

Pravděpodobné změny financování veřejného zdravotnictví z pohledu zkušeností z průběhu reformem zdravotnických systémů ve vyspělých zemích.

Ivan Malý

(Publikováno na konferenci UK Praha, 1997)

Úvod

Financování zdravotnictví je v současnosti (1997!) pravděpodobně nejaktuálnějším problémem veřejné diskuse, který se týká veřejných financí. Situace v současné době vrcholí hrozcími konkurzy několika velkých fakultních nemocnic. Nové koncepční řešení systému doposud nebylo definitivně akceptováno všemi subjekty, které se na procesu transformace zdravotnictví podílejí. Posledním aktuálním vývojem je právě v dnešních dnech prezentovaná třetí verze návrhu tajemníka Miroslava Macka. Co z ní bude uskutečněno a co nikoliv, je sporné. Budoucnost našeho zdravotnictví je tak do jisté míry zahalena v mlhách.

Přesto, resp. právě proto bych se rád ve svém příspěvku pokusil odhadnout, jaká bude **budoucnost financování českého zdravotnictví řekněme v časovém horizontu pěti let**. Předvídat zde budoucí vývoj je sice obtížné, ale jisté závěry se dají učinit. Lze k nim dospět analýzou dosavadního vývoje transformace a komparací s reformami uskutečňovanými ve vyspělých zemích. Mojí hypotézou je, že **lze identifikovat jisté společné prvky, ke kterým zdravotnické systémy konvergují bez ohledu na to, jaká je jejich výchozí situace**. Je jasné, že ani případné potvrzení správnosti této hypotézy neznamena automaticky, že by se náš systém musel vyvíjet stejně (ať již to hodnotíme jako vývojovou šanci či ohrožení...). Dosavadní průběh transformace, aktuální návrhy a „rozložení sil“ zájmových subjektů však leccos naznačují.

Společné prvky

Systémy zdravotní péče v jednotlivých zemích se vyznačují značnou variabilitou. Liší se např. ve struktuře vlastnických vztahů, formách státních

zásahů, způsobech financování, organizace a řízení, podmínkách přístupu pacientů k jednotlivým druhům zdravotní péče, rozsahem a způsobem jejich finanční spoluúčasti apod. Tyto rozdíly vyplývají z odlišných tradic, historického vývoje, převládajících hodnot, politického systému a úrovně bohatství dané země. Existují-li přesto některé společné prvky, lze o nich předpokládat, že mají jistý „objektivní“ charakter. Jinými slovy, pokud se systém, jehož budoucí trajektorie vývoje nás zajímá, výrazně neodlišuje co do základních společenských podmínek svého fungování, převládajících hodnot či stupně dosaženého poznání, lze usuzovat, že konkrétní formy jeho uspořádání budou dříve či později konvergovat k těmto společným prvkům.

Pokusím se zde pracovně identifikovat některé z nich, aniž bych si kladl za cíl podat výčet úplný. Rovněž připouštím námitku, že stupeň shody je přímo úměrný míře zobecnění a tudíž by měly být všechny „společné prvky“ definovány zhruba stejně obecně, (resp. s ohledem na účel co nejkonkrétněji), což bohužel nejsou. Zde prezentovaný výčet slouží jen jako ilustrace základního přístupu. Společné prvky lze identifikovat v rovinách přístupu ke zdravotní péči (1), vlastnických vztahů uvnitř odvětví (2 a 3), způsobu financování (4 - 6) a ostatních (7-9):

1. Existuje celkově vysoká dostupnost základní (resp. standardní) péče, která není podmiňována výší příjmů či majetku. Na druhé straně, možnost utratit peníze za dodatečnou, kvalitnější, rychlejší, pohodlnější atd. péči je většinou zaručena a to i v systémech založených velice silně na hodnotách equity resp. rovnosti. Svoji cenu zpravidla má i samotná možnost výběru formy a poskytovatele zdravotní péče.
2. Paralelně vedle sebe fungují ziskové i neziskové, soukromé i veřejné instituce poskytující péči. Vzájemně se doplňují.
3. Primární péče je zajišťována především prostřednictvím soukromých lékařských praxí, lékaři v rámci výkonu svobodného povolání.
4. Bez výjimky převažují platby tzv. *třetí stranou* - přímé platby (spoluúčast) pacientů (pokud existují) mají omezený význam. Jejich primárním účelem není vytvoření dalšího, dodatečného zdroje úhrad nákladů poskytované zdravotní péče, nýbrž plní spíše funkce administrativní, motivační, regulační a kontrolní.

5. Za hlavní problém současného zdravotnictví bývá jednoznačně identifikován nekontrolovaný růst výdajů způsobovaný systémovými vlastnostmi zdravotnických trhů. Administrativní náklady nejsou tím největším strašákem, naopak. Za šanci omezit tempo růstu celkových výdajů jsou plátcí péče ochotní zaplatit zvýšením podílu administrativních nákladů, resp. zaváděním administrativně a manažersky náročnějších forem organizace a financování zdravotní péče. Nejrůznější formy tzv. vnitřního trhu (GB), *managed competition* (USA) jsou toho dokladem.
6. Ekonomická zainteresovanost poskytovatelů péče na hospodárném a účelném využití disponibilních prostředků je považována za základní nástroj dosažení kontroly růstu nákladů. Vývoj se od plateb za výkony už dávno obrátil k nejrůznějším formám předplacené zdravotní péče. Uplatňují se často kapitace, globální rozpočty, fundholding apod.
7. Výrazným způsobem vzrostla úloha managementu což je podmíněno zaváděním tržních prvků do tohoto tradičně veřejného systému. Vyjednávání kontraktů definujících nejenom ceny služeb, nýbrž i jejich objem je relativně běžné. Snahou bývá nasmlouvat dostatečný objem péče výměnou za cenová zvýhodnění, která umožňuje dosahování úspor z rozsahu.
8. Regulační role státu zůstává vysoká. Projevuje se typicky např. regulací cen, resp. přímou účastí státu na dohodovacích řízeních stanovujících výši úhrady za zdravotní péči; regulací počtu poskytovatelů zdravotnických služeb prostřednictvím udělování licencí, určováním počtu přijímaných studentů lékařských fakult, definováním garantované sítě služeb apod.
9. Významnou roli hrají municipality. Zdravotnictví je do značné míry v jejich pravomoci. Je kladen velký důraz na to, aby se veřejnost podílela na tvorbě rozhodnutí. (Tzv. *priority setting* je např. tématem dneška ve Velké Británii.)

Odhad budoucí podoby financování českého zdravotnictví (rok 1997)

1. Současný systém úhrady za jednotlivé výkony bude zcela jistě modifikován. Některé změny probíhají již nyní. Nejpravděpodobnějšími výslednými variantami se jeví použití určité kombinace založené na kapitaci u praktických

lékařů a zachování výkonového financování u specialistů, k nimž však bude výrazně omezen volný přístup (tj. bez doporučení praktického lékaře). Práce na definování výše úhrady za zaregistrovaného pacienta již skončily a návrh byl nedávno vládou prezentován. U nemocnic lze vývoj odhadovat obtížněji. Za reálnou variantu lze pokládat úhrady za případovou směs (case-mix) nebo širší použití paušálů. Všeobecná zdravotní pojišťovna experimentálně ověřuje použití metody DRG a plánuje její využívání. Připravují se rovněž kroky, které by umožnily přechod na financování lůžkových zařízení předem stanoveným rozpočtem odvozeným částečně od prokazatelné výše fixních nákladů a od objemu poskytnuté péče.

2. Rozsah plně hrazené péče bude snížen v zájmu zrealnění vztahu mezi disponibilními zdroji a potřebami. Některé současné úvahy uvádějí cílový stav jako 1/3 přímé platby pacienta, 1/3 z pojištění, 1/3 ze státního rozpočtu. Osobně se domnívám, že těmito čísly se reálný vývoj v budoucích pěti letech nepřiblíží. Dosavadní podíl přímých plateb (cca 9%) se má podle aktuálně publikovaných návrhů ministerstva zdravotnictví bezprostředně zvýšit na cca 12,5%. Dá se očekávat postupný rozvoj komerčního pojištění tzv. nadstandardní péče.
3. Dojde k výraznému tlaku na redukci kapacit, zejména snížení počtu akutních lůžek. Připravují se návrhy na vytvoření státem garantované sítě zařízení. Zařazení do této sítě bude pro každé zařízení představovat zásadní komparační výhodu oproti nezařazeným. Bude vytvořen státní program na redukci akutního lůžkového fondu.
4. Dojde ke změně ve výběru pojistného vytvořením správy zdravotního pojištění, což by mohlo zvýšit přehled o vybíraném pojistném a zlepšit platební kázeň poplatníků. Pravděpodobné je i administrativní sloučení zdravotního a nemocenského pojištění.
5. Zřejmě bude prosazena změna z režimu tarifních mezd lékařů k režimu „smluvních platů“, i když v současnosti odborové svazy pracovníků ve zdravotnictví s tímto řešením nesouhlasí.
6. Postupně budou zaváděny závazné metodické pokyny a standardy jakožto nástroje zvyšování efektivity a kvality zdravotní péče. Tím by se významně

usnadnilo hodnocení „výstupu“ zdravotnických služeb a tím i posuzování míry ekonomické efektivity.

7. Vývojové trendy v zahraničí naznačují, že i u nás bude postupně docházet k vytváření skupinových praxí lékařů a k růstu významu role praktických lékařů při organizování péče.

Zdá se tedy, že alespoň některé pravděpodobné změny oproti současnému stavu dokážeme identifikovat. Zda k nim skutečně dojde, to záleží, mimo jiné, i na výsledcích politických procesů a rovněž i na tom, zda se bude zvyšovat počet kvalifikovaných odborníků podílejících se na rozhodování.