

## **Financování zdravotnických systémů**

### **Cesta k univerzálnímu přístupu**

V posledních letech se díky vyšším nárokům lidí na lepší zdraví se dostává tato otázka stále více do politické agendy. Jedím z výsledků je, že si všechny členské státy Světové zdravotnické organizace (WHO) stanovily za cíl rozvinout financování svých zdravotnických systémů tak, aby akcelerovaly a udržely pokrok směřovaný k univerzálnímu přístupu ke zdravotnickým službám.<sup>1</sup> Při tomto úsilí se potýkaly se třemi základními otázkami:

1. Kde a jak mohou nalézt finanční zdroje, které potřebují?
2. Jak mohou ochránit lidi od finančních dopadů spojených se špatným zdravím?
3. Jak je možno docílit optimálního využití zdrojů?

V této zprávě WHO jsou zmapovány způsoby jakými země pozměňují své finanční systémy tak, aby se mohly rychleji přiblížit univerzálnímu přístupu a udržet jej, jakmile ho bude dosaženo. Tato zpráva staví na již získaných zkušenostech a nových výzkumech. Poskytuje agendu pro akci pro země ve všech stádiích rozvoje o tom, co mohou dělat na národních úrovních. Zpráva zároveň navrhuje způsoby, jak může mezinárodní komunita lépe podpořit úsilí rozvojových zemí v dosažení univerzálního přístupu a zlepšení zdravotních výstupů.

### **UNIVERZÁLNÍ PŘÍSTUP**

Univerzální přístup, jak je definován členskými státy WHO, vyžaduje, aby všichni lidé měli přístup k potřebným zdravotním službám - prevenci, podpoře, léčbě a rehabilitaci - bez toho, aby se potýkali s finančními těžkostmi spojenými s využíváním těchto služeb.

Dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví je základním lidským právem - zakotveným i Ústavě WHO. Zdraví je zásadní pro blahobyt každého jedince a přináší ekonomické výhody jedincům, domácnostem a zemím, jelikož lidé jsou více ekonomicky produktivní.

Tři klíčové faktory ovlivňují schopnost země poskytnout finanční zdroje, které jsou nutné pro dosažení univerzálního zdravotního přístupu:

---

<sup>1</sup> Rezoluce WHA58.33

1. Dostupnost, která je z části určena úrovní národního důchodu per capita (např. HDP per capita) a v některých případech přísun finančních zdrojů od externích partnerů
2. Úroveň politického a veřejného závazku ke zdraví: toto určuje jak mnoho jsou vlády zemí ochotny investovat do zdraví ve srovnání s jinými rezorty a jak mnoho jsou lidé ochotni platit za udržování a zlepšování svého vlastního zdraví.
3. Převažující postoj vůči takovým konceptům jako je solidarita, což ovlivňuje ochotu populace dotovat náklady zajišťující přístup ke službám pro jedince, kteří jsou v horší situaci - buď proto, že jsou chudí nebo nemocní.

### STATUS QUO

Za poslední století několik rozvinutých zemí dosáhlo univerzálního přístupu v přístupu ke zdravotnickým službám ve smyslu, že 100% populace je pokryto formou ochrany před finančními riziky, která zajišťuje jejich přístup ke škále potřebných služeb. Evropské země například začaly zavádět systémy sociální a zdravotní ochrany na konci 19. století, směřující k univerzálnímu přístupu po druhé světové válce skrze systémy financování z daní či zdravotně sociálního pojištění, nebo - častěji - kombinací obou. Několik dalších zemí s nízkými či středními příjmy v nedávné době zajistily přístup k základním službám s ochranou celé populace vůči finančním rizikům, zatímco jiné země rychle postupují ke zvýšení přístupu a ochraně před finančními riziky užitím různých inovativních opatření. Nutno ovšem přiznat, že svět musí ujit ještě velký kus cesty, než se podaří dosáhnout a udržet univerzální přístup.

Toto může být demonstrováno mnoha způsoby včetně:

- **Přístup ke službám** - existují mimořádné výkyvy v přístupu ve spojení s klíčovými intervencemi napříč zeměmi a uvnitř jednotlivých zemí. Pouze 20% populace v některých zemích přiznává, že obdrželo léčbu, když ji potřebovali, narozdíl od téměř 100% v jiných zemích. Proporce porodů, u kterých byl zkušený a vyškolený zdravotní personál se pohybuje od méně než 10% až k téměř 100%. Podobné výkyvy existují i v rámci jednotlivých zemí. V některých zemích bylo ohlášeno, že pětina domácností s nejvyššími příjmy byla poskytnuta léčba v případě potřeby dvakrát tak častěji než pětina nejchudších domácností.
- **Rozsah finanční krize a chudoba** - když se lidé ocitnou v situaci, ve které nemají žádnou jinou volbu, než využít služeb, a když finanční systém nepracuje dobře, lidem mohou vzniknout vysoké, někdy až katastrofické, výdaje, ze kterých

se nemusí nikdy vzpamatovat. Dohromady až okolo 150 miliónů lidí prožívá každý rok finanční krizi a 100 miliónů se ocitne pod úrovní chudoby.

- **Možnost přístupu k sociálně zdravotním převodům, když jedinec není zdravotně způsobilý pro práci** - další pokutou za nemoc je fakt, že pacient (a často i jeho pečovatelé) je příliš nemocný, než aby mohl pracovat. Pouze jeden z pěti lidí na světě má adekvátní sociální pojištění, které zahrnuje i výplatu za ztracenou práci v důsledku nemoci.

## VÝZVY

Všechny země, bohaté i chudé, se musí vyrovnat s výzvami v úsilí při zajišťování, a poté i udržování, univerzálního přístupu ke zdravotnickým službám a všechny musí řešit tři základní otázky týkající se financování zdravotnictví popsané výše - získání dostatečných finančních zdrojů, ochrana lidí před finančními problémy spojenými se špatným zdravím a využívání zdrojů tím nejvhodnějším způsobem. Rozsah těchto výzev se liší napříč zeměmi. Například:

- **Země s vysokým příjmem:** Udržování univerzálního přístupu ve chvíli, kdy ho bylo dosaženo, je konstantní výzvou, především v průběhu ekonomických poklesů, kdy je univerzálního přístupu ke zdravotnickým službám nejvíce potřeba. Kromě toho většina zemí s vysokým příjmem se vyrovnávají s problémem vysokého poměru starších lidí vůči pracující populaci. Toto vede k nárůstu nepřenositelných a chronických nemocí, jejichž léčba je relativně drahá. Nižší proporce populace aktivně pracujících také znamená, že tradiční zdroje příjmů pro financování zdravotnictví ve formě daní z příjmů a/nebo příspěvků zdravotního pojištění strhávaných z příjmů jsou nižší. Nicméně lidé v těchto zemích mají vysoká očekávání a nároky na zdravotnické služby (především ty léčebné), které navíc stále vzrůstají. Výsledkem toho je, že zdravotní náklady stále vzrůstají. To, že se země potýkají s problémem naplnění očekávání a potřeb, je pocíťováno i v prodlužování čekacích seznamů, nárůstech ve sdílení nákladů na léčiva a tím, že politici nepřetržitě hledají, jak zvýšit efektivitu a snížit náklady.
- **Země s nízkým příjmem:** i přes vítaný nárůst v poskytování rozvojové pomoci v oblasti zdraví zůstává akutní nedostatek zdrojů pro vyrovnání se s mnohanásobnou zátěží v podobě přenosných nemocí, problémů v oblasti zdraví matky a dítěte a nárůstu nepřenositelných nemocí a úrazů zůstává zásadní výzvou. Systémy jsou dále závislé na přímých platbách od pacientů (např. poplatky uživatelů), aby se zvedly národní finance pro zdravotnictví. V mnoha případech tyto přímé platby stojí v cestě přístupu ke zdravotnickým službám; v jiných případech vytvářejí zásadní finanční tlak

na lidi, kteří využívají tyto služby. Tím, jak jsou přístupné zdroje využívány, podporují neefektivnost a nerovnost, podporují přílišné poskytování služeb pro solventní jedince a nedostatečné poskytování služeb pro ty, kteří za ně nemohou zaplatit.

- **Země se středním příjmem:** Tyto země se potýkají se směsí výzev, které řeší země s vysokými a nízkými příjmy. V mnoha z těchto zemí je největší výzvou to, jak ustoupit od přímých plateb od pacientů a přejít na systém předplacených služeb - ve kterých mohou lidé platit za služby před tím, než jim vznikne potřeba, a využít služby ve chvíli, kdy jim potřeba vznikne. Další výzvou je to, že požadavky a očekávání často přesahují možnost země takové služby poskytnout. Také existují důkazy o neefektivnosti způsobu užití zdrojů, a to částečně proto, že systémy řízení zdravotnictví jsou často neschopny udržet krok s rozvojem zdravotnického sektoru.

V posledních letech se mezinárodní a národní pozornost stále více soustřeďuje na určení způsobů jak financovat zdravotnictví v zemích s nízkým příjmem, a to především v kontextu dosažení Rozvojových cílů tisíciletí (MDGs). I přes to, že se oficiální rozvojová pomoc (ODA) pro oblast zdraví je od roku 2000 více než čtyřikrát zvýšila, je stále nedostatečná. Několik málo sponzorů dostalo svým příslibům, což ovšem nestačí. Zatímco navýšení nových externích financí je důležité, existuje také zásadní potřeba pro podporu zemím při rozvíjení jejich národních mechanismů pro financování a vznik institucí, které jsou schopny zajistit a udržet univerzální přístup ke zdravotnickým službám dlouhodobě. V současné době v typické zemi s nízkým příjmem čítají národní zdroje až 75% celkových nákladů na zdraví.

## CESTA VPŘED

Všechny země na všech úrovních rozvoje mohou aktivně činit kroky pro rychlejší posun směrem k zajištění univerzálního přístupu či k jeho udržení, jakmile je ho dosaženo. Zpráva je založena na škále zkušeností z konkrétních zemí a navrhuje různé praktické možnosti v následujících oblastech:

1. **Získání více financí pro zdraví či diverzifikace finančních zdrojů.** Možnosti zahrnují: zajištění, aby se zdraví stalo větší prioritou v současném vládním rozpočtu; zajištění, aby byl systém výběru příjmů efektivnější; diverzifikace zdrojů příjmů skrze inovace v národním financování; navýšení externí podpory.
2. **Poskytnutí či udržení odpovídající úrovně ochrany před finančními riziky.** Toto znamená spoléhat se ve velké míře na formy předplacení (např. daně a/nebo pojištění)

pro získání financí, poté jejich sdružování, aby se zajistil přístup a rozložení finančních rizik. Toto napomáhá minimalizaci závislosti na přímých platbách.

3. **Zlepšování efektivity a rovnosti tím, jak jsou finance využity.** Zpráva identifikuje deset typických oblastí, kde je možno nalézt vylepšení. Tyto zahrnují: zajištění, že lidé neplatí příliš za léčiva a že je užívají vhodným způsobem tak, aby se zlepšila kvalita dozoru, zlepšení efektivity nemocnic, výběr správných intervencí, hledání incentív, které skutečně fungují, a vyhnutí se roztržitosti.

I přes to, že se zpráva velmi soustředí na národní politiky financování zemí na všech úrovních příjmů, také popisuje, jak může mezinárodní komunita lépe napomoci zemím s nízkým příjmem při rozvoji národních finančních strategií, kapacit a institucí, které zahrnují více než pouhé poskytování dodatečných financí.

Možnosti, které jsou ve zprávě navrženy, představují odborné stanovisko na výzvy rozvoje finančních systémů ve zdravotnictví pro podporu a udržení univerzálního přístupu. Odborná stanoviska jsou pouze jednou z částí rozvoje a zavádění politik a další doplňující aktivity jsou také nutné. Navržení a zavedení strategie financování zdravotnictví je proces postupné adaptace, spíše než lineární proces směrem k pomyslnému ideálu. Zpráva se uzavírá diskuzí některých z těchto adaptačních procesů, včetně potřeby schopnosti často monitorovat a hodnotit učiněný pokrok - je navržen soubor indikátorů - a poté adaptovat politiku podle potřeby.

Kancelář WHO v ČR

22.listopadu 2010