

Vývoj financování zdravotní péče

Po tisíciletí byl vztah mezi pacienty a lékaři přímý, pacienti zaplatili za poskytnutou péči lékaři a bylo. Nemocným bez prostředků a rodinného zázemí byla péče poskytována na charitativním principu církevními nebo městskými institucemi. O zdravotnictví jako o systému je možné hovořit až od chvíle, kdy mezi pacienta a lékaře vstoupil "plátce třetí strany".

Stalo se tak ve druhé polovině 19. století, kdy bylo ve střední Evropě zavedeno povinné nemocenské pojištění zaměstnanců. V habsburské monarchii se první vlaštovka tohoto typu objevila v živnostenském zákoně v roce 1859 a v roce 1888 bylo nemocenské pojištění zaměstnanců zavedeno plošně. Jeho konstrukce byla obdobou reformy sociálního systému v sousedním Prusku, která proběhla mezi lety 1881 až 1889 za kancléřování Otty von Bismarcka. Od té doby je jeho jméno spojováno s pojišťovenským modelem financování zdravotní péče.

Nemocenské pojištění se nezrodilo z potřeby zajistit solidaritu zdravých s nemocnými, bohatých s chudými a mladých se staršími v dostupnosti zdravotní péče, ale aby pokrylo základní životní potřeby rodiny nemocného nebo zraněného zaměstnance. Průmyslová revoluce odvedla lidi z jejich původního prostředí, které by se o ně v době nemoci postaralo, do anonymity průmyslových aglomerací. K proplácení zdravotní péče z nemocenské došlo jaksimimochodem - nemocenské pokladny platily lékařům, aby marody vraceli co nejdříve do pracovního procesu a hlídali dobu vyplácení nemocenské.

Náklady na zdravotní péči hrazené z nemocenského pojištění postupně stoupaly, ale přesto ještě před druhou světovou válkou nepřesáhly třetinu pokladnami vydávaných prostředků. Dnes jsou náklady na zdravotní péči osminásobkem částky spravované nemocenským pojištěním.

Zdravotní trh je specifický

Po druhé světové válce převládly ve zdravotnictví evropských zemí tři cíle - obnovit jeho standardní chod poznamenaný nečekaně vysokými válečnými náklady, využít dostupných prostředků k prevenci šíření přenosných nemocí a zpřístupnit zdravotní péči všem vrstvám obyvatelstva. V zemích, které spadly do sféry Moskvy, to znamenalo přechod na Semaškův model státního zdravotnictví, a u těch ostatních bylo rozhodující, zda již měly nebo neměly zavedený povinný systém sociálního pojištění.

Ty s Bismarckovým pojišťovenským modelem u něj zůstaly, ostatní začaly po vzoru Velké Británie zavádět tzv. Beveridgeův model národní zdravotní služby. Baron William Beveridge předložil svůj návrh britské vládě v roce 1942 a na jeho základě byla v roce 1948 zřízena britská NHS. Tento model posléze přejímaly státy, které tvoří prstenec kolem bismarckovského jádra Evropy - celá Skandinávie, Portugalsko, Španělsko, Itálie a Řecko. V sedmdesátých letech minulého století začaly mít všechny tyto zdravotnické systémy problémy s růstem nákladů spojeným se vstupem nových technologií do medicíny.

Navíc se obtížně orientovaly v rostoucí rozrůzněnosti medicíny, která začala lékařům nabízet různé alternativy ve vyšetřování a léčení jejich pacientů. Po systémech financování zdravotní péče, vytvořených v dobách laciné medicíny, se najednou chtělo, aby místo prostého proplácení poskytnuté péče začaly ovlivňovat efekt a kvalitu jejího samotného poskytování. To se jim bez vlastní vnitřní reformy nedařilo, a tak bylo po dvě desetiletí hlavním tématem zdržování růstu nákladů pomocí restrikcí kapacit, rozpočtových stropů a podobných nástrojů.

V devadesátých letech začalo být zřejmé, že beze změny paradigmatu se dále nepohneme, a od té doby se zdravotní systémy postupně reformují. Kroky prováděné v jednotlivých státech se vzájemně liší, ale jejich směřování je zřejmé - míří od přidělových systémů k regulovanému trhu. Pacienti a občané se posouvají z pozice pasivních konzumentů do aktivnější zákaznické role, lékaři ve svém rozhodování berou v potaz preference pacientů, pojišťovny přebírají aktivní odpovědnost za správu svěřených prostředků a státní správa se postupně stahuje z přímého poskytování zdravotních služeb i z jejich financování a zaměřuje se na zkvalitnění výkonu své nezastupitelné role regulátora a kontrolora.

Snad ještě pár slov k pojmu "regulovaný trh" pro ty, kdo buďto vyznávají trh bez přívlastků, nebo jej naopak ztracují. Trh je zavedeným způsobem výběru nejlepších řešení, stejně jako nástrojem stimulujícím efektivitu a kvalitu. Sám o sobě by jistě dokázal zajistit báječné zdravotnictví, ale nikoli pro každého. Na rozdíl od standardních trhů máme jako zákazníci toho zdravotního velmi rozdílné výchozí podmínky, které jsou více než obsahem našich peněženek dány naším zdravotním stavem.

Náklady na léčení některých nemocí jsou tak vysoké, že by si je mohli dovolit zaplatit jen nejbohatší z nás, takže trh bez přívlastků by učinil potřebnou zdravotní péči nedostupnou částí populace. V našem kulturním prostředí to je nepřijatelné, a tak musí ve veřejném zájmu vstoupit do trhu ve zdravotnictví regulace, aby co nejvíce potlačily dopady rozdílných zdravotních rizik na jejich nositele. Základním smyslem regulací je zajistit stejnou startovní pozici ve vztahu k potřebné péči všem občanům dané země. Nu a obsahem všech zdravotnických reforem je ladění regulací tak, aby v konečném důsledku kočírovaly tržní síly lépe než ty dosavadní.

Zdravotnický trojúhelník

V moderních zdravotních systémech putuje většina prostředků od občanů k plátcům "třetí strany" (prvou stranou se rozumí občan/ pacient a druhou poskytovatel zdravotní péče) a na této úrovni jsou peníze sdruženy a přerozděleny mezi jednotlivé plátce třetí strany podle míry rizika zajišťované populace.

Plátce třetí strany pak za tyto prostředky nakupuje pro své ovečky zdravotní služby u poskytovatelů zdravotní péče. Zakoupené zdravotní služby čerpají občané ve chvílích, kdy se stanou pacienty, a z vlastní kapsy na ně občas přispějí.

Přímé platby mají v sociálních systémech spíše charakter regulace omezující morální hazard související s bezplatností, než aby sloužily jako významný úhradový mechanismus.

Výběr prostředků

Peníze na zdravotnictví se generují ze tří základních typů zdrojů. Za prvé od jednotlivců jako zaměstnanců nebo samostatně výdělečných osob, popřípadě v některých státech seskupených pod nálepkou rodiny nebo domácnosti.

Druhou skupinu tvoří korporace, odvádějící vedle daní také platby za své zaměstnance, a konečně třetím zdrojem jsou prostředky shromážděné nestátními organizacemi, charitou nebo poskytnuté ze zahraničí. U nás je tento třetí zdroj pouze okrajový, ale například zdravotnictví některých afrických zemí je na něm téměř výlučně závislé.

Peníze mohou být vybírány:

- * vládou, ať již centrální, regionální nebo místní
- * nezávislou veřejnou institucí či správou sociálního zabezpečení soukromou neziskovou pojišťovnou
- * soukromou ziskovou pojišťovnou
- * samotným poskytovatelem zdravotní péče

U nás se na výběru prostředků podílí stát, veřejné zdravotní pojišťovny a poskytovatelé. Stát tak činí v rámci výběru přímých a nepřímých daní, zdravotní pojišťovny výběrem zákonného pojistného a poskytovatelé zdravotních služeb v přímých platbách.

Podle formy výběru mají vybírané peníze charakter:

- * daní (přímých a nepřímých)
- * povinného sociálního (zdravotního) pojištění nebo zdravotní daně (věcně shodná se sociálním pojištěním, ale vybírána státem)
- * dobrovolného soukromého zdravotního pojištění (výše pojistky na základě individuálního nebo skupinového rizika)
- * povinného soukromého zdravotního pojištění (občané mají povinnost se pojistit u některé ze soukromých zdravotních pojišťoven libovolné právní formy, fungující v regulovaném prostředí. Zatím k vidění pouze v Nizozemsku.)
- * zdravotního spoření (vedle Singapuru ještě zkoušeno v USA)
- * přímých plateb
- * grantů, darů atd.

Pro představu o významnosti jednotlivých finančních toků ve zdravotnictví se podívejme do reality roku 2008. V té době si to do zdravotnictví namířilo zhruba 260 miliard Kč (viz tabulku), z nichž něco málo přes 58 % bylo vybráno přímo zdravotními pojišťovnami od výdělečně činných lidí a v případě jejich zaměstnaneckého poměru i od jejich zaměstnavatelů (odvod na zdravotní pojištění v celkové výši 13,5 % daňového základu se dělí mezi zaměstnance a zaměstnavatele v poměru 1 : 2). Daňovou cestou se do zdravotnictví dostalo necelých 71 miliard Kč, což odpovídá 27% podílu.

Tyto peníze vstoupily do zdravotnictví dvěma způsoby. Přes 52 miliard vložil stát do fondu přerozdělení jako platbu za "své pojištěnce" a zbývající část byla vynaložena rovným dílem z rozpočtů krajů a ministerstva zdravotnictví. K platbě za "státní pojištěnce" je dobré připomenout, že není a nikdy nebyla míněna jako plnohodnotné zdravotní pojištění, ale byla vytvořena jako nástroj, jímž stát může dorovnávat deficit v systému veřejného zdravotního pojištění.

Stát nespravuje jiné bohatství, než které jeho produktivní občané vytvoří, a tak je poukazování na jeho skrblictví v platbě za "jeho" pojištěnce poněkud komické. Stejně bychom to byli my, kdo by zaplatil účet. Občané v roce 2008 vydali z vlastních kapes 40 miliard Kč, a tak se přímé výdaje podílejí na celku 15,5 procenta.

	Mil. Kč		%		
Veřejné výdaje	219 119		84,5		
Zdravotní pojištění	200 592			77,4	
		150 362			*58,3
		52 367			*20,2
Státní rozpočet	9 908			3,8	3,8
Územní rozpočty	8 619			3,3	3,3
Soukromé výdaje	40 126		15,5	15,5	15,5
Celkem	259 245		100,0	100,0	100,0

Aktuální informace č. 41 (ÚZIS 2009), * % 2007

Řadu let se vedou úvahy o posílení role komerčního pojištění ve zdravotnictví. To zatím hraje v našem systému marginální roli a významněji se uplatňuje u cizinců, kteří u nás působí a nejsou našimi občany ani zaměstnanci u nás sídlících firem, a v cestovním pojištění.

Typologicky se dá soukromé komerční zdravotní pojištění rozdělit na:

* Základní (principal), jež poskytuje krytí pro případ čerpání zdravotní péče pro ty, kdo nejsou součástí veřejného zdravotního pojištění. Jeho rozsah a výše pojistky je smluvní (u nás třeba pojištění cizinců z nesmluvních zemí).

* Náhradní (substitute) pokrývá shodný rozsah služeb jako veřejné zdravotní pojištění, ale cena pojistky vychází z pojistného rizika. Je určeno pro ty, jimž je umožněno vystoupit z veřejného zdravotního pojištění (Německo, dříve Nizozemsko). Vzhledem ke své nesystémovosti je opouštěno.

* Doplnkové (complementary) je určené na krytí dodatečných nákladů spojených s čerpáním služeb hrazených ve veřejném systému a uplatňuje se ve státech s vysokou spoluúčastí (Francie).

* Dodatkové (supplementary) kryje služby neposkytované veřejným zdravotním pojištěním nebo je nabízí v lepší kvalitě a dostupnosti, tedy "připojištění" v našem pojetí (Izrael).

* Duplicitní (duplicate) slouží k zajištění přístupu k péči, která by měla být dostupná ve veřejném systému, ale není (Velká Británie).

S výjimkou Francie nepřekračuje v Evropě podíl komerčního pojištění na celkových prostředcích zdravotnictví 10 procent. Vzhledem ke své konstrukci je nevhodné k zajišťování základní zdravotní péče pro obyvatelstvo, ale může být dobrým prostředkem jejího přizpůsobení individuálním potřebám a k racionalizaci procesu vstupu nových technologií do zdravotnictví.

Sdružení a přerozdělení prostředků

Smyslem sdružování prostředků je rozložit finanční riziko spojené s nemocí na populaci nebo na její definovanou podskupinu. Evropské systémy sociálního pojištění nebo národní zdravotní služby se orientují na celou populaci, ale tradičně individualistické Spojené státy se tímto směrem vydaly až v rámci Obamovy reformy.

Jednou sdružené prostředky je následně potřebné rozdělit mezi jednotlivé "nákupčí" zdravotních služeb. V systémech národní zdravotní služby jde o spravedlivou alokaci prostředků mezi jednotlivými regiony, v pojišťovenských systémech zase mezi zdravotními pojišťovnami.

Se stoupajícím důrazem na konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami roste význam přerozdělování jako prevence zaujatého výběru pojištěnců.

Cílem přerozdělovacích mechanismů je přizpůsobit objem prostředků, s nimiž pojišťovna hospodaří, rizikové struktuře jejich pojištěnců. U nás je v současné době zavedeno tzv. 100% přerozdělení, což zjednodušeně popsáno znamená, že všechny vybrané peníze se dají na jednu hromadu, stát na ni přisype za "své" pojištěnce a každá pojišťovna si pak vezme díl odpovídající věkové a genderové struktuře jejich pojištěnců.

Aby se omezila diskriminace pojištěnců s nákladnými diagnózami, je pojišťovnám navíc z tohoto měšce zpětně kompenzováno 80 % z nákladů, o něž roční léčení překročilo hranici třicetinásobku nákladů na průměrného pojištěnce. V Nizozemsku, které má zřejmě nejvyšší způsob přerozdělení, je navíc zohledňován sociální statut pojištěnce, jeho bydliště, lékové náklady a náklady na vybrané diagnostické skupiny.

Nákup

péče

Na úhradové mechanismy se můžeme dívat z pohledu jejich časové orientace, jednotky platby nebo míry rozložení finančního rizika mezi plátce a poskytovatele.

Z časového hlediska se platby dělí na retrospektivní a prospektivní, první znamená, že plátce dopředu neví, kolik za péči zaplatí. Doktor vypíše účet, pacientovi jej proplatí pojišťovna, a pokud jí rostou náklady, tak zvýší pojistné. Touto cestou došly Spojené státy k průměrné roční ceně zdravotního pojištění 13 000 USD.

V Evropě tradičně dominuje prospektivní způsob úhrady, ceny jsou ošetřeny různými sazebníky a objem péče upraven vzájemnými smlouvami. Platit se dá za jednotlivé úkony, za epizodu péče nebo za zajištění definované skupiny lidí.

Výkonová platba je jednoduchá a flexibilní, ale také stimuluje růst počtu výkonů a v otevřeném prostředí nutně spojena s vysokou spoluúčástí.

Platba za epizodu péče je souhrnnou platbou za všechny výkony vztažené buďto k podmínkám (ošetřovací den, registrace), nebo epizodě nemoci (DRG, PCG). Představuje racionální formu kontroly nákladů, protože volbu konkrétního diagnosticko-terapeutického postupu nechává na poskytovateli, umožňuje vzájemné srovnávání a obejde se bez spoluúčasti.

Nevýhodou sofistikovanějších systémů platby za epizodu péče jsou značné nároky na tvorbu, údržbu, kontrolu a rozvoj úhradového systému. U nás se používá kapitačně-výkonová platba u praktických lékařů, výkonová se stropem u specialistů a mix paušálu, platby za případ, za "balíčky" a za nákladné pacienty v nemocniční péči. Stávající systém úhrad by si zasloužil "vyčistit", zjednodušit a v nemocniční péči by měl konečně dospět k hrazení podle DRG. A nakonec si ještě povězme o úhradách z hlediska rozložení finančního rizika mezi plátce a poskytovatele. Při retrospektivní výkonové úhradě nese riziko výhradně pojišťovna, naopak je tomu, pokud výši úhrady nastaví jednostranně stát nebo monopolní pojišťovna.

Logicky nejlepší jsou takové úhradové mechanismy, v nichž si každý nese svoji míru rizika. V prostředí DRG nese poskytovatel riziko, že bude konkrétního pacienta léčit nákladněji, než je jeho předem stanovená odměna, a v opačném gardu zase nese riziko pojišťovna.

Ve financování našeho zdravotnictví se dá ledacos vylepšit - od zavedení dvousložkového pojistného přes definování služeb hrazených veřejným systémem jako nutné podmínky pro otevření většího prostoru komerčnímu připojištění či přes přesnější způsob přerozdělení až po racionalizaci úhradových mechanismů. Ale o tom zase někdy jindy.