

# **Veřejné a soukromé financování zdravotnictví**

Prezentace distanční lekce

4. lekce, 2020

Filip Křepelka

# Smysl veřejného financování zdravotnictví

- Lidé jsou různě úspěšní a proto různě bohatí
- Zdravotní péče je drahá. Bez solidarity by se mnohým dobré zdravotní péče nedostalo.
- Je třeba solidarita 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 či vážně zraněnými na straně druhé.
- Veřejné financování je způsob provedení.
- Určité výdeje slouží vytvoření záloh!

# 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 se – samozřejmě nejen v ČR - o skutečné pojištění, neboť se neprovádí selekce pojištěnců a kalkulace rizik.
- Je to „pseudopojištění“ podobně jako pojištění v rámci sociálního zabezpečení (např. starobní, invalidní či pozůstalostní důchody)

# Okruh pojištěných

- Okruh pojištěných: nikoli občané, nýbrž obyvatelé ČR.
- Zahrnuje též trvale (nikoli dlouhodobě) pobývajících cizince mimo EU a ve vazbě na právo EU též pobývajících občany (jiných členských států) EU včetně nepobývajících rodinných příslušníků.
- Tito lidé platí daně a veřejné pojistné (též prostřednictvím zaměstnavatelů).
- Krátkodobě pobývajících 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.

# Instituce zprostředkující financování zdravotnictví: veřejné zdravotní pojišťovny

- Legislativa VZP a resortních pojišťoven: 551/1991 Sb., 280/2002 Sb.
- Přehled: Všeobecná zdravotní pojišťovna + 6 resortních či resortně-komerčních pojišťoven, nyní otevřených 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, odborových organizací a zaměstnavatelů v příslušném resortu.
- Státní dozor nad zdravotními pojišťovnami.
- Podíl resortních veřejných zdravotních pojišťoven je cca 45%.
- VZP má většinu nákladných pojištěnců.

# Vývoj a reformní záměry

- 90. léta: vize konkurence nadstandardními službami, nerentabilita VZP, stoprocentní přerozdělování peněz dle zákona č. 48/1997 Sb.
- ČSSD: myšlenka ministerského národního fondu.
- ODS 2006: plány komercializace pojišťoven bez většího promyšlení souvislostí. Reformní záměry (v podobě zákonů předložených Parlamentu ČR) však padly s odchodem ministra Julínka a pádem vlády.
- ODS / TOP09 2010 – znovu zvažování posílení soutěže mezi pojišťovnami, rabat za nečerpání.
- ČSSD/ANO/KDU-ČSL – navrhovala drobné úpravy, DRG restart apod.
- ANO/ČSSD s podporou KSČM – pokračování bez větších ambicí.



# Smluvní financování

- Forma financování zdravotnictví dnes:
- Hrazená péče se poskytuje skrze smluvní poskytovatele zdravotních služeb jednotlivých veřejných zdravotních pojišťoven.
- Poskytovatelé mají smlouvy s VZP a mnohé s většinou ostatních zdravotnických zařízení.
- Mimosmluvně se hradí urgentní péče.
- Vzácný byl sklon k používání pokladenských metod, nyní je opuštěn, zavržen.

# 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 poskytovatelů zabezpečit pojištěnce příslušné pojišťovny (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 po roce 2010 jsou ale obecné.

# Rozsah 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.
- Absorpce inovativních zákroků podle nákladnosti.
- V praxi meze hrazené péče vyplývají ze sazebníku bodových hodnot.

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

- Dříve proplácení jednotlivých zákroků – vedlo k expanzi výkonů.
- Dnes dílem kapitační platby, rozmanité paušály, limity a jiná organizační opatření.
- Nadále existuje sazebník jednotlivých zákroků (body) – stanoví se vyhláškou ministerstva.
- Hodnota bodu se stanovuje každoročně v dohodovacím řízení.
- Je několik různých hodnot bodů pro různé smluvní režimy.
- DRG financování nemocnic.
- Pravidelné sanace – například při první vlně pandemie covid-19 a souvisejícím restrikcím.

# Objevující se spory

- Pochopitelný tlak na hrazení nákladné inovativní péče.
- § 16 ZVZP: možnost hradit běžně nehrazenou zdravotní péči.
- Vyjasnění postupu rozhodování uvnitř zdravotních pojišťoven o žádostech na hrazení této péče.
- První soudní spory – řeší správní soudnictví (krajské soudy, Nejvyšší správní soud). Soudy jsou vstřícné.
- Cesta sporů poskytovatelů s pojišťovnami se naopak ukázala stěží schůdná, zdůrazňuje se smluvní svoboda. Poskytovatelé mají kolektivní vyjednávání.

# Hrazení zdravotnického materiálu (léčiva)

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

# Možné nedostatky veřejného financování zdravotnictví

- Je současná alokace financí pomocí veřejného zdravotního pojištění v souladu s ústavní garancí zdravotní péče dostupné všem?
- Co opomíjené skupiny, které se nejsou schopné moc ozvat? Kojenci v ústavech zdravotně-sociální péče, pacienti v léčebnách dlouhodobě nemocných, umírající pacienti.
- Co antidiskriminační právo? Zatím to nejde moc k soudu, takže nevíme, jestli by to soudy (a které?) vůbec hodlaly a svedly řešit.
- (Ne)připravenost na covid-19 tsunami.



# Veřejné financování mimo veřejné pojištění

Rozsah je podle doplňkový.

Provádějí se nemalé investice.

Poskytují se přímé dotace (armádní a policejní zdravotnictví)

Kdo poskytuje? Stát (též v silových resortech), kraje, města a obce.

Covid-19 tsunami zvyšuje podíl státního financování a státní výpomoci.

Lze předpokládat nejen značnou zátěž na zdravotní pojištění, ale také výpadek pojistného.

# Spoluúčast mimo regulační poplatky

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

# Regulační poplatky: přehled

- Poplatky zavedené od 1. 1. 2008 novelou ZVP.
- Základní, za pohotovost, za pobyt při hospitalizaci)
- Výjimky (preventivní prohlídky, očkování), strop 5000 Kč za rok (platí se, pojišťovny vrací pacientovi).
- Poplatky mají tlumit nadužívání zdravotní péče. Uplatňovat se začaly však na prakticky veškerou péči včetně zjevně nezbytné.
- Praxe vybírání (kasičky, automaty) a vymáhání poplatků (včetně exekuce).

# Regulační poplatky – zavedení a ústavní přezkum

- Politické názory na poplatky byly vyhrocené.
- Veřejnost, zdá se, poplatky považovala za dost velkou změnu. Bezplatnost byla zažitá.
- Ústavní soud: 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 – peripetie politických sporů

- ČSSD s kritikou vyhrála krajské volby (říjen 2008).
- Od roku 2009 kraje začaly odpouštět regulační poplatky, resp. je v krajských zdravotnických zařízeních proplácet různými 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 dětí (nikoli důchodci) a snižující stropy.
- Po volbách 2010 kraje na kompenzace rezignovaly.
- Až na pohotovost zrušeno po volbách v roce 2013.

# Soukromé pojištění zdravotní péče v Česku.

Poskytují obecně komerční pojišťovny.

- Cestovní zdravotní pojištění je nejobvyklejší.
- Objevuje se rovněž smluvní (právem požadované) pojištění nezajištěných cizinců – předepsáno zákonem o pobytu cizinců.
- Existuje nějaká rozsáhlejší nabídka pojištění zajišťující nadstandardní zdravotní péči?
- Je malá poptávka. To málo bohatých, které si platí za nadstandardní péči, si platí zákroky, nikoli vytváří nějaký plán zdravotní péče.

# Standardní a nadstandardní péče

- Kdo může poskytovat nadstandardní péči?
- ČSSD usilovala o egalizaci zdravotní péče. Nadstandard vykázála do nesmluvních zdravotnických zařízení anebo omezila na bagatelní nezdravotnická plnění („televize na pokoji“).
- Nová vláda ODS+TOP09 prosadila se ZZS obecný rámec pro nadstandard.
- Důvody pro a proti ve zdravotnické péči: pragmatismus versus idealismus.

# Nynější právní rámec pro nadstandardy (po 2012)

- Nadstandardy (ekonomicky náročnější varianta). Obecnou zásadou je, že musí existovat základní lacinější varianta (standard).
- Nadstandardy se určují vyhláškou.
- Poskytovatel musí informovat o podobě a cenách.
- Zákaz diskriminace pacientů volících základní variantu.
- Zatím skromné začátky.
- Avšak zrušeno Ústavním soudem – proč?
- Neschopnost znovu zavést.



# Financování zdravotnictví v Česku od Rakouska, první republiku k socialismu

- Dotování nemocnic a lékařů státem.
- Pokladenské systémy pokrývaly jen část obyvatelstva.
- Roli měla náboženská charita, původně vůbec hlavní poskytovatel zdravotní péče.
- Za první republiky posilování všech prvků.
- Rozsah financování menší než dnes.
- Po roce 1945: etatizace financování a monopol ústavů národního zdraví.
- Malá debata o rozsahu a mezích financování.

# Evropské státy

- Převládá veřejné financování, zpravidla však větší spoluúčast.
- Jednotlivé modely se mohou mísit a prolínat, navíc v mnoha státech se provádějí další a další reformy.
- Veřejné pojištění: 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

- Financování vesměs přímo daněmi včetně zvláštních.
- „Hubená varianta“ – Velká Británie (National health service) financovaná dotacemi a poskytující péči zdarma, vzhledem ke společenské stratifikaci země a nízké kvalitě existuje rozsáhlé privátní zdravotnictví.
- „Tučná varianta“ – skandinávské země, vysoké daně, poměrně dobrá péče ve srovnání, rovnostářství.
- 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 poskytovatelů, 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 poskytovatelů.
- 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 poskytovatelé, 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.
- Existuje nicméně cenová regulace.
- Lidi vědí o nákladech.
- Mají širokou volbu poskytovatele (samozřejmě, nabízí-li péči více zdravotnických zařízení) různé kvality.
- Nákladná administrace celého systému.
- Větší prostor pro soudní spory o proplacení.

# 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.

# Polosociální stát: USA

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

Financování veřejné a soukromé 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 či federálně-státní financování:
  - skromně: Medicare (staří lidé), Medicaid (potřební)
  - Programy péče o některé skupiny chroniků.
  - - lepší služba pro vlastní zaměstnance, vojáky apod.
- Klíčové financování pomocí státem podporovaného komerčního pojištění, které má většina zaměstnanců pro sebe a rodinu, mnohé profese mají své systémy.
- Pojišťovny ovšem selektují 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 (HI, MA), jiné ne z ideových či fiskálních důvodů.
- Obamacare - zvyšuje dostupnost komerčního pojištění, nutí obyvatele se pojišťovat, je sporné, zda nezasahuje do kompetence států.

-



# 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.
- Malé veřejné výdaje na zdravotní péči
- 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.
- Vnitrostátní charita? Jakou hraje roli v jednotlivých zemích? Ze širokého úhlu pohledu spíše okrajovou.
- V ČR zejména na péči o děti v řádu desítek M Kč, určitě pod 1% celkových výdajů na české zdravotnictví.
- Jsou země, kde taková charita má větší význam (bohatší islámské země: Saudská Arábie – jak se ale odlišuje od státního financování, Irán)

# Propojení veřejného financování v Evropské unii: koordinace

- Koordinace veřejného zabezpečení zdravotní péče právem EU (nyní nařízení 883/2004)
- - zařazení k zemi dlouhodobého či trvalého pobytu
- - nezbytná péče po dobu pobytu (průkaz EHIC)
- - nadstandardní zajištění studentů a penzistů (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

- Výchozí rozsudky Kohll a Decker z roku 1998 vykládající volný pohyb služeb a zboží.
- Navazující: Peerbooms / Smits, Inizan, Vanbraekel, Watts a další.
- - hrozba destabilizace: proto ústupek Soudního dvora ohledně hospitalizací
- - tlačení do pokladenského systém s přesně vymezenými úhradami hrazených služeb
- - vize stejného mezinárodního standardu obvyklé péče.

Zvláštní směrnice 2011/24/ES, mělo být provedeno v roce 2013, řada států zpožděna.

# Omezená role EU (a WHO)

EU postrádá kompetenci pro organizaci a financování zdravotnictví. Ochrana veřejného zdraví rolí členských států.

EU nemá větší zdroje na poli obrany a ochrany včetně civilní.

Některá dílčí koordinační opatření

Odhalení slabin při covid-19 pandemii.

Víceméně každý za sebe, s omezenými možnostmi vzájemné výpomoci.

# Závěrečná poznámka k financování zdravotnictví

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

Nové metody jsou drahé. Obecně ale nejen na ně chybí personál, materiál a potažmo finance.

S většími zdroji (penězi, lidmi) by se vždy péče dala zlepšit (podobně jako školství).

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

Covid-19 představuje značnou zátěž.