

Konference RS ČR 2013

**Financování
zdravotnictví**

Praha, 12.12.2013

Vývoj po roce 1989

- vznik Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) k 1.1.1992, převedení financování zdravotnictví ze státního rozpočtu na financování pojišťovnou;
- přechod z rozpočtového financování zdravotnických subjektů na výkonový systém daný Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami;
- nepromyšlenou, ukvapenou a v řadě případů až nucenou privatizací poskytovatelů zdravotní péče

Následky změn

- nárůst vykazování neprovedených výkonů, sloužící k do-vybavování ordinací chybějící technikou a k uspokojování vyšší osobní spotřeby některých zdravotníků;
- nekontrolované a nekoordinované investice do pořízování drahého přístrojového vybavení zejména v nemocnicích, pokračující dosud;
- postupný vznik dalších 26 plus 2 dalších zdravotních pojišťoven (ZP), spotřebovávajících zpočátku až 20% vybraného pojistného na vlastní režii;
- snížený výběr zdravotního pojištění zejména od krachujících státních podniků;
- cyklické krize ve financování zdravotnictví, přetrvávající dosud.

Cyklické krize

- ❖ První krize již na přelomu let **1994/95** byla postupně řešena krachy 15 ZP a úhradami jejich závazků formou různých dotací a návratných půjček státem;
- ❖ Postupně zaváděna různá regulační opatření, od 1.5.1995 omezení ZP ve financování "nadstandardu", k 1.5.1997 vznik Zajišťovacího fondu, následný zánik ještě 3 menších ZP sloučením s jinými, změny ukončeny odstoupením prvního ředitele VZP Jiřího Němce na podzim **1998**, kvůli navýšení platbám nemocnicím;
- ❖ Začátkem roku **2001** systém opět saturován ve výši cca 4,5 mld. Kč státem;
- ❖ Další cyklus, zakončený začátkem roku **2004** opět úhradou dluhů nemocnicím státem, tentokrát již převzatých kraji;
- ❖ Řešení hrozby další krize bylo od 1.1.**2008** přeneseno formou tzv. regulačních poplatků na pacienty, kteří tak pomohli vytvořit pojišťovnám určité rezervy, určené zjevně pro jejich privatizaci;
- ❖ Akce „Děkujeme, odcházíme“ odstartovala na přelomu let **2010/11** již permanentní krizi ve financování zdravotnictví

Financování zdravotnictví ve světě

1. **nouzový**, především v rozvojových zemích, zdravotní péče je poskytována převážně pouze v krizových situacích, není plošná, není pro všechny a není soustavná;
2. **individualistický**, dnes pouze v USA, vyskytují se všechny formy úhrad od nejnужnější zdravotní péče pro cca 20% těch nejchudších v rámci programů Medicare a Medicaid až po individuálně přímo hrazenou špičkovou péči těmi nejbohatšími;
3. **německý**, od roku 1881, Bismarckův systém klasického pojištění nejen zdravotní péče, dnes Francie, Benelux, Německo, Švýcarsko, Rakousko a v zásadě všechny státy bývalého sovětského bloku;
4. **britský**, od roku 1948, Beveridgeův systém Národní zdravotní služby (NHS) s významnou rolí státu, kdy pojistné vybírá stát, rozděluje je pojišťovnám, které z něho hradí zdravotnickým subjektům péči, poskytnutou jejich pojištěncům, dnes ve Skandinávii, na britských ostrovech, Portugalsko, Španělsko, Itálie, Řecko;
5. **rozpočtový**, u nás do roku 1992, dnes označovaný spíše jako systém řízené péče, kdy každý pacient má určenou základní linii ošetření od praktického lékaře až ke špičkové péči (rajonizace, spádovost) a za povinnost ošetřit své pacienty zná lékař (ZZ) dopředu svůj příjem

Systemové chyby v ČR

- **Vznikem jedné dominantní pojišťovny** jsme se nejprve zařadili někam mezi britský a rozpočtový systém, chybou však bylo **umožnění až následného vzniku dalších ZP**, který sice vypadal na návrat k německému systému, avšak další vývoj ukázal, že kombinace jedné dominantní pojišťovny a dalších malých ZP při 100% přerozdělování pojistného je ta nejhorší kombinace, která může nastat;
- **Živelně vzniklá síť poskytovatelů péče**, korunovaná převedením nemocnic do působnosti krajů, čímž následně vzniklo celkem 15 různých zdravotnictví (14 krajů a stát) s promíchanými formami vlastnictví

Financování – příjmy ZP 2012

- Veřejné zdravotní pojištění celkem 222 mld. Kč:
 - Odvody státu za státní pojištěnce 723 Kč, **nyní 787 Kč**, cca 59 mld. Kč;
 - OSVČ, OBZP min. 1080 Kč, **nyní 1148 Kč**, cca 12-18 mld. Kč;
 - Zaměstnanci cca 3375 Kč, 140-145 mld. Kč;
 - 100% přerozdělení, vyhláška č. 442/2012 Sb. (36 kategorií, muži 20-25 let index 0,6437 ženy 15-20 let index 1,0000 muži 85 let a více index 5,3170)
 - **Ostatní – regulační poplatky, doplatky na léky apod.**

Financování – výdaje ZP 2012

- Ze základního fondu zdravotního pojištění 224 mld. Kč, celkem 284 mld. Kč při 10400 tis. pojištěncích, úhradová vyhláška:
 - Ambulantní péče 26,2%, z toho amb. spec. 14,3%
 - Praktičtí lékaři – kapitace = rozpočet;
 - Ambulantní specialisté – výkonově;
 - Ustavní péče 50,8%, z toho nemocnice 46,7%
 - Nemocnice cca z 90% paušál = rozpočet, DRG = rozpočet;
 - Léky na recept 16,1%

Režie pojišťoven 3,1–3,9%, fondové hospodaření

Základní otázky

1. Poskytování zdravotní péče je odborně vysoce kvalifikovaná **SLUŽBA nikoliv BUSINESS**;
2. **KDO** bude zdravotní péči poskytovat, síť musí být utvářena (regulována) podle parametrů stanovených MZ ČR, páteřní síť cca 100 nemocnic a nadregionálních ústavů nesmí nikdy zkrachovat, dostupnost plošně, náročnost péče hierarchicky;
3. **CO** bude poskytováno (rozsah péče) je ještě nejméně problémovou oblastí;
4. **ZPUSOB FINANCOVÁNÍ**, zřizovatelé investice, správci pojistného péči, pacienti péči nad stanovený rámec;
5. **LEGISLATIVNÍ VYJÁDŘENÍ**, cca 4 relativně stabilní zákony

Financování – jak dál?

Pro zlepšení financování zdravotní péče je potřeba **politické rozhodnutí**, zda nadále postupovat k čistě tržnímu prostředí nebo chápat poskytování zdravotní péče jako službu.

kosmetické změny systému (?) regulační poplatky, doplatky na léky, slučování pojišťoven apod.;

znik České Správy Zdravotního Zabezpečení (?) jako období ČSSZ v sociální oblasti;

optimalizace a stabilizace sítě poskytovatelů péče (!), viz páteřní síť, prospělo by nejen seniorům;

navidelná valorizace plateb za státní pojištění;

Konference RS ČR 2013

Děkuji
za pozornost

[mobil +420 606 880 230](tel:+420606880230)

© Ing. Luděk Čermák