INSTITUT PRO POLITIKU
A SPOLEČNOST

Financování zdravotnictví

POLICY PAPER | srpen 2016

Financování zdravotnictví

Policy Paper – Adam Vojtěch, srpen 2016

Institut pro politiku a společnost vydává policy paper k debatě Financování zdravotnictví, která proběhne 8. září 2016 od 17:00 v Šebkově paláci v Praze (Politických vězňů 7). Více informací naleznete na www.politikaspolecnost.cz.

Českému zdravotnictví schází koncepce, která by se zaměřila na dlouhodobou udržitelnost financování, zejména s ohledem na stárnutí populace, nárůst výskytu chronických onemocnění a všeobecně rostoucí výdaje na zdravotní péči.

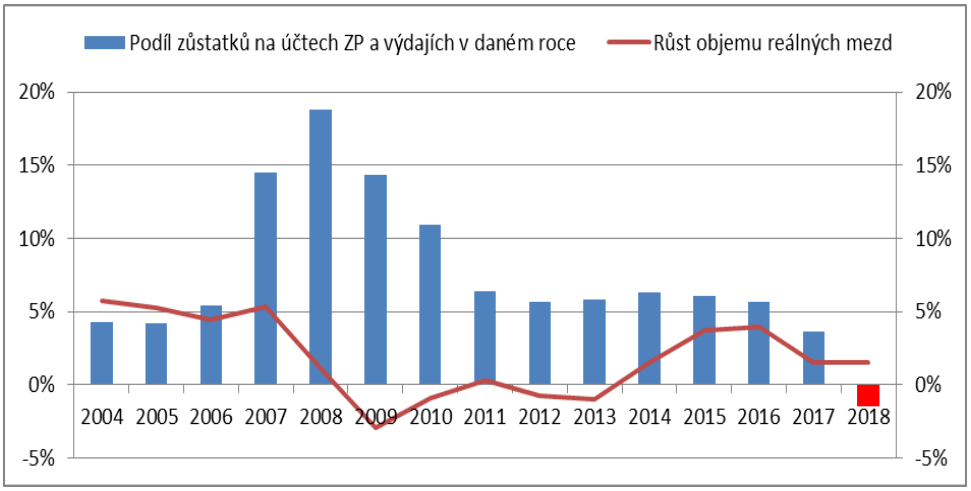
Evropská komise ve své zprávě Country Report Czech Republic 2016[1] ze dne 26. 2. 2016 upozorňuje explicitně na problém dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí právě z důvodu nárůstu výdajů na zdravotnictví (a rovněž na starobní důchody) v souvislosti se stárnutím populace. Právě demografický vývoj je jednou z hlavních hrozeb udržitelnosti současného systému financování zdravotnictví, který je závislý na jednom zdroji příjmů, tedy na veřejném zdravotním pojištění. Tento systém se přitom opírá o odvody ekonomicky aktivních osob, jejichž počet bude v čase klesat. Jestliže v roce 2013 byl podíl ekonomicky aktivní populace mezi 15 -65 lety 67 %, v roce 2030 to bude 65 % a v roce 2050 56 %. Naopak se bude podle odhadů zvyšovat počet osob nad 65 let, za které odvádí pojistné stát (tzv. státní pojištěnci) a které navíc využívají více zdravotní péči. Dá se tedy očekávat rostoucí trend výdajů na zdravotnictví, spojený i se vstupem nových technologií a inovativních léků. Pokles příjmů systému a nárůstu výdajů bude muset být stále více vykrýván z prostředků státního rozpočtu, ze kterých je aktuálně hrazeno pojistné za zhruba 60 % populace (za rok 2015 tvořily tyto příjmy 24,13 %). To však jde proti principu rozpočtové odpovědnosti a tlaku na snižování deficitu státního rozpočtu.

Systém v současném pojetí je navíc značně náchylný k ekonomickým výkyvům, a to zejména pokud nejsou vytvářeny dostatečné zůstatky na účtech zdravotních pojišťoven, ze kterých by mohly být hrazeny výpadky v době poklesu výběru pojistného souvisejícího se zpomalením ekonomiky. To je přitom zcela logický postup – v době ekonomického růstu se vytváří rezervy, ze kterých je možné čerpat v horších dobách.

Bohužel v posledních letech jsme svědky toho, že přes ekonomický růst (v roce 2015 byl meziroční nárůst výběru pojistného 5,7 %) Ministerstvo zdravotnictví svou expanzivní výdajovou politikou způsobuje vyčerpávání zůstatků na účtech zdravotních pojišťoven.

Ministerstvo financí v této souvislosti zpracovalo zátěžový test zaměřený na vliv výkyvů ekonomiky na stabilitu systému veřejného zdravotního pojištění. Jak je patrné z níže uvedeného grafu, i v případě slabého poklesu výkonu ekonomiky reálně hrozí, že se systém dostane do deficitu:

[1] Dostupné na: http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_en.htm



Je zřejmé, že jedním z problémů českého zdravotnictví je vysoká míra závislosti financování péče na jednom zdroji, tj. veřejných výdajích. Podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví dosáhl v České republice v roce 2014 83,5 %, což je šestý nejvyšší podíl ze zemí OECD. Cílem by tedy měla být větší diverzifikace zdrojů. Jednou z cest, kterou doporučuje OECD, je definovat nárok na péči plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a vytvořit tak prostor pro možnost dobrovolné spoluúčasti a následně i soukromého připojištění.

Ostatně to souvisí i s rolí zdravotních pojišťoven a nevyužitým potenciálem pluralitního systému sedmi zdravotních pojišťoven, které však v zásadě nemají příliš možností, jak se odlišit a konkurovat si ve prospěch svých klientů a systému jako celku. Právě připojištění by mohla být jedna z možností konkurence.

Dalším nástrojem pro posílení konkurence je rozdělení pojistného na dvě složky – statutární pojistné, které bude jako doposud stanoveno jasnou zákonnou procentuální sazbou a nominální pojistné. Tím by se zdravotní pojištění přiblížilo skutečnému pojištění (dnes je to fakticky zdravotní daň), které by reflektovalo potřeby a preference klientů pojišťoven a zdravotní pojišťovny by díky tomu mohly zavést, například prostřednictvím systému bonusů a malusů, i motivační mechanismy podporující racionální využívání zdravotní péče, zodpovědné chování a péči o vlastní zdraví.

Zahraniční příklady (např. Nizozemsko či Švýcarsko) jednoznačně ukazují, že cestou vpřed je nastavit regulovanou soutěž mezi zdravotními pojišťovnami, které nakupují péči pro své klienty na principu co nejvyšší kvality za co nejnižší náklady. To je cesta k ekonomické efektivitě poskytovaných zdravotních služeb.

Právě nízká efektivita českého zdravotnictví je rovněž příčinou problémů na výdajové straně systému. Evropská komise ve své zprávě uvádí jako jeden z hlavních problémů to, že české zdravotnictví je příliš orientováno na tzv. *inpatient care*, tedy nemocniční péči zahrnující hospitalizaci a naopak nedostatečně využívá tzv. *outpatient care*, tedy péči ambulantní, případně jednodenní. To celý systém logicky prodražuje.

Je skutečností, že podíl výdajů na ústavní péči v čase narůstá. V roce 2015 dosáhl 53,42 %. Ač postupně dochází ke snižování počtu akutních lůžek, stále je jejich počet nadprůměrný ve srovnání se zeměmi OECD. V roce 2014 šlo o 4,3 akutní lůžka na 1 000 obyvatel. Přitom podle OECD je značným handicapem, že Česká republika nemá zpracovanou analýzu a koncepci lůžkové péče, zejména ve vztahu k využití současných kapacit, včetně strategie v oblasti investic a nákupu přístrojů. Chybí tak přesnější představa optimálního rozsahu a struktury sítě zdravotnických zařízení. Když se pak ruší oddělení určité nemocnice, nevíme, jestli je to cesta od optimálního stavu, nebo naopak cesta k optimálnímu stavu.

Předimenzovanost se projevuje také v segmentu ambulantní péče, kde se vyskytují souběhy soukromých praxí a úvazků v nemocnicích. K tomu přispěla také skutečnost, že VZP uzavírá s ambulantními specialisty smlouvy na dobu neurčitou. Tím fakticky došlo k nežádoucímu uzavření sítě a negativnímu efektu ve formě obchodu s lékařskými praxemi bez faktického přínosu pro pacienta.

Úhrady péče jako takové vykazují značné nedostatky. Především zásluhou úhradové vyhlášky jsou zachovávány historicky dané a neodůvodněné rozdíly v platbách jednotlivým poskytovatelům. Vyhláška zabraňuje zdravotním pojišťovnám zvyšovat efektivnost zdravotnictví, proces její tvorby je poměrně netransparentní a nahrává tlakům zájmových skupin či velkých poskytovatelů. Ministerstvo zdravotnictví se navíc permanentně dostává při tvorbě úhradové vyhlášky do střetu zájmů, neboť řídí určitou část segmentu zdravotní péče, ale zároveň nastavuje úhrady pro celý nemocniční sektor. V minulosti se tak opakovaně stalo, že úhradová vyhláška byla nastavena výhodně pro některé vybrané fakultní nemocnice. Obecně je úhradová vyhláška přežitý koncept, který často nerespektuje ekonomickou realitu a vnáší chaos a nestabilitu do systému úhrad péče. Nejlepším řešením by bylo jí zrušit či významně modifikovat a posílit smluvní volnost mezi plátci a poskytovateli péče, samozřejmě za předpokladu přísného dohledu.

Jak bylo již řečeno výše, je nezbytné, aby zdravotní pojišťovny měly nástroje, jak hradit péči na bázi poměru nákladů a kvality. Dnes je kvalita v úhradě péče prakticky nezohledněná a péče se hradí podle množství, kupříkladu za pomocí tzv. globálních paušálů. Neexistují ani žádná kritéria pro stanovení "tvrdého žebříčku" poskytovatelů podle kvality poskytovaných služeb, což je naopak v zahraničí běžné.

V českém zdravotnictví obecně absentují postupy a indikátory pro měření efektivnosti a účelnosti výdajů. S tím souvisí i neexistence HTA – *Health Technology Assessment* (posuzování vstupu nových technologií, postupů léčby, přístrojů), tj. zda je nová léčba dostatečně efektivní, zda má příznivý poměr nákladů a přínosů. Určitý, byť vzdálený pokus o tento přístup představuje přístrojová komise ministerstva zdravotnictví, ale podle všeho neschvaluje vždy opravdu potřebné přístroje a dochází k neefektivnímu vynakládání veřejných prostředků. Řešením může být zřízení nezávislé HTA agentury, jak je to běžné v řadě států (například Kanada, Spojené království a další), která bude fungovat výlučně na odborném principu podle mezinárodních standardů HTA.

Pro financování zdravotnictví na výdajové straně představuje podobnou hrozbu jako stárnutí populace i strmý nárůst chronických onemocnění. Odhaduje se, že na léčbu chronických nemocí jde ve vyspělých státech 75 % veškerých výdajů na zdravotnictví a lze očekávat, že tento podíl se bude zvyšovat. To jednoznačně souvisí s otázkou životního stylu a prevence. V tomto směru je nezbytné posilovat roli primární péče a přenastavit celý systém, který, jak bylo výše řečeno, je příliš zaměřen na využívání nemocniční péče. Pomyslná pyramida českého zdravotnictví by přitom měla stát na základech primární péče, na ní by měla navazovat péče ambulantní a až na vrcholu péče nemocniční. Takto by se měl pohybovat i pacient.

Ve smyslu doporučení Evropské komise a OECD se jeví jako nezbytné, aby byla rozšířena kompetence praktických lékařů a ti zajišťovali tzv. *gate-keeping*, tedy první kontaktní místo pro pacienta. To by jednak vedlo k tomu, že dojde k omezení vysoce nadprůměrného počtu návštěv lékaře v České republice v porovnání s ostatními státy (11,1 návštěv ročně per capita v ČR vs. 6,9 návštěv per capita jako průměr EU), tedy k omezení tzv. „švédského stolu“ českého zdravotnictví a dále k posílení prevence a efektivnějšímu odhalování symptomů chronických nemocí, jako je vysoký krevní tlak či hladina cukru v krvi. Praktiční lékaři by navíc ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami měli sloužit jako koordinátoři péče o chronické pacienty, a to srze tzv. *disease management* programy, které jsou rozvíjeny například v Holandsku,

Německu či Švédsku, avšak Česká republika v tomto směru značně zaostává.

Jako poslední, avšak zcela zásadní, problém související rovněž se stárnutím populace, je nezbytné zmínit nízkou provázanost sociální a zdravotní péče. Není vyjasněná kompetence mezi Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí v oblasti zdravotně sociální péče – kdo co financuje, kdo kontroluje kvalitu služeb apod. Jsou špatně nastavené motivace pro pacienta, např. zdarma pobyt na LDN vs. vysoké poplatky za domovy důchodců. Výsledkem je, že v LDN leží lidé s vysokou potřebou sociální péče, které se jim tam nedostává, ale vyčerpávají se prostředky veřejného zdravotního pojištění. Mělo by rovněž dojít k propojování systémů tam, kde by takové propojení zvýšilo efektivitu. Jedním z příkladů je propojení nemocenského pojištění se zdravotním pojištěním, což nám ostatně opět doporučuje i OECD.

Jak je zřejmé z výše uvedeného, existují zde dlouhodobá doporučení mezinárodních institucí i příklady dobré praxe ze zahraničí, které je třeba následovat. Bohužel se tak však zatím neděje. Pokud nedojde opravdu k systémovým změnám a bude pouze z roku na rok udržován současný stav s vidinou uspokojení krátkodobých zájmů jednotlivých stakeholderů ve zdravotnictví, hrozí, že systém se dostane do závažných problémů, pokud jde o financování, což bezesporu povede i ke zhoršení kvality zdravotní péče.