

**Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

MUDr. Pavel Pavelka,  
Klukovická 1526,  
155 00 Praha 5.

Atestační práce

**Zhodnocení  
současného systému financování  
zdravotnictví.**

Praha, 16.10.1995

1. Úvod.
2. Systém rozpočtový.
3. Zdravotní stav obyvatelstva České republiky
4. Vliv privatizace.
5. Motivační dopad.
6. Současný tok peněz.
7. Deficit ve financování zdravotní péče.
8. Situace nemocnic.
9. Závěr.
10. Literatura.

## **1. Úvod.**

V současné době ve světě existuje několik rušných způsobů financování zdravotnictví, či jejich hybridních modifikací. Podrobněji se ve své práci hodlám zabývat systémem výkonovým (FFS), který platí u nás, a jeho dopadem na funkčnost a kvalitu zdravotnických služeb.

Pro stručnou charakteristiku struktury a fungování systému zdravotnictví se běžně používají 2 modely. Bismarckův model, kdy soukromí poskytovatelé zdravotnických služeb jsou financováni prostřednictvím kontraktů se zdravotními pojišťovnami (např. v Německu, Holandsku). Zdravotní pojišťovny vybírají povinné zákonem stanovené pojistné, a z něho uhrazují poskytnuté zdravotnické služby podle stanovených kritérií. Model národní zdravotní služby, kdy státní poskytovatelé jsou financováni ze státního rozpočtu na základě definovaných kritérií (např. ve Velké Británii, Švédsku, Itálii), (8.). Systém rozpočtový byl užíván v socialistických a některých dalších zemích, např. ve Velké Británii (8.). 2 ve světě běžných způsobů financování zdravotnictví se vymyká model Singapurský, tj. systém osobních účtů, ze kterých je hrazena poskytnutá zdravotní péče a fondu pro sociální případy, kdy účet je vyčerpán (14.). Během posledního desetiletí došlo ovšem v mnohých zemích v celém světě ke změně v systém hybridní, kdy prvky jednoho modelu byly implementovány do modelu druhého, např. ve Francii (13.). Vlády všech zemí se potýkají s problémem stále narůstajících výdajů na zdravotnictví, a dochází se k názoru, že zdravotnictví je schopno absorbovat jakékoli množství peněz. Transformace zdravotnictví probíhá

nejenom u nás, ale i v ekonomicky silných zemích, např. v USA. Lze konstatovat, že dosud neexistuje "ideální model" financování zdravotnictví.

## **2. Systém rozpočtový.**

Hlavní výhodou rozpočtového systému je skutečnost, že je ze všech systémů nejlevnější a výše výdajů na zdravotnictví se stanovuje rozpočtovým způsobem podle výše národního důchodu. Hlavní nevýhodou ovšem je jeho neobjektivita. Je poměrně obtížné stanovit přesná směrná čísla pro počet jednotlivých odborností, neboť je nutné sehnat naprosto přesné statistické podklady, a to nejenom počet obyvatelstva a jeho věkovou strukturu a sexuální diferenciaci, ale i ekologické a profesionální zatížení s vyhodnocením i dalších risikových faktorů (anamnesa, návyky pracovní, životní styl). Rovněž je nutno přihlédnout k možnosti subjektivního ovlivnění rozhodujícími funkcionáři zodpovědných orgánů. Další velkou vadou je absence motivace a stimulů kvality poskytované péče a nepružnost reagování na potřeby pacientů (16).

V České republice byl tento systém opuštěn v roce 1991 a zákonem č. 550/91 převeden na systém financování zdravotnictví povinným zdravotním pojištěním, což znamená v základním hodnocení Bismarckův model (2.).

### **3. Zdravotní stav obyvatelstva ČR.**

Zdravotnictví nyní představuje obtížný ekonomický, manažerský i politický problém v mnoha ekonomicky vyspělých zemích. U nás, i když základní směny ve zdravotnictví byly jíš delší dobu zcela nezbytné, je situace komplikována tím, že současně probíhá transformace ekonomiky a proces privatizace. Velmi mnoho změn se odehrává současně. Jedním z vážných problémů je jak zajistit správný vztah mezi prokázanými potřebami a možnostmi ekonomiky (9.). Potřeby zdravotní péče vyplývají ze zdravotního stavu obyvatelstva, který u nás nelze považovat za uspokojivý. Možnosti ekonomiky ovšem jsou limitovány, objem peněz na zdravotní péči rovněž. Velkým problémem tedy je najít takový systém financování zdravotnictví, který respektuje obě tyto skutečnosti, a stanovuje správné proporce.

Jedním z mnoha statistických kritérií používaných při hodnocení zdravotního stavu obyvatelstva je "Střední délka života", ve kterém bývalé socialistické státy včetně ČR výrazně pokulhávají za ostatními evropskými státy. V ČR (1993) je u mužů 68,5, u žen 76,3, naproti tomu v západní Evropě jsou hodnoty u mužů nad 72 a u žen kolem 80 let (10.). Rovněž statistické údaje o standardizované úmrtnosti vykazují u úmrtnosti na choroby oběhové soustavy v ČR hodnoty přes 50%, v západní Evropě jsou kolem 25%, toto vše svědčí o horším zdravotním stavu populace ČR proti obyvatelstvu Evropy. V posledních 2 letech je pozorován mírně zlepšující trend ve statistických ukazatelích, ale přesto lze z jistou nadsázkou hovořit o "dluhu na zdraví obyvatelstva" (10,11,12).

#### **4. Vliv privatizace.**

Základní trend, to jest provést transformaci zdravotnictví, je nutný a zcela oprávněný. Ovšem snaha provést některé směny velmi rychle a to za situace, kdy v ekonomickém prostředí probíhá řada změn, a tudíž se podmínky činnosti neustále mění, vede často k chaotičnosti a bezkonceptnosti práce ve všech oblastech zdravotnictví. Tady se projevuje především chybení jasné, prosté a všem srozumitelné koncepce s definováním cílového stavu i postupných kroků k němu vedoucích. Příkladem je následné měnění pravidel hry následně po odevzdání privatizačních projektů, třeba stanovením kategorizace zdravotnických zařízení (5,).

Z mnoha důvodů bylo přistoupeno k privatizaci zdravotnických zařízení. Je však problematické, zda privatizační postupy obecně používané při privatizaci průmyslu, obchodu a dalších resortů, jsou nejvhodnější i pro privatizaci zdravotnictví (9.). Privatizace zdravotnictví postupy obvyklými v jiných resortech vedou k odčerpávání finančních prostředků ze zdrojů určených na poskytování zdravotní péče. Dosud nebylo možnost využít pro odstátnění forem zřízení neziskových, či veřejnoprávních organizací, neboť až do září 1995 zcela chyběla příslušná legislativa. Současný stav transformace zdravotnictví je charakterizován stagnací, bezradností a absencí potřebných legislativních norem (5.). Používaná metoda privatizace zdravotnických zařízení předpokládá zakoupení příslušných nemovitostí v podstatě z prostředků všeobecného zdravotního pojistného, které je vybíráno na základě principu solidarity a ze

**Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

zákona od občanů a zaměstnavatelů, tedy pojistného určeného na

kryli potřeb zdravotní péče. Zakupování majetků vlastně vrací část těchto financí do státního rozpočtu prostřednictvím Fondu národního majetku a do bankovních zisků. Výsledkem této metody je opět únik financí z objemu peněz určeného ke krytí zdravotní péče. Dochází tím vlastně k úhradě soukromých majetků z veřejných zdrojů. Bez dalších podkladů a rozborů se předpokládá, že tato forma je pro zdravotnická zařízení ekonomicky průchodná, a se úvěry budou návratné. Současné chování bank při poskytování úvěrů je ovšem velmi zdrženlivé, a je zřejmé, že samy banky o návratnosti úvěrů do zdravotnictví přinejmenším pochybují.

Odstátnění zdravotnických zařízení lze také provést metodou zřízení nonprofitních organizací s účinnou státní a veřejnou kontrolou vykonávajících zdravotnické služby. Rovněž zřízení veřejnoprávních institucí jako nadace, občanská sdružení a veřejně prospěšná organizace by zamezilo přesunu veřejných prostředků do soukromého sektoru. Musí být ovšem přesně determinovány jako organizace sloužící veřejnosti, s přesnou charakteristikou formy, institucionální struktury a organizační reality, dále nerozdělující zisk podílníkům, nýbrž využívající zisk zpět v neprofitním veřejném sektoru (7.). Zdroje financí mohou být jak pojistné, tak příspěvky státu či sponzorů. Proto tyto organizace musí rovněž reagovat na podmínky trhu vzhledem k nutnosti získávat zdroje od platících zákazníků, finančních institucí a charitativních dárců. Musí si konkurovat a prokazovat efektivní využívání zdrojů, aby se jim takovéto podpory dostalo (6. ) .



## **5. Motivační dopad.**

Zavedení nového systému zdravotního pojištění je samozřejmě pozitivní krok dopředu, který měl především zpřehlednit skutečný objem práce ve zdravotnictví a porovnat vytíženost jednotlivých poskytovatelů. Měl umožnit rozklíčení zdravotní péče dosud neznámé ceny na prvočinitele, tyto ocenit, zjistit příslušné náklady a vnést tak do zdravotnictví faktor ekonomického uvažování. Ovšem zavedení platby za výkony jako výlučného systému úhrady od pojišťoven je z řady hledisek nevýhodné. Motivuje zdravotnická zařízení k tomu, aby zvyšovala objem poskytovaných služeb za všech okolností a za každou cenu, bez ohledu na kvalitu poskytovaných služeb. Naprosto chybí motivace k co nejrychlejšímu a nejúčelnějšímu vyléčení pacienta, neboť toto je vysloveně proti vlastním ekonomickým zájmům poskytovatele zdravotnické péče. Tady je srovnatelným protipólem našeho systému starý čínský model platby klientů jen pokud jsou zdraví. Výkonový systém roztočil spirálu nadprodukce výkonů a inflace bodů, která myšlenku všeobecného zdravotního pojištění a princip solidarity může těžce diskreditovat (5.).

## **6. Současný tok peněz.**

Podle platné legislativy je výběr zdravotního pojistného státem delegován na zdravotní pojišťovny (2.). Zdravotní pojištění je povinné, částky jsou zákonem pevně určeny, tedy se de facto jedná o "zdravotní daň".

Pojistné je vyměřeno zaměstnancům ve výši 13,5 % z hrubé mzdy, kdy 9 % platí zaměstnavatel a 4,5 % zaměstnanec. Osoby samostatně výdělečně činné platí 13,5 % z 35 % z čistého příjmu. Samoplátci platí 13,5 % z minimální mzdy, která je v současné době stanovena částkou 2.200 Kč měsíčně, tedy t.č. 297 Kč. Stát platí za velkou skupinu osob nevýdělečně činných (děti, důchodci a další) 13,5 % z 65 % z minimální mzdy, což je nyní 194 Kč měsíčně. Celkový objem zdravotního pojistného v ČR je cca 70 mld. Kč, příspěvek ze státního rozpočtu především na investiční náklady je cca 10 mld. Kč, tedy celková částka určená na úhradu zdravotní péče je cca 80 mld. Kč (2.). Ovšem je nutné si uvědomit, že okolo 20% prostředků se vrací zpět do státního rozpočtu v podobě cel a daně z přidané hodnoty.

Je skutečností, že v roce 1993 výdaje na zdravotnictví činily 6,7% hrubého domácího produktu a v roce 1996 se předpokládá téměř 8% (15.), což je procento srovnatelné s mnoha vyspělými zeměmi, ovšem objem financí na zdravotnictví ve vyspělých zemích je cca desetinásobně vyšší. Přitom ve vyspělých zemích je podstatně nižší jak počet lůžek v nemocnicích, tak počet lékařů na počet obyvatel. Z toho lze vyvodit, že financování zdravotnictví v těchto zemích je podstatně méně "napjaté" než u nás.

Vlastní finanční politika zdravotních pojišťoven je determinována jejich prioritami a jejich řebříčkem hodnot. Část prostředků spotřebují pro sebe zdravotní pojišťovny, které musí zajistit vlastní provoz a fungování, k čemuž potřebují příslušné prostory, dostatečné vybavení kancelářskou a další technikou. Provozní náklady zdravotních pojišťoven jsou

limitovány vyhláškou Ministerstva financí do výše 7 % -z přerozděleného pojistného. Další prostředky jdou na úhradu léků a prostředků zdravotnické techniky, se kterými se určitě nešetří. Křivka nákladů na léky stoupá dost strmě, což dokazuje statistika VZP za rok 1993, kdy náklady léky a prostředky zdravotnické techniky dosáhly na konci roku 180% hodnoty I. čtvrtletí. Podle statistik v roce 1994 byly náklady na léky téměř 22 mld. Kč.

Aktivita pojišťoven k získání klientely, to je především úhrada "nadstandardní péče" ze základního pojistného, rovněž odčerpávaly prostředky určené pro základní zdravotnictví. Tomuto nyní zabránily novely poj i stí o vacích zákonů (59 a 60/95 Sb.) Platné od 1.5.1995.

A vlastně teprve z toho zbytku peněz se určí úhrady jednotlivým poskytovatelům podle vykázaného objemu práce. Zkušenosti z revizní činnosti ukazují, že často objem péče vykázané neodpovídá skutečnosti. Instituce revizních lékařů sama o sobě nevyřeší nadprodukcí výkonů, neboť jim poskytnuté kompetence umožňují postihnout jenom část neoprávněně vykázaných výkonů. Revizní lékař těžko může zpětně popřít indikovanost některých výkonů, i když má o nich oprávněné pochyby. V privátním sektoru se vyskytuje snaha vykázat co možná nejvíc, naopak v dosud státním sektoru se občas opomene vykázat i výkon provedený. Toto nejvíc postihuje především nemocnice, které jsou ve "výrobě bodů" pozadu. Značný nárůst administrativy spojený s vykazováním výkonů zatěžuje zdravotnické pracovníky a "okrádá" je o čas, který by měl být věnován péči o pacienta. Rovněž je bezpodmínečně nutné, aby byla část času zdravotnických

**Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

pracovníků věnována kvalitnímu

sebevzdělávání a doškolování. Velká část poskytovatelů zdravotní péče myslí především na "výrobu bodů", neboť ta je určujícím faktorem v současných podmínkách boje o přežití. Především privatizace prováděná současnými metodami opět odčerpává peníze určené na poskytování zdravotní péče, a peníze ze zdravotnictví tečou ve formě splátek úvěrů a úroků do bankovního sektoru.

## **7. Deficit ve financování zdravotní péče.**

Zdravotní pojišťovny včetně VZP vykazují za rok 1994 deficit ve výši cca 5 mld. Kč (ZdN 1995). Přes narůstající finanční náročnost vstupů se hodnota bodu nezvyšuje, zvýšený výběr pojistného z rostoucích mezd byl promptně vykompenzován snížením plateb státu za nevýdělečné osoby. Tento deficit by bez přijetí dostatečných regulačních opatření mohl vést ke zhroucení systému všeobecného zdravotního pojištění. Není trvale udržitelné hradit z omezeného "balíku" peněz téměř neomezený objem zdravotní péče.

## **S. Situace nemocnic.**

Důležitou částí zdravotnického systému tvoří nemocnice, které se dnes potýkají s mnoha vážnými problémy, a některé z nich stojí na pokraji ekonomického zhroucení. Finanční situace nemocnic se stále zhoršuje, jejich chod je možný jen za cenu prohlubujícího se vnitřního dluhu a peněžním podceněním zdravotnických pracovníků. Rozpor mezi zásadami trhu, které ovšem fungují pouze na straně nákladů, tedy vstupů do zdravotnictví,

a regulací danou legislativou na straně výstupů, tedy straně příjmové, znamená výraznou a stále se prohlubující nerovnováhu ve financování. Platba za výkony vede pak nutně k tlaku na jejich eskalaci. Růst cen léků, zdravotnického materiálu, prostředků zdravotnické techniky a všech dalších vstupů se děje při nereálné hodnotě úhrady za ošetrovací den a lékový paušál (9.).

Nemocnice po vyčerpání úspor hledají cesty k vyrovnaní finanční bilance především nárůstem vykazovaných výkonů. I přes rozsáhlé nákupy zdravotnické techniky, ovšem nekoordinované, se dosud nepřekonala zaostalost části přístrojového vybavení. Průměrné stáří zdravotnické techniky se odhaduje nyní na 10 let, 50% této techniky je za hranicí morální i fyzické životnosti. Rovněž stavební stav mnoha nemovitostí našich nemocnic by potřeboval řádnou finanční infuzi, kterou ovšem současný systém financování vůbec neumožňuje.

K řešení situace při privatizaci, nebo lépe odstátnění nemocnic i dalších zdravotnických zařízení je možné zvážit několik cest.

1. Daňové prázdny odstátněných zdravotnických zařízení.
2. Bezúročný splátkový systém poskytnutý FNM buď jednorázově, či s možností postupného odkupování státního majetku za účetní hodnotu v souladu s odpisovým kalendářem.
3. Zřízení Fondu v rámci FNM určeného k refinancování zdravotnictví, které by zamezilo úniku peněz určených na úhradu zdravotní péče.
4. Realizovat i jiné formy odstátnění nemocnic, například zřídit určitou formu veřejnoprávních organizací s podílem státu.

K pečlivému svážení těchto variant vede několik důvodů. Obecně ve světě není obvyklé, aby nákladní síť nemocnic měla povahu komerčních subjektů. Je nutná kontrola použití zdravotního pojistného jako součásti veřejných a veřejně kontrolovaných rozpočtů.

## **9. Závěr.**

Základní síť zdravotnických zařízení nemá a nemůže mít charakter čistě tržní, neboť musí plnit úkoly rovněž v oblasti sociální péče ve veřejném zájmu (7.).

Zdraví a nemoc nelze chápat jako tržní komodity. Při překročení hranice mezi zdravím a nemocí se velmi relativizují všechny doktríny, mění se systém hodnot, končí zde ideje sebeuplatnění, individualismu, svobodného rozhodování a tržního chování. V té chvíli ztrácejí smysl pojmy jako zisk a lukrativnost (5.). Zdravotnické služby ovšem působí na trhu a tudíž tržní prvky obsahují a jsou trhem ovlivněny.

Vstupy do zdravotnictví jsou tržní, výstupy regulované a limitované. Pokud by se regulace uvolnila, nelze pak vystačit s objemem finančních prostředků určených pro zdravotnictví. Státem a ústavou (1., 2.) je garantována všem občanům základní zdravotní péče, není však dosud přesně definován její rozsah a kvalita. Stanovený objem zdravotní péče musí odpovídat výši prostředků určených na zdravotní péči. Zdravotní péči je nutno také chápat jako "veřejnou službu", respektive "věcnou dávku sociálního zabezpečení" (15.) Stát by měl vytvořit příslušné mechanismy

i instituce, které budou tuto povinnost naplňovat. Nelze spoléhat na zajištění této garance smluvním mechanismem mezi poskytovateli a pojišťovny, neboť nepřesnost a nevyváženost sazebníku výkonů činí některé obory ekonomicky neatraktivními a dopadem by mohlo být jejich selhávání či úplná eliminace.

Závěrem bych chtěl konstatovat, že současný systém úhrady zdravotní péče nesplňuje především etickou zásadu, která by měla být krédem každého zdravotníka, tedy co nejrychleji a nejúčelněji pacienta vyléčit. Systém objemový vede k tlaku na morálku a etiku, a nelze očekávat po devastaci morálních a etických hodnot v období socialismu, kdy lhát a krást se považovalo u značné části obyvatelstva za běžnou součást standartu chování, vysokou odolnost vůči ekonomickým stimulům. Vystává obava z rizika, že lékařský stav dříve dehonestovaný ekonomicky, bude nyní dehonestován eticky. Náprava takového stavu by trvala generace. Nejde tak ani o ty, kteří jisté zásady neporuší za žádných okolností, ani o ty kteří je ve vidině svého prospěchu hmotného poruší vždy. Jde především o tu velkou skupinu lidí někde uprostřed, kteří se chovají pragmaticky. Pro ně musí být vytvořena atmosféra, kdy etické jednání bude v souladu s jednáním ekonomicky výhodným.

Dovoluji si tedy konstatovat, že systém financování zdravotnictví formou objemového hodnocení v dosavadní podobě bez adekvátních regulačních opatření zcela nevyhovuje. Považuji za nutné zvážit přechod s čistě objemového systému na některý z jiných systémů úhrady, nebo systém hybridní. Naskýtá se tu možnost zapojení systému kapitačního, systému DRG a dalších systémů využívajících metod agregace a paušalizace.



Předmětem této práce není se zabývat regulačními mechanismy, přesto se o jejich možnostech letmo zmiňují. V posledních 2 letech se objevilo množství různých návrhů, které by měly vady FFS systému odstranit nebo alespoň omezit. Možnosti jsou v především v regulaci nabídky, tj. omezení počtu poskytovatelů jak administrativně, tak přísnou kontrolou kvality (15.). Rovněž se nabízí možnost použití prospektivní platby, sestupné platby, časové limitace výkonů a další (15.). Nyní od 1.10.1995 nově zavedená kategorizace léčiv na základě "účinné dávky" by měla zamezit plýtvání léky a tedy finančními prostředky, i když podle vyjádření některých odborníků (Němec) nedojde k úsporám, nýbrž pouze k zastavení exponenciálního nárůstu prostředků na léky. Možnosti působení na straně poptávky (zdravotní výchova, bonifikace a penalizace občanů) jsou omezené a často politicky obtížně prosaditelné. Nicméně jejich postupné zavádění je nutností pro uvědomění si "ceny" zdravotní péče a vlastní zodpovědnosti každého občana za své zdraví. Stále přetrvává ve veřejnosti z minulosti názor, že stát je povinen občanu zajistit zdraví.

Bylo by vhodné, kdyby kompetentní orgány a instituce, především účastníci dohodovacího řízení, okamžitě zhodnotily dopad stávajícího systému, a vytvořily předpoklady pro urychlená vytvoření koncepce dalšího vývoje a pro přechod na systém objektivnější a spravedlivější.

## Literatura

1. Ústava České republiky.
2. Zákon č. 20/1966 Sb. s pozdějšími směnami a doplňky.  
Zákon č. 550/1991 Sb. Zákon č. 551/1991 Sb. Zákon č.  
230/1992 Sb. Zákon č. 59/1995 Sb. Zákon č. 60/1995 Sb.  
Nařízení vlády 216/1992 Sb.
3. Moens P.J." Od zdravotní péče ke zdravotní strategii.  
VŠE Praha, 1994.
4. van Anděl, H. = Management zdravotnických zařízení. VŠE  
Praha, 1994
5. Novák M. MUDr.' Etika transformace versus transformace etiky.  
Listy AN 2/1994.
6. Reinhard Henry C. Jr.: Role neprofitních organizací,  
Ekonomický institut A V ČR, 1993.
7. Salamon Lester M. : Rozsah a zdůvodnění neprofitního sektoru,  
poučení ze západních zkušeností, Healthcare Enterprise  
International, Inc., Rockville, Maryland, 1993.
8. Stiphout Jan G.A.= Spolupráce mezi zdravotnickými institucemi  
a zdravotními pojišťovnami v Holandsku. VŠE Praha, 1994.
9. Vepřek, Papeš a Vepřek: Czech health care in economic  
transformation, Ekonomický institut AV ČR, 1994.
10. Zdravotnická ročenka České republiky 1993, ÚZIS 1994.
11. Zdraví pro všechny do roku 2000, monitoring 1993-4 ČR, ÚZIS.
12. Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace, ÚZIS,

13. Kergall T.: = The Organisation of the French Health Care System and its Financing. CERGE 1995,
14. Jaroš: Co vlastně víme nebo nevíme o Singapuru. ZdN 22/1995.
15. Kalina a spol.: Regulace nákladů ve zdravotnictví - expertní studie. ZdN 32-33/1995.
16. Kalina- ústní informace a konzultace.