

1. Úvod do problematiky

6MEFZ1

Ekonomika a financování zdravotnictví

doc. Ing. Peter Pažitný, MSc., PhD.



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

MŠMT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



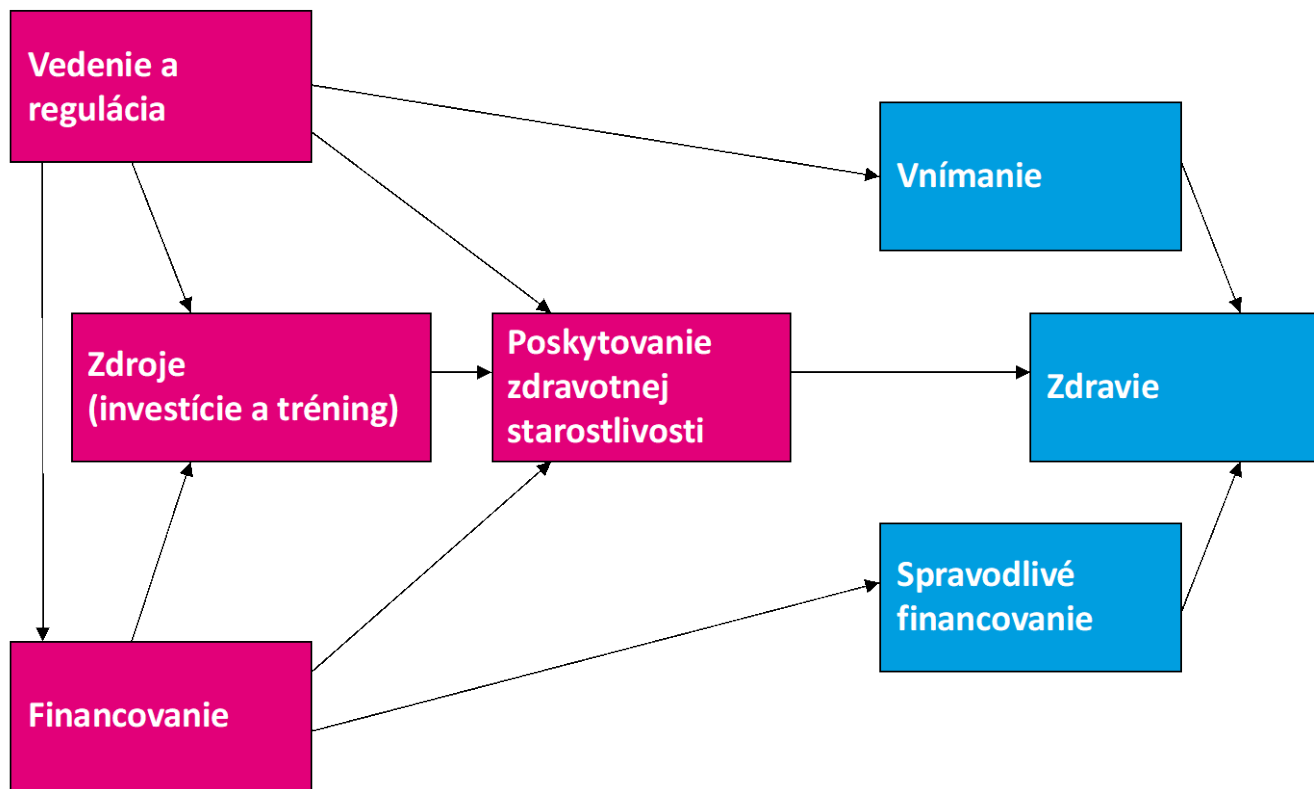
Obsah

1. Pozícia financovania podľa WHO a WB
2. Štyri dimenzie financovania
3. Zdroje financovania
4. Problémy s diferenciaciou daňového a poistného systému

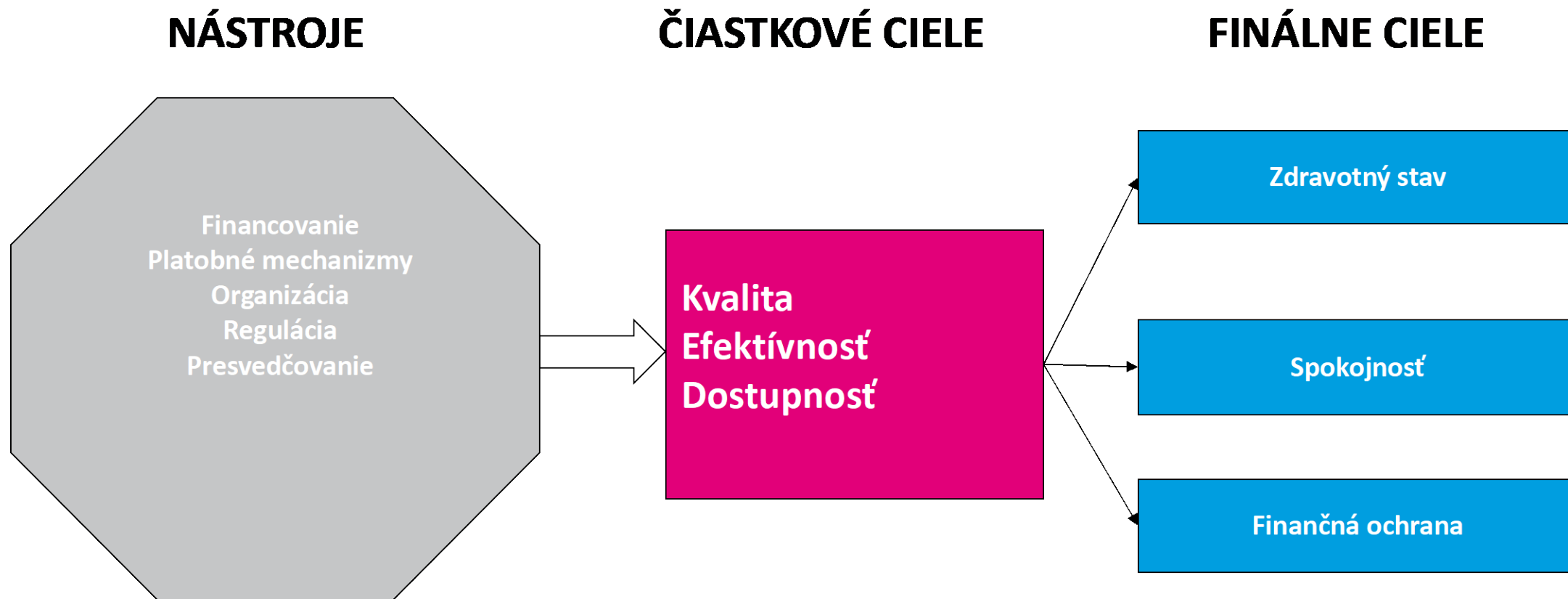
1. Financovania podľa WHO

FUNKCIE

CIELE

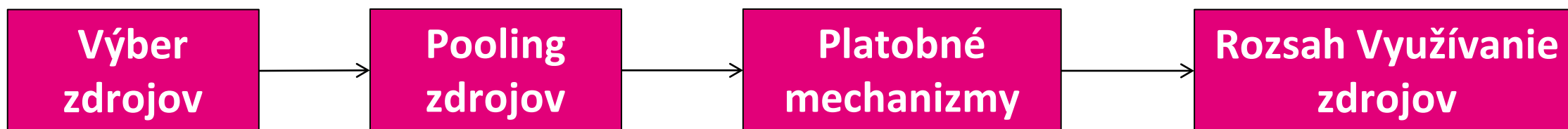


Pozícia financovania podľa WB



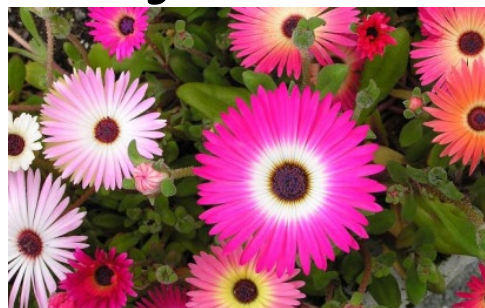


2. Štyri dimenzie financovania



Schopnost generovat zdroje

- Výdatnost a stabilita zdroja
- Efektivita
- Spravedlivost
- Jednoduchost výberu
- Politická přijatelnost



Dane
(priame a nepriame)

Odvody
(zdravotné poistenie)

Poplatky
(súkromné platby)

Schopnost poolovat zdroje



robotnice



...pre tých,
ktorý to
potrebujú

Pooling = akumulácia zdrojov a rozkladania rizika

Schopnost alokovat zdroje (Plat. mech)

- Od koho nakúpiť?
- Komu zaplatiť?
- Ako platiť?
- Koľko zaplatiť?





Schopnost využívat zdroje (rozsah)

- Pre koho nakupujem?
- Čo nakúpiť a v akej forme?
- Čo vylúčiť?





Cieľ financovania

Jedným z hlavných cieľov financovania zdravotníctva je ochrana jednotlivca pred nepredvídateľnými katastrofickými výdavkami na zdravotnú starostlivosť a ochrana zlepšenie zdravotného stavu jednotlivcov a celej populácie pomocou zabezpečenia finančnej dostupnosti základných zdravotných služieb.



3. Zdroje financovania

- Daňový system
- Verejné zdravotné poistenie
- Komunitné financovanie
- Súkromné zdravotné poistenie
- Priame platby



Daňový systém

- Najpoužívanější vo svete – známy aj ako Beveridge systém
- Prístup k zdravotným službám pre celú populáciu danej krajiny
- Základné premisy:
 1. Financovanie zo štátneho rozpočtu – zabezpečuje ho Ministerstvo zdravotníctva spolu s nákupom a poskytovaním zdravotných služieb
 2. Univerzálne pokrytie populácie – dostupnosť pre každého občana krajiny bez ohľadu na zdravotný stav, zamestnanie či výšku príjmu
 3. Verejný systém zdravotníctva – najmä verejní poskytovatelia zdravotnej starostlivosti (MoZ je aj vlastníkom týchto zariadení)



Daňový systém

VÝHODY

- Celkové pokrytie populácie
 - Odstraňuje problém selekcie rizika (1 rizikový pool)
- Široká báza na získavanie zdrojov
 - Priame a nepriame dane, clá atď.
- Jednoduchý spôsob riadenia
 - Hierarchická štruktúra
- Predpokladaný rastúci charakter zdrojov
 - S ekonomickým rastom sa zvyšuje príjem z daní



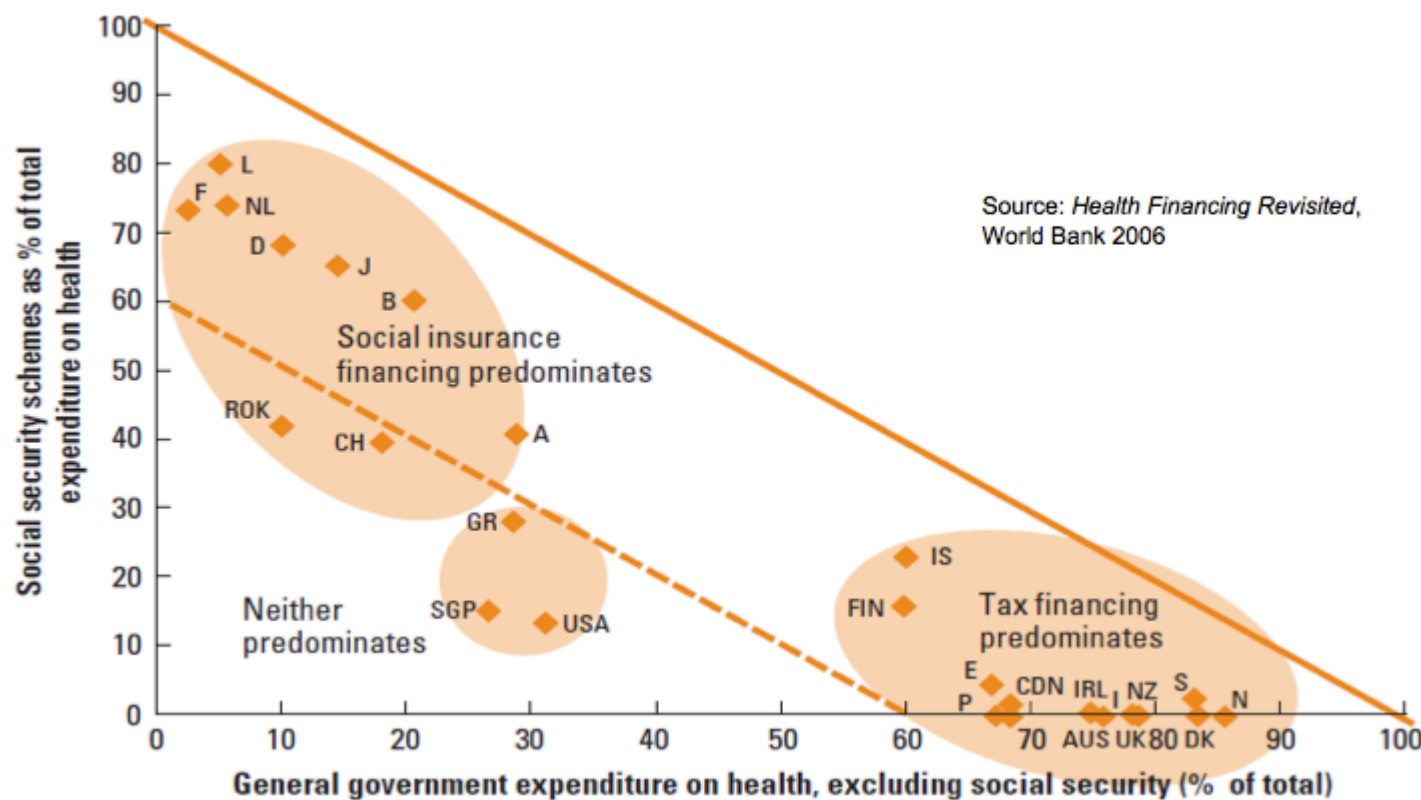
Daňový systém

NEVÝHODY

- Nestabilné financovanie
 - Politické priority (iné oblasti)
- Nepomerné zvýhodnenie bohatých
 - Zvýhodnenie bohatších
- Potenciálna neefektivita systému
 - Málo flexibilný verejný sektor
- Politická citlivosť
 - Tlak kvôli názorom verejnosti
- Rigidita centrálného riadenia
 - Byrokratická výstavba systému
- Mäkké rozpočtové obmedzenia
 - Existencia krytia deficitu štátom

Zadelenie krajín podľa dominancie príjmov na zdravotníctvo

Podiel z príjmov daní a zdravotných odvodov na celkových výdavkoch v krajinách OECD



Zdroj: OECD, 2004



System zdravotného poistenia

- Samostatný poistný fond alebo viacero fondov (individuálne preferencie)
- Povinné odvody zriadené na účel financovania zdravotníctva
- Spoločnosť je mu naklonená, pretože sa poplatky priamo viažu na určitý nárok (pri daňovom systéme o rozdelení príjmov medzi jednotlivé rozpočtové kapitoly rozhodujú politici)
- Základné premisy:
 1. Odvodový systém platieb zamestnancov a zamestnávateľov
 2. Verejné financovanie zostáva často dôležitým zdrojom príjmov (odvody väčšinou nestačia – doplnené daňami)
 3. Financovanie verejných aj súkromných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti (nákup a poskytovanie zdrav. star. je oddelené)
 4. Štát definuje: základný balík, spôsob platenia odvodov, organizačnú štruktúru, funkcie poistného fondu



System zdravotného poistenia

VÝHODY

- Vyššia spokojnosť
 - Výber na základe konkurencie
- Jednoduchosť a efektívnosť získavania zdrojov
 - Automatické zrážky zo mzdy určené na zdravotníctvo
- Vysoká odolnosť voči politickým rozhodnutiam
 - Nezávisí od deľby rozpočtu
- Vysoká schopnosť redistribúcie
 - Rozdelenie rizika
- Solventnosť
 - Prísne kritéria pre poisťovne

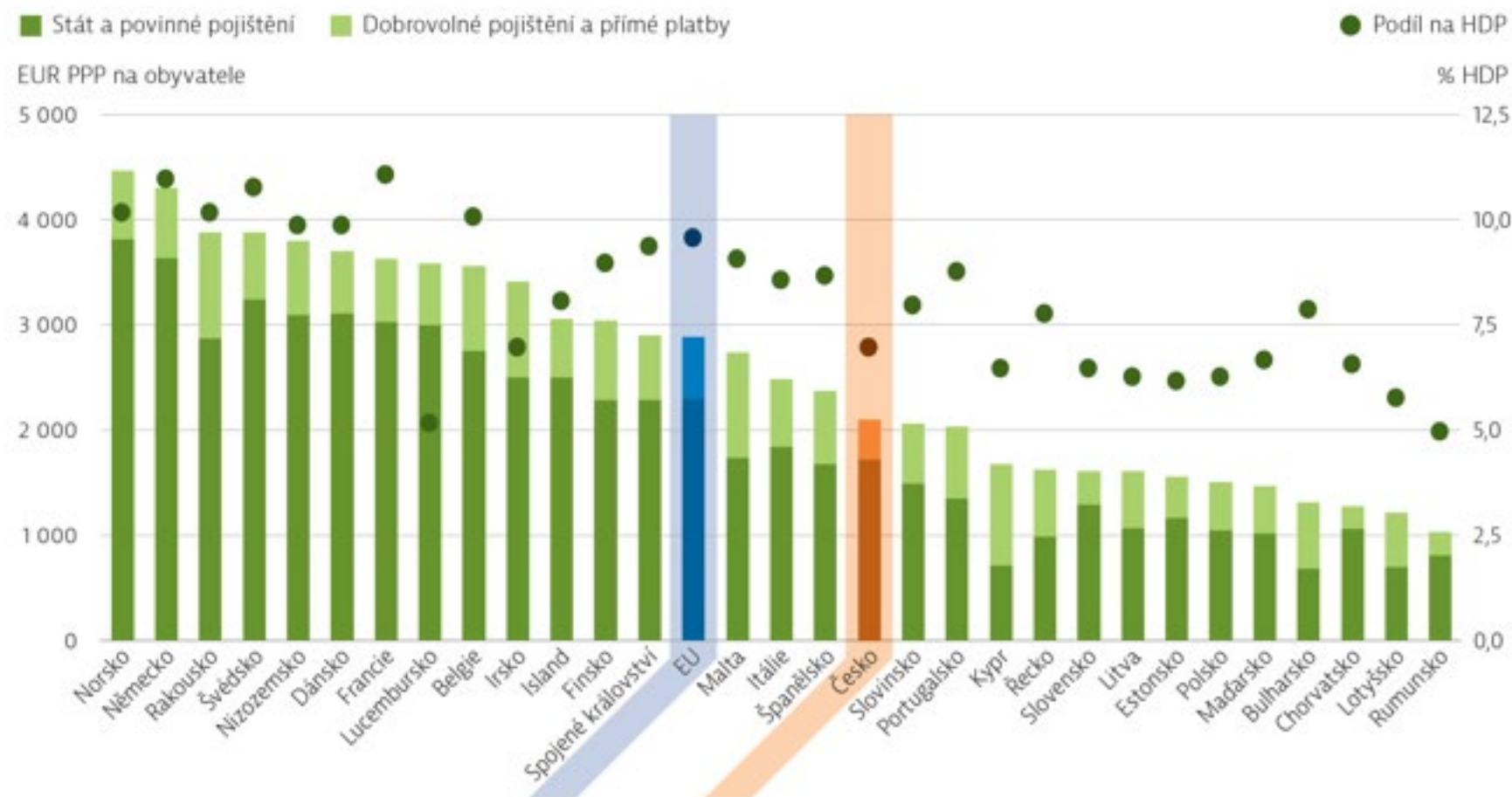


System zdravotného poistenia

NEVÝHODY

- Problémy s univerzalitou
 - Často len niektoré skupiny obyvateľstva sú pokryté
- Negatívne dopady na konkurencieschopnosť krajiny
 - Zvyšovanie pracovných nákladov a strata investorov
- Vyššie administratívne a transakčné náklady
 - Správcovia zabezpečujú zazmluvnenie, monitorovanie a kontrolu
- Vyššie výdavky na zdrav. star.
 - Zvyšovanie dopytu po službách

Obrázek 8. Česko vydává na zdravotnictví mnohem méně, než je průměr EU, ale podíl veřejného financování zdravotnictví je velmi vysoký



Zdroj: OECD Health Statistics 2019 (údaje za rok 2017).

Podiel
verejných
zdrojov v
ČR je veľmi
vysoký



Komunitné financovanie

- Združovanie na základe členstva v komunite
- Členovia komunity manažujú určovanie pravidiel systému (vyberanie, pooling, alokácia)
- Združuje chudobnejšie skupiny populácie, ktoré sú vylúčené z iných foriem financovania zdravotnej starostlivosti
- V krajinách s nízkym príjmom
- Základnou ideu je zabezpečiť základnú zdravotnú starostlivosť na lokálnej vidieckej úrovni



Komunitné financovanie

VÝHODY

- Lepší přístup k zdravotním službám skupinám s nízkým příjmem
 - Znižovanie priamych výdavkov a pokrytie širšieho počtu obyvateľov, ktorí by ináč nemali finančnú ochranu
- Vhodný doplnok základných schém financovania
 - Vypĺňa nepokrytý priestor avšak nedokáže poskytovať finančné zabezpečenie zdravotnej starostlivosti celej populácii



Komunitné financovanie

NEVÝHODY

- Obmedzená finančná ochrana pre členov
 - Limitované zdroje kvôli obmedzeným príjmom danej populácie (systém odkázaný na vládnu podporu)
- Otázna udržateľnosť
 - Malá veľkosť poolu robí tento systém veľmi zraniteľným



Je komunitné financovanie riešením?

Universal coverage in health care financing: is community-based insurance the answer?

Prof. R. Sauerborn, Heidelberg University, Germany

The challenge:

Universal access to good quality health care

The reality:

Latin America	China	Burkina Faso
25 % without hlth insurance	85% of rural 49% of urban popul. without hlh insurance	99.1% without insurance 85% of rural popul. without access



Súkromné zdravotné poistenie

- Väčšinou doplnok k verejne financovaným zdravotným službám
- Poskytované súkromnými, na zisk orientovanými organizáciami
- Poistné poplatky nie sú stanovené na základe výšky príjmu, ich výška závisí od rizika jednotlivca
- Nutnosť identifikovať, či je systém hlavným alebo doplnkovým poistením:
 1. **Primárny systém:** súkromné zdravotné poistenie ako hlavný zdroj financovania
 2. **Duplictný systém:** poskytuje rovnaké služby ako verejný systém zdrav. služieb
 3. **Komplementárny systém:** pokrýva hradenie spoluúčasti pacienta pri výkonoch poskytovaných verejnou ZS
 4. **Doplnkový systém:** pokrýva služby mimo verejného systému zdravotnej starostlivosti
-



Súkromné zdravotné poistenie

VÝHODY

- Dodatočné zdroje
 - Zdroje nad rámec povinných platieb
 - Možnosť výberu individuálneho plánu poistenia
- Pozitívny vplyv na ekonomický rast
 - Zamestnávateľia zabezpečujú zamestnancom ako benefit, pretože to zvyšuje ich lojalitu



Súkromné zdravotné poistenie

NEVÝHODY

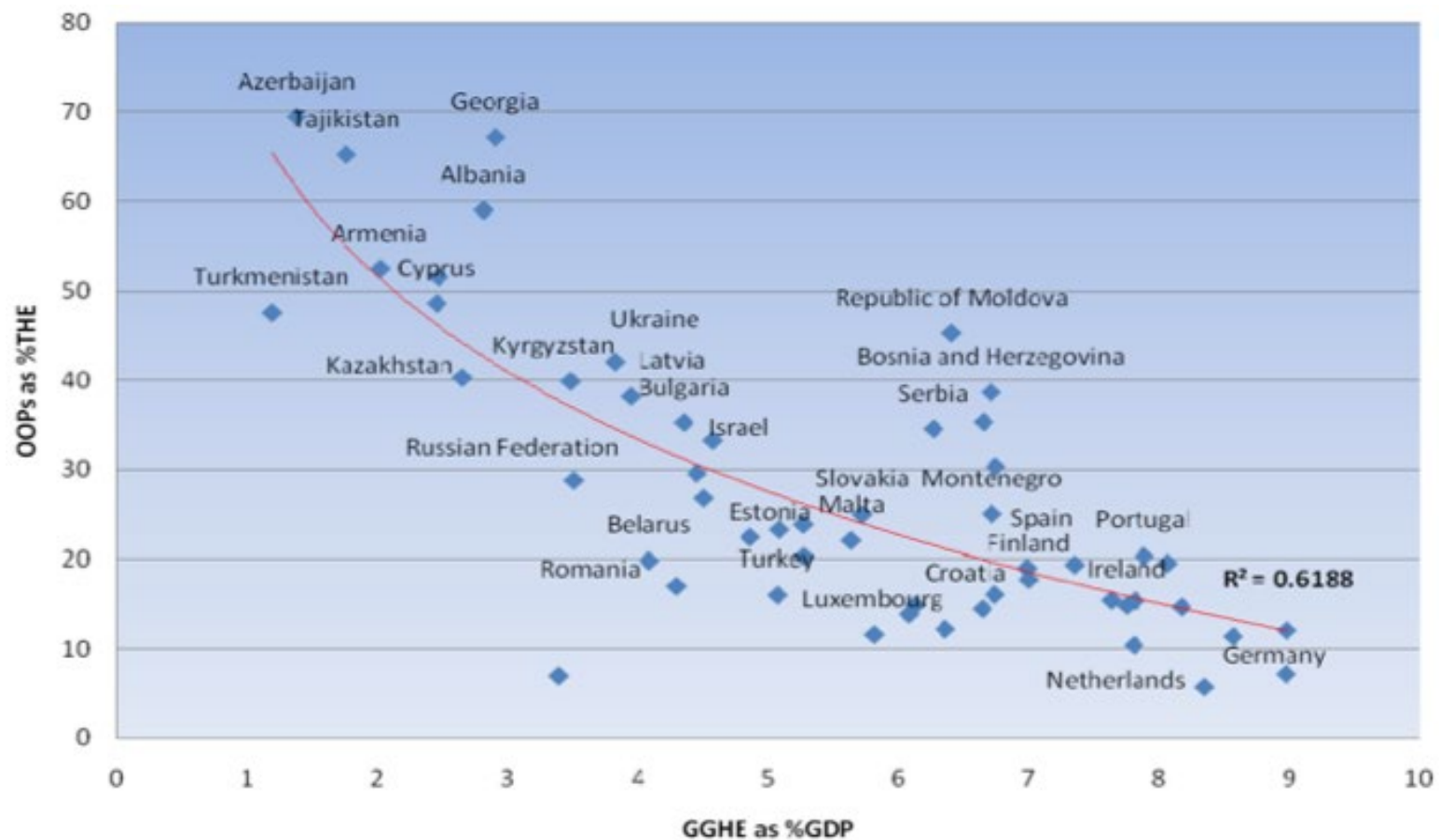
- Selekcia rizika
 - Poistovne sa snažia zabezpečiť prísun jednotlivcov s nízkym zdravotným rizikom
 - Odmietanie poistenia chorých, tých čo to najviac potrebujú
- Nepriaznivá selekcia / adverzný výber
 - Koncentrácia osôb s vysokým rizikom, kým osoby s nízkym rizikom odmietnu platiť za dobrovoľné pripoistenie
- Rozdiely v dostupnosti ZS
- Väčšinou neznižuje finančné zaťaženie verejného systému zdravotníctva



Priame platby (OOP)

- Priame platby bez možnosti refundácie výdavkov tretími stranami
- Patria sem:
 1. Priame platby - čím je krajina chudobnejšia, tým je väčší ich podiel
 2. Poplatky - lokálny výber poplatkov pre skvalitnenie služieb
 3. Neformálne platby - platba na zabezpečenie lepšej starostlivosti lekárskeho/ošetrovateľského personálu (ilegálny/poloilegálny charakter)
 4. Sporivé účty: Medical Savings Account (MSA) – urobiť pacientov spoluzodpovednými za ich rutinné výdavky na ZS

Priame platby (OOP)



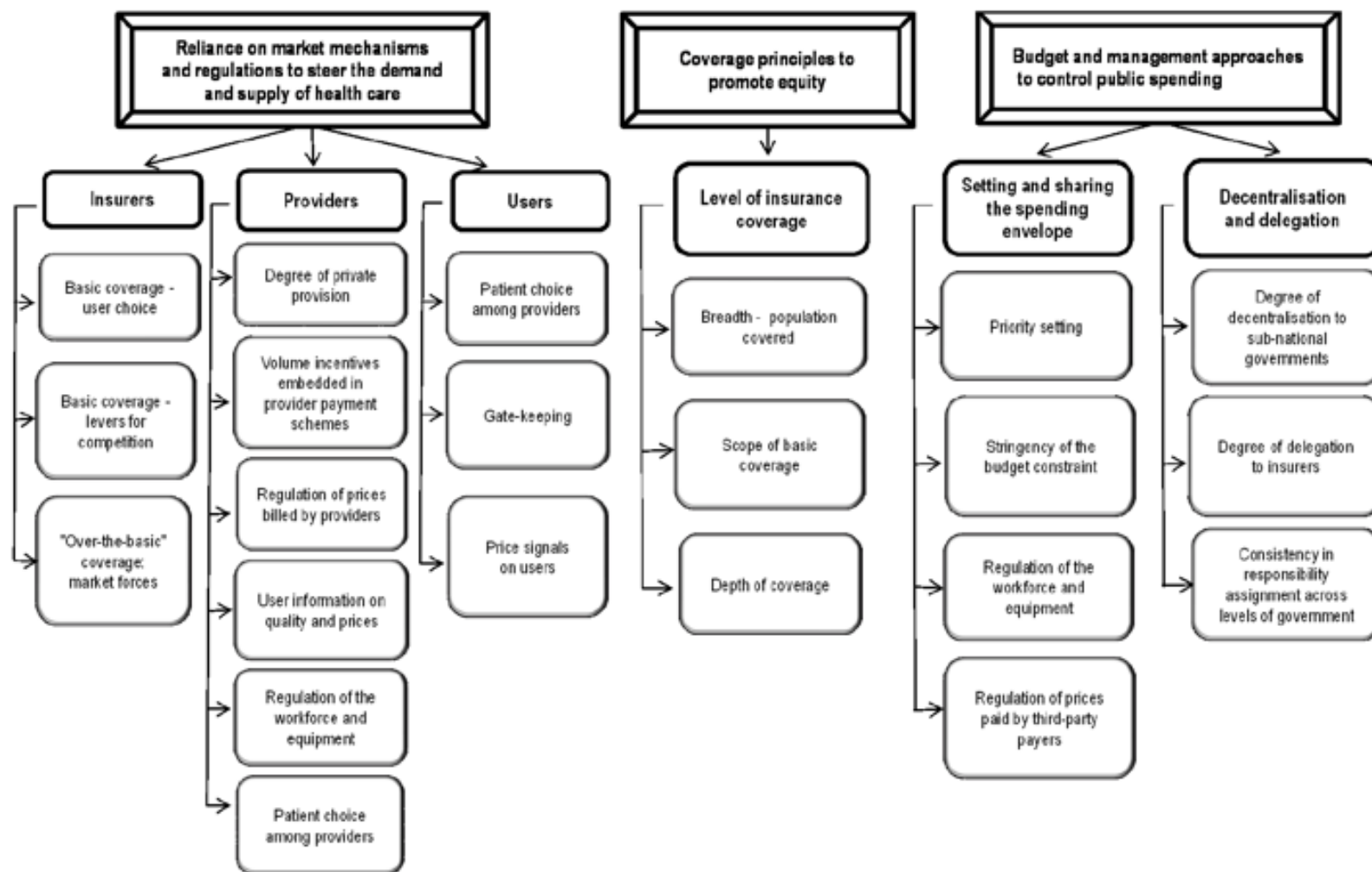


4. Problémy s diferenciaciou daňového a poistného systému

- Zadefinované premisy daňového a poistného systému už dlhšiu dobu neumožňujú jednoznačne charakterizovať systém zdravotníctva v danej krajine
- Kategorizácia systémov iba na základe zdrojov príjmov už nie je kľúčová, pretože viaceré krajiny reformovali iné časti systému bez toho, aby zmenili zdroje príjmov zdravotníctva
- Zdroje financií taktiež neurčujú:
 - ako sa tieto prostriedky poolujú
 - ako sa využívajú na úhradu výkonov poskytovateľom zdrav. star.
 - ako sú špecifikované benefity a spolufinancovacie mechanizmy pacientov

ECO/WKP(2010)25

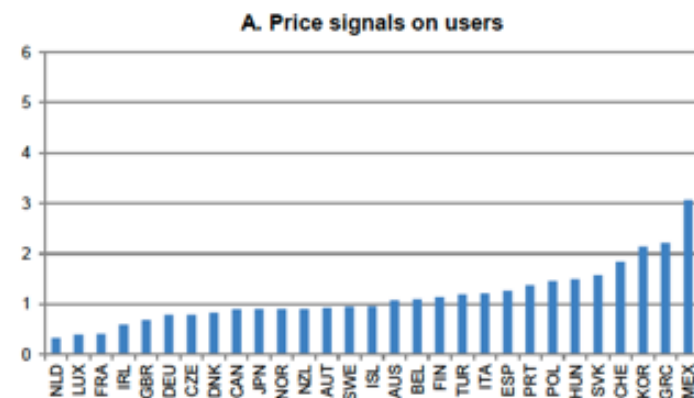
Figure 9. The tree structure for the indicators on health policies and institutions



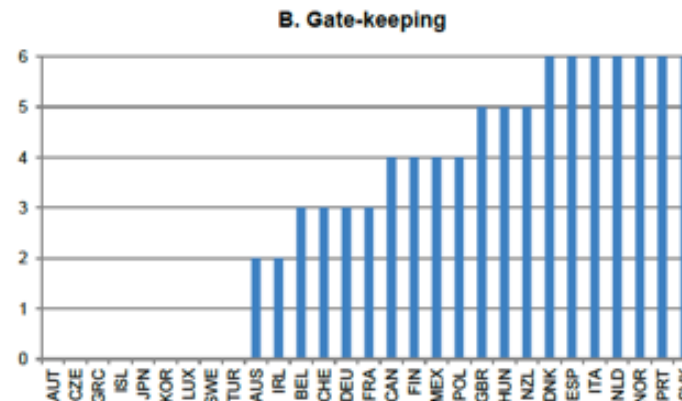
JOUMARD ET AL
(2010)



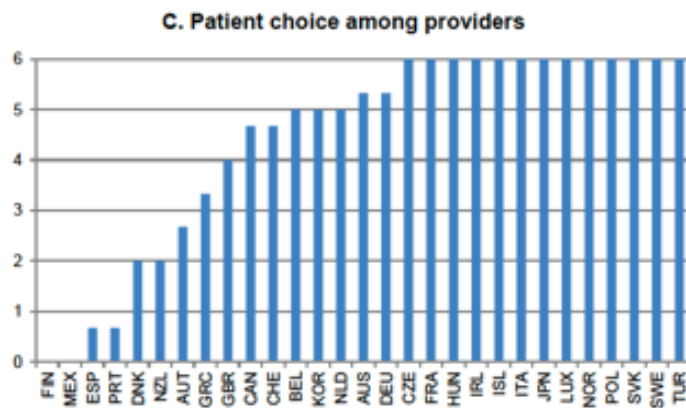
Figure 10. Market signals and regulations impacting on users' behaviour



Note: The score corresponds to the share of "out-of-pocket" payments in total health expenditure.



Note: A "0" score is attributed to countries which face no obligation or incentive to register with a GP and to obtain referral to access secondary care.

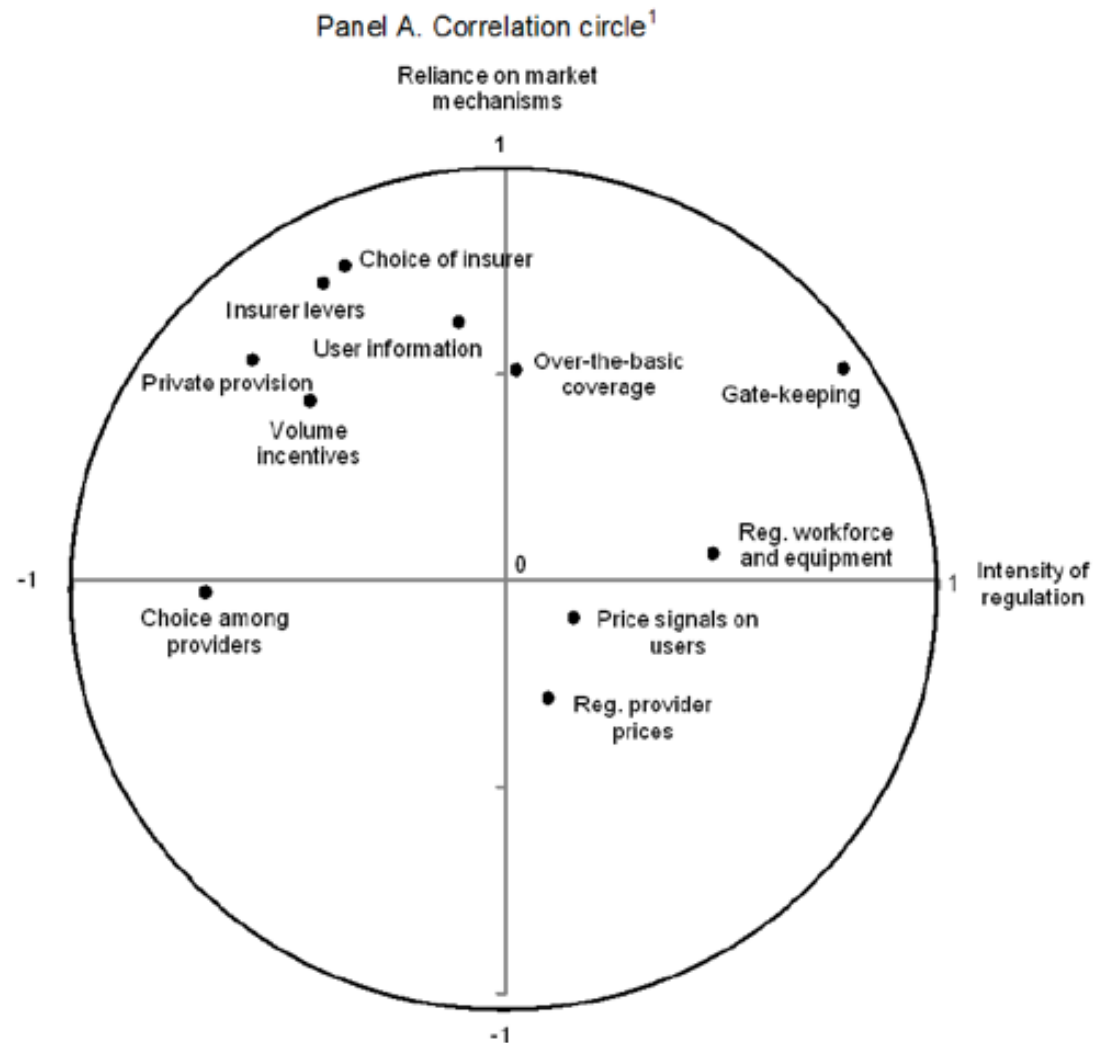


Note: A "0" score is attributed to countries where patients face severe limitations when choosing a primary care physician, a specialist and a hospital.

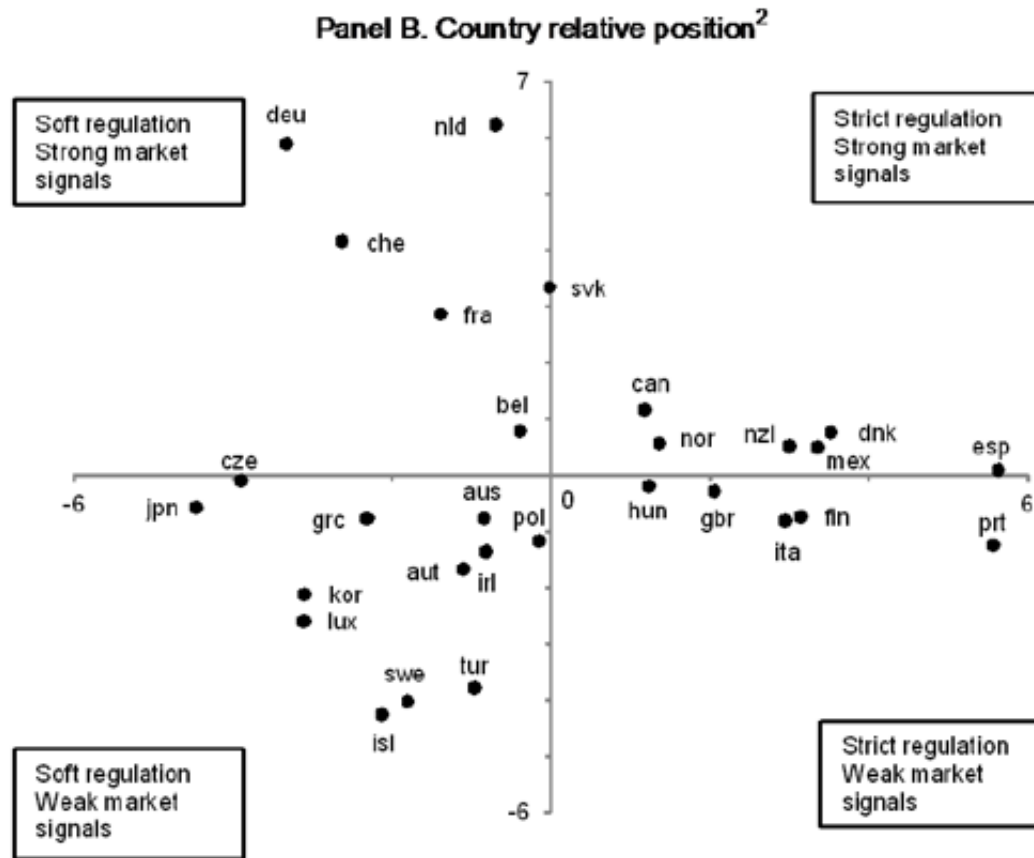
Source: OECD Survey on Health Systems Characteristics 2008-2009; OECD Health Data 2009.

JOUMARD ET AL
(2010)

Figure 13. **Reliance on market mechanisms and regulations to steer the demand and supply of health care**
Results of a principal component analysis



JOUMARD ET AL
(2010)



JOUMARD ET AL (2010)

Ako je možné, že dva systémy (SK a CZ), ktoré prežili spolu „Bismarcka“ aj „Semashka“ a majú spoločné zákony po revolúcií zo začiatku 90. rokov sa dnes nachádzajú na úplne iných kvadrantoch?

Reforma v SK v roku 2004!

1. The axes of the chart correspond to the first two factors of the PCA, i.e. those that explain the greatest part of the cross-country variance of the policy instruments. The values on the horizontal (resp. vertical) axis correspond to the correlation coefficients with the first (resp. second) factor of the PCA.
 2. The values on the horizontal axis (resp. vertical) correspond to weighted averages of the policy instruments, the weights being determined by the eigenvector associated with the first (resp. second) factor of the PCA.
- Source: OECD Survey on Health Systems Characteristics 2008-09.



Na čo klásť dôraz pri analýze financovania zdravotníctva

- Výkonnosť financovania zdravotníctva by sa teda mala merať predovšetkým na základe naplnenia kľúčového cieľa (slide 19) a nie podľa typu zdrojov
- Analyzovať by sa preto mali tieto oblasti:
 1. Ako sa zbierajú zdroje na financovanie?
 2. Ako zaťažujú obyvateľstvo (progresivita/regresivita)?
 3. Ako sú tieto prostriedky akumulované a organizované?
 4. Ako sa tieto prostriedky alokujú poskytovateľom?
 5. Ako sú špecifikované základné nároky a povinnosti obyvateľov?
 6. Aká je udržateľnosť zdrojov a odolnosť zdravotného systému?



Zhrnutie

- Financovanie je jedným z **nástrojov** zdravotníctva.
- Existujú 4 dimenzie financovania: schopnosť **generovať zdroje** (výber zdrojov), **pooling zdrojov**, **alokácia zdrojov** (platobné mechanizmy) a **rozsah využívania zdrojov**.
- Medzi zdroje financovania zaradujeme: **daňový systém**, **verejné zdravotné poistenie**, **komunitné financovania**, **súkromné zdravotné poistenie** a **priame platby**.
- Kategorizáciu systémov je treba vykonávať na základe fungovania **celého systému**, na základe všetkých 4 dimenzií financovania. Kategorizácia iba na základe zdrojov príjmov nie je kľúčová.
- Výkonnosť financovania zdravotníctva by sa mala merať predovšetkým na základe naplnenie kľúčových cieľov a ne podľa typov zdrojov



Zdroje

- Joumard et al., 2010. Health care systems: efficiency and institutions.
- OECD, *Health Statistics* 2004
- OECD, *Health statistics* 2019
- R. Sauerborn, *Universal Coverage in healthcare financing: is community-based insurance the answer?* Heidelberg University, germany.

Ďakujem veľmi pekne za pozornosť