak by zpráva měla obsahovat záměry systémových změn úhrad (jako například sblížení základních sazeb nemocnic po zavedení CZ-DRG).

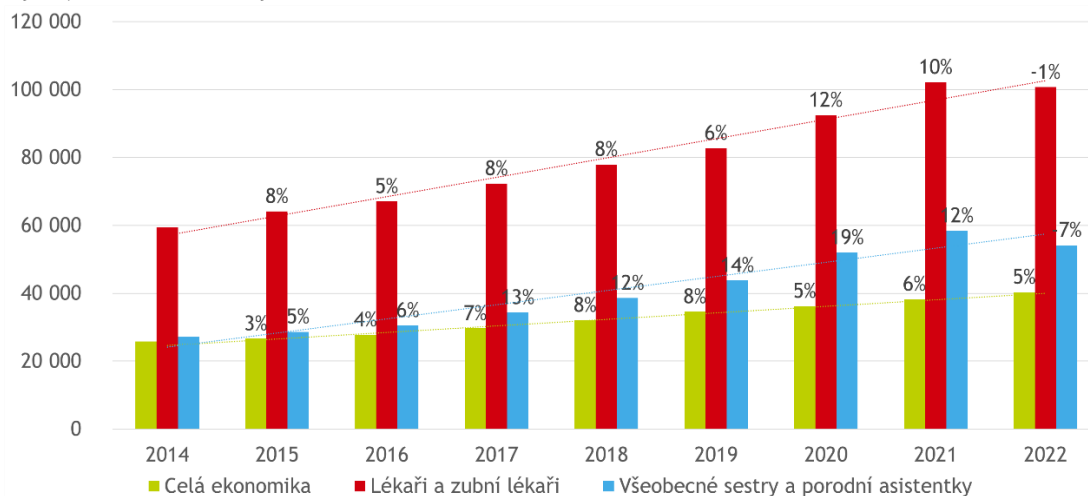
U všech výše uvedených oblastí by zpráva MZ ČR předložená účastníkům dohodovacího řízení měla obsahovat zdůvodnění změny a odhad jejích medicínských a finančních dopadů, zasazený do rámce celkové finanční situace veřejného zdravotního pojištění.

Vývoj cen vstupů poskytovatelů zdravotních služeb

Inflace cen vstupů poskytovatelů zdravotních služeb se výrazně liší od spotřebitelské inflace (viz dále) a liší se i pro jednotlivé segmenty a odbornosti poskytovatelů dle jejich nákladové struktury. Například u poskytovatelů následné nebo domácí péče a ambulantních odborností typu psychiatrie nebo klinická psychologie jsou personální náklady naprosto rozhodující, zatímco u akutní lůžkové péče nebo některých ambulantních odborností významně používajících přístroje mají sice významný, ale menší dopad. Inflace cen jednotlivých vstupů tak může různě dopadat na různé poskytovatele zdravotní péče.

V alokačních rozhodnutích ve zdravotnictví je zatím (pokud vůbec) používána inflace spotřebitelská, konkrétně k přepočtu režie poskytovatelů v seznamu výkonů a k dočasné úpravě materiálové složky relativních vah DRG (do doby aktualizace na základě údajů z referenčních nemocnic). Níže uvedeme příklady, ze kterých jasně vyplývá zásadní rozdíl mezi inflací cen vstupů poskytovatelů zdravotních služeb a spotřebitelskou inflací. Tento rozdíl se týká i položek, které nejsou do spotřebitelské inflace přímo zahrnuty (nebo jen s malou vahou), ale jsou klíčové pro zdravotnictví. Jak ukazuje následující graf, vývoj ceny pracovní síly ve zdravotnictví a v celé ekonomice se může významně lišit.

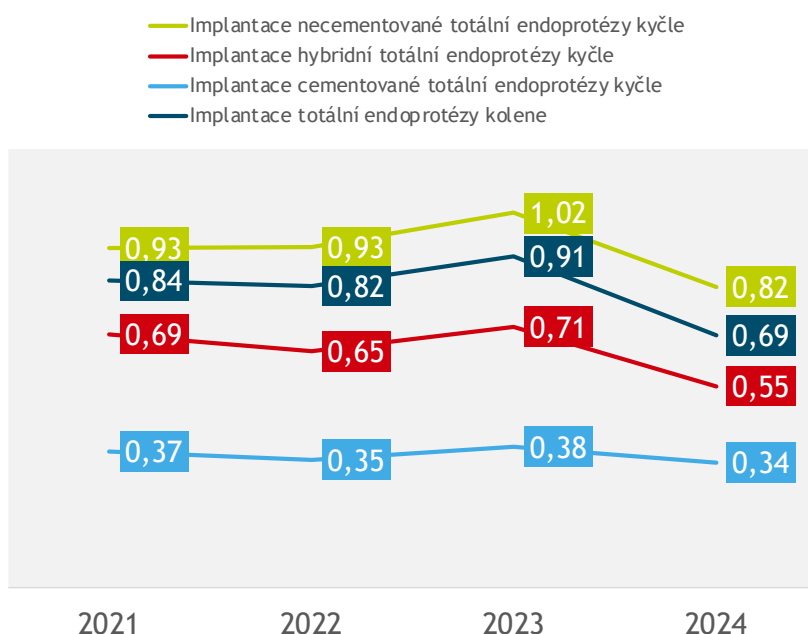
Vývoj mezd v ČR: celý trh vs. zdravotnictví



Zdroj: Celá ekonomika - Makroekonomická predikce MF ČR, leden 2024 a starší verze
 Sektor zdravotnictví – Kapacity a odměňování zdravotnických pracovníků v segmentu lůžkové péče, Průběžná analýza probíhajících resortních statistických šetření za rok 2022, ÚZIS

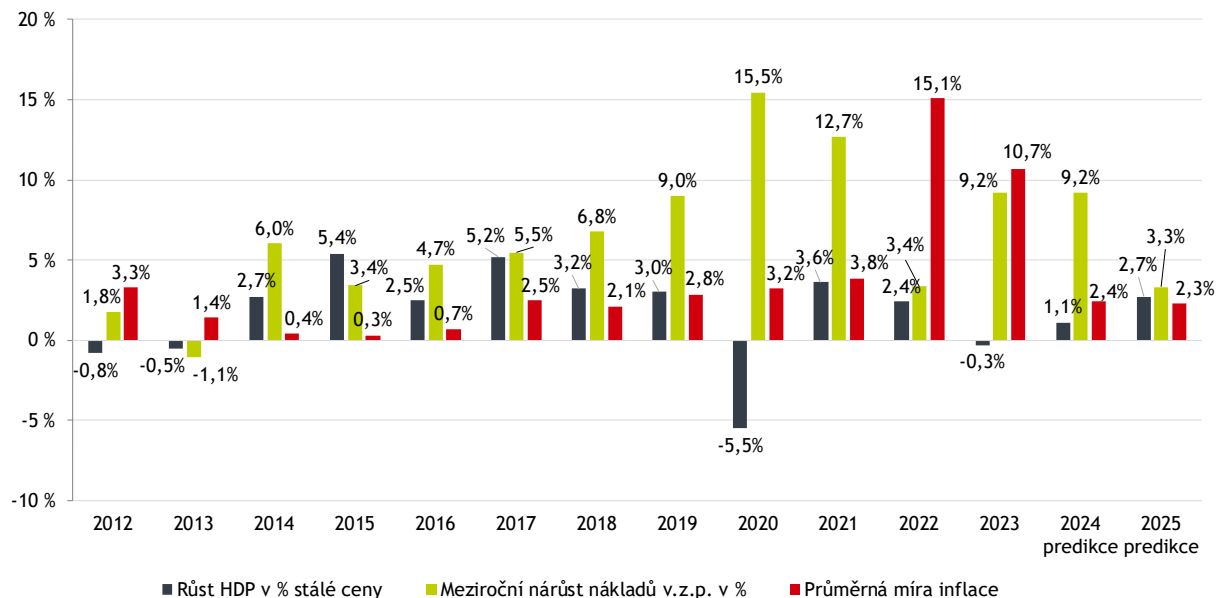
Jasným příkladem nevhodnosti používání spotřebitelské inflace ve zdravotnictví je její (byť dočasná) aplikace na cenu zdravotnických prostředků používaných při poskytování lůžkové péče. V řadě oblastí je cena těchto prostředků, např. kardiostimulátorů nebo ortopedického materiálu (umělé klouby a další), významnou součástí celkové úhrady dané hospitalizace, respektive její relativní váhy v systému DRG. Následující graf ukazuje dopad aplikace spotřebitelské inflace na materiálovou složku relativní váhy běžných ortopedických výkonů, kterým je navýšení v roce 2023 a následný pokles v roce 2024 způsobený tím, že na výpočet relativních vah byla pro rok 2023 na cenu materiálu aplikována spotřebitelská inflace a pro rok 2024 reálné ceny ortopedického materiálu získané z referenčních nemocnic. Zbytečný výkyv v relativních vahách významně ztížil plánování produkce a finanční management v nemocnicích.

Pokles materiálové složky relativních vah – příklad u TEP kyčle a kolene



Graf níže pro ilustraci uvádí růst nákladů na zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění, růst HDP a vývoj spotřebitelské inflace od roku 2012.

Růst HDP*, meziroční nárůst nákladů na zdravotní péči a spotřebitelská inflace



* HDP je ve stálých cenách

Metodická poznámka: Do roku 2024 graf zobrazuje tempo růstu HDP před revizí ze strany Českého statistického úřadu, tedy vychází z Makroekonomické predikce MF ČR z dubna 2024. Od roku 2024 jsou uvedena data z Makroekonomické predikce MF ČR ze srpna 2024.

Do nákladů roku 2024 jsou již zahrnuty 3 mld. Kč, které poskytla VZP ČR formou úhradových dodatků s nemocnicemi nad rámec ZPP 2024.

Zdroj: Makroekonomická predikce MF ČR, srpen 2024 (u HDP také duben 2024), reportování zdravotních pojišťoven, ZPP 2024, Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025 – Odůvodnění

Jsme přesvědčeni, že není nutno přidávat další důkazy o nevhodnosti použití spotřebitelské inflace ve zdravotnictví. Co ale dělat, když inflace specifická pro zdravotnictví není Českým statistickým úřadem počítána?

Dle našeho názoru je k vypovídajícím informacím o inflaci cen vstupů poskytovatelů zdravotních služeb možno dospět na základě dostupných údajů. Rozhodující vstupy jsou:

- Náklady na pracovní sílu,
- Cena léčivých přípravků a zdravotnických prostředků,
- Ceny nespécifické pro zdravotnictví, zejména energie, potraviny, nájmy, stavební práce, informační a komunikační technologie a pohonné hmoty.

V následujícím textu uvádíme datové zdroje nejlépe pokrývající tyto oblasti.

Vývoj nákladů na pracovní sílu

Náklady na pracovní sílu tvoří majoritní část nákladů většiny poskytovatelů zdravotních služeb. Zvyšování příjmů zdravotníků je důsledkem konkurenčního tlaku na získání a udržení kvalifikovaného personálu, mzdových vyjednávání a změn v mzdových tabulkách určených státem. Náklady zaměstnavatelů se neomezují jen na přímé mzdové náklady a odvody, ale zahrnují také výdaje na benefity, školení a vzdělávání.

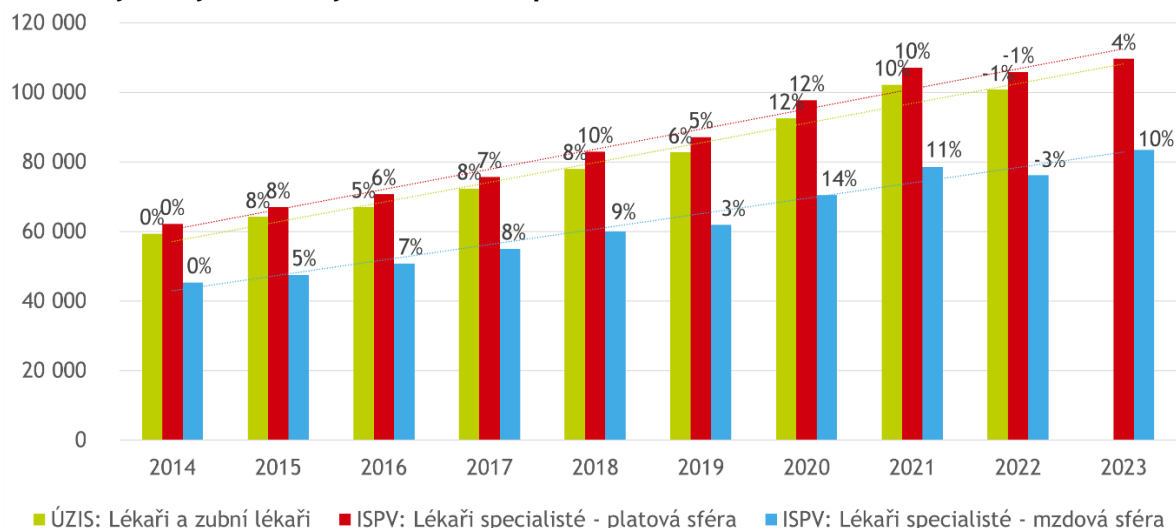
Komplexním zdrojem dat jsou zaprvé publikace ÚZIS, konkrétně dokument „Zdravotnictví ČR: Personální kapacity a odměňování“. Publikace je založena na plošných reprezentativních datech popptávaných každoročně od všech poskytovatelů lůžkové péče. Zatím byla zveřejňována až na podzim následujícího roku, ÚZIS ale plánuje v rámci otevřené datové sady na podporu DŘ zveřejnit údaje z lůžkového segmentu již v dubnu.

Druhým možným zdrojem dat jsou výsledky šetření Informačního systému o průměrném výděлку (ISPV), kterými disponuje MPSV. Šetření ISPV monitoruje odměňování zaměstnanců v České republice, a to i z pohledu jednotlivých skupin zaměstnanců. Metodologii šetření ISPV je možno nalézt na webu ISPV⁶, stejně tak jako jednotlivé reporty v archivu ISPV⁷. Frekvence publikování datových podkladů je 4x do roka, čtvrtletní data jsou zveřejňována přibližně na konci následujícího čtvrtletí. Data o výděлку v detailu dle podskupin a kategorií zaměstnání CZ-ISCO jsou dostupná pouze pololetně.

V grafu níže uvádíme srovnání dat z ÚZIS a ISPV, které je komplikováno odlišně definovanými kategoriemi pracovníků. Nicméně, vzhledem k tomu, že cílem je získat data o nárůstu, nikoliv absolutní výši, jsme přesvědčeni, že data z ISPV jsou s daty z ÚZIS velmi dobře korelována jak pro lékaře, tak pro sestry, a tedy dobře použitelná pro dohodovací řízení.

Historická data samozřejmě nejsou přímou predikcí mzdové inflace ve zdravotnictví, jsou ale hlavním zdrojem informací pro takovou predikci.

Průměrný hrubý měsíční výdělek – lékaři specialisté

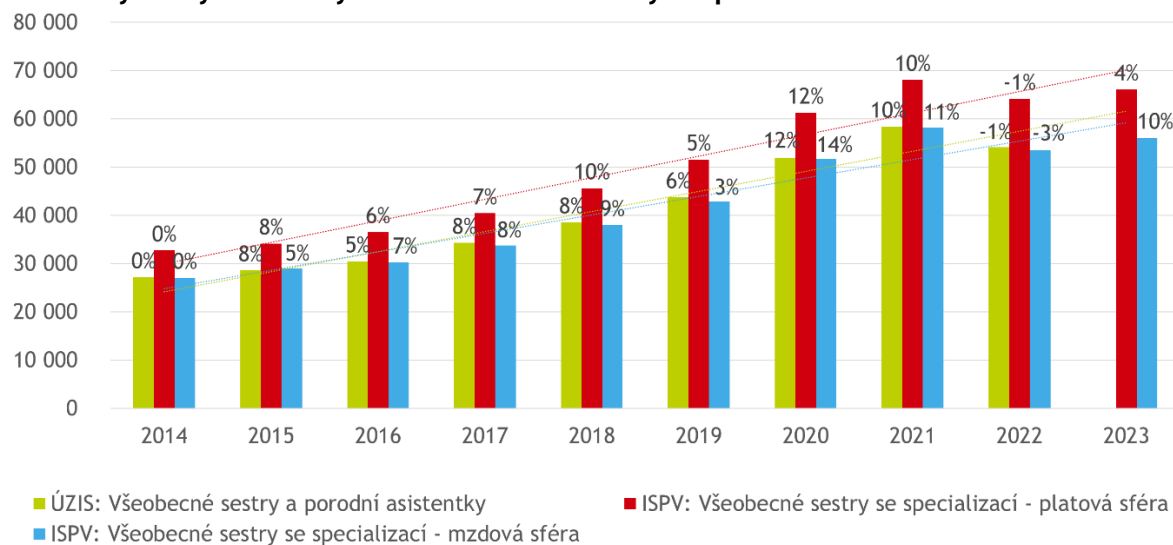


Zdroj: Kapacity a odměňování zdravotnických pracovníků v segmentu lůžkové péče, Průběžná analýza probíhajících resortních statistických šetření za rok 2022, ÚZIS MPSV – Výsledky šetření ISPV

⁶ <https://www.ispv.cz/cz/Vysledky-setreni/Metodika.aspx>

⁷ <https://www.ispv.cz/cz/Vysledky-setreni/Archiv.aspx>

Průměrný hrubý měsíční výdělek – všeobecné sestry se specializací



Zdroj: Kapacity a odměňování zdravotnických pracovníků v segmentu lůžkové péče, Průběžná analýza probíhajících resortních statistických šetření za rok 2022, ÚZIS MPSV – Výsledky šetření ISPV

Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky

ÚZIS plánuje v rámci otevřené datové sady pro podporu DŘ zveřejňovat v květnu data týkající se cenového vývoje v síti referenčních nemocnic za poslední kalendářní rok.

Vstupy nespecifické pro zdravotnictví

Pro sledování a analýzu růstu cen vstupů nespecifických pro zdravotnictví je klíčovým zdrojem Český statistický úřad (ČSÚ), který poskytuje důležité ekonomické ukazatele, jako jsou indexy spotřebitelských cen (CPI)⁸ a indexy cen výrobců (PPI)⁹. Index spotřebitelských cen (CPI) v kontextu zdravotní péče může poskytnout přehled o růstu cen energií, nájmu a dalších spotřebních položek, které ovlivňují náklady zejména menších ambulantních zdravotnických zařízení, jejichž náklady se mění podobně jako v případě spotřebitelů.

Index cen výrobců (PPI) sleduje změny cen, za které výrobci prodávají své produkty, a může být užitečný pro analýzu růstu cen vstupů, jako jsou stavební materiály, pohonné hmoty a energie, u větších poskytovatelů, jejichž náklady jsou ovlivněny spíše cenami výrobců a dodavatelů než cenami drobných spotřebitelů.

Data o indexech CPI a PPI jsou publikována Českým statistickým úřadem na měsíční bázi. Tato data se obvykle zveřejňují v polovině měsíce následujícího po skončení sledovaného období – například údaje za leden jsou k dispozici přibližně v polovině února. Souhrnné statistiky za celý rok s podrobným členěním jsou obvykle publikovány v lednu následujícího roku.

Tabulky níže zobrazují celoroční souhrnné statistiky pro některé vybrané položky z publikovaných podkladů k CPI a PPI, které jsou ke stažení na webu ČSÚ. Indexy lze interpretovat jako průměrný růst cen v daném roce (případně měsíci) oproti roku předchozímu (případně stejnému měsíci předchozího roku). Například dle indexu spotřebitelských cen (CPI) byly ceny potravin v roce 2023 průměrně o 11,3 % vyšší než ve stejném období roku 2022.

⁸ <https://www.czso.cz/csu/czso/indexy-spotrebitelskych-cen-zivotnich-nakladu-podrobne-cleneni-rok-2023>

⁹ <https://www.czso.cz/csu/czso/indexy-cen-prumyslovych-vyrobcu-prosinec-2023>

CPI – ukázka indexu spotřebitelských cen pro vybrané nákladové položky

Kód	Název	Stejně období předchozího roku = 100				
		2022	2023			průměr od poč. roku
		průměr od poč. roku	měsíc			
			month			
Code	Title	average from the beginning of the year	10.	11.	12.	average from the beginning of the year
E00	ÚHRN	115,1	108,5	107,3	106,9	110,7
E01	POTRAVINY A NEALKOHOLICKÉ NÁPOJE	116,7	103,7	101,5	99,7	111,5
E01.1	Potraviny	117,3	103,2	100,7	98,9	111,3
E01.2	Nealkoholické nápoje	111,4	108,8	109,0	107,9	113,2
E03	ODÍVÁNÍ A OBUV	118,6	107,9	107,4	106,1	111,1
E04	BYDLENÍ, VODA, ENERGIE, PALIVA	119,0	119,6	117,0	116,8	116,8
E04.1	Nájemné z bytu	104,9	107,9	107,4	107,3	107,1
E04.5	Elektrická a tepelná energie, plyn a ostatní paliva	130,9	154,7	144,1	143,0	137,2
E05	BYTOVÉ VYBAVENÍ, ZAŘÍZENÍ DOMÁCNOSTI; OPRAVY	112,0	103,3	102,6	102,3	107,6
E06	ZDRAVÍ	108,5	109,2	106,2	106,6	108,8
E07	DOPRAVA	118,1	97,8	97,7	99,8	99,0
E07.1	Nákup automobilů, motocyklů a jízdních kol	112,9	95,7	96,3	96,6	100,1
E07.2	Provoz osobních dopravních prostředků	123,9	97,7	97,1	100,9	95,9
E07.3	Dopravní služby	114,2	107,5	108,4	107,9	112,0
E08	POŠTY A TELEKOMUNIKACE	100,7	103,3	103,2	103,6	103,6
E10	VZDĚLÁVÁNÍ	103,8	106,5	106,4	106,4	107,0

Zdroj: ČSÚ – Indexy spotřebitelských cen (životních nákladů) - podrobné členění – rok 2023

PPI – ukázka indexu cen průmyslových výrobců pro vybrané nákladové položky

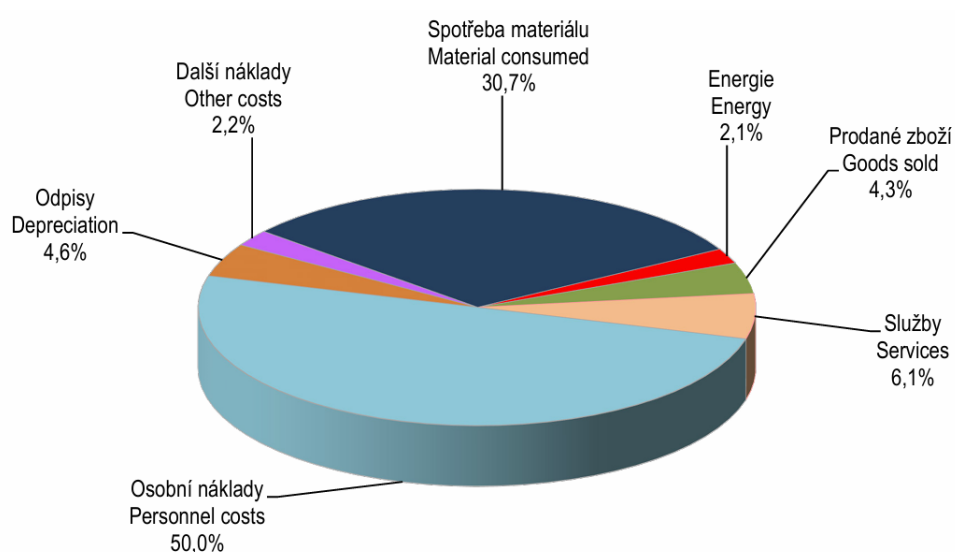
Kód	Název	Stejně období předchozího roku = 100				
		Corresponding period of the previous year = 100				
		2022	2023			Průměr od počátku roku
		Průměr od počátku roku	Měsíc			
Month						
Code	Name	Average from the beginning of the year	10.	11.	12.	Average from the beginning of the year
B,C,D,E	ÚHRN / TOTAL	124,3	100,2	100,8	101,4	105,0
B	TĚŽBA A DOBYVÁNÍ	127,5	140,2	139,7	140,5	146,4
C	VÝROBKY A SLUŽBY ZPRACOVATELSKÉHO PRŮMYSLU	119,5	97,0	97,5	98,6	100,9
10	Potravinářské výrobky, vč. souvisejících služeb a prací	122,6	98,1	96,7	95,9	108,6
11	Nápoje	107,6	110,0	109,2	109,1	112,2
13	Textilie	118,2	95,8	96,2	96,1	102,0
14	Oděvy	106,3	108,5	108,6	109,1	108,4
20	Chemické látky a chemické přípravky	135,2	89,4	90,3	92,8	91,0
212	Farmaceutické přípravky	106,0	104,3	104,1	104,1	105,0
26	Počítače, elektronické a optické přístroje a zařízení	106,9	103,5	104,6	106,3	104,0
27	Elektrická zařízení	106,3	100,5	101,4	100,5	102,0
28	Stroje a zařízení j. n.	111,6	106,6	106,1	105,6	108,0
29	Motorová vozidla (kromě motocyklů), přívěsy a návěsy	101,8	103,9	102,9	103,1	103,7
D	ELEKTŘINA, PLYN, PÁRA A KLIMATIZOVANÝ VZDUCH	150,7	107,0	108,0	106,3	115,8
E	ZÁSOBOVÁNÍ VODOU; SLUŽBY SOUV. S ODPAD. VODAMI	105,3	116,3	116,3	116,3	116,3

Zdroj: ČSÚ – Indexy cen průmyslových výrobců – prosinec 2023

Nákladová struktura poskytovatelů

Jednotlivé typy poskytovatelů zdravotních služeb (například specializované nemocnice, poskytovatelé následné péče, ambulantní poskytovatelé různých odborností, zdravotnická doprava a další) se významně liší strukturou svých nákladů. V důsledku tohoto faktu se také liší souhrnný dopad změn v cenách jednotlivých vstupů. Při znalosti struktury nákladů průměrného poskytovatele určitého typu ale není problém spočítat souhrnný dopad inflace. Zástupci poskytovatelů si tak mohou ze vstupních dat navržených v této kapitole spočítat celkový dopad inflace nebo mohou typickou strukturu nákladů dát k dispozici ostatním účastníkům dohodovacího řízení. Strukturu nákladů některých typů poskytovatelů (zejména lůžkových služeb) má k dispozici ÚZIS. Za poslední uzavřený kalendářní rok ji sice publikuje až v červnu, nákladová struktura se ale meziročně příliš nemění, takže údaje o dopadu **inflace specifické pro zdravotnictví** na jednotlivé typy poskytovatelů mohou být k dispozici už na začátku dohodovacího řízení.

Struktura nákladů nemocnic podle nákladových položek k 31. 12. 2022



Zdroj: ÚZIS – Ekonomické výsledky nemocnic 2022

Vývoj vybraných nákladových položek nemocnic podle zřizovatele (v mil. Kč)

Nemocnice Hospitals	Rok Year	Počet PZS ¹⁾ Number of PHS ¹⁾	Léčiva Drugs	Zdravot. prostředky/ materiál Medical devices	Prodané zboží Goods sold	Služby Services	Osobní náklady Personnel costs	Odpisy Deprecia- tion
MZ MH	2019	19	20 583	10 537	4 086	4 626	39 872	4 088
	2020	20	23 531	10 951	3 884	4 993	48 755	5 832
	2021	20	28 051	11 661	5 159	5 335	54 260	5 604
	2022	20	30 494	12 357	4 705	5 802	51 734	6 797
Krajské Regional	2019	48	5 884	6 170	3 917	3 998	38 003	2 116
	2020	48	6 241	7 079	3 699	4 258	46 048	2 820
	2021	48	8 333	7 931	4 083	4 780	53 162	3 139
	2022	48	9 177	7 713	4 523	5 139	51 016	3 112
Obecní a městské Municipal and city	2019	17	346	763	456	624	5 751	349
	2020	17	390	718	409	679	6 792	412
	2021	16	549	864	369	673	6 999	486
	2022	16	479	852	379	773	6 846	452
Řízené jinou práv. osobou, církevní Managed by other legal entity, ecclesiastical	2019	44	1 254	2 202	731	2 506	9 998	467
	2020	42	1 179	1 775	591	2 197	9 808	472
	2021	45	1 561	2 277	592	2 985	11 557	586
	2022	45	1 742	2 392	861	3 213	11 547	602
Řízené ostatními centrálními orgány Managed by other central organs	2019	3	388	487	196	416	2 555	274
	2020	3	453	542	164	442	3 066	320
	2021	3	574	512	180	403	3 599	326
	2022	3	598	567	196	372	3 424	420

Zdroj: ÚZIS – Ekonomické výsledky nemocnic 2022

Načasování dohodovacího řízení

I při významném zlepšení časové dostupnosti dat (zejména díky plánované otevřené datové sadě ÚZIS na podporu DŘ) zůstává časový průběh dohodovacího řízení výzvou. Na základě rozhovorů s jeho účastníky si dovoluujeme navrhnout dvě myšlenky vedoucí k lepšímu časovému souladu dostupnosti dat a průběhu DŘ:

- Dřívější vyúčtování předchozího roku ze strany zdravotních pojišťoven. Poskytovatelé mají dnes právo doplnit odeslané „dávky“ až do konce března následujícího roku. Následně jsou výsledky ročního vyúčtování k dispozici až v květnu. Zkrácení lhůty pro finální vykázání předchozího roku na konec února by nepředstavovalo žádnou újmu pro poskytovatele a umožnilo by zdravotním pojišťovnám provést vyúčtování již v dubnu. Začátkem května by tedy pro účastníky DŘ mohla být k dispozici kompletní aktualizovaná sada dat pro jejich rozhodování.
- Pokud se to ukáže jako potřebné, lze zvážit i posunutí termínu ukončení DŘ, například na konec června nebo maximálně polovinu července. Toto posunutí má nicméně za důsledek zkrácení času, který má MZ ČR na přípravu úhradové vyhlášky. Pokud se ale podaří mít k dispozici kompletní aktualizované podklady na začátku května, může MZ ČR své záměry propočítávat do určité míry paralelně s probíhajícím DŘ. Každopádně je nutno připomenout, že vyšší počet uzavřených dohod (reflektujících dostupná fakta) znamená menší zátěž MZ ČR při přípravě úhradové vyhlášky – jak ve smyslu technické přípravy, tak ve smyslu menšího tlaku lobbistů.

Zdroje

Následující kapitola představuje datové zdroje, které byly použity k sestavení zprávy:

- Úhradová vyhláška a odůvodnění k úhradové vyhlášce 2024 a 2025
- Ročenka VZP ČR za rok 2022
- Zpráva analytické komise o vývoji příjmů a nákladů na zdravotní služby hrazených z prostředků v. z. p. v letech 2014-2023
 - o Zpracoval: Ing. J. Mrázek, MBA, předseda AK DŘ
- Hodnocení vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2022 a 2023
 - o Zpracováno odbornými pracovišti Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva financí ČR v květnu a červnu 2023
- Hodnocení předpokládaného vývoje systému veřejného zdravotního pojištění na základě návrhů zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven na rok 2024
 - o Zpracováno odbornými pracovišti Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva financí ČR v prosinci 2023
- ÚZIS – Ekonomické výsledky nemocnic 2022:
 - <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8448>
- Údaje o inflaci, HDP, vývoji cen a populační data (projekce obyvatelstva)
 - o MF ČR – Makroekonomická predikce (duben, srpen 2024)
 - <https://www.mfcr.cz/cs/rozpocetova-politika/makroekonomika/makroekonomicka-predikce/2024>
 - o ČSÚ
 - Tabulky dodávek a užití (národní účty):
 - https://apl.czso.cz/pll/rocenka/rocenkaout.dod_uziti?mylang=CZ
 - Spotřebitelské ceny:
 - <https://www.czso.cz/csu/czso/indexy-spotrebitelskych-cen-zivotnich-nakladu-podrobne-cleneni-rok-2023>
 - https://www.czso.cz/csu/czso/spotrebni_kos_archiv
 - Výrobní ceny:
 - <https://www.czso.cz/csu/czso/indexy-cen-prumyslovych-vyrobcu-prosinec-2023>
 - Projekce obyvatelstva:
 - <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2023-2100>
- Data k růstu mezd a platů
 - o ÚZIS
 - <https://www.uzis.cz/res/f/008443/nzis-rep-2023-e04-personalni-kapacity-odmenovani-2022.pdf>
 - Kapacity a odměňování zdravotnických pracovníků v segmentu lůžkové péče – Průběžná analýza probíhajících resortních statistických šetření za rok 2022
 - o MF ČR – Celá ekonomika – Makroekonomická predikce (duben, srpen 2024)
 - <https://www.mfcr.cz/cs/rozpocetova-politika/makroekonomika/makroekonomicka-predikce/2024>
 - o MPSV – Výsledky šetření ISPV – data o hrubém měsíčním výděлку podle podskupin a kategorií zaměstnání CZ-ISCO
 - <https://www.ispv.cz/cz/Vysledky-setreni/Archiv.aspx>
 - o ČSÚ
 - <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/prumerne-mzdy-2-ctvrtleti-2023>