Financování zdravotnictví

ZHODNOCENÍ DATOVÝCH ZDROJŮ

Údaje o objemu finančních prostředků vynakládaných na zdravotnictví jsou v současné době již poměrně spolehlivé. Systém zdravotních účtů umožňuje zachytit i zdravotní péči poskytovanou v jiných rezortech. Problémy přetrvávají v oblasti dlouhodobé péče.

Údaje zachycené ve statistice Národních zdravotních účtů jsou v současné době ještě málo podrobné ve vztahu ke zdravotním problémům a k regionálnímu členění.

V současné době tedy relativně dobře víme, kolik na zdravotní péči vydáváme, ale nevíme, jaký užitek nám z toho plyne.

VYMEZENÍ PROBLEMATIKY

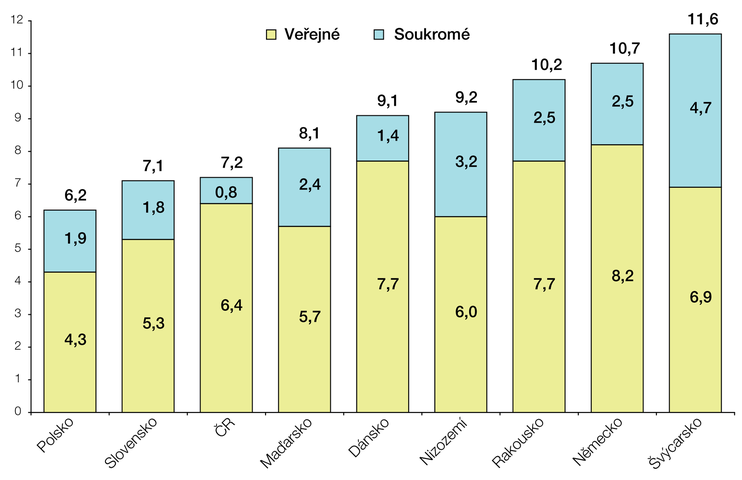
Problém financování zdravotní péče je vázán na celkový objem dostupných prostředků, na tlaky pro jejich alternativní užití a na možnosti jejich efektivnějšího využití a kontroly. Tlak na alternativní využití veřejných prostředků poroste především v důsledku rostoucích nároků na starobní důchody.

Celkový objem – výše veřejných výdajů na zdravotnictví vyjádřená jako % HDP -je v zásadě srovnatelná s ostatními vyspělými státy. Výrazně nižší jsou však v relativním vyjádření výdaje soukromé. Výdaje na zdraví jsou u většiny domácností spíše marginální, je však nezbytné brát v úvahu i rozložení výše výdajů mezi jednotlivými domácnostmi.

Finanční prostředky jsou prostřednictvím poskytovatelů a jednotlivých druhů péče v konečné fázi směrovány k řešení onemocnění a dalších zdravotních problémů. Ty mohou být charakterizovány jak diagnózou, tak věkem, kdy již není tak důležitá diagnóza, ale míra soběstačnosti.

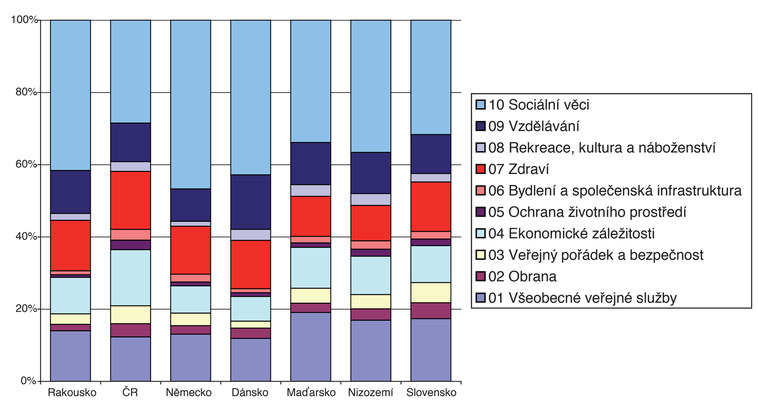
Skutečné náklady spojené s onemocněním v sobě postihují nejenom zdravotnické výdaje, ale i náklady na neformální péči a náklady spojené se ztrátou produkce. Náklady porostou s tím, jak se bude zvyšovat „cena“ neformální péče a hodnota ztracené produkce u jednotlivých věkových kategorií.

Celkové výdaje na zdravotnictví jako podíl na HDP
Veřejné výdaje ve zdravotnictví jsou v ČR mezinárodně srovnatelné, soukromé prostředky jsou výrazně nižší.



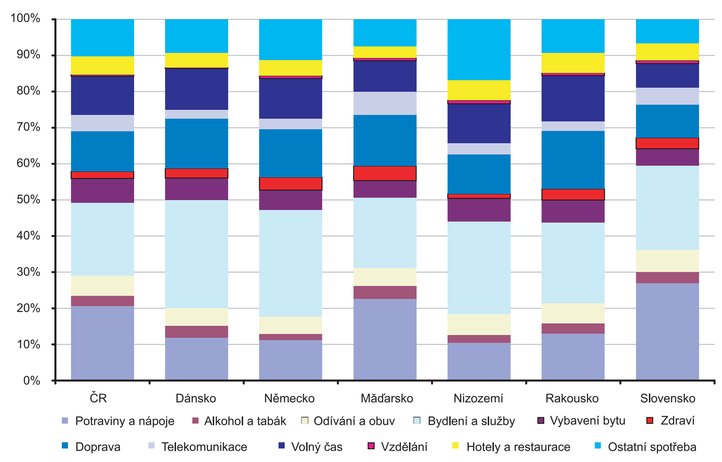
Zdroj: OECD Health Data 2007.

Struktura veřejných výdajů
Prostor navyšování veřejných výdajů na zdravotnictví je v ČR malý.



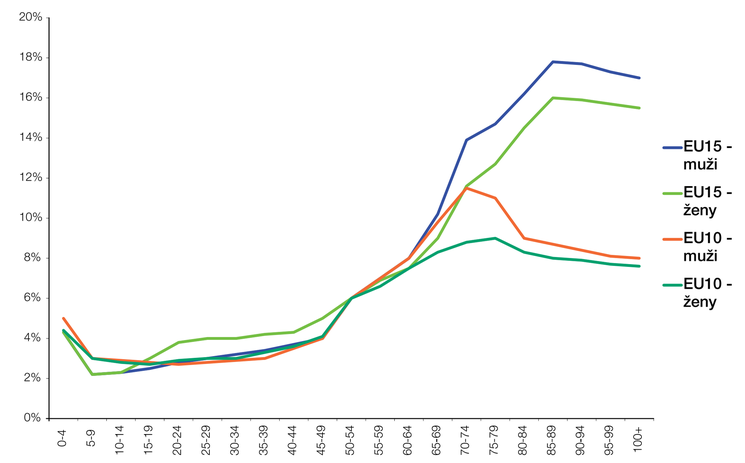
Zdroj: ČSÚ. COFOG.

Struktura výdajů domácností
Vydání na alkohol a tabák jsou v ČR několikanásobně vyšší než vydání na zdraví.



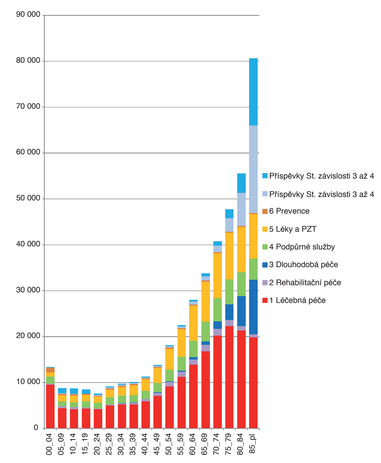
Zdroj: Eurostat. COICOP.

Výdaje na zdravotní péči o seniorskou populaci v porovnání s ekonomicky aktivní populací jsou mezi starými a novými zeměmi EU výrazně rozdílné



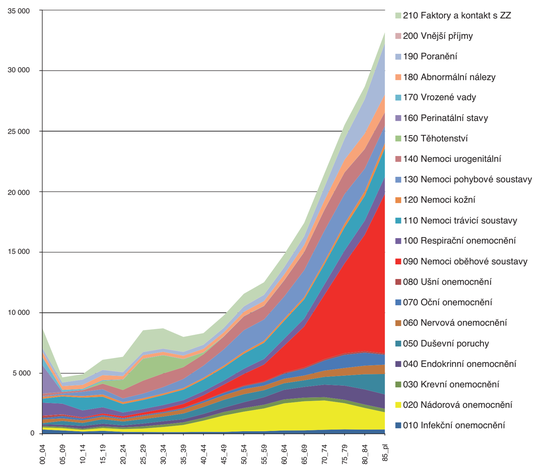
Budou-li nové členské země vyžadovat stejný objem péče pro své seniory v poměru k péči poskytované ekonomicky aktivní populaci, bude to znamenat podstatný nárůst výdajů na zdravotnictví.
Zdroj: Evropská komise, EU Ageing, 2007. Měřeno jako podíl na HDP na osobu. EU 10 = noví členové EU po roce 2004.

Dlouhodobá formální i neformální péče je nejvýznamnější složkou pro nárůst výdajů v seniorském věku.



Zdroj: Kulatý stůl.
Výše příspěvků na péči dle stupně závislosti (0 – nezávislost; 4 úplná). Jedná se o výdaje na obyvatele a rok.

Výdaje na choroby dle věku – ženy



Na výdajích se významnou měrou podílí zejména kardiovaskulární onemocnění a to hlavně ve vyšších věkových kategoriích. Výskyt, průběh i náklady spojené s těmito onemocněními lze přitom výrazně ovlivnit zdravým způsobem života každého jednotlivce.
Zdroj: SHA
Výdaje jen ze zdravotního pojištění, u kterých je zachycena vazba na diagnózu (např. nejsou zahrnuty léky, protože u nich není Dg sledována), rok 2006

MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA
Všeobecná zdravotní pojišťovna
Ředitel

Česká republika vydává na zdravotnictví srovnatelný podíl HDP jako jiné státy a HDP ČR se již nepropadá pod průměr EU. Většina materiálových nákladů je nakupována za evropské ceny, v tom pomáhá posilování kurzu koruny, takže podhodnocená zůstává práce profesionálů, zdravotnických pracovníků a vnitřní dluh zanedbaných, někde zase přeinvestovaných či zbytných zdravotnických zařízení. Klíčovou otázkou je, jaké služby budou poskytovány klientům. Moderní zdravotnictví dokáže utratit násobky svých rozpočtů. Myslím si však, že při rozumném nastavení systému, včetně hustoty sítě, a rozumné centralizaci specializovaných služeb, při zavedení systémů kontroly kvality a při současném trendu růstu HDP a kurzu koruny, nepromeškání doby přijetí eura, při zapojení soukromých a také dalších (kupř. firemních) zdrojů do zdravotní péče, lze docílit uspokojivý stav včetně vyrovnání podhodnocení práce zdravotníků při jen mírném postupném navýšení podílu HDP do zdravotnictví.

MUDr. Pavel Hroboň
Ministerstvo zdravotnictví
Náměstek pro zdravotní pojištění

Hlavním příjmem systému veřejného zdravotního pojištění jsou odvody placené ekonomicky aktivními obyvateli a jejich zaměstnavateli. Od zavedení celého systému na začátku 90. let do něj nicméně přispívá i stát, a to formou příspěvku za ekonomicky neaktivní občany ČR (děti, studenty, důchodce, nezaměstnané, rodiče na rodičovské, vězni, atp.) – tzv. platba státu za státní pojištěnce. Na začátku se tato platba státu brala jako dočasný vyrovnávací mechanismus do doby, než systém veřejného zdravotního pojištění pokryje své náklady z jiných zdrojů. Z tohoto pohledu jsou zcela irelevantní úvahy o tom, že by platba státu za státní pojištěnce měla pokrýt náklady této skupiny obyvatelstva na zdravotní péči.

Mgr.Dana Jurásková, Ph.D., MBA
Česká asociace sester
Prezidentka

Spoluúčast pacientů je nový fenomén v českém zdravotnictví, jak bude fungovat si nikdo netroufá odhadnout. Domnívám se, že chybí ještě jeden důležitý zdroj a to je komerční připojištění, ale to bude jistě v dohledné době nabízeno.

MUDr. Helena Dejmková
Revmatologicky ústav

Peněžní prostředky ve zdravotnictví neodpovídají potřebě moderní zdravotní péče, léčba je většinou stejně drahá jako v zemích západní Evropy, nicméně odvody státu jsou podstatně nižší. Určitá rovnováha je udržována pouze díky naprosto nedostatečnému ohodnocení zdravotníků. […]Financování zdravotních služeb je dlouhodobě udržitelné jen velmi obtížně. Bude nutno striktně odlišit, které zdravotní služby budou financovány z prostředků zdravotního pojištění a u kterých bude větší či menší účast pacienta. Bude nutné rozšířit komerční pojištění pro nadstandardní služby.

MUDr. Milan Kubek
Česká lékařská komora
Prezident

Tzv. spoluúčast, která byla loni 11,3 % při platbách (odvodech) 13,5 % do systému, představuje už vyšší zatížení plátců a rodin než např. v Rakousku. Je už na hranici a mnohde nad hranicí únosnosti některých sociálních skupin (důchodci, samoživitelky s malými dětmi apod). V Rakousku je základní platba do systému jen 6 %, a pak si mohou více připlácet lidé sami. Obecně je už celková procentní výše odvodů do systému vyšší než v EU. Komerční připojištění může pokrýt 3-5% zdrojů. Více musejí napříště dávat regiony i stát. Tzv. vícezdrojovost financování zdravotnictví zůstala zatím pouhou frází. Je varující, že například rozpočtové výdaje na zdravotnictví klesají (meziročně - 9,8%).

MUDr. Jozef Kubinyi, Ph.D
Ministr zdravotnictví od dubna do srpna 2004

Nejsou jasně vymezené kompetence v oblasti zdravotnictví a jeho financování (stát, kraje, pojišťovny). Systém financování je nastavený jako deficitní s jednozdrojovým financováním z povinného všeobecného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny neplní roli pojišťoven, ale ve skutečnosti jenom přerozdělují vybrané peníze ze zdravotního pojištění poskytovatelům zdravotnických služeb. Paušální, rozpočtový systém financování je demotivující. Financování zdravotnictví je nesystémové a zcela netransparentní. Míra přímé spoluúčasti je okolo 11 % – strukturou (doplatky za léky) tato spoluúčast postihuje zejména dlouhodobě nemocné a seniory a není motivační. Nejsou definovány standardy péče. Není vytvářen tlak na kvalitu a efektivitu poskytovaných zdravotních služeb, nejsou dostatečné kontrolní mechanismy pro hodnocení kvality a efektivity.

MUDr. Roman Flašar
Lékaři pro reformu
předseda

Naprosto základní problémem [doplněno zdravotnictví] je jeho neefektivita, která vyplývá z minimální motivace všech účastníků alespoň elementárním způsobem šetřit s financemi, které jsou k dispozici. Cca 30–40 mld. se neefektivně prohospodaří – to je základní parametr současného systému. […] Občané jsou ti, kteří tento systém financují a přitom nemají motivace k úspornému chování, aby na ně zbylo, až budou opravdu drahou péči potřebovat.

Ivana Menclová
Česká asociace pojišťoven
Pojištění osob

Česká republika má neadekvátně vysoký podíl veřejných zdrojů (zejména zdravotního pojištění) na financování zdravotní péče, nízkou spoluúčast pacientů a dosud nevytvořila prostor pro vznik soukromého zdravotního pojištění jako standardního zdroje financování části zdravotní péče. To vše je dlouhodobě známé ze všech mezinárodních srovnání.