

*Transparency International - Česká republika*

**ODHAD ZTRÁT Z TITULU NETRANSPARENTNÍHO  
A NEEFEKTIVNÍHO NASTAVENÍ SYSTÉMU VEŘEJNÉHO  
ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICCE**

*Kolektiv autorů | Praha 2007*

Odhad ztrát z titulu netransparentního a neefektivního nastavení  
systému veřejného zdravotnictví v České republice

Kolektiv autorů pod vedením Ing. Jana Pavla, PhD.

Za podporu projektu děkujeme Nadaci Open Society Fund



## Odhad ztrát z titulu netransparentního a neefektivního nastavení systému veřejného zdravotnictví v České republice

Zdravotní péče pohlcuje ve vyspělých zemích poměrně značnou část ekonomických zdrojů. V případě České republiky se hodnota výdajů směřujících do této oblasti pohybuje kolem 7 % HDP, což například v roce 2005 představovalo částku kolem 210 mld. Kč. Většina těchto prostředků (89 % v roce 2005) je vynakládána z veřejných zdrojů, které jsou představovány státním rozpočtem, rozpočty územních samospráv a zejména zdravotními pojišťovnami. Vedle dominantní role veřejného sektoru z hlediska financování je systém zdravotnictví charakterizován i velmi vysokou mírou regulace. Vysoký objem veřejných prostředků a dominantní role státu v regulačních procesech však vzhledem k nízké kvalitě institucionálního prostředí, nerespektování platné legislativy i přímému korupčnímu jednání přináší značná rizika ztrát nevýznamného objemu veřejných prostředků.

Současný systém financování zdravotnictví se dlouhodobě ukazuje jako neschopný zajistit stabilní fungování zdravotnictví. To se obecně projevuje opakovanými „finančními“ krizemi, které většinou končí různými oddlužovacími akcemi financovanými z veřejných prostředků.<sup>1</sup> Tyto akce však představují pouze jednorázové „napumpování“ dodatečných veřejných prostředků a obecně neřeší systémové nedostatky.

Důvody pro problematické fungování současného financování zdravotnictví lze hledat ve dvou rovinách. První je obecná filozofie systému zdravotní péče založená na dominanci veřejného sektoru a masivní regulaci. Případné změny v této oblasti jsou však otázkou politického rozhodnutí a nejsou předmětem této analýzy.<sup>2</sup>

Druhá rovina problémů současného financování zdravotnictví je představována množstvím selhání ve fungování stávajícího systému. Ta vyúsťují buď v úniky prostředků nebo v neefektivní alokaci zdrojů. Příčinou daného stavu je zejména nízká transparentnost rozhodovacích procesů (např. postupy kategorizační komise), destimulační nastavení některých subsystemů (např. nemocenské pojištění) a v některých případech i korupce (např. veřejné zakázky). Eliminace těchto problémů by s sebou mohla přinést relativně značné prostředky, které by tak podpořily stabilitu systému. Cílem předložené analýzy je identifikovat

---

<sup>1</sup> Typickým příkladem takovýchto akcí je oddlužování nemocnic či zvyšování pojistného za státní pojištěnce s cílem zlepšení finanční situace VZP.

<sup>2</sup> Nastavení současného systému se bohužel vyznačuje takovým rozdělením rolí jednotlivých subjektů (regulátor, plátcé, spotřebitel apod.), které podporuje jeho korupční charakter – podrobněji např. TI (2005): Matrice vztahů ve zdravotnictví a jejich korupční rozhraní.

právě tato problematická místa a prostřednictvím odhadu výše ztracených prostředků upozornit na jejich závažnost.

Na tomto místě je nutné zdůraznit, že případné změny, které by vedly k nápravě zjištěných nedostatků, jsou vesměs založeny na „pouhém“ vynucování platné legislativy, zvýšení transparentnosti rozhodovacích procesů nebo technických úpravách systému. Tyto úpravy by ve svém důsledku neměnily základní charakteristiky současného systému ve smyslu změny v dostupnosti zdravotní péče, daňového zatížení obyvatelstva či míře spoluúčasti pacientů. Obecně se jedná o čistě technické problémy, kde nelze předpokládat větší ideový střet politických představitelů z důvodu odlišného politického názoru. Jejich implementace je možná bez ohledu na politickou konstelaci a nevyžaduje žádné významnější dodatečné finanční zdroje.

Následující tabulka uvádí přehled oblastí, ve kterých lze identifikovat riziko ztráty nebo neefektivního vynaložení prostředků v systému zdravotnictví. Pokud to existující datové zdroje umožňují, byl v některých případech proveden i odhad ztracených prostředků.<sup>3</sup> Z hlediska objemu potenciálně ohrožených prostředků se jedná o značně heterogenní soubor, kdy v některých oblastech se ztráty pohybují v řádech miliard (nemocenské pojištění) a někde pouze v milionech (falešné recepty, netransparentní obsazování manažerských pozic). Dle našeho názoru je však nutné se zaměřit na všechny oblasti.<sup>4</sup>

Dosud se podařilo provést odhad ztrát v šesti vybraných oblastech. **Na základě provedených analýz lze tedy hodnotu ztrát (resp. neefektivně vynaložených prostředků) ve zdravotnickém systému v roce 2005 odhadovat na nejméně 20,1 mld. Kč.<sup>5</sup> Jedná se o částku, která odpovídá 0,67 % HDP a 9,5 % prostředků vynaložených ve zdravotnictví.** Pokud bychom k tomuto číslu přičetli i ztráty v systému nemocenského pojištění, který v současné době funguje odděleně, odhad se zvýší na 27,6 mld. Kč.

Z výše uvedených čísel vyplývá nejen závažnost problému, ale i potenciální zdroj „volných“ prostředků, které lze ze systému získat v řadě případů pouhým vynucováním platné legislativy nebo zvýšením transparentnosti rozhodovacích procesů.

---

<sup>3</sup> Při interpretaci uvedených hodnot je však nutné brát zřetel na fakt, že se jedná o odhady založené na řadě zjednodušujících předpokladů. Ambicí námi prezentovaných údajů není vyčíslení ekonomických neefektivností na korunu přesně, ale spíše upozornění na závažnost problému.

<sup>4</sup> Vedle problémových okruhů uvedených v tabulce lze v současném systému najít i další oblasti, které nyní ovšem nelze kvantifikovat, neboť nejsou k dispozici vhodná data. Jejich zpracování si v budoucnu vyžádá hlubší a časově náročnější analýzu.

<sup>5</sup> Vzhledem k tomu, že ztráty v řadě problémových okruhů nebyly dosud kvantifikovány, jeví se jako pravděpodobné, že finální hodnota neefektivně vynaložených prostředků se pohybuje někde kolem 25 mld. Kč.

## Hlavní problémová místa v systému financování zdravotnictví v ČR

Oblast	Dílejší oblast	Podrobnější vymezení problému	Odhad ztrát (pokud byl již proveden) mil. Kč
Léky a léková politika	Vliv farmaceutických firem na rozhodování lékařů	„Motivování“ lékařů k předepisování určitých léčiv dealery jednotlivých firem. Touto motivací jsou např. výjezdy na zahraniční konference. Vzhledem k pozici farmaceutických firem lze předpokládat plný přesun těchto nákladů do ceny léků.	?
	Falešné recepty	Obtížná identifikace a zachycení falešných receptů.	380
	Postupy v kategorizační komisi	Fungování kategorizační komise je poměrně netransparentní. Lze identifikovat nedostatečné zapojení soutěžních metod mezi dodavateli léků.	?
Zdravotnický materiál	Vliv farmaceutických firem na rozhodování lékařů	„Motivování“ lékařů k využívání určitého typu zdravotnického materiálu dealery jednotlivých firem. Touto motivací jsou např. výjezdy na zahraniční konference. Vzhledem k pozici těchto firem lze předpokládat plný přesun těchto nákladů do ceny léků.	?
Investice	Přístrojová technika	Neoptimální prostorová alokace speciálních přístrojových zařízení vedoucí ke vzniku regionů s nadměrnými kapacitami.	?
	Stavební investice	Neoptimální prostorová alokace stavebních investic vedoucí k nevyužívání některých rozsáhlých stavebních celků.	?
Nemocnice	Nadbytečná kapacita lůžkové péče	Nadprůměrné množství akutních nemocničních lůžek a příliš dlouhá průměrná ošetrovací doba.	7 000
Korupce v ordinacích, neefektivní nastavení systému	Nemocenská	Současný systém nemocenského pojištění se ukazuje jako neefektivní a generuje příliš vysokou nemocnost.	2 400
	Operační výkony	Podplácení s cílem získání zvýhodnění při operaci.	?
	Diagnostika	Neefektivní využívání nejmodernějších diagnostických postupů i v případech, kdy by postačovalo vyšetření nižšího řádu.	?
	Preskripce a příliš vysoká návštěvnost lékařů.	Nadměrná návštěvnost ambulantních lékařů často spojená s předepisováním volně prodejných léků.	6 000
Nezohlednění nových léčebných postupů	Lázeňské poukazy	Neaktuální indikační seznam, který předepisuje lázeňský pobyt i v případech, kdy to nové léčebné postupy nevyžadují.	450

Politická korupce a nekompetentnost	Netransparentní obsazování manažerských pozic	Řada vysokých manažerských postů je obsazována bez otevřených výběrových řízení. Výkony takto dosažených manažerů s sebou pak přinášejí ekonomické ztráty zdravotnických zařízení.	?
	Schvalování sporné legislativy	Zákony v oblasti zdravotní péče jsou v řadě případů vzájemně nekonzistentní a některé jejich části i protiústavní. Jejich implementace s sebou přináší vysoké transakční a v některých případech i utopené náklady.	?
Veřejné zakázky	Nerespektování platné legislativy	Časté obcházení a porušování zákona o veřejných zakázkách a nedostatečná funkce kontrolního systému vede k tomu, že řada zakázek je realizována za vyšší cenu, než by bylo možné dosáhnout při otevřených a transparentních procesech.	3 900
Akreditační a grantová komise	Rozdělování dotací	Netransparentní rozdělování dotačních titulů spojená s absencí vyhodnocování efektivnosti.	?
<b>Celkem systém veřejného zdravotního pojištění</b>			<b>20 130</b>
Ztráty v systému nemocenského pojištění			7 500
<b>Celkem systém veřejného zdravotního pojištění a nemocenského pojištění</b>			<b>27 630</b>

Pozn.: ? – pro odhad není k dispozici dostatečné množství dat nebo není vyvinuta použitelná metodika.

## Falešné recepty

Zdravotní pojišťovny vydaly v roce 2005 na úhradu léků a PZT na základě předepsaných receptů 41,8 mld. Kč.<sup>6</sup> Ne všechny z předložených receptů jsou však pravé; podle odhadů lékárníků je až každý stý recept falešný. Jejich „výrobci“ jsou zejména narkomané (orientují se na léky, z nichž lze dalším zpracováním získat omamné látky), cizinci ze zemí, kde jsou léky dražší než u nás, případně nejsou k dostání vůbec a „obchodníci“, kteří získané léky dále prodávají zpravidla prostřednictvím internetu.<sup>7</sup>

Odhad ztracených prostředků vychází z předpokladu, že průměrná cena správného i falešného receptu je stejná. Hodnota léků, které jsou na falešných receptech předepsány, se tak pohybuje kolem 418 mil. Kč. Z této částky zdravotní pojišťovny zachytí recepty v hodnotě pouze 30-35 mil. Kč. Výsledná ztráta v systému veřejného zdravotního pojištění se tak pohybuje kolem hodnoty 380 mil. Kč.<sup>8</sup>

**Na základě výše uvedené analýzy lze v roce 2005 odhadovat ztrátu z titulu existence falešných receptů na 380 mil. Kč.**

---

<sup>6</sup> ÚZIS (2006): Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005, Praha.

<sup>7</sup> Kurková, M.: Jak se bránit falšování receptů?, Zdravotnické noviny 5.5.2006.

<sup>8</sup> Vedle škod v systému veřejného zdravotního pojištění generují falešné recepty ještě ztráty lékárníkům a také vyčerpávají limity lékařů, na jejichž jméno jsou vystaveny.

## Odhad ztrát z nadbytečné kapacity lůžkové péče

Kapacita akutní nemocniční sítě se sice v České republice průběžně snižuje, ale i tak je o třetinu vyšší než je průměrná hodnota v EU. Pokud bychom se chtěli dostat na úroveň států, které ekonomickými nástroji zvýšily efektivitu poskytování akutní ústavní péče, jako je Austrálie nebo USA, měla by nám stačit třetina současné kapacity. Vyjádřeno v číslech má ČR 614 akutních nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel a osmidenní průměrnou ošetrovací dobu, v zemích EU je průměrně 412 (ve starých zemích 393) akutních nemocničních lůžek na 100 000 obyvatel a průměrná ošetrovací doba je 6,77.<sup>9</sup> Při ročních nákladech akutní ústavní péče ve výši 68,1 miliard Kč se v její nadbytečné kapacitě skrývá teoretická rezerva ve výši 22,7 miliard Kč, pokud se porovnáváme s EU. Je zřejmé, že zvýšením efektivity v poskytování akutní lůžkové péče se nemůže uvolnit celá tato částka. Na jedné straně se zvýší jednotkové náklady na provozování akutního nemocničního lůžka a straně druhé se další díl nákladů přesune do oblasti ošetrovatelské a sociální péče. Nicméně přímá ztráta způsobená nadbytečnou kapacitou akutní lůžkové péče se dá kvalifikovaně odhadnout **na 7 miliard Kč ročně**.

---

<sup>9</sup> ÚZIS (2006): Zdravotnická ročenka ČR 2005, Praha; HFA-DB, WHO, data za rok 2005.



## Ztráty plynoucí z nevhodného nastavení systému nemocenského pojištění

Míra pracovní neschopnosti je v České republice velmi vysoká. Dlouhodobě se průměrná pracovní neschopnost<sup>10</sup> pohybuje nad 6 %. Tato hodnota je v porovnání se zahraničím značně vysoká (např. na Slovensku se hodnota tohoto ukazatele pohybuje kolem 4,5 %, v Rakousku 3,5 % a ve Velké Británii 3,7 %) a ukazuje na zneužívání systému a z toho plynoucí ztráty. Důvodem tohoto neuspokojivého stavu jsou zejména relativně vysoké čisté náhradové poměry pro nízkopříjmové zaměstnance a také nepropojení nemocenského pojištění se systémem veřejného zdravotního pojištění. Nemocenské pojištění je administrováno Českou správou sociálního zabezpečení a ta není zřejmě schopna plošně zabránit přílišné ochotě lékařů vydávat „neschopenky“ i v případech medicínsky neodůvodněných.<sup>11</sup> Důvodem dlouhodobé pracovní neschopnosti je v některých případech i pomalá a nekvalitní diagnostika a neefektivní léčba.

Zneužívání systému nemocenského pojištění s sebou samozřejmě přináší značné ztráty, které lze identifikovat na několika místech. Především se jedná o „zbytečné“ platby nemocenské. Náklady však vznikají i na úrovni veřejného zdravotního pojištění, kdy tento systém pokrývá zbytečné úkony lékařů i předepsané léky. Vedle těchto přímých nákladů je však nutné uvažovat i o nákladech nepřímých – implicitních, které jsou představovány výpadkem příjmů na pojistném na nemocenské a veřejné zdravotní pojištění. Odhad těchto ztrát je předmětem následující analýzy.

V roce 2005 dosáhl ukazatel průměrné pracovní neschopnosti hodnoty 6,13 %. Tato hodnota je, jak již bylo uvedeno, podstatně vyšší než v zahraničí. Český statistický úřad přitom odhaduje, že hodnota tohoto ukazatele by se při správném nastavení systému měla pohybovat někde mezi 4,25 a 4,5 %.<sup>12</sup> To v praxi znamená, že každý den „neoprávněně“ stoná přes 72 tis. lidí.

V roce 2005 vyplatila Česká správa sociálního zabezpečení nemocenské v celkové výši 26,3 mld. Kč. Pokud by se průměrná pracovní neschopnost pohybovala kolem objektivní hodnoty 4,5 %, znamenalo by to úsporu na nemocenském pojištění ve výši cca 7 mld. Kč. Vedle toho lze však

---

<sup>10</sup> Průměrná pracovní neschopnost vyjadřuje, kolik osob ze sta je v průměru v daném období uznáno práce neschopnými. Tak např. průměrné procento pracovní neschopnosti 6,13 v roce 2005 znamená, že ze sta osob nemocensky pojištěných bylo po celý rok 2005 práce neschopno v průměru 6,13 osoby.

<sup>11</sup> Podrobněji viz např. Zámečník, M. (2004): Propojení systému veřejného zdravotního pojištění a nemocenského pojištění – Ekonomická analýza, studie, Praha.

<sup>12</sup> ČSÚ (2005): Vývoj pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v letech 1990-2003, dostupné na [http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/publ/1127-05-1990\\_2003](http://www.czso.cz/csu/2005edicniplan.nsf/publ/1127-05-1990_2003).

předpokládat i pokles nákladů veřejného zdravotního pojištění, a to v rozsahu 820 mil. Kč. Dále je možné kalkulovat i s úsporami na straně výdajů veřejných rozpočtů, příspěvkových organizací a jiných organizací na zdravotní péči ve výši 125 mil. Kč.<sup>13</sup> Celkové přímé ztráty tak dosahují cca 7 950 mil. Kč. Z této částky se cca 7 mld. týká systému nemocenského pojištění, který je administrován Českou správou sociálního zabezpečení, a zbytek – tedy cca 950 mil. Kč – jsou ztráty v systému veřejného zdravotního pojištění.

Vedle přímých ztrát je však nutné kalkulovat i se ztrátami nepřímými, představovanými výpadkem příjmů obou pojistných systémů.<sup>14</sup> V rámci kvantifikace těchto příjmových výpadků je tak nutné odhadnout, kolik by 72 tisíc neoprávněně nemocných lidí odvedlo na pojistném na nemocenské a veřejné zdravotní pojištění. Vzhledem k tomu, že systém nemocenského pojištění je zneužíván spíše skupinami lidí s nižší než průměrnou mzdou, budeme předpokládat, že neoprávněně nemocní pobírají dvě třetiny průměrné mzdy.<sup>15</sup> V roce 2005 tak nebylo odvedeno pojistné na nemocenské a veřejné zdravotní pojištění z celkového objemu hrubých mezd ve výši 11 mld. Kč.<sup>16</sup> Na tento objem mezd aplikujeme sazbu nemocenského (4,4 %) a veřejného zdravotního pojištění (13,5 %). Výpadek příjmů tak v prvním případě činí 485 mil. Kč a v druhém 1 485 mil. Kč. Celkové implicitní náklady tak činí 1 970 mil. Kč.

Po sečteních přímých a nepřímých ztrát lze uzavřít, že **nevhodně nastavený systém nemocenského pojištění vygeneroval v roce 2005 celkovou ztrátu v hodnotě kolem 9,9 mld. Kč. Tu nese ve výši cca 7,5 mld. Kč systém nemocenského pojištění a ve výši 2,4 mld. systém veřejného zdravotního pojištění.**

## „Sociální“ preskripce a příliš vysoká návštěvnost lékařů

---

<sup>13</sup> Uvedené hodnoty vycházejí z odhadů ČSÚ pro rok 2003 uvedených v „Vývoj pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v letech 1990-2003“. Tyto odhady, založené na analýze zdravotnických účtů, byly upraveny o pokles počtu „neoprávněně“ nemocných a o růst cenové hladiny.

<sup>14</sup> Pokud bychom chtěli kalkulovat s celkovými dopady na veřejné rozpočty, bylo by nutné analýzu rozšířit i na problematiku daně z příjmů fyzických osob, pojistného na sociální zabezpečení apod. To však již přesahuje rozsah této studie a není ani z hlediska sledovaného cíle relevantní.

<sup>15</sup> V rámci této analýzy nezohledňujeme, že část těchto neoprávněně nemocných mohou být osoby samostatně výdělečně činné. Vzhledem k jejich váze v počtu nemocensky pojištěných má však toto zjednodušení na výsledek odhadu minimální vliv.

<sup>16</sup> Dvě třetiny průměrné mzdy činily v roce 2005 12 687 Kč. Celkový objem nevyplacených mezd tak vypočítáme jako násobek odhadované mzdy (12 687), počtu neoprávněně nemocných (72 300) a dvanácti měsíci.

Fungování zdravotnického systému České republiky je zatěžováno značnou frekvencí návštěv pacientů u ambulantních lékařů. V roce 2005 proběhlo celkem 156 tisíc vyšetření/ošetření, přičemž největší část připadla na praktické lékaře pro dospělé (téměř 50 tisíc) a zubaře (21 tisíc).<sup>17</sup> V počtu návštěv lékařů tak drží Česká republika jednoznačné prvenství v Evropě, kdy na jednoho obyvatele připadá průměrně 15 návštěv lékařů ročně, zatímco průměr EU je pouze 6,6.<sup>18</sup> Takto vysoká hodnota je zřejmě důsledkem neefektivně nastaveného systému, kdy lidé často chodí k lékaři zbytečně, někdy s cílem získat předpis na léky, které jsou volně prodejné (tzv. „sociální“ preskripce). Část těchto nadměrných návštěv je také generována neefektivně nastaveným systémem nemocenského pojištění.

Již při pouhém porovnání frekvence návštěv se sousedními zeměmi lze usuzovat, že jejich snížením by bylo možné získat ne nevýznamné prostředky. Jejich velikost lze odhadnout tak, že budeme předpokládat pokles průměrného počtu návštěv na 12 ročně, čímž by se Česká republika dostala na úroveň Slovenska nebo Maďarska. Uvedený předpoklad by se rovnal poklesu o 20 %, což při nákladech zdravotních pojišťoven na ambulantní péči (bez stomatologických ordinací) ve výši 29 mld. Kč znamená úsporu cca 5,8 mld. Kč. Od poklesu návštěv ambulantních zařízení je možné očekávat i snížení výskytu tzv. „sociální“ preskripce s odhadovanou úsporou kolem 200 mil. Kč.

**Na základě výše uvedených předpokladů lze uzavřít, že příliš vysoké používání ambulantní péče a tzv. „sociální preskripce“ znamená roční neefektivní vynaložení prostředků veřejného zdravotního pojištění ve výši cca 6 mld. Kč.**

---

<sup>17</sup> ÚZIS (2006): Zdravotnictví ČR 2005 ve statistických údajích, dostupné na [http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search\\_name=Zdravotnictví%20ČR&region=100&kind=2&mnu\\_id=5300](http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=Zdravotnictví%20ČR&region=100&kind=2&mnu_id=5300).

<sup>18</sup> Rokosová, M. – Háva, P. (2005): Health Care Systems in Transition, World Health Organization.

## Přiznávání lázeňské léčby

Vyhláška č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost, je stále častěji terčem kritiky revizních lékařů zdravotních pojišťoven. Důvodem je zejména její neaktuálnost a nereagování na zavádění nových technologií v léčbě, které vedou k omezování nutného absolvování lázeňské léčby např. po operačním zákroku. To se týká zejména oblasti kardiologie (stenty), laparoskopických chirurgických a ortopedických operačních výkonů a výkonů gynekologických. Nové technologie jsou neinvazivní nebo miniinvazivní, rekonvalescence po jejich absolvování je minimální a trvání na absolvování následné lázeňské léčby považujeme za zbytečné.

Ačkoli je v zákoně č. 48/1997 Sb. v pozdějším znění jednoznačně uvedeno, že komplexní lázeňská péče navazuje na ústavní či specializovanou ambulantní péči a je zaměřena na doléčení, zábranu vzniku invalidity, případně její minimalizaci, lze zřetelně vysledovat tendenci doporučovat lázeňskou léčbu bez vyčerpání léčebných možností v místě bydliště. To se týká zejména indikací léčby pohybového aparátu, kdy je návrh na léčbu nezřídka vypsán pacientovi, který se kromě lázeňské léčby jinak neléčí. Obdobným problémem je i opakování léčby bez zjevného efektu manifestovaného snížením nákladů. Mimoto léčba má navazovat na hospitalizaci pacienta a tudíž její absolvování s odstupem 3 a více měsíců se jeví jako zcela neúčelné.

V současné době je jasné, že stávající indikační seznam pro lázeňskou léčbu je zastaralý a je třeba předložit návrh nové vyhlášky. Oprávněně se lze domnívat, že výše uvedené nedostatky při přiznávání lázeňské léčby vedou **ke ztrátám ve výši cca 450 milionů korun** ročně z celkového objemu nákladů na lázeňskou léčbu hrazenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění (cca 2,5 mld Kč). Odborné společnosti by se měly snažit o limitaci jednotlivých indikací tak, aby měl revizní lékař oporu pro svá stanoviska, aby praktický lékař měl jasná kritéria pro vypsání návrhu na lázeňskou léčbu a pojištěnec přestal hovořit o svém „nároku“, kdykoli zjistí, že má chorobu uvedenou na seznamu.

## Nedodržování zákona o veřejných zakázkách a nedostatečné používání soutěžních metod při nákupech zboží a služeb

Zdravotnická zařízení mají ve své většině charakter tzv. veřejného zadavatele a při nákupech zboží, služeb a dlouhodobého majetku (investice) se musí řídit zákonem o veřejných zakázkách. Jeho dodržování, jak je obecně známo,<sup>19</sup> nepatří mezi silné stránky veřejného sektoru v ČR a nejinak je tomu i v případě zdravotnických zařízení. Při porušování tohoto zákona však dochází ke ztrátám prostředků, neboť dosažená cena nakupovaných statků a služeb placená z veřejných financí není nejnižší možná. Vzhledem k celkovým výdajům alokovaným v rámci tohoto institutu se jedná o nezanedbatelné částky.

Výdaje, které jsou zdravotnickými zařízeními alokovány prostřednictvím veřejných zakázek, lze rozdělit na dvě skupiny. První tvoří výdaje na pořízení nového hmotného investičního majetku. Jejich velikost se ročně pohybuje kolem 8 mld. Kč a ve své většině jsou tyto prostředky alokovány prostřednictvím otevřených, případně užších řízení. Druhou skupinou jsou výdaje na nákup „běžného“ zboží a služeb, jejichž hodnota v roce 2005 přesáhla 43 mld. Kč.<sup>20</sup>

Odhad ztrát je možné provést na základě určitých zjednodušujících předpokladů pro obě skupiny samostatně. U kapitálových výdajů lze vyjít z údajů publikovaných Úřadem pro ochranu hospodářské soutěže, který je orgánem dohledu nad systémem veřejných zakázek. Z analýzy jeho nálezů vyplývá, že zhruba 30 % veřejných zakázek na realizaci nového hmotného investičního majetku ve zdravotnictví je předmětem řízení ÚOHS a ten v 50 % konstatuje porušení zákona. Pokud budeme předpokládat, že v těchto případech nebyla dosažena nejnižší cena a aplikujeme koeficient neefektivnosti ve výši 12 % zjištěný předchozím výzkumem TI,<sup>21</sup> dostaneme se k číslu 148 mil. Kč. Zde je nutné podotknout, že se jedná o velmi opatrný odhad, neboť kalkuluje s tím, že všechny nepřezkoumané zakázky byly správně provedeny a tedy realizovány za nejnižší možnou cenu.

V případě druhé skupiny (výdaje na nákup „běžného“ zboží a služeb), vycházíme ze situace v ČR, kde pouze 27 % výdajů alokovaných v rámci veřejných zakázek prochází otevřeným řízením. Tato hodnota byla zjištěna v rámci výpočtu ukazatelů transparentnosti trhu veřejných

---

<sup>19</sup> Viz např. TI (2006): Průhledný státní rozpočet, Praha nebo kontrolní závěry NKÚ.

<sup>20</sup> ÚZIS (2006): Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005, Praha.

<sup>21</sup> Koeficient vychází z výzkumu TI v roce 2005, jehož výsledkem bylo zjištění, že ceny zakázek zadávaných v otevřeném řízení jsou v průměru o 12 % nižší než v případě nesoutěžních metod. Podrobněji k výpočtu koeficientu viz <http://www.transparency.cz/index.php?lan=cz&id=2723>.

zakázek v ČR.<sup>22</sup> Z výše uvedeného vyplývá, že více než 31 mld. Kč vynaložených zdravotnickými zařízeními na nákup zboží a služeb neprošlo soutěžní metodou. Na základě již zmíněného výzkumu TI lze odhadnout, že ceny zakázek zadanych v otevřeném řízení jsou v průměru o 12 % nižší než v případě nesoutěžních metod. Aplikací tohoto koeficientu neefektivnosti na částku 31 mld. Kč tak lze odhadovat ztrátu z titulu nedodržování zákona o veřejných zakázkách (případně nedostatečného používání soutěžních metod) na 3,8 mld. Kč.

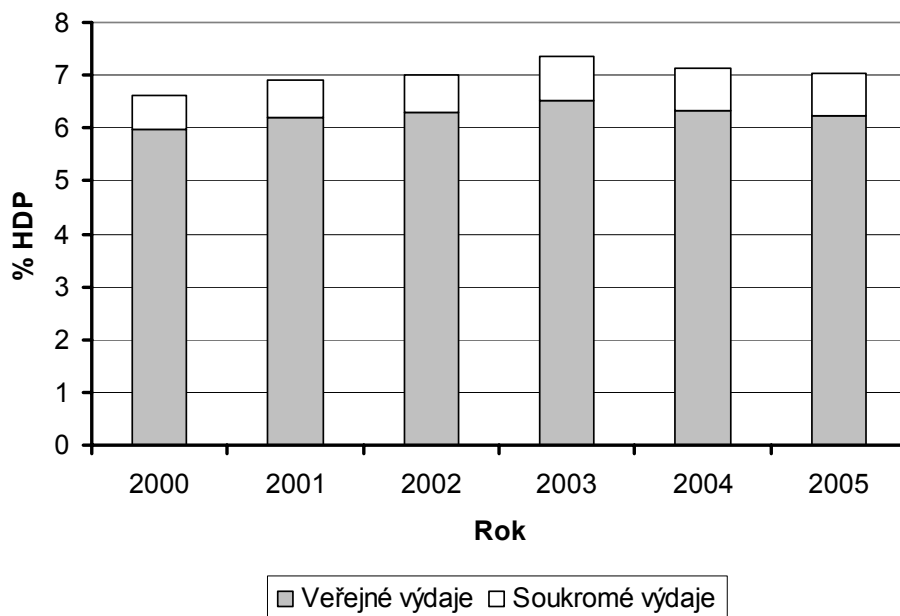
**Na základě výše provedených výpočtů lze uzavřít, že hodnota ztrát z titulu nedodržování zákona o veřejných zakázkách a nedostatečného používání soutěžních metod se pohybuje kolem 3,9 mld. Kč.**

---

<sup>22</sup> Pavel, J. (2006): Ukazatele transparentnosti trhu veřejných zakázek, TI; dostupné na [http://www.transparency.cz/pdf/vz\\_index\\_transparentnosti\\_metodika.pdf](http://www.transparency.cz/pdf/vz_index_transparentnosti_metodika.pdf).

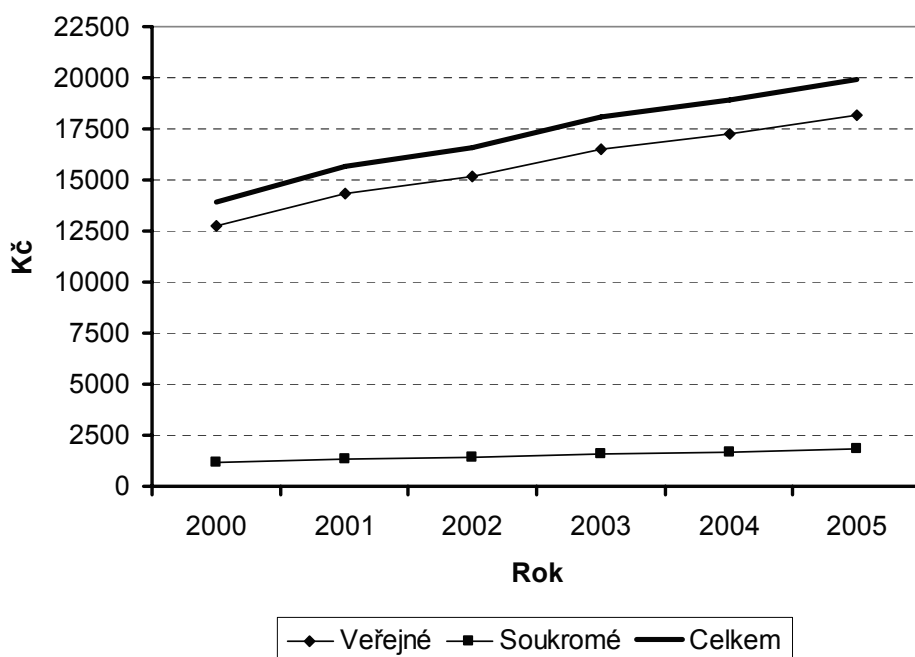
## Grafické výstupy k problematice zdravotnictví

Výdaje ve zdravotnictví jako % HDP v letech 2000-2005



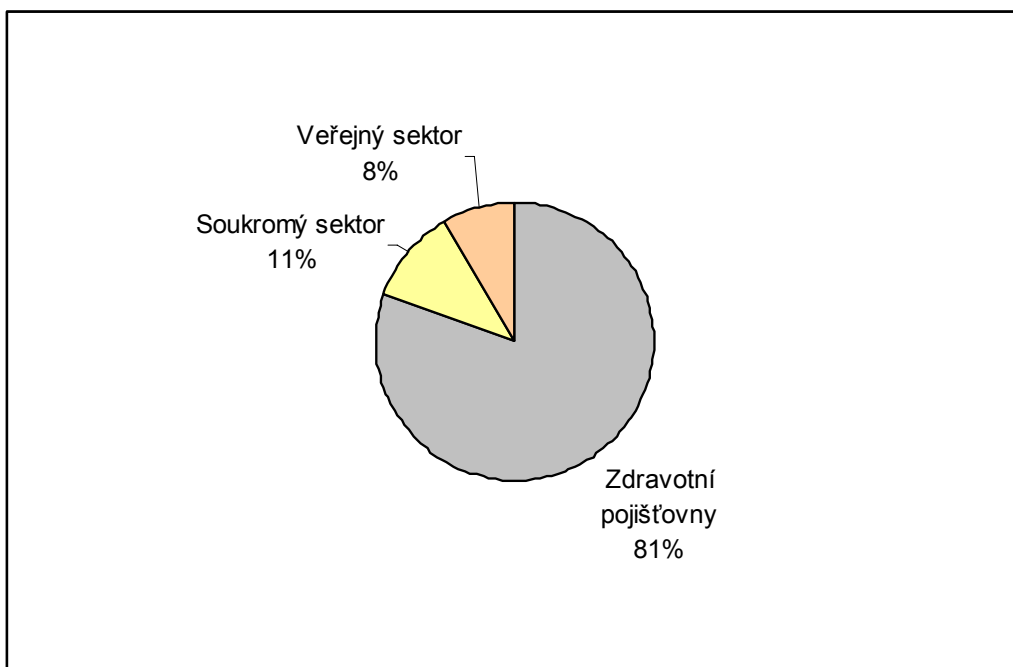
Zdroj: ÚZIS (2006): Zdravotnictví ČR 2005 ve statistických údajích

Průměrné roční výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele České republiky v letech 2000-2005

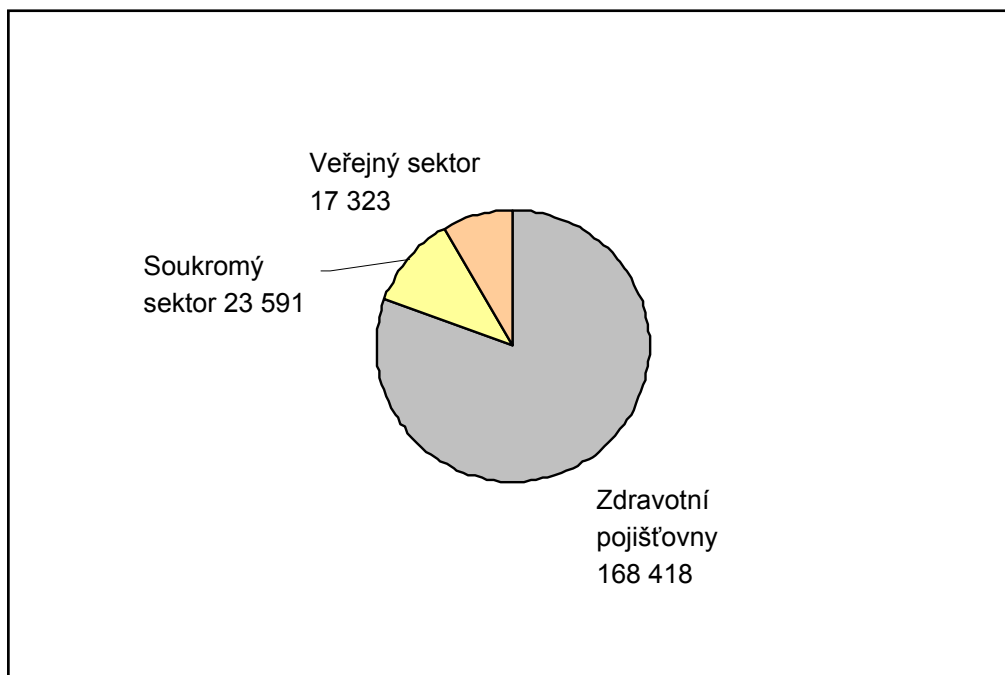


Zdroj: ÚZIS (2006): Zdravotnictví ČR 2005 ve statistických údajích

**Výdaje na zdravotnictví v roce 2005 z hlediska zdrojů financování (% celkových výdajů)**



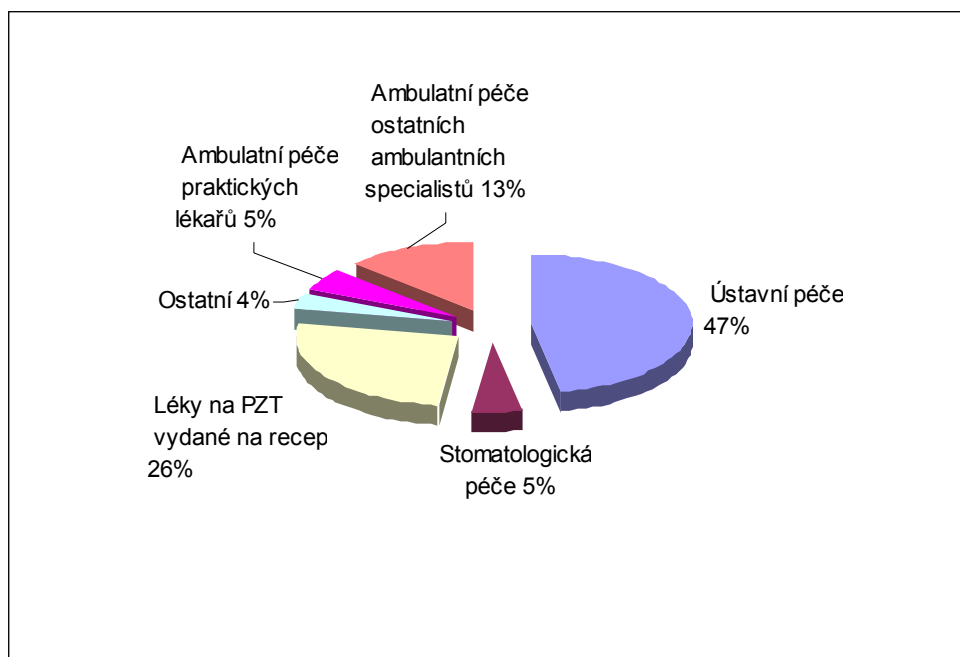
**Výdaje na zdravotnictví v roce 2005 z hlediska zdrojů financování (mil. Kč)**



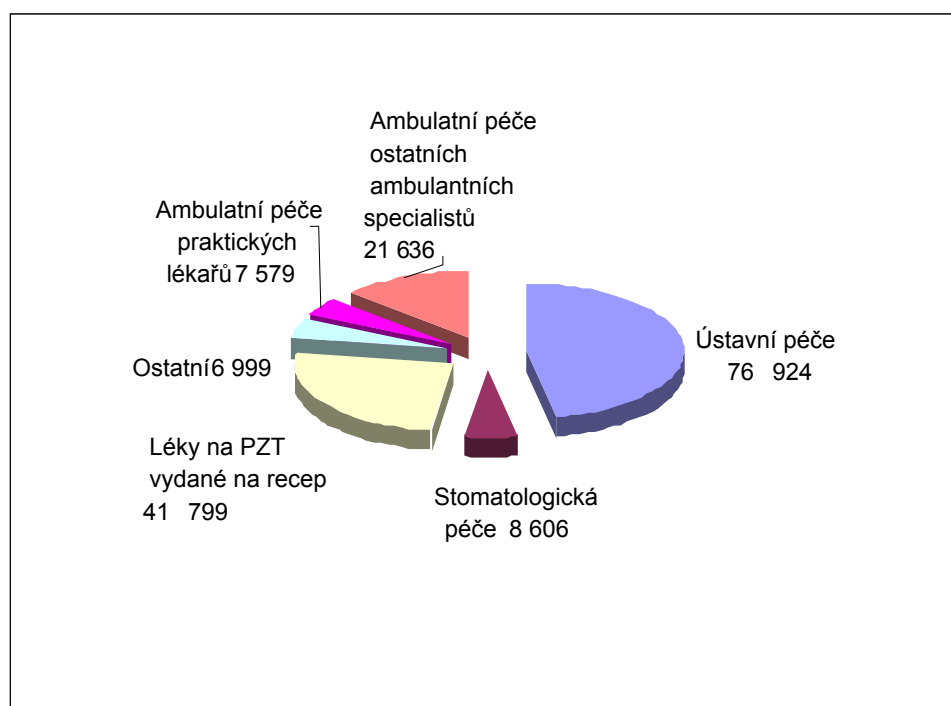
Zdroj: ÚZIS (2006): Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005



**Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v roce 2005 (% celkových výdajů)**



**Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v roce 2005 (mil. Kč)**



Zdroj: ÚZIS (2006): Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005