

Financování zdravotnických služeb

Osnova

- Přímé a nepřímé financování (platby třetí stranou)
- Modely financování (financing)
- Formy úhrad poskytovatelům (reimbursement)

Způsob financování

Nepřímé financování

(třetí stranou)

- Veřejné rozpočty (1)
- Veřejné pojištění (2)
- Dobrovolné pojištění(3): (2)+(1)
- Dobročinnost, charita
- Zahraniční pomoc

Přímé financování

- Platby příjemců služeb

Modely financování

- Dle převažujícího způsobu tvorby zdrojů:
 - Liberální model (soukromé pojištění doplněné o státní transferové a redistribuční programy řešící nejzávažnější selhání trhu) – USA
 - Pojišťovací, bismarckovský model (veřejné pojištění) – Holandsko, Německo, Belgie, Francie, Polsko, ČR
 - Beveridgovský model (státní rozpočet resp. zdroje vzniklé zdaněním) – NHS (VB), Kanada, Norsko, Dánsko, Švédsko, Finsko, Španělsko, Itálie

Bismarck versus Beveridge model

Výhody

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

Nevýhody

- Administrativní náklady u zdravotního pojištění jsou zpravidla vyšší než u financování prostřednictvím veřejných rozpočtů.
- Pojištění ve spojení s financováním podle poskytnutých služeb (výkonů) může stimulovat růst množství výkonů nad ekonomicky únosnou mez – toho jevu jsme byli svědky zejména v letech 1993-1997.
- Pojišťovací systém je zaměřen především na kurativní činnosti. Obecně platí, že nedostatečně stimuluje prevenci.
- Vždy zůstává problematickou otázkou financování investičních nákladů.
- Při špatném odhadu pojistného hrozí na jedné straně kolaps zdravotní péče a na straně druhé neúměrný nárůst daňového zatížení obyvatelstva, nebo jeho skupin.
- Bez finanční spoluúčasti na úhradě služeb se problém příliš vysoké poptávky stejně neřeší.

Otevřený versus uzavřený finanční systém

- Otevřený systém: celková částka prostředků, se kterými se hospodaří není předem dána => zvýšení produkce znamená navýšení příjmů
- Uzavřený systém: předem známý rozpočet => zvýšení produkce neznámá navýšení příjmů (zdravotní pojišťovna)

Metody úhrad

- Důležité, zda vázány na výkon
 - Historické náklady (před 1989)
 - Po 1990 požadavek svázat financování ZZ s jejich výkonem (konstruování metod úhrady péče obtížné:
 - úhrada dle ceny (tržní, administrativní, relativní hodnota)
 - nebo dle nákladů (historické, očekávané, rozpočtované)

$$TR = \sum P_b \cdot N_b$$

TR celkové příjmy

P cena za jednotku výkonu, uznané náklady
výkonu

b jednotka výkonu (výkonová báze –
kus, případ, den, počet pacientů ...)

N počet jednotek výkonu

Platby za služby lékařů

- Za provedené služby (fee-for-service)
 - Pevný sazebník
 - Obvyklá cena (medián)
 - Převládající cena
 - Přiměřená cena
 - Relativní hodnota (bod)
- Na základě počtu pacientů (capitation)
- Dle odpracovaného času (mzdy lékařů zaměstnanců)

Financování zdravotnických zařízení

- Zpětné proplácení nákladů
 - Jak určit „přiměřené“ náklady?
- Stanovování úhrady předem
 - Celkový (globální) rozpočet
 - Počet přijatých pacientů (DRGs)
 - Ošetrovací den
 - Jednotlivé druhy služeb
 - Zaregistrovaní pacienti (HMOs)

Úhrady v ČR

- POT 1