

Expertiza k vybraným problémům režimu úhrady za zdravotní služby

Zadavatel: doc. ing. Jaromír Vepřek, CSc.

Zpracovatel: JUDr. Ivan Malý, CSc.

Úvod:

Termín „expertiza“ zpravidla navozuje představu něčeho vědeckého, objektivního resp. pravdivého. Řada expertiz se pak tváří jako jediné možné spásné řešení, podložené empiricky ověřitelnými fakty a vycházející ze správného pochopení kauzality popisovaných jevů a vztahů. Záměrem této práce je naopak poukázat na to, že správné pochopení příčinných souvislostí v případě problému režimu úhrady za zdravotní služby zřejmě vede k závěru, že nějaké „nejlepší“ řešení není z tohoto světa. Možná i proto by se mi zdál vhodnější název „*Studie* k vybraným problémům ...“.

Tím ovšem nechci říci, že bych se snad nechtěl explicitně vyjádřit k zadaným otázkám, z jejichž formulace je znát mimořádná erudovanost a v naprosté většině jdou po klíčových problémech transformace našeho zdravotnictví. Jen bych chtěl zdůraznit, že v konečném důsledku je preferovaná varianta řešení vždy závislá na úhlu pohledu experta, jeho představě o smyslu a cílech transformace, jeho zájmech a hodnotách. Navíc se domnívám, že „správnost“ eventuelního řešení nespočívá v tomto případě ani tak v charakteristikách řešení samého, jako spíše v míře konsensu, který o něm panuje resp. bude panovat mezi stranami, které se zúčastňují na jeho tvorbě a implementaci (odborná zdravotnická veřejnost, daňoví poplatníci resp. pacienti, státní orgány, zdravotnický průmysl apod.). Proto pokládám za nutné jít na některých místech textu nad rámec zadaných otázek, ve smyslu dosažení větší míry obecnosti.

Osnova expertizy je v zásadě dána pořadím zadaných otázek. Vzhledem ke svému odbornému zaměření a zkušenostem jsem se zaměřil (po předběžné dohodě se zadavatelem) především na tyto oblasti:

1. porovnání výhod a nevýhod způsobů úhrad primární a nemocniční péče, porovnání alternativních možností, včetně vybraných obecných otázek souvisejících vůbec s možností hodnocení různých režimů úhrady
2. spoluúčast pacienta, poptávka po zdravotních službách
3. organizace zdravotního pojištění
4. předplacená zdravotní péče

Názory obsažené v expertize jsou osobními názory autora a nevyjadřují stanoviska instituce, kde je zaměstnán.

Ad 1) Výhody a nevýhody různých způsobů financování zdravotních služeb

a) *Obecně k možnostem hodnocení*

Je obecně známo, že ekonomická povaha zdravotních služeb vyžaduje rozsáhlé státní ingerence do režimu úhrad nákladů vznikajících při jejich poskytování. Jinde standardní nástroj alokace zdrojů - tržní mechanismus - se zde v čisté podobě v podstatě neobjevuje nikde na světě. Obecně pro to existují dvě skupiny důvodů: **selhání zdravotnických trhů**, která způsobují, že soukromý zdravotnický trh by nebyl efektivní v Paretově smyslu, a **existence nerovnosti** v rozložení příjmů a z ní plynoucí sociální dopady neuspokojování potřeby po zdravotních službách. V této souvislosti ve světě panuje široce rozšířené přesvědčení, že žádnému člověku by neměl být odepřen přístup k jisté úrovni zdravotní péče z důvodu jeho nízkého příjmu. Zdá se, že prakticky všechny západní demokracie tendují k uplatnění zásady, že každý občan by měl mít právo na jistou minimální, přiměřenou nebo základní úroveň péče, a to i přes široce uznávanou skutečnost, že netržní metody poskytování statků vedou k nadměrné spotřebě a s tím souvisejícím neefektivnostem.¹

Formy státní ingerence, tak jak je známe z praxe v různých zemích i z učebnic a ekonomické teorie jsou velice pestré - od dílčí regulace více či méně tržního prostředí až po státní monopol. Velmi významným faktorem pro fungování zdravotnického systému je způsob jeho **financování**. V dnešních vyspělých tržních resp. smíšených ekonomikách je otázka úhrady nákladů spojených s produkcí a poskytováním zdravotní péče řešena velice rozmanitě. Prakticky bychom těžko hledali dvě země se stejným systémem organizace a financování zdravotnictví. Jednotlivé způsoby se od sebe liší zejména podílem zdrojů pocházejících z veřejného sektoru na celkových výdajích, intenzitou a formami státních zásahů, rozsahem přímých úhrad za spotřebované služby, existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem, formami proplácení nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb, způsoby stanovování cen a řadou dalších faktorů.

Různost konkrétních forem a metod napovídá, že existuje i celá řada kritérií používaných pro hodnocení systému zdravotní péče. Mezi základní cíle bude patrně patřit dosahování co nejvyšší medicínské úrovně zdravotní péče poskytované na společensky přijatelném principu co nejširšímu okruhu příjemců v podmínkách co nejefektivnějšího využití disponibilních zdrojů². Minimálně tyto tři aspekty (medicínský,

¹ Tento trend souvisí s chápáním pojmu **spravedlnosti** (equity) ve zdravotnictví. Pravděpodobně nejpodrobněji se jím zabývá britská odborná literatura. Např. Mooney přejímá definici spravedlivého poskytování zdravotnických služeb jako stavu, kdy „onemocnění (definované pacientem nebo jeho rodinou, nebo zdravotnickým pracovníkem) je hlavní determinantou při alokaci zdrojů“ (citováno dle Black, N., 1992). Globální definice kladou důraz na skutečnost, že by žádná zvláštní skupina obyvatel (chudí, etnické skupiny, ženy apod.) neměla být vyloučena z využívání přístupu ke zdravotní péči; ani když jde o nemoc, ani když jde o ohrožení zdravotního stavu. Jde o typické přijetí **potřeby** za základnu pro úvahy o spravedlnosti. Alternativním pojetím je přijetí **poptávky** (ochoty, resp. v konečném důsledku schopnosti zaplatit) za základ dalších úvah. To je obvyklé u amerických autorů (např. Rapoport (1982), Feldstein (1993)). Obě alternativy mají pochopitelně poněkud odlišné dopady na konkrétní zdravotnickou politiku a tím i na metody financování zdravotnických služeb. Na tomto místě není možné se pouštět do hlubších rozborů. Obecně se však dá říci, že první pojetí spravedlnosti tenduje k upřednostňování financování ze státního rozpočtu nebo cestou povinného všeobecného zdravotního pojištění, kdežto druhé vede spíše k mechanismům napravujícím dopady nerovnosti příjmů prostřednictvím účelových veřejných programů apod.

² Např. Ginzberg (1954:104-119) uvádí základní filozofii pracovní komise pro zdraví, kterou si ve své době zřídil prezident Truman (USA). Tato filozofie vycházela z následujících principů:

sociální, ekonomický) by pak měly tvořit rámec, vůči němuž by měla být vztahována veškerá hodnocení a porovnávání. Váhy, které expert, společnost resp. decizor přisuzují těmto faktorům, jsou pochopitelně různé, tudíž i posuzování „výhodnosti“ resp. „nevýhodnosti“ se bude lišit. Co může být pro někoho zásadním systémovým nedostatkem, může být pro jiného přirozeným dopadem systémově správného opatření apod.

S vědomím relativnosti a velké míry subjektivity hodnocení lze přistoupit k identifikaci silných a slabých stránek systému zdravotní péče v ČR resp. k hodnocení režimu financování zdravotních služeb. Vycházím při tom z následujících principů:

1. Efektivnost využití zdrojů vynakládaných na zdravotnické služby je nástrojem dosažení kvalitní a dostupné zdravotní péče, nikoliv samotným cílem.

2. Efektivnost využití zdrojů je ovlivňována zejména: a) chováním příjemců služeb, b) chováním poskytovatelů služeb, c) chováním plátců. Finanční nástroje mohou ovlivňovat všechny i jen některé z nich, přičemž mohou působit shodně i protikladně.

3. Pro chování příjemců služeb, resp. pro výši a strukturu poptávky po zdravotnických službách, je významnější fakt, že drtivá většina služeb je placena prostřednictvím tzv. „třetí strany“ než to, KDO je onou „třetí stranou“.

4. Platby „třetí stranou“ jsou sice (vedle pokroku ve vědě a celkově stárnoucí populaci) jedním z hlavních důvodů akcelerace výdajů do zdravotnictví, ale existuje dostatek důvodů pro přesvědčení, že existují metody, které jejich neblahý dopad poněkud snižují.

5. Pružnost poptávky po jednotlivých zdravotních službách (resp. po zdravotní péči jako celku) je velmi sporná a pokud je mi známo, v našich podmínkách doposud nebyla předmětem výzkumu.³

6. Z pozice poskytovatele zdravotnických služeb v podstatě není rozhodující, zda prostředky plynou z veřejných či soukromých zdrojů, či zda

„1. Přístup k prostředkům dosahování a udržení zdraví je základním lidským právem.

2. ...cílem, kterého by měla naše země dosáhnout je situace, kdy odpovídající množství zdravotnického personálu, zařízení a organizací umožní, aby byly všeobecné zdravotní služby dostupné všem.

3. ...cílem by měla být taková metoda financování, která by takovou péči učinila všeobecně přijatelnou.

4. Všem lidem by měla být dostupná stejná vysoká kvalita zdravotnických služeb.

5. ...věříme, že je v silách ekonomického potenciálu této země, aby si pro sebe vybuodovala nejlepší systém zdravotní péče na světě....

6. ...máme za to, že investovat do rozsáhlejších a lepších zdravotnických služeb je opravdu hospodárné, neboť náklady na udržení a ochranu zdraví jsou pravděpodobně daleko nižší, než náklady, které zemi vzniknou zanedbáním zdraví.“ (překlad I.M.)

³ **Intenzita a pružnost** poptávky je ovlivněna tím, že zhoršení zdravotního stavu (nemoc, zranění) je spojeno se značnými ztrátami a náklady už samo o sobě, nehledě na náklady vynaložené na zdravotní péči. Jednotlivec přichází o výdělek, musí měnit svůj životní styl. Bolest a nepohodlí představují vážný zásah do osobní integrity. Při zjišťování cenové pružnosti je potřeba mít na paměti značnou heterogenost výsledné produkce. Odhad toho, jestli je poptávková křivka velmi málo elastická, tj. jestli je většina výdajů za zdravotnictví nedobrovolná, tj. diktována zdravotním stavem, nebo relativně elastická, je obtížné. V USA ji M. Feldstein odhadnul na asi 0.7 bodu. (Feldstein, M., 1971). To znamená, že pokud by například pojistka pokrývala 90 procent nemocničních nákladů, faktická cena zdravotnických služeb se zmenší o 90 procent. Tím pádem poptávka vzroste o 63 procent (0.7 x 90). Jiné studie nabízejí nižší cenovou elasticitu, tj. mezi 0.2 až 0.7, z čehož vyvozují, že toto pojištění by zvýšilo poptávku od 18 do 63 procent. (Stiglitz, J.E., 1988).

jsou tvořeny v rámci pojištění nebo rozpočtu. To, samo o sobě, má jen malý vliv na jejich chování.

7. Při ovlivňování chování poskytovatelů služeb sehrávají klíčovou roli konkrétní metody proplácení nákladů spojených s poskytováním zdravotnických služeb. Nejobvyklejšími principy jsou různé varianty plateb za výkony a financování prostřednictvím více či méně fixních rozpočtů.

b) Obecné vlastnosti modelu s převahou veřejného pojištění

Tento model vychází z principu solidarity a dělení rizika. Převažuje ve většině západoevropských zemí. Většinou má podobu základního povinného pojištění pro všechny občany, nebo alespoň významné skupiny populace. Prostředky na financování zdravotnictví jsou odděleny od státního rozpočtu a soustřeďují se ve zvláštních pojistných fondech. **V porovnání s modelem financování zdravotnictví prostřednictvím veřejných rozpočtů** lze identifikovat následující výhody a nevýhody: (podrobněji viz. Štěpán, J., 1990, Black, N., 1992, Abel-Smith, B., 1986):

Výhody

1. Zvyšuje se transparentnost finančních toků, odpadá každoroční boj mezi kapitolami rozpočtu. Možnost větší předvídatelnosti vydatnosti zdrojů.
2. Je usnadněn přechod na financování podle poskytnutých služeb - existují specializované instituce, ekonomicky zainteresované na hospodaření s prostředky.
3. Je systémově umožněno neutrální financování různých forem poskytování zdravotní péče (privátní, církevní, obecní, státní).
4. Legislativně je identifikována úroveň poskytovaných služeb, ať se již jedná o standard nebo o určité státem garantované minimum.
5. Je umožněna existence konkurence plátců, což může mít vliv na kontrolu růstu nákladů.

Nevýhody

1. Administrativní náklady u zdravotního pojištění jsou zpravidla vyšší než u financování prostřednictvím veřejných rozpočtů.
2. Pojištění ve spojení s financováním podle poskytnutých služeb (výkonů) může stimulovat růst množství výkonů nad společensky užitečnou mez (inflace výkonů).
3. Pojišťovací systém je zaměřen především na kurativní činnosti. Obecně platí, že nedostatečně stimuluje prevenci.
4. Zůstává otázka financování investičních nákladů.
5. Při špatném odhadu pojistného hrozí na jedné straně kolaps zdravotní péče a na straně druhé neúměrný nárůst daňového zatížení obyvatelstva, nebo jeho skupin.
6. Konkurence plátců vede k jevu zvanému „cream scimming“ (slíznutí smetany). Plátcí se předhánějí v uspokojování poptávky osob zdravých a bohatých. Princip solidarity je tím narušen.

V souvislosti s naznačenými charakteristikami považuji za velmi významné připomenout obecně známou věc, že financování prostřednictvím veřejných rozpočtů nemusí nutně znamenat financování prostřednictvím indexace historických nákladů, neuplatnění financování podle výkonů zdravotnických zařízení a podobně. I tak lze konstatovat, že zejména z důvodů systémových (nově vymezená role státu (vlády), srovnatelnost postavení ministerstva zdravotnictví s jinými rezorty apod.), lze zavedení všeobecného zdravotního pojištění hodnotit jako pozitivní krok.

c) Systém úhrad za výkony uplatněný v ČR

Systém úhrad, který v současnosti funguje, vznikl jako reakce na předchozí stav. Praxe financování z veřejných rozpočtů, kdy výše přidělených prostředků byla odvozována z historických nákladů při uplatnění převážně indexové metody, se ukázala jako dále nepoužitelná. Nahradilo ji financování podle výkonů, se snahou financovat činnosti, které zdravotnická zařízení vykonávají, a tím je motivovat k ekonomicky efektivnějšímu jednání, větší intenzitě a kvalitě práce. Tento posun je z mého hlediska jednoznačně pozitivní. Nicméně, velice rychle se ukázalo, že zavedení pojišťovacího systému a plateb za výkony není v žádném případě všelékem, že financování veškeré zdravotní péče, tedy i nemocniční, výlučně na základě výkonů je složité, drahé a problematické. Rapidní inflace bodu prokázala, že zdravotnická zařízení jsou schopna se velice pružně přizpůsobit vnějším podmínkám a prostředí, které napodobuje působení trhu, avšak proces reálného zvýšení efektivity využití disponibilních zdrojů ve smyslu poskytování lepší péče a koneckonců zlepšení ukazatelů zdravotního stavu populace je pouze v počátku.

Problém, zdá se spočívá ve výběru ukazatele, který bude pokládán za „výkon“. Možností se zde nabízel a nabízí celá řada. Nejobvyklejší výkonové ukazatele, které v různých zdravotnických systémech slouží jako základny pro financování jsou uvedeny v tabulce 1.1.

Osobně za nejperspektivnější způsob **financování praktických lékařů** pokládám platby podle počtu zaregistrovaných pacientů (tzv. kapitace) s možností účtovat odděleně některé zvláštní služby, např. návštěvy a prohlídky během víkendů, noční služby apod. Domnívám se, že lékařův zájem udržet si pacienta vyváží případné tlaky na snížení intenzity a kvality poskytované péče. Ve vyšší platby za zaregistrovaného pacienta by měla být zohledněna pravděpodobnost využívání služeb lékaře, tj. měla by být diferencovaná např. podle věku, zdravotního stavu nebo dalších kritérií. Pokud by praktický lékař poskytoval i speciální služby, mohl by je pacientům účtovat odděleně oproti přímým platbám, které by byly následně částečně proplaceny pojišťovnou. Tím by se jeho administrativní zatížení podstatně zmírnilo a na druhé straně by se předcházelo nadužívání služeb specialistů. Uplatněním principu kapitace by byl do značné míry vyřešen problém nekontrolovatelného nárůstu výdajů, ušetřili by se administrativní náklady a zvýšila by se „čitelnost“ finančního postavení lékařů, což by mimo jiné mohlo mít významný dopad na ochotu peněžních ústavů poskytovat úvěry. Tendence „nahrabat“ pacienty a pak se jim nevěnovat, resp. registrovat pouze ty, kteří příliš péče nespotřebují, by byla vyvážena již dnes dobře fungující svobodnou volbou lékaře a zvýšením informovanosti.

U **financování nemocniční péče** se mi jako prospěšný jeví postupný přechod na kombinaci metody diagnosticky příbuzných skupin (DRGs, v některých našich pramenech "platby za diagnózu") a paušální částky za den pobytu v nemocnici, ve které by byly reflektovány náklady na běžné obslužné (hotelové) služby.

Je pravdou, že metoda DRG s sebou nese jistá rizika. Její kritikové se obávají, že může mít nepříznivý vliv na kvalitu zdravotní péče. Nemocnice se mohou vyhýbat poskytování péče pro eventuálně podhodnocené diagnózy. Nicméně tento potenciální nedostatek je přítomen i u současného režimu úhrad. Dostí reálná je obava, že tato metoda podporuje předčasné propouštění pacientů (stejně jako platby podle přijatých pacientů obecně). Opakované přijetí pacienta totiž může být posuzováno jako přijetí dalšího pacienta a nese s sebou i nárok na finanční úhradu. Naopak, při léčení delším, než stanovuje předem dohodnutá výše úhrady, jdou náklady na vrub nemocnice. Dosavadní zahraniční zkušenosti ani výzkumy však tuto obavu, alespoň pokud je autorovi známo, v praxi nepotvrdily. Riziko lze redukovat vhodnou formulací toho, co je pokládáno za opakované přijetí pacienta. Argumentem „pro“ může být fakt, že zdravotnické reformy, které probíhaly v osmdesátých letech v řadě zemí (např. v Belgii či Holandsku) tuto metodu chápou většinou jako perspektivní a nadějnou.

Kupříkladu belgický model financování nemocnic je po uskutečněné reformě založen na systému rozpočtů, počet plně proplácených ošetrovacích dnů se stal fixním a za každý den navíc jsou nyní propláceny pouze variabilní náklady. Jsou zkoumány možnosti postupné realokace rozpočtových prostředků. Cílem je právě tvořit rozpočty na základě diagnosticky příbuzných skupin (DRGs), které berou v úvahu strukturu léčených pacientů a z toho vyplývající náklady.

Tabulka 1.1 VÝKONOVÉ UKAZATELE JAKO ZÁKLADNY PRO FINANCOVÁNÍ

Základna	Výklad	Příklad
Poskytované služby		
a. Kus	Jednotlivá nákladová položka	Lékařovy úkony, léky, služby pomocné služby, prádlo, strava..
b. Případ	Všechny služby spojené s jednotlivým léčebným režimem	soubor úkonů (péče o matky) DRGs
c. Den, běžné	Všechny běžné služby spojené s obslužnými službami poskytovanými v souvislosti s hospitalizací	Obvyklá základna u nemocnic a sanatorií
d. Den, včetně	Všechny služby (obslužné i léčebné) poskytované za den hospitalizace	některé nemocnice v USA
Počet pacientů		
a. Léčených	Stejná základna bez ohledu na rozdíly v použitých zdrojích	jen vzácně např. péče pro chudé podle starých britských zákonů
b. Vyléčených	platí se jen za uzdravení	v současnosti se nevyskytuje: honoráře starých Čínských lékařů
c. Zaregistrovaných	kapitace, ať již bylo nebo nebylo poskytnuto léčení	HMOs, prakt. lékaři v Británii
Čas		
a. Doba léčení	Skutečná odpracovaná doba minutách či hodinách	kalkulační vzorec bodu u nás
b. Přípravenost k léčbě	Smluvně dohodnutá pracovní doba	základ pro platy zdrav. pracovníky

Zamýšleným cílem těchto návrhů je dosáhnout stavu, kdy zdravotnické zařízení, resp. praktický lékař ve své soukromé praxi je schopen **předem** odhadnout, jaké budou jeho příjmy za dané období při daných parametrech svého chování, přičemž je zainteresován na poskytování kvalitní avšak hospodárné péče. **Dopady na chování** poskytovatele služby se u formy financování založené na předem stanovené výši úhrad podstatně liší od tradičních metod založených na proplácení nákladů nebo od systému účtovaných cen. Všeobecně se soudí, že poskytovatelé služeb jsou zainteresováni na tom, aby udrželi náklady pod úroveň, která je hrazena platbou. (Pravdou však je, že není zcela jasné, jak silná tato pohnutka je, tj. nakolik lze počítat s automatickou reakcí subjektů. Proč by měla nezisková nemocnice upřednostňovat snižování nákladů v daném rozpočtovém roce v zájmu získání přebytku, který by mohla utratit v letech příštích? Proč by prostě neutratila tolik, kolik jí umožňují příjmy v daném rozpočtovém roce? Výhoda odsunutých výdajů je sporná. Roli stimulu pro dosahování úspor a přebytku zde zřejmě sehrávají faktory jako: a) snaha rozšířit okruh poskytovaných služeb, b) zvýšit kvalitu a úroveň služeb, c) získat nákladná zařízení nezbytná pro odborný růst lékařů. Tím vším se zvyšuje míra seberealizace, prestiž i jméno lékařů a konec konců i managementu nemocnice.

Pokud je mi známo, výše uvedené změny v podstatě shodné s připravovanými kroky ministerstva zdravotnictví. K jejich uskutečnění je po mém soudu nutné postupovat neuspěchaně a systematicky. Agregování jednotlivých zdravotnických výkonů až do finální podoby DRG je dlouhodobý proces, který si vyžaduje aktivní spolupráci všech složek systému od zpracovávání výzkumných podkladů až po nezbytné experimentální ověření. Totéž se v podstatě týká i určení koeficientů pro vyjádření rozdílné pravděpodobnosti využití služeb. Navíc se jedná o otázky v nichž musí být dosaženo shody mezi zdravotnickou „tripartitou“: poskytovateli péče, pojišťovny a státem. Ve světě je obvyklé, že hodnoty výkonů (vyjádřeny absolutně či relativně) jsou výsledkem pravidelných dohodovacích řízení. Na obecné rovině lze doporučit, aby přitom byly zachovány zejména tyto zásady:

- náklady na pracovní sílu, spotřební materiál a menší přístroje by měly být u konkrétní položky započítávány v nákupních cenách
- náklady na budovy a přístrojové vybavení by se měly rozložit na celou dobu životnosti těchto aktiv
- započítatelné náklady se musí přiměřeným způsobem vztahovat na péči o pacienty
- náklady spojené s nehrazenými službami, nadbytečnou péčí a experimentálními medicínskými postupy nelze uznat

Ad 2) Spoluúčast pacienta na úhradě nákladů na lékařskou péči

Z obecného ekonomického hlediska nelze příliš namítat proti zavedení spoluúčasti pacienta. Spoluúčast je standardním nástrojem omezení tzv. nadměrné poptávky, která plyne z toho, že spotřebitel není přímo (cenou) konfrontován s mezními náklady. Jak již však bylo řečeno výše, skutečná míra závislosti poptávaného množství zdravotních služeb na jejich ceně je dosti sporná. Celý problém je pak umocněn tím, že mezi poptávkou a potřebou (definovanou medicínsky) je jen dosti volná vazba.

Výše i forma spoluúčasti bývá v různých zemích značně odlišná. Měl jsem možnost seznámit se osobně s belgickým systémem zdravotní péče a s praxí ve Spojených státech (Kalifornie). Belgický mechanismus plateb za služby je poměrně prostý: pacient platí za službu a část jeho výdajů je mu následně proplácena jeho pojišťovnou podle ceníku služeb, který vzniká na základě každoročního vyjednávání mezi zástupci lékařských komor a mutualit. Výsledek vyjednávání podléhá souhlasu vlády. U tzv. menších rizik (ambulantní péče, zubaři, léky apod.) se pacient obvykle podílí 25 %. U sociálně slabých osob činí spoluúčast v průměru 10 %. V případě nemocniční péče platí pacient denně pevnou částku⁴, která se po 90 dnech zvyšuje. Zbytek je placen přímo příslušnou pojišťovnou (mutualitou). Systém v USA je velice atomizovaný, existuje v něm značné množství nejrůznějších pojistných plánů, takže nelze uvést převažující míru spoluúčasti, řádově se jedná přibližně o 1/3 ceny služby.

⁴ V roce 1989 se jednalo o 221 BFr. Pro srovnání - hrubá hodinová mzda nequalifikovaného brigádníka (studenta) se pohybovala v té době kolem 200 BFr.

Klíčovou otázkou úvah o spoluúčasti je analýza charakteru a struktury poptávky. Na tomto místě lze vyslovit obavu, že tato oblast u nás není doposud dostatečně probádaná. Výzkum této problematiky naráží na těžkou dostupnost dat, která pravděpodobně fyzicky existují jen v databázích zdravotních pojišťoven. Uvážíme-li však obecně tradovanou tezi, že zhruba 10% populace spotřebuje 90% zdrojů, pak asi právem můžeme pochybovat, že by měla plošná spoluúčasť právě zamýšlený efekt - totiž že by fungovala jako systémový nástroj snížení dynamiky růstu veřejných výdajů do zdravotnictví a jako nástroj „výchovy“ občanů k odpovědnosti za svoje zdraví. Po prvním „cenovém šoku“ bude dynamika zachována a odpovědnost za vlastní zdraví vyrůstá, po mém soudu spíše z pozitivní motivace něco získat (uplatnění v práci, podnikání, v životě) než negativní obavy, že něco budu muset platit. Ostatně ne náhodou je v zemích, kde je uplatněna spoluúčasť, obvyklé soukromé pojištění pokrývající riziko placení spoluúčasti. Dostí významným argumentem hovořícím proti zavedení spoluúčasti je skutečnost, že díky ní hrozí snížení poptávky po preventivních prohlídkách a zvyšuje se riziko zanedbání lehčích stádií nemocí. Jinými slovy ušetřené prostředky z primární péče budeme následně vynakládat na léčení závažnějších stavů.

Na druhé straně, jistě lze jen doporučit, aby dosavadní plně hrazený rozsah zdravotní péče byl zúžen. U služeb, které mají nadstandardní povahu, resp. jsou poskytovány s větším komfortem, bez čekání apod. lze spoluúčasť jen doporučit. Diverzifikace úrovně služeb (nikoliv kvality lékařských zákroků!) odpovídá koneckonců diverzifikaci pacientů, jejich potřeb a platební schopnosti.

Výše uvedené úvahy mají pouze ilustrativní charakter. K rozhodnutí o tom, zda a jakou spoluúčasť ano nebo ne je třeba dojít po důkladné analýze dat vypovídajících o vývoji poptávky. Pokud důvody pro její zavedení převažují, pak mi jako nástroj podporující konkurenci mezi plátců připadá u nejhodnější tzv. balancovaná platba, kdy pacient platí rozdíl mezi aktuální cenou služby a částkou, kterou hradí pojišťovna, nebo někdo jiný (v současnosti uplatněno u plateb za léky).

Ad 3) Organizace zdravotního pojištění

Klíčovou otázkou v organizaci zdravotního pojištění spatřuji v tom, zda má, či nemá být regulován počet zdravotních pojišťoven, tedy plátců zprostředkujících úhrady za poskytované zdravotní služby. Z ekonomického hlediska se jedná o problém, zda výhody, plynoucí ze vzrůstající konkurenčnosti prostředí, ve kterém pojišťovny fungují, převažují náklady v podobě růstu podílu administrativních nákladů na celkových výdajích do zdravotnictví. Jinými slovy jde o to, v čem se v našich podmínkách projevuje konkurence zdravotních pojišťoven, resp. jaké výhody a rizika z ní plynou.

Zahraniční zkušenosti se zdají být v této souvislosti dosti výmluvné. V již několikrát citované Belgii (kterou uvádíme jako příklad také díky její demografické podobnosti s ČR) existuje systém povinného zdravotního pojištění od r. 1945. Jeho správa byla svěřena **pěti** existujícím "mutualitám" tj. nemocničním pokladnám (Krankenkassen, Sickness Funds) **a jednomu** veřejnému fondu, aby byla zajištěna svoboda výběru pro pojištěnce. Pokladny provádí proplácení výdajů svým členům. Jsou finančně zainteresovány na množství svých členů, takže mezi nimi dochází ke konkurenci při jejich získávání. Kromě povinného pojištění organizují nemocniční pokladny i doplňkové pojištění svých členů, které pokrývá nadstandardní služby. Vedle

povinného zdravotního pojištění, které je zaměřeno hlavně na léčebnou péči, veřejná správa (regiony, provincie, obce) organizuje a financuje řadu preventivních i léčebných aktivit (ambulantní perinatální péči, dorostové lékaře pro školy, programy prevence a další). Soukromé zdravotní pojištění představuje malou část celého zdravotnického sektoru, nicméně zaznamenává prudký nárůst. Pojistné smlouvy nabízejí soukromé komerční pojišťovny.

Rozdíl v postavení našich zdravotních pojišťoven je zřejmý. Je jich mnohem více, přičemž jejich podíl na trhu je značně nevyrovnaný. Jsou finančně zainteresovány nejen na počtu, ale i na solventnosti svých pojištěnců. Intenzivně mezi nimi probíhá ono již zmíněné „sbírání smetany“, i když z dlouhodobého hlediska lze vyslovit hypotézu, že díky poměrně snadné mobilitě pojištěnců dojde k jistému vyrovnání. Na možnost profilovat se nabídkou nadstandardních služeb pojišťovny v podstatě teprve čekají. Příklad Belgie napovídá, že současný počet pojišťoven je příliš vysoký. Tento stav však pravděpodobně dozná změn po zpřísnění pravidel hospodaření pojišťoven. Lze očekávat, že některé pojišťovny postupně skončí svoji činnost. Existuje celá řada důvodů domnívat se, že služby zdravotních pojišťoven pacientům, resp. jejich role v systému by se nezhorsily ani při jejich polovičním počtu a že by takové snížení přineslo výrazné snížení celkových nákladů (díky úsporám z množství). Prosazení takového opatření by ovšem narazilo na značné problémy politického a právního charakteru.

Zemí, která má pravděpodobně nejvíce zkušeností s chováním trhu se zdravotním pojištěním je USA. Nikoliv náhodou je mezi hlavními principy Clintonovy reformy zdravotní péče i omezení počtu a vlivu pojišťoven na trhu. Odpůrci velkého množství pojišťoven poukazují na to, že prostředky, které by jinak směřovali na financování vlastní zdravotní péče jsou rozdrobeny na financování provozu pojišťoven, jejich reklamu a zisky jejich majitelů. Džungle pojistných plánů, které se mezi sebou liší v druzích, množství i formách hrazené péče, výši spoluúčasti, výši pojistného apod. podle nich totálně znemožňuje orientaci na již tak velmi neprůhledném trhu se zdravotními službami. Zastánci deregulace naproti tomu tvrdí, že konkurence vede ke zvýšení výběru poskytovaných služeb a tedy k lepšímu upokojení potřeb. Skutečností je, že vlivem objektivních charakteristik dobrovolného zdravotního pojištění („*adverse selection*“) dochází k tomu, že velké množství osob vůbec není schopno pojištění získat, přičemž se většinou jedná právě o ty, kteří náleží do skupin osob s vyšším rizikem. Konkurence pojišťoven je z velké části orientována na získání těch skupin osob, které jsou „zdravé“ a riziko toho, že by čerpaly služby je nízké.

Zdá se, cesty k řešení takové situace jsou jen dvě: 1. povinné zdravotní pojištění, 2. masivní státní ingerence ve prospěch nejvíce postižených skupin, která je hrazena z prostředků veřejných rozpočtů (kam přispívají všichni) a jde tedy jen o jinou formu sdílení břemena spočívajícího v nutnosti rozdělit riziko. Z těchto dvou možností pokládám za elegantnější a našim tradicím i podmínkám více odpovídající onu první. Zvláště přitažlivá se tato cesta zdá, pokud bude povinné pojištění doplněno možnostmi připojištění, vztahujícího se na nadstandardní péči, větší výběr služeb a komfort.

Ad 4) Předplacená zdravotní péče

U systémů financování, které používají metodu výpočtu příjmů podle zaregistrovaných pacientů, je "výkonem" v podstatě **připravenost k poskytnutí péče.**

Tato metoda se nejčastěji objevuje ve spojitosti s HMOs (*Health Maintenance Organizations*). Jedná se o mimořádně zajímavou formu poskytování zdravotní péče, která si zaslouží pozornosti. Autor expertizy měl v loňském roce možnost nahlédnout pod pokličku těchto organizací v kolébce HMOs - Kalifornii.

HMOs poskytují všeobecnou zdravotní péči na základě **fixního periodického předplatného**. Na rozdíl od pojišťovacích společností, součástí HMOs jsou i kontrahovaná zdravotnická zařízení, která přímo provádí zdravotnické služby. Každé takové zařízení souhlasí s poskytováním potřebné péče pro zaregistrované osoby a za to obdrží pevně ročně stanovenou částku za jednu osobu. Zastánci HMOs věří, že tento druh organizace zdravotní péče nejvíce motivuje subjekty k aktivitám podporujícím zdraví a k preventivním procedurám, neboť HMOs dosahují finančního přebytku pouze tehdy, když se náklady na uspokojování jejich smluvních závazků dostanou pod předplacené příjmy. Odpůrci naopak poukazují na nepopiratelný fakt, že na rozdíl od financování podle výkonů jsou poskytovatelé služeb zainteresováni na eufemisticky řečeno hospodárnosti, což je může vést až k zanedbávání nutné péče.

Zajímavá je v této souvislosti studie Uwe Reinhardta, která shrnuje výsledky řízeného experimentu, porovnávajícího využívání zdravotní péče v rámci HMO a v podmínkách tradiční medicíny s poplatky za službu. (Reinhardt, U., 1987 cit.dle Stiglitz, J.E. 1988) V rámci experimentu bylo náhodně rozděleno 1,580 pacientů buď do péče lékařů placených podle služeb, nebo do HMO. Kromě těchto náhodně určených nových členů HMO sledovala studie také vzorek osob již dříve zaregistrovaných v HMO. Tabulka 4.1 předkládá některé z výsledků této studie. Především se zjistilo se, že pacienti v HMO tendovali k menšímu používání služeb nemocnic (40 procent) než pacienti placení za služby, proto i jejich roční výdaje za zdravotní péči byly podstatně nižší (25 procent) než u skupin léčených v podmínkách tradičního systému. Pacienti HMO měli také sklon přijímat relativně **více preventivní péče**. Reinhardtova studie uvádí i další zajímavé závěry, jako například hodnocení dopadu relativního snížení přijímané nemocniční péče na zdravotní stav různých skupin apod. Pozitivní dopady jednoznačně převažují.

HMOs v posledních dvou desetiletích v USA zaznamenaly prudký rozvoj. V r. 1976 bylo do HMOs zapsaných pouhých 6 milionů osob. Koncem roku 1987 se rozšířilo členství v HMOs a podobných aktivitách založených na předplatném na 30 milionů Američanů, což bylo 13 % populace. Poslední údaje za rok 1992 uvádějí, že v USA existovalo 546 HMOs, ve kterých bylo zapsáno 41,4 milionu členů. Největší HMO sdružují více než milion členů. (Unikátním gigantem je *Kaiser Foundation Health Plans*, ve které je zapsáno více než 6,5 milionu osob; mimochodem jde o neziskovou organizaci...)

Klasickou formou HMO byla **skupinová praxe** lékařů různých medicínských specializací, kteří byli v podstatě sami sobě zaměstnavateli, akcionáři nebo společníky. V současné době jsou již rozšířeny i další typy: tzv. **zaměstnanecký** (*Staff model*), ve kterém HMO zaměstnává lékaře a další pracovníky, aby poskytovali péči členům HMO v klinikách, patřících do vlastnictví HMO (11,2% z celkového počtu HMO); **asociační** (*IPA model*), kdy HMO uzavře smlouvu se sdružením (asociací) praktických lékařů, kteří poskytují služby členům HMO v rámci výkonu svých soukromých praxí (je nejrozšířenější - 62,6%); a tzv. **síť** (*Network model*), kdy HMO uzavírá smlouvy s několika společenstvími individuálních praktických lékařů (16%).

Tabulka 4.1 ÚDAJE SROVNÁVAJÍCÍ VYUŽÍVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE: HMO VERSUS PLATBY ZA SLUŽBY (Pramen: Reinhardt, U.,1987, cit.podle Stiglitz, J.E.,1988:303, zkráceno autorem)

druh pojištění	užití služeb nemocnic (na 100 členů)		užití ambulantních služeb (na 100 členů)	roční výdaje na osobu ⁴ (v dolarech)
	přijatých	dnů	lékařských prohlídek	
HMO, experiment ¹	8,4	49	4,3	439
HMO, kontrolní ²	8,3	38	4,7	469
platby za služby ³				
zdarma	13,8	83	4,2	609
25%	10,0	87	3,5	620
95%	10,5	46	3,2	459
paušálně	8,8	28	3,3	413

¹osoby zapsané do HMO pro potřeby experimentu

²osoby již dříve v HMO na základě dobrovolnosti

³v experimentu bylo z hlediska pacienta několik způsobů realizace principu platby za službu: a) zcela bezplatná péče, b) spoluúčast ve výši 25 procent, c) spoluúčast 95 procent a d) péče, která přesahovala paušální částku, byla zdarma. Maximální roční výdaje byly limitovány v závislosti na příjmu a nepřekročily 1,000 dolarů.

⁴včetně služeb zajištěných mimo rámec HMO

K dosažení kontroly nad náklady na poskytovanou péči vyvinuly HMO celou řadu zajímavých technik, které mohou sloužit jako příklad i v našem systému. Jde zejména o uplatnění samotného principu předplacené péče, techniky „řízené péče“, uzavírání smluv s vybranými poskytovateli péče, přičemž se pracuje s obdobou „množstevního rabatu“ (až o 30-40% obvyklých cen). HMO financují poskytovatele služeb nejčastěji metodou kapitace resp. pevnou sazbou za den pobytu v nemocnici. Nicméně metody financování jsou pestré a jsou konstruovány vždy s ohledem na možnosti a vzájemnou výhodnost.

Měl jsem možnost navštívit menší HMO v oblasti San Francisca a podrobněji se seznámit s metodami její práce i strukturou. Tato HMO sdružuje 22,000 členů, přičemž jedním z jejích cílů je poskytování zdravotních služeb bezdomovcům a chudým, což není příliš obvyklé. Lékaři dostávají běžnou mzdu, je připravován systém „hmotné zainteresovanosti, neboť HMO zaznamenal nižší produktivitu (měřeno kupříkladu počtem uskutečněných prohlídek za hodinu) než jiné srovnatelné organizace. Běžnou praxí je sledování podrobných ukazatelů svědčících o vytíženosti pracovníků a zařízení (tzv. *utilization reviews*), což je mimochodem zajišťováno i legislativně. Činnost HMO zajišťuje cca 24 administrativních pracovníků, z toho 6 členů užšího vedení, zbytek tvoří sekretářky, úřednice a obsluha počítačů. Do sledování výkonů je dále zapojeno asi 18 diplomovaných zdravotních sester, které též (a to je běžná praxe v HMO) obsluhují telefony a tvoří v podstatě první filtr, který má zachytit banální případy, které nevyžadují prohlídku u lékaře. (Tento bod se našim odborníkům bude jistě hrubě

nelíbit.) Ostatní nutné služby (ekonomické, právní) řešeny externě. Odhadované přímé administrativní náklady jsou při vši sledovanosti 8% což je hluboko pod hranicí, kterou stanovuje zvláštní zákon pro HMO - 15%. (Největší HMO - Kaiser dosahuje údajně 3% podílu administrativních nákladů díky úsporám z rozsahu.) V souvislosti s realizací programu péče o nemajetné je možná zajímavé, že velikost HMO je zcela dostačující k tomu aby se prosadil zákon velkých čísel, jinými slovy ztráta je na druhé straně kompenzována vysoce ziskovými plány (milionové zisky plynou z cca 6000 smluv).

Zdá se, že možnosti využít zkušenosti z fungování organizací založených na principu předplacené zdravotní péče jsou značné. Nejde ani tak o to, že by mohly být implantovány v brzké době do našeho systému povinného zdravotního pojištění. Zde existuje celá řada legislativních a technických překážek. Přímá využitelnost spočívá, podle mého soudu v aplikaci zásad sledování a vyhodnocování výkonů a jejich kvality a technik snižování výdajů.

Literatura

1. ABEL-SMITH, B., LEISERSON, A. (1980): *Making the most of scarce resources*. World Health Forum, 1(1980):142-152, převzato z Health care - who pays? (Sborník článků pře tištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str.12-22
2. ABEL-SMITH, B. (1984): *Improving cost-effectiveness in health care*. World Health Forum, 5(1984):88-90 převzato z Health care - who pays? (Sborník článků přetištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str.6-9
3. ABEL-SMITH, B., (1986): *Funding health for all - is insurance the answer*. World Health Forum, 7(1986):3-32, převzato z Health care - who pays? (Sborník článků pře tištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str.55-63
4. ANTHONY, R.N., YOUNG, D.W. (1988): *Management Control in Nonprofit Organizations*. Homewood - Illinois, IRWIN, 1988
5. ARROW, K. (1963): *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. American Economic Review, 5(1963): 943-969
6. BARROW, M., WAGSTAFF, A. (1989): *Efficiency measurement in the public sector: an appraisal*. Centre for Health Economics, University of York.
7. BAUTZOVÁ, L. (1993): *Zdravotnictví na začátku dlouhé cesty*. Ekonom (21/1993):36-39, *Economia, a.s.*
8. ENTHOVEN, A.C. (1987): *Economic incentives for consumers and health insurance - the U.S. health care economy: from guild to market in ten years*. Health Policy, 7(1987):241-251 Elsevier Science Publishers B.V.
9. GINZBERG, E. (1954): *What Every Economist Should Know About Health and Medicine*. American Economic Review, 1(1954):104-119
10. LUDBROOK, A., MAYNARD, A. (1988): *The funding of the National Health Service: What is the problem and is social insurance the answer?* Centre for Health Economics, University of York.
11. MALÝ, I.: (1993): *Vliv způsobu financování na efektivnost zdravotnických služeb*. Dizertační práce. VŠE Praha
12. MOONEY, G. (1986): *Economics, Medicine and Health Care*. Wheatsheaf Books Ltd, Brighton, 1986.
13. RAPOPORT, J., ROBERTSON, R., STUART, B. (1982): *Undere standing Health Economics*. Aspen Publication, Rockville, Maryland 1982
14. REINHARDT, U., (1987) *Health Maintenance Organization in the United States: Recent Developments and Performance*. Princeton University, Mimeograph, 1987.

15. *STIGLITZ, J.E. (1988): Economics of the Public Sector, W.W.Norton & Co., New-York. 2. vydání*
16. *ŠTĚPÁN, J. (1990): Srovnání výhod a nevýhod klasického nemocenského pojištění ve fungování a efektech zdravotnických služeb. DT Pardubice.*