

Veřejné a soukromé financování zdravotnictví

Filip Křepelka

VUT – zdravotnické právo a legislativa

7. přednáška, 2010

Smysl veřejného financování zdravotnictví

- Zdravotní péče je nákladná, lidé jsou různě úspěšní a proto různě bohatí
- Bez solidarity by se mnohým zdravotní péče nedostalo.
- Veřejné financování se zakládá na solidaritě mezi bohatými a chudými, zdravými a nemocnými.
- V praxi to znamená solidaritu lidí v produktivním věku na straně jedné a seniory, dětmi a chronicky nemocnými na straně druhé.
- Toto může být ovšem různě organizováno.
- Nevylučuje se také soukromé financování.

České veřejné financování zdravotní péče

- České veřejné financování zdravotní péče na základě veřejného zdravotního pojištění: předpokládá to tak čl. 31 LZPS.
- Nyní upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Nejedná – samozřejmě nejen v ČR - o skutečné pojištění, neboť se neprovádí selekce pojištěnců a kalkulace rizik.
- Je to „pseudopojištění“ podobně jako pojištění v rámci soustavy sociálního zabezpečení (např. starobní, invalidní či pozůstalostní důchody)

Okruh pojištěných

- Vymezení okruhu pojištěných: nikoli občané, nýbrž obyvatelé ČR.
- Zahrnuje tedy též trvale (nikoli dlouhodobě) pobývající cizince a ve vazbě na právo EU též pobývající občany EU včetně některých nepobývajících rodinných příslušníků.
- Tito platí daně a především zvláštní pojistné na veřejné zdravotní pojištění.
- Krátkodobě pobývající cizinci by měli mít nějakou formu pojištění. Požaduje a nově upřesňuje to české cizinecké právo.
- Pak by na území ČR neměl být nikdo, jehož akutní zdravotní péče není uhrazena. Není to tak!

Zdroj: pojistné na veřejné zdravotní pojištění

- Úprava zákonem č. 592/1992 Sb.
- Podobná konstrukce jako u sociálního zabezpečení (se svými třemi složkami: důchodové, nemocenské, nezaměstnanost)
- odvody zaměstnanců a zaměstnavatelů z mezd
- odvody OSVČ (stále velkorysý přístup. Je odůvodněný?)
- Náhradní platby státu za děti, matky na mateřské, důchodce, studenty (do 26 let!) atd.
- Nutnost placení základního pojistného ostatními.
- Představa vlády o vytvoření „superdaně“ spojením daně z příjmů a sociálního pojištění, jež má zjednodušit jejich výběr. Měla zahrnovat také stávající zdravotní pojištění? Jak by to bylo slučitelné se záměry veřejné zdravotní pojišťovny privatizovat?

Instituce zprostředkující financování zdravotnictví: veřejné zdravotní pojišťovny

- Legislativa VZP a resortních pojišťoven: 551/1991 Sb., 280/2002 Sb.
- Přehled: Všeobecná zdravotní pojišťovna + osm resortních či resortně-komerčních pojišťoven, nyní otevřených ovšem všem obyvatelům.
- Pokles počtu resortních pojišťoven oproti minulosti. Proč?
- Právní postavení VZP a resortních zdravotních pojišťoven: subjekty sui generis.

Postavení veřejných zdravotních pojišťoven

- Všeobecná zdravotní pojišťovna je složitým způsobem ovládána státem.
- Oborové pojišťovny jsou pod volným řízením příslušných resortů, zaměstnanců a zaměstnavatelů v příslušném resortu.
- Jaký je vlastně podíl resortních veřejných zdravotních pojišťoven? Okolo 40%. VZP má velkou většinu nákladných pojištěnců.

Vývoj a reformní záměry

- Vývoj v 90. letech: nezvládnuté vize konkurence nadstandardními službami, nerentabilita VZP, stoprocentní přerozdělování peněz (právní základ?)
- ČSSD: myšlenka vytvoření ministerského národního fondu.
- ODS: resortní zdravotní pojišťovny se měly reformovat na akciové společnosti a privatizovat, ovšem s řadou omezení ohledně užívání zisku. Některé nové resortní pojišťovny se už připravovaly. Otázky: co přerozdělování, bude možnost odmítat pojištěnce, bude možnost slevovat na vybíraném pojistném („pojišťovna bohatých“)? Reformní záměry (v podobě zákonů předložených Parlamentu ČR) však padly s odchodem ministra Julínka a následně pádem vlády.

Smluvní financování

- Forma financování zdravotnictví dnes:
- Hrazená péče se poskytuje skrze smluvní zdravotnická zařízení jednotlivých veřejných zdravotních pojišťoven.
- Zdravotnická zařízení mají smlouvy s VZP a mnohé s většinou ostatních zdravotnických zařízení.
- Mimosmluvně se hradí urgentní péče.
- Vzácný je sklon k používání pokladenských metod.

Smluvní politika

- Východiskem pro smluvní politiku veřejných zdravotních pojišťoven jsou rámcové smlouvy uzavírané se svazy zdravotnických zařízení.
- Stanoví se pravidla pro uzavírání smluv.
- Stanoví se pravidla pro výběrová řízení na dodávku zdravotnických služeb.
- Součástí smluv je obecná povinnost zdravotnických zařízení obecně zabezpečit pojištěnce (omezuje případnou obecnou svobodu odmítat pacienty).

Navrhované změny ohledně smluvní politiky

- ČSSD (ministr Rath): jenom v.n.ú.z.z. měly dostávat veřejné peníze.
- Co naopak vize ODS ohledně konkurujících si pojišťoven? Ty patrně mají získat možnost uzavírat smlouvy s kýmkoliv.
- Návrhy politických stran pro volby 2010 jsou velmi nezřetelné.

Rozsah a meze hrazené péče

- Péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění: legislativní rámec je určena zákonem č. 48/1997 Sb.
- Vymezení nehrazených zákroků přílohou.
- Implicitní vymezení hrazených zákroků jako zákroků moderní medicíny oproti zákrokům experimentálním.
- V praxi meze hrazené péče vyplývají ze sazebníku bodových hodnot

Kalkulace cen zdravotních zákroků a zdravotní péče – bodová hodnota a hodnota bodu

- Styl financování: dříve plně proplácení jednotlivých zákroků – vedlo k expanzi výkonů.
- Dnes dílem kapitační platby, rozmanité paušály, limity a jiná organizační opatření.
- Nadále existuje nicméně sazebník jednotlivých zákroků (body) – stanoví se vyhláškou ministerstva.
- Hodnota bodu se stanovuje každoročně v dohodovacím řízení.

Hrazení zdravotnického materiálu (léčiva)

- Léčiva: stanovení terapeutických skupin a uhrazování nejlevnějšího
- Ostatní s doplatkem
- Uplatňuje se cenová regulace podle obecných předpisů (zákon o cenách)
- O léčivech a zdravotnických prostředcích a jejich právu včetně financování ale bude následující 8. přednáška.

Možné nedostatky veřejného financování zdravotnictví

- Je současná alokace financí prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění na základě stávající legislativy a smluv vždy korektní a v souladu s ústavní garancí zdravotní péče dostupné všem?
- Co některé opomíjené skupiny, které se nejsou schopné moc ozvat? Kojenci v ústavech zdravotně-sociální péče, pacienti v léčebnách dlouhodobě nemocných, umírající pacienti.
- Zatím to ale nejde k soudu, takže nevíme, jestli by to soudy (a které?) vůbec hodlaly a svedly řešit.
- Co antidiskriminační právo?

Veřejné financování mimo veřejné pojištění

- poskytují se přímé dotace (armádní, policejní a vězeňské zdravotnictví)
- provádějí se nemalé investice.
- Kdo poskytuje? Stát (též v silových resortech), kraje, města a obce.
- Rozsah je podle všeho doplňkový.

Spoluúčast mimo regulační poplatky

- Spoluúčast českých pacientů-pojištěnců českých veřejných zdravotních pojišťoven.
- Uhrazování nehrazených zákroků, uhrazování zákroků na základě speciální legislativy (interrupce apod.)
- Doplatky na léky nad cenu nejlevnějšího léku, nehrazená zubní zdravotnická péče
- Jinak ovšem – včetně regulačních poplatků - poměrně nízká spoluúčast ve srovnání se zahraničím, a to včetně zemí se všeobecně dostupnou kvalitní zdravotní péčí (např. Švédsko).

Regulační poplatky: přehled

- Regulační poplatky zavedené od 1. 1. 2008 novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění.
- Přehled: základní, za pohotovost, za pobyt v nemocnici)
- Výjimky (preventivní prohlídky, očkování), strop 5000 Kč za rok (platí se stále, pojišťovny mají vracet pacientovi).
- Praxe vybírání (kasičky, automaty) a vymáhání poplatků (exekuce?).
- Poplatky mají tlumit nadužívání zdravotní péče. Uplatňovat se začaly však na prakticky veškerou péči včetně zjevně nezbytné.

Regulační poplatky: politika a právo 2008

- Politické názory na poplatky jsou vyhrocené (postoje ODS, KDU-ČSL, SZ, ČSSD, KSČM a nových stran)
- Veřejnost, zdá se, poplatky považuje za dost velkou změnu. Bezplatnost péče opravdu byla velmi zažitá.
- Rozhodování Ústavního soudu: napadení poplatků v rámci reformy veřejných financí, legislativní proces podržen, co požadavek „bezplatnosti“ péče? Ústavní soud (květen 2008) rozhodl, že jsou poplatky s čl. 31 LZPS slučitelné. Argumentace (těsné) většiny nerealističností skutečné bezplatnosti mi připadá problematická, přesvědčují odlišné názory.

Regulační poplatky: politika a právo 2009

- ČSSD s důraznou kritikou regulačních poplatků výrazně vyhrála krajské volby (říjen 2008).
- Od roku 2009 jednotlivé kraje začaly odpouštět regulační poplatky, resp. je v krajských zdravotnických zařízeních proplácet různými formálně-právními postupy.
- Vedle politické kritiky vlády a ODS se proti této praxi začalo argumentovat legislativou, která regulační poplatky zavedla, evropskými mezemi státních podpor a soutěžním právem.
- Proti proplácení či odpouštění poplatků začaly zasahovat veřejné zdravotní pojišťovny a soudy.
- Parlament přijal kompromisní legislativu odstraňující poplatky u určitých pacientů (děti, nikoli důchodci) a snižující stropy.

Soukromé pojištění zdravotní péče v Česku.

Poskytují obecně komerční pojišťovny.

- Cestovní zdravotní pojištění je nejobvyklejší.
- Objevuje se rovněž smluvní (právnem požadované) zdravotní pojištění nezajištěných cizinců.
- Existuje nějaká rozsáhlejší nabídka pojištění zajišťující nadstandardní zdravotní péči? Patrně nikoli, je po ní malá poptávka. To procento bohatých, které si platí za nadstandardní péči, si tak platí jednotlivé zákroky, nikoli vytváří nějaký plán zdravotní péče. Nevylučují pojišťování zahraničními pojišťovnami.

Standardní a nadstandardní péče

- Kdo může poskytovat nadstandardní péči?
- ČSSD usilovala o egalizaci zdravotní péče. Nadstandard vykazala do nesmluvních zdravotnických zařízení anebo zredukovala na bagatelní nezdravotnická plnění („televize na pokoji“).
- Provedla nová vláda ODS+ již nějaké legislativní změny směrem k větší přípustnosti nadstandardů, anebo se to jenom více toleruje?
- Důvody pro a proti nadstandardu ve zdravotnické péči: pragmatismus versus idealismus.

Financování zdravotnictví v Česku od Rakouska, první republiku k socialismu

- V Rakousku-Uhersku zavádění veřejného financování zdravotní péče, ovšem jen pro vybrané skupiny obyvatel či pacientů
- Financování dotování zařízení anebo v rámci pokladenských systémů, které ale pokrývaly jenom část obyvatelstva.
- Určitou roli sehrávala náboženská charita a působení náboženských řádů, před osvícenstvím vůbec hlavní poskytovatel zdravotní péče.
- Toto dále rozvíjela a rozšiřovala první republika.
- Socializace zdravotní péče po roce 1945: centralizace financování a monopol ústavů národního zdraví financovaných shora. O rozsahu a mezích financování (ústících v odepření péče nebo neodpovídající péči) se však nevedla větší debata.

Evropské státy

- Veřejné a soukromé financování v evropských státech (jednotlivé modely – národní zdravotní péče, systém jediného fondu, systém více zdravotních pojišťoven, systémy zdravotních pokladen).
- Jednotlivé modely se mohou mísit a prolínat, navíc v mnoha státech se provádějí další a další reformy.
- Veřejné pojištění: je jako v ČR pseudopojištění.
- Skutečné pojištění totiž nezajistí solidaritu. Jako doplňkové se ale v jednotlivých evropských zemích v často nepřehlédnutelném rozsahu objevuje.

Model 1: model národní zdravotní služby

- žádné veřejné pojištění, financování daněmi.
- „Hubená varianta“ – Velká Británie (National health service - NHS) financovaná blokovými dotacemi a poskytující péči obecně zdarma, vzhledem ke společenské stratifikaci země a poměrně nízké kvalitě péče však existuje rozsáhlé privátní zdravotnictví.
- „Tučná varianta“ – skandinávské země, vysoké daně, poměrně dobrá péče ve srovnání.
- Národní zdravotní služba může být centralizovaná, může být ale také decentralizovaná (jak z hlediska řízení, tak z hlediska financování daněmi)

Model 2: jeden povinný fond

- Existuje veřejné pojištění nebo zdravotní daň, může se kombinovat s dotacemi státu.
- Péči na základě smluv obstarává monopolní zdravotní fond (může být fondem účetním, spravovaný státem, může být samostatnou institucí).
- Existuje síť smluvních zdravotnických zařízení, které mohou být státní, regionální a lokální veřejné, neziskové (zejména církevní) stejně jako komerční.
- Zase je představitelná různá míra centralizace (většina postsocialistických zemí) nebo decentralizace (Itálie, Španělsko) v závislosti na uspořádání státu.

Model 3: více zdravotních fondů a pojišťoven

- Veřejné zdravotní pojišťovny obstarávají zdravotní péči u smluvních zdravotnických zařízení.
- Nizozemí, Německo, Rakousko, Česko, Slovensko.
- Otevírá prostor pro určitou diferenciaci a konkurenci: existují všeobecné pojišťovny, resortně organizované pojišťovny, komerčně orientované pojišťovny s odlišnými nabídkami (pojistnými plány).
- V některých zemích část péče poskytují pojišťovny péči samy, jsou tedy též zdravotnickým zařízením.
- Nutnost sledovat, kdo jsou smluvní zdravotnická zařízení, kde se poskytne hrazená péče.

Model 4: pokladenský model.

- Belgie, Lucembursko, Francie
- Pacient má smluvní vztah (včetně případů nucené péče) se zdravotnickými zařízeními (široký smluvní přímus), uhradí nebo se zavazuje péči uhradit, dostává účet.
- Účet je mu pak následně do státním právem a pokladnou stanovené výše uhrazován. Spoluúčast je rozdílem.
- Lidi vědí o nákladech na zdravotní péči.
- Mají širokou volbu zdravotnického zařízení (samozřejmě, nabízí-li péči více zdravotnických zařízení) různé kvality.
- Nákladná administrace celého systému.
- Větší prostor pro spory včetně sporů soudních.

Společné a rozdílné rysy evropského zdravotnictví a jeho financování

- V Evropě financování zdravotnictví především na základě solidarity, veřejné financování převládá všude.
- Spoluúčast je zpravidla vyšší než v ČR.
- Kde je méně výrazná, kde je výraznější? Přehled nelze podat s ohledem na různou spoluúčast pro jednotlivé skupiny pacientů.
- Nepřehlédnutelné rozdíly v podílech zdravotnictví na HDP jednotlivých členských států.
- Nepřehlédnutelné rozdíly v možnostech jednotlivých zemí s ohledem na jejich HDP na jednotlivce.

USA I

V USA není právo na dostupnou zdravotní péči postulováno jako základní sociální právo.

Zdravotní péče polosolidární: veřejné a soukromé peníze napůl.

- Vysoký podíl zdravotnictví na HDP (16%), takže veřejné výdaje jsou značné. Proč tak vysoký podíl zdravotnictví na HDP? Automatizace a racionalizace ostatních odvětví, náklady na pokrytí právních rizik, nároky na kvalifikaci, vysoké ceny léčiv.
- Federální nebo federálně-státní financování zdravotnictví:
 - skromná péče: Medicare (staří lidé), Medicaid (sociálně potřební) – péče není příliš dobrá
 - Programy péče o některé kategorie chronicky nemocných
 - lepší zdravotní služba pro vlastní zaměstnance, vojáky apod.

USA II

- Převládající financování prostřednictvím státem podporovaného komerčního pojištění, které má většina zaměstnanců pro sebe a rodinu, mnohé profese mají své systémy.
- Pojišťovny ovšem mohou však selektovat mezi klienty.
- Existují různá odborová, profesní a družstevní schémata financování zdravotnictví (Blueshield)
- Mnoho osob ovšem zůstává bez adekvátního pokrytí.
- Značné rozdíly mezi státy, některé státy mají až univerzální financování zdravotnictví o své obyvatele (Havaj, Massachussetts), jiné to odmítají z ideových či fiskálních důvodů.
- Zdravotnictví je klíčové politické téma. Obamova administrativa prosadila reformu tlačící k větší dostupnosti komerčního pojištění, nutí obyvatele se pojišťovat, je sporné, zda nezasahuje do kompetence států.

Některé jiné vyspělé země

- Japonsko: Všeobecné veřejné zdravotní pojištění na základě kombinace pojištění zaměstnanců a státního pokrytí ostatních obyvatel, poskytuje údajně všeobecně dostupnou zdravotní péči.
- Singapur: povinné odvody z mezd na vázané účty, ze kterých se hradí péče, komerční pojištění, státní „katastrofické“ angažmá a podpora provozu městských nemocnic. Nepovažuje se za přenositelné.
- Izrael: povinné pojištění, veřejné zdravotní pojišťovny s vlastními zdravotnickými zařízeními, velký vliv odborů, přímé státní příspěvky, vysoce kvalitní péče, země ve velkém objemu vyváží péči.

Středně nebo méně vyspělé země

- Čína – zajištění především v rámci zaměstnání (podobně jako dříve v SSSR), dnes na venkově elementární rolnické pojištění (600 mil. lidí) se státní podporou, ve městech kombinace městského a provinčního angažmá, zaměstnaneckého zabezpečení a vysoké spoluúčasti.
- Indie – převažuje soukromé financování, stát (různé úrovně) financuje a provozuje základní, ovšem viditelně nedostačující síť zařízení.
- Rusko – dle ústavy je péče zdarma. Jaká však byla a je po hospodářském a sociálním rozvratu 90. let?

Chudý svět – bez veřejného financování nebo financování zcela nedostačující

- Afrika jako odstrašující případ
- Zanedbatelné veřejné výdaje na zdravotní péči (ve srovnání s výdaji na armádu, policii a veřejnými penězi, co se rozkradou)
- Závislost na humanitární či rozvojové pomoci.
- Neodpovídající infrastruktura, chybějící kvalifikovaný personál, nedostatek léčiv.
- Vysoká míra HIV positivity a AIDS rozvrací zdravotní systémy dokonce v bohatších afrických zemích (JAR).
- Podobně neuspokojivé poměry jsou v chudých latinsko-amerických či asijských zemích.

Humanitární pomoc v oblasti zdravotnictví.

- Poskytovaná WHO, OSN, státy, neštátními charitativními organizacemi (hnutí Červeného kříže, Lékaři bez hranic), církvemi (např. Caritas, ADRA).
- Pomoc se poskytuje chudým zemím a v případě pohrom a humanitárních katastrof též dalším zemím.
- A co vnitrostátní charita? Jakou hraje roli v jednotlivých zemích? Ze širokého úhlu pohledu spíše okrajovou.
- V ČR zejména příspěvek k péči o děti v řádu desítek a stovek milionů Kč, tj. patrně pod 1% celkových výdajů na české zdravotnictví.
- Jsou země, kde taková charita má větší význam (bohatší islámské země: Saudská Arábie, Irán)

Propojení veřejného financování v Evropské unii: koordinace

- Koordinace veřejného zabezpečení zdravotní péče právem Evropské unie (podle nařízení a judikatury).
- V rámci nařízení 1408/71 (nahrazované 883/2004)
- - obecně zařazení k zemi dlouhodobého či trvalého pobytu
- - neodkladná, resp. nezbytná péče po dobu pobytu (průkaz EHIC)
- - nadstandardní zajištění studentů a penzistů (protože je rentabilní při obvyklých migračních tocích)
- - možnost souhlasu či přivolení s čerpáním, příležitostné obstarávání či vyhledávání péče v zahraničí při nedostatku kapacit.

Aktivistická integrace zdravotnictví Evropské unie

- Aktivistická judikatura Soudního dvora
- Výchozí Rozsudky Kohll a Decker z roku 1998
- Navazující: Peerbooms / Smits, Inizan, Vanbraekel, Watts
- - hrozba destabilizace: proto ústupek Soudního dvora ohledně hospitalizací
- - tlačení do pokladenského systém s přesně vymezenými úhradami hrazených služeb
- - nerealistická vize stejného mezinárodního standardu obvyklé péče a stejného standardu jejího dodávání.

Vyloučení zdravotnictví z intenzifikace liberalizace služeb, návrh zvláštní směrnice.

Lze integrovat zdravotnictví v EU s ohledem na ekonomické, sociální a politické rozdíly?

Závěrečná poznámka k financování zdravotnictví

Nikdy (!!) a nikde (!!) není dost veřejných prostředků na zdravotnictví, všude je „krize“ a požaduje se a často také provádí „reforma“.

Nové metody se mohou ukazovat neúnosně drahé. Obecně ale nejen na ně chybí personál, materiál a potažmo finance. S většími zdroji by se vždy péče dala zlepšit (podobně jako školství).

Způsoby veřejného financování zdravotní péče samozřejmě vědomě nebo bezděčně mohou upřednostňovat určitou péči a tedy určité pacienty.