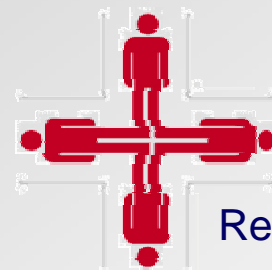


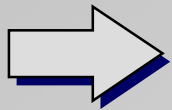
Jaké jsou možnosti řešení problémů českého zdravotnictví



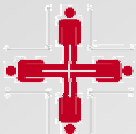
Reforma zdravotnictví-forum.cz

Středočeský kraj, 6.4.2006

PROGRAM DNEŠNÍ PREZENTACE



- § **Stav a výzvy českého zdravotnictví**
- § Možnosti řešení a zahraniční příklady



SOUČASNOU SITUACI ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ CHARAKTERIZUJÍ:

Finanční krize

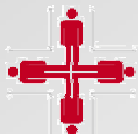
- § Veřejné zdroje nejsou schopny umořit stávající dluh systému, natož financovat nárůst poptávky po zdravotní péči

Krize institucí

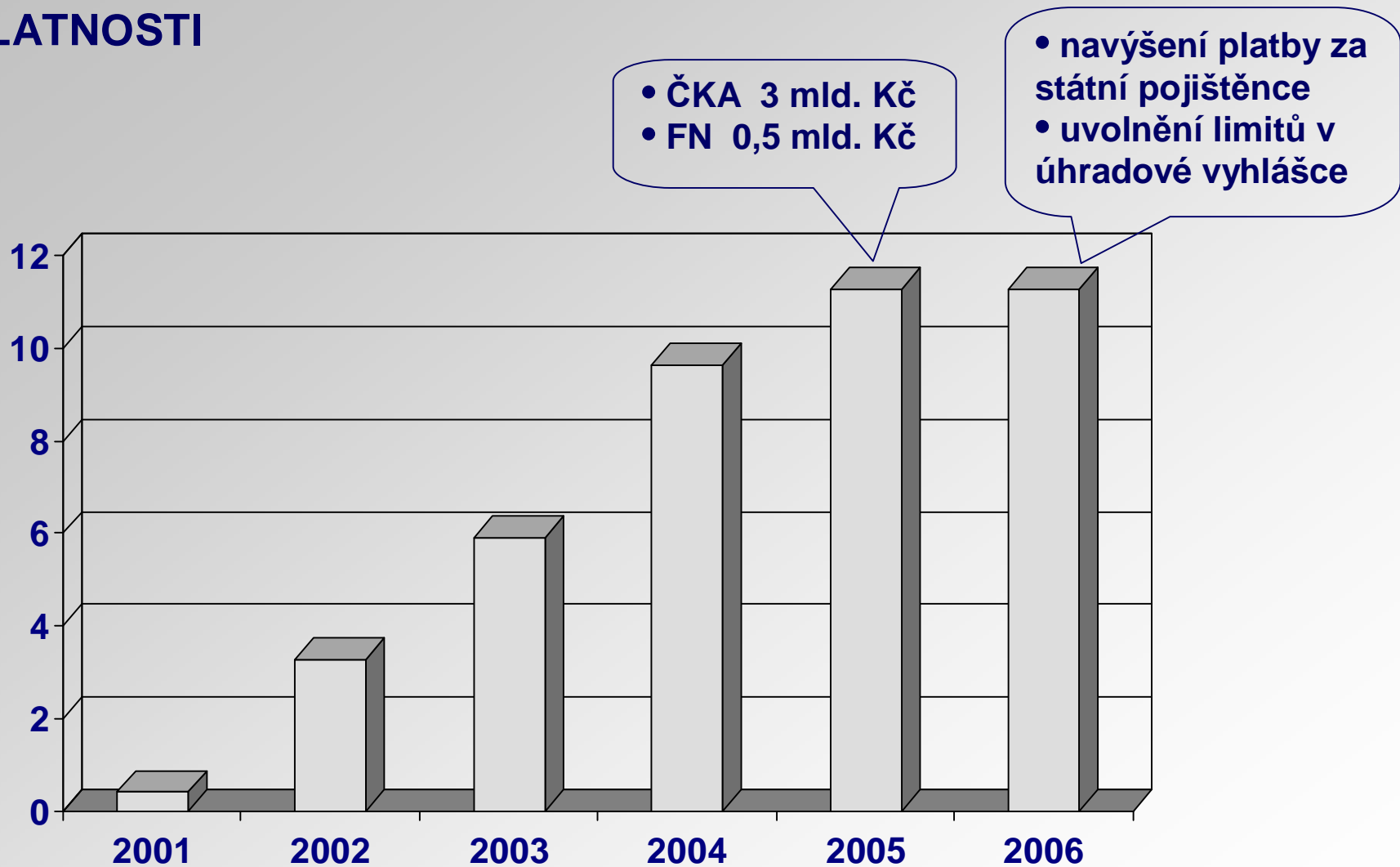
- § Pojišťovny a poskytovatelé nevykonávají své logické role, stát je nefunkční a zhoršuje situaci
- § Dostupnost a kvalita péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních se významně liší

Dlouhodobé výzvy

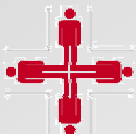
- § Stárnutí populace
- § Zvyšující se očekávání občanů
- § Dynamický rozvoj možností léčit



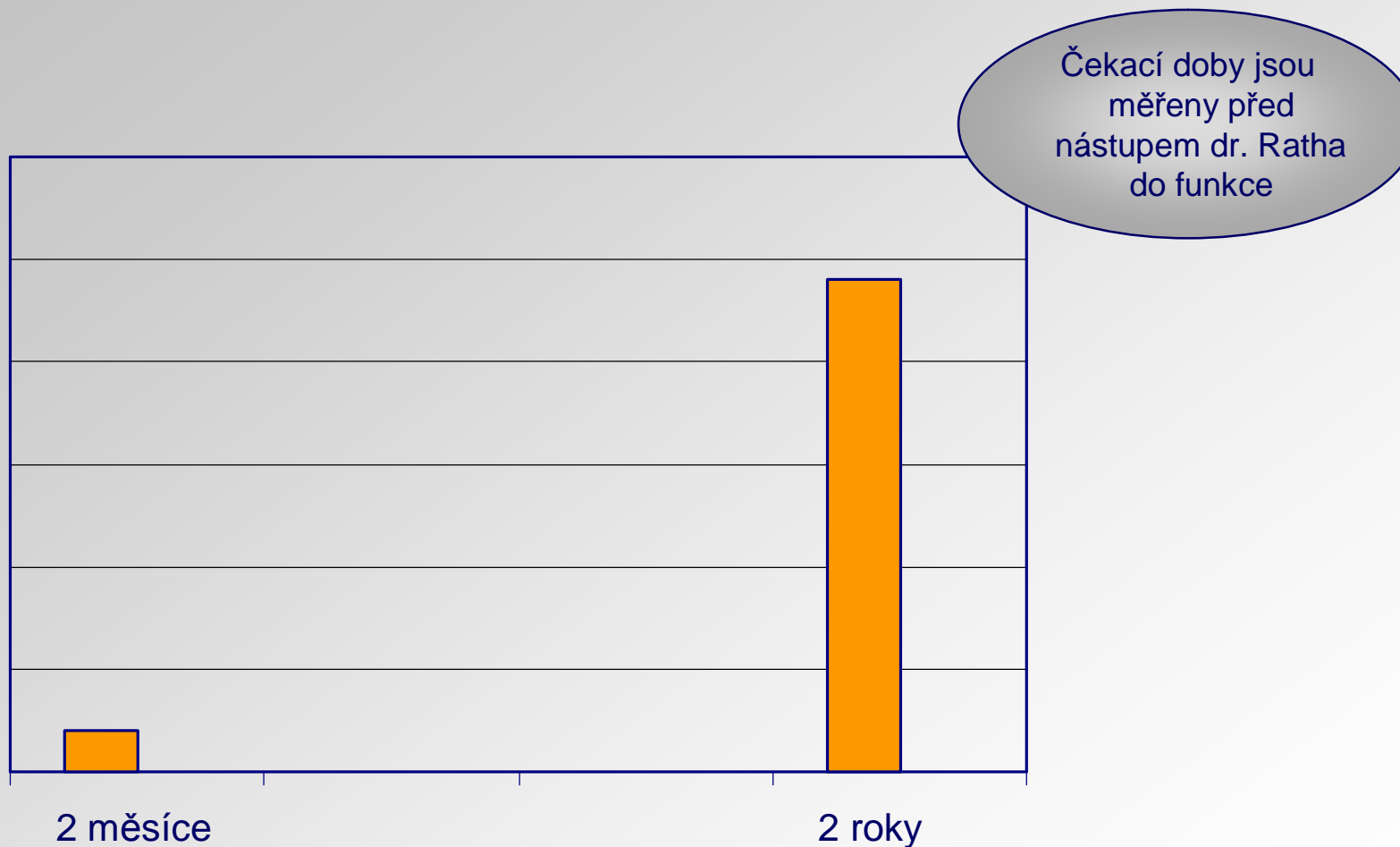
OBJEM ZÁVAZKŮ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN PO LHŮTĚ SPLATNOSTI



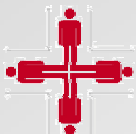
Zdroj: Zdravotní pojišťovny, Reforma zdravotnictví-fórum.cz



Extrémní rozdíly v čekacích dobách na plánované operace (Endoprotéza kyčelního kloubu)

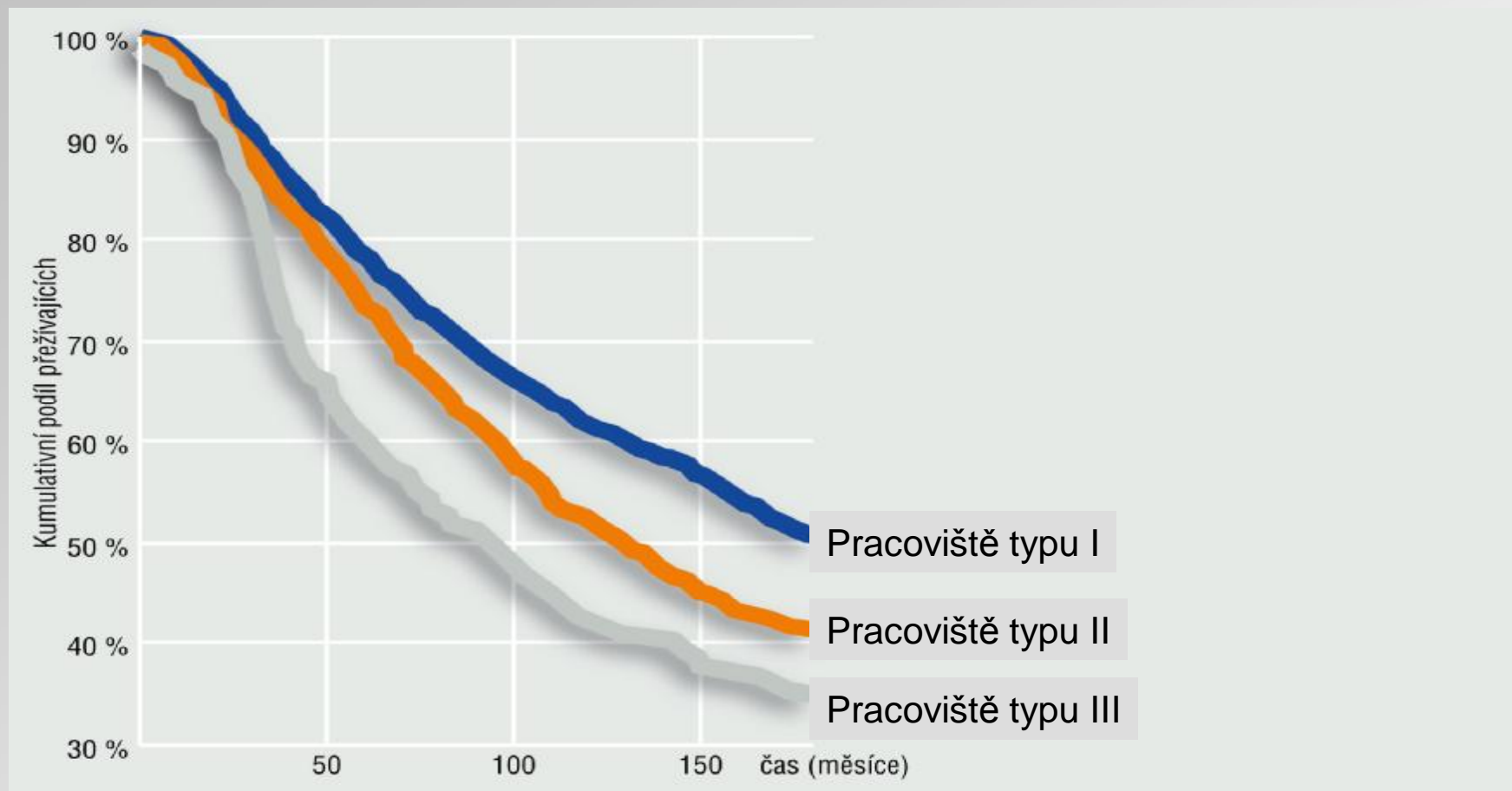


Zdroj: Telefonní dotazy, Reforma zdravotnictví - fórum

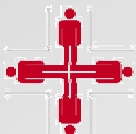


Velké rozdíly ve výsledku:

Průměrná pravděpodobnost přežití žen do 60 let s druhým stadiem rakoviny prsu podle TYPU pracoviště (rozdělení podle počtu provedených operací)



Zdroj: Masarykův onkologický ústav

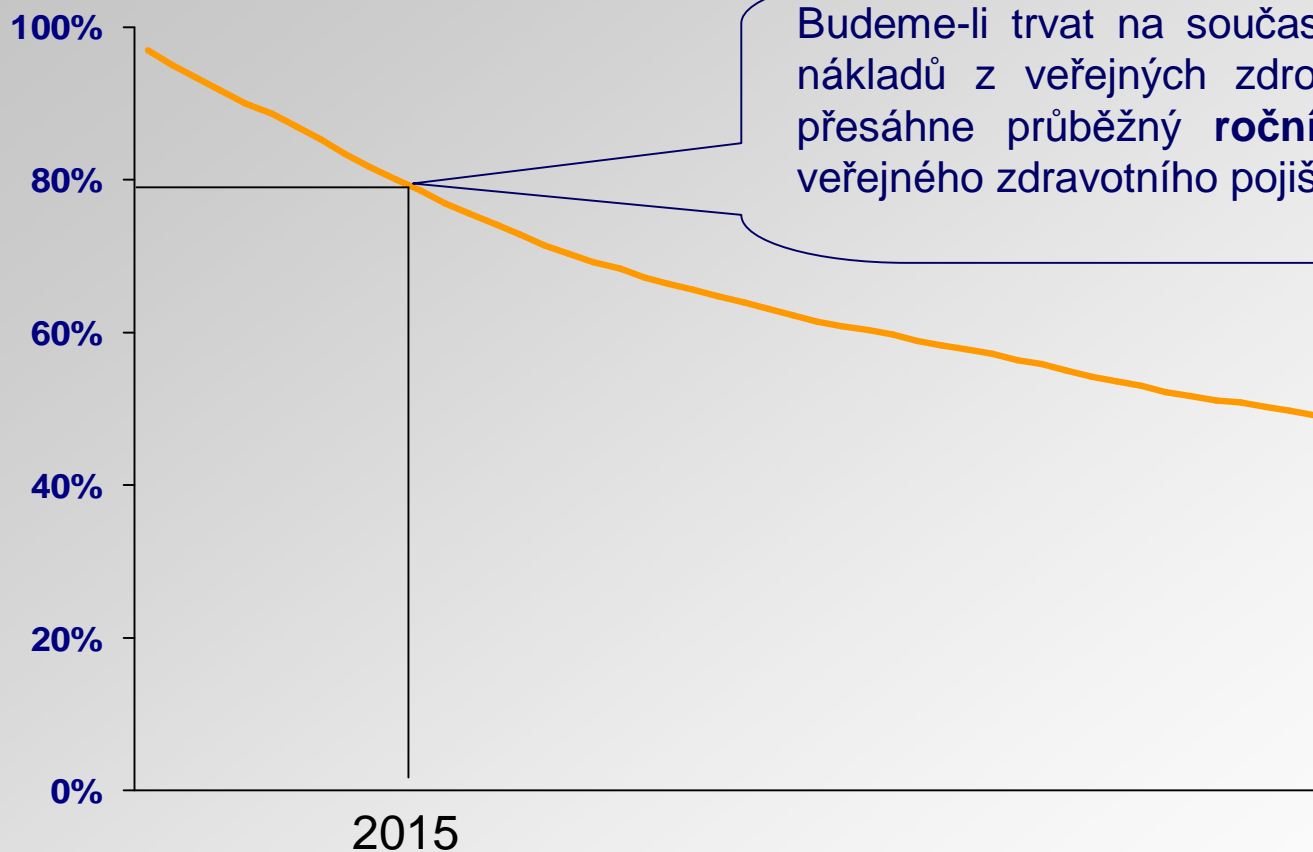


PODÍL NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI POKRYTÝ Z VEŘEJNÝCH ZDROJŮ

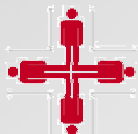
(při zachování současných odvodů 13,5 %.)

(Model zahrnuje platbu státu za státní pojištěnce rostoucí v čase jako průměrná hrubá mzda a investiční výdaje z veřejných rozpočtů zvyšujících se v čase jako inflace)

Zdravotní péče dnešního rozsahu



Budeme-li trvat na současném rozsahu krytí nákladů z veřejných zdrojů, do deseti let přesáhne průběžný **roční deficit systému veřejného zdravotního pojištění 20 mld. Kč.**



(ZDALEKA NE JEN) ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ JE

NEEFEKTIVNÍ

- § Občané dostávají za své peníze v souhrnu podstatně méně, než je možné (platí příliš mnoho za to, co dostávají)

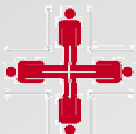
NEDOSTATEČNĚ FINANCOVANÉ

- § Občané poptávají více zdravotních služeb, než je zdravotnictví schopno poskytnout

NEPRUŽNÉ, NEBEZPEČNÉ, NESPRAVEDLIVÉ

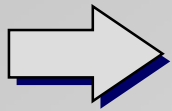
- § Občané se nemohou spolehnout, že vůbec dostanou zdravotní služby, které potřebují
- § Kvalita služeb není garantována
- § Čím nemocnější člověk je, tím má horší postavení

**NESCHOPNÉ VYROVNAT SE S DŮSLEDKY STÁRNUTÍ
POPULACE, ROSTOUCÍCH MOŽNOSTÍ MEDICINY A
ROSTOUCÍCH NÁROKŮ OBČANŮ**

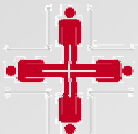


PROGRAM DNEŠNÍ PREZENTACE

§ Stav a výzvy českého zdravotnictví



§ **Možnosti řešení a zahraniční příklady**



ZADÁNÍ je jednoduché:

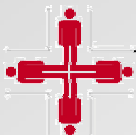
ü Zvýšit efektivitu

ü Zvýšit objem zdrojů

ü Zvýšit bezpečnost (garantovanou kvalitu)

ü Zvýšit spravedlnost, zlepšit postavení nejpotřebnějších


Ale jak?!



Moderní řešení (trend od 90. let)

- § Vnést do systému motivace ke zvyšování efektivity
- § Umožnit přirozený nárůst soukromých zdrojů a z veřejných zdrojů podporovat cíleně potřebné a slabé
- § Vnést do systému poptávku po informacích o kvalitě a bezpečnosti poskytovaných zdravotních služeb

ZNAMENÁ

 Hlubokou reformu zaměřenou na podstatné posílení vlivu a odpovědnosti především občanů

 Tržně konformní řešení


Zásadní změnu v pojetí role státu


Překonané řešení (50. léta)

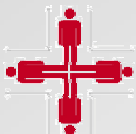
- § Explicitně formulovat sled „optimálních“ kroků
- § Donutit systém tyto kroky udělat (command – control model)

ZNAMENÁ

Soustředit moc v rukou vlády

 Omezit prostor pro rozhodování občanů, pojišťoven i poskytovatelů

 omezit pravomoci, zrušit motivace ztížit přístup k informacím



Jak řeší tytéž problémy jinde: TRENDY VE VYSPĚLÝCH ZEMÍCH

Velká Británie

Bourání tabu uvnitř NHS – vytváření „vnitřního trhu“:
výběr poskytovatele, nákup zdravotní péče, zakázky pro soukromé poskytovatele, Foundation Hospitals

Rakousko

Převedení krajských nemocnic v některých spolkových zemích do formy akciových společností

Německo

Otevření možnosti individuálních kontraktů,
experimenty s řízenou péčí, privatizace (řízení) nemocnic

Holandsko

Trh zdravotního pojištění, veřejné zdravotní pojištění poskytováno
komerčními pojišťovnami na ziskovém principu,
uvažování o zdravotním spoření

Švýcarsko

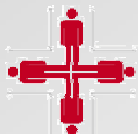
Trh zdravotního pojištění, rozvoj řízené péče

Francie

20% nemocniční péče poskytováno soukromými nemocnicemi v
ziskovém režimu

USA

Rozvoj účtů zdravotního spoření



CO JE EFEKTIVNÍ: MONOPOL VERSUS KONKURENCE (BMJ 2002)

Britská NHS:

monopolní státní systém, vznikl po II. světové válce znárodněním největší veřejný integrovaný systém na světě

18% klientů má ovšem navíc dodatečné (soukromé) pojištění

Roční standardizované náklady na jednoho klienta: 1 764 USD

KAISER PERMANENTE:

staff model HMO

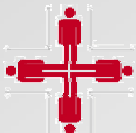
největší soukromý non-profitní integrovaný systém na světě

za 60 let existence nezměnil základní strukturu a filosofii

má cca 20% trhu v Kalifornii a podíly na trhu v dalších 8 státech USA

klienti prakticky nemají dodatečné pojištění

Roční standardizované náklady na jednoho klienta: 1 951 USD (+ 10%)



DOSTUPNOST SLUŽEB

NHS

KAISER PERMANENTE

Průměrný čas strávený
u praktického lékaře:

8,8 min

20 min

Objednací doba u specialisty:

36% < 4 týdny, 20% > 13 týdnů
4% > 6 měsíců

80% < 2 týdny

Objednací doba na chirurgický
zákrok v nemocnici:

41% < 13 týdnů, **33% > 5 měsíců**
7% > 12 měsíců

90% < 13 týdnů

Počet výkonů na 100 000
klientů a rok:

Angioplastika:

38

116

By-pass:

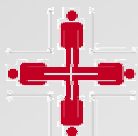
47

127

Transplantace ledvin:

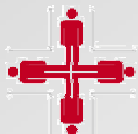
2,7

4,8

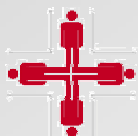
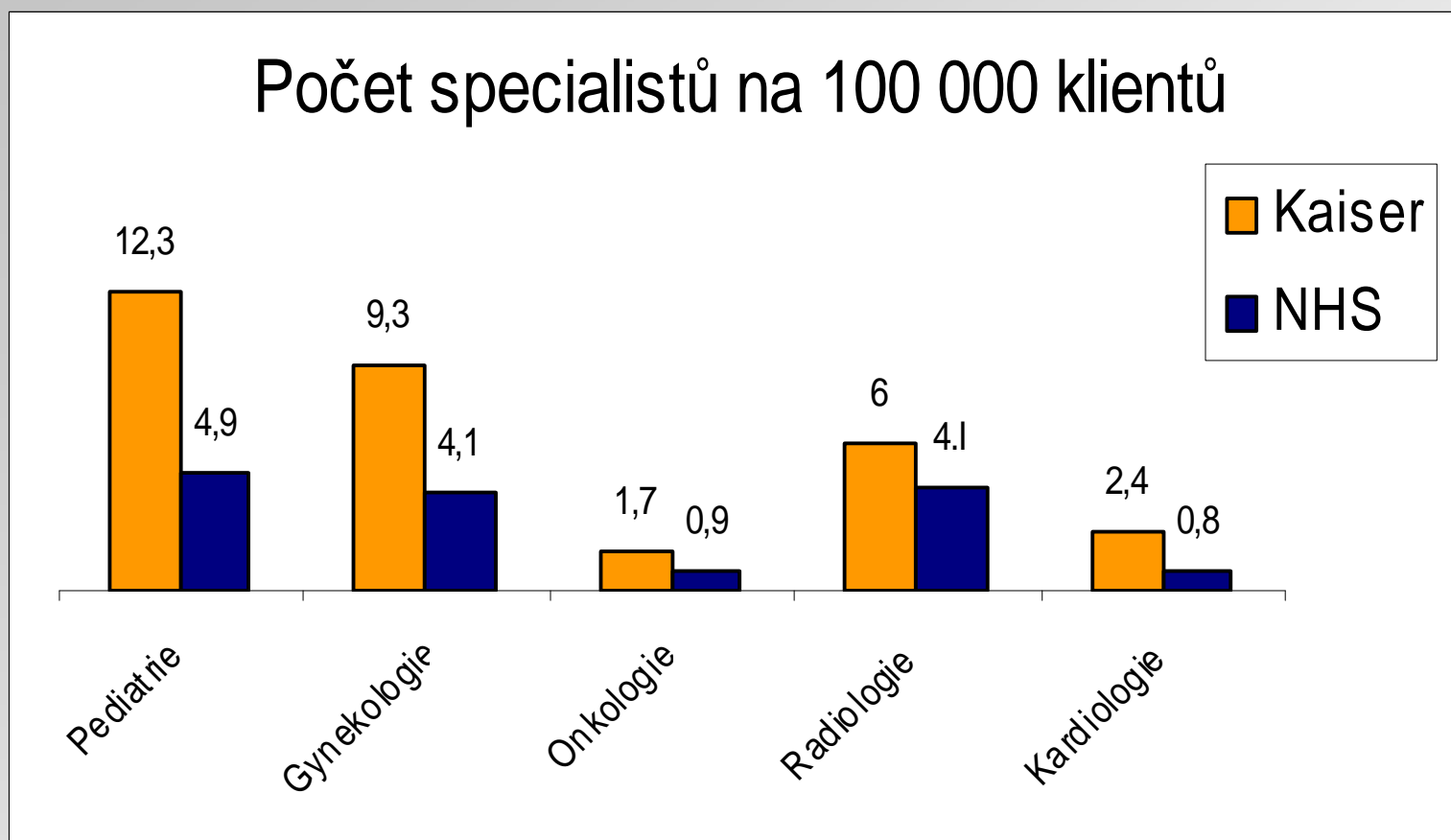


KVALITA SLUŽEB

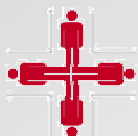
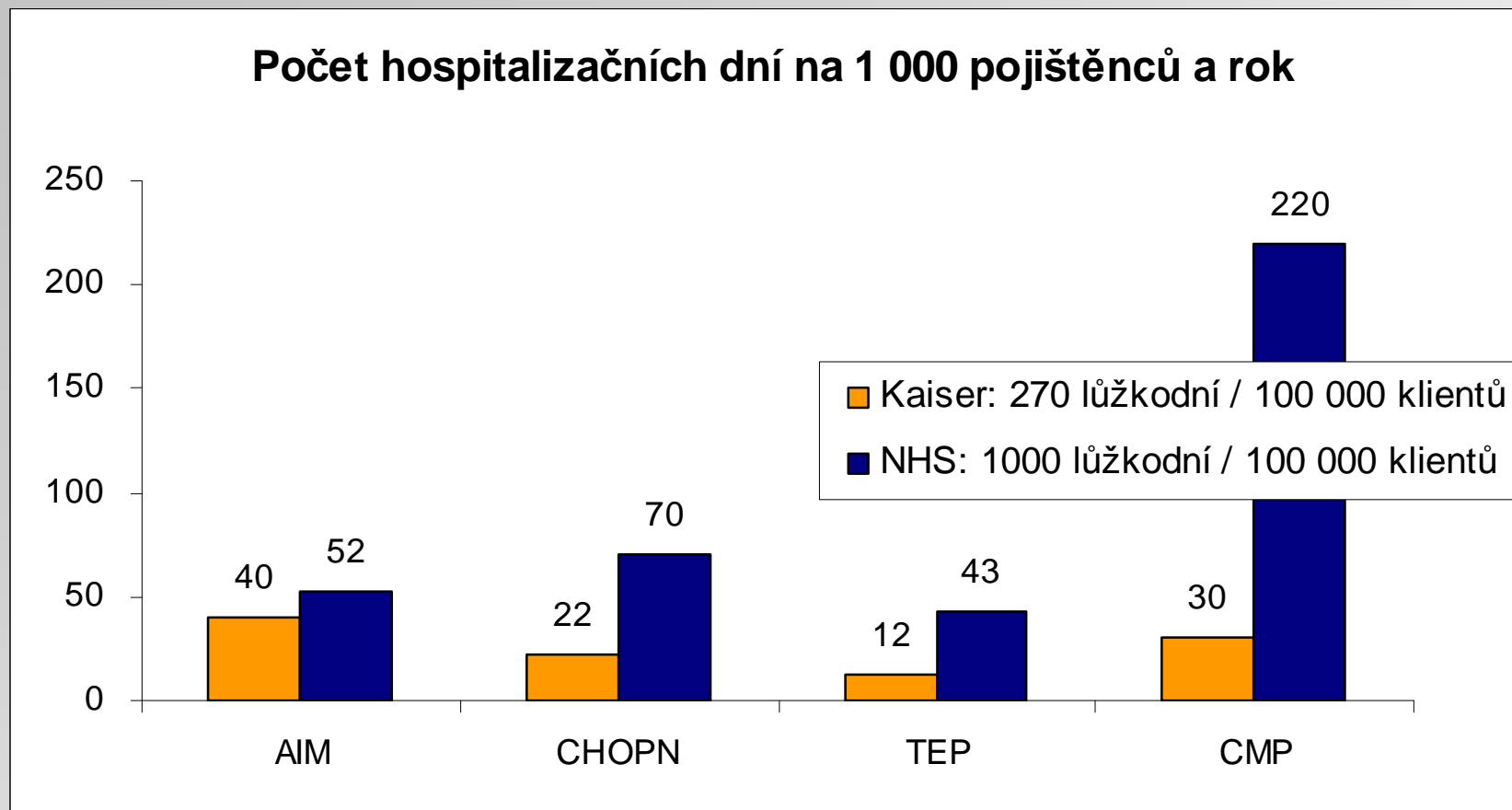
	<u>NHS</u>	<u>KAISER PERMANENTE</u>
Možnost objednat se na klientovi vyhovující termín:	téměř neexistuje	ve většině případů
Očkování dětí:	standardní	standardní + hepatitis
Mamografie:	50-64 let, 69% žen každé 3 roky	52-69 let, 78% žen každé 2 roky
PAP:	25-64 let, 84% žen každých 5 let	21-64 let, 80% žen každé 3 roky
Vyšetření sítnice u diabetiků:	60%	70% mladších 65 let, 80% starších 65 let
Užití β blokátoru u pacientů s AIM:	42%	93%



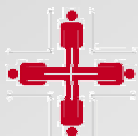
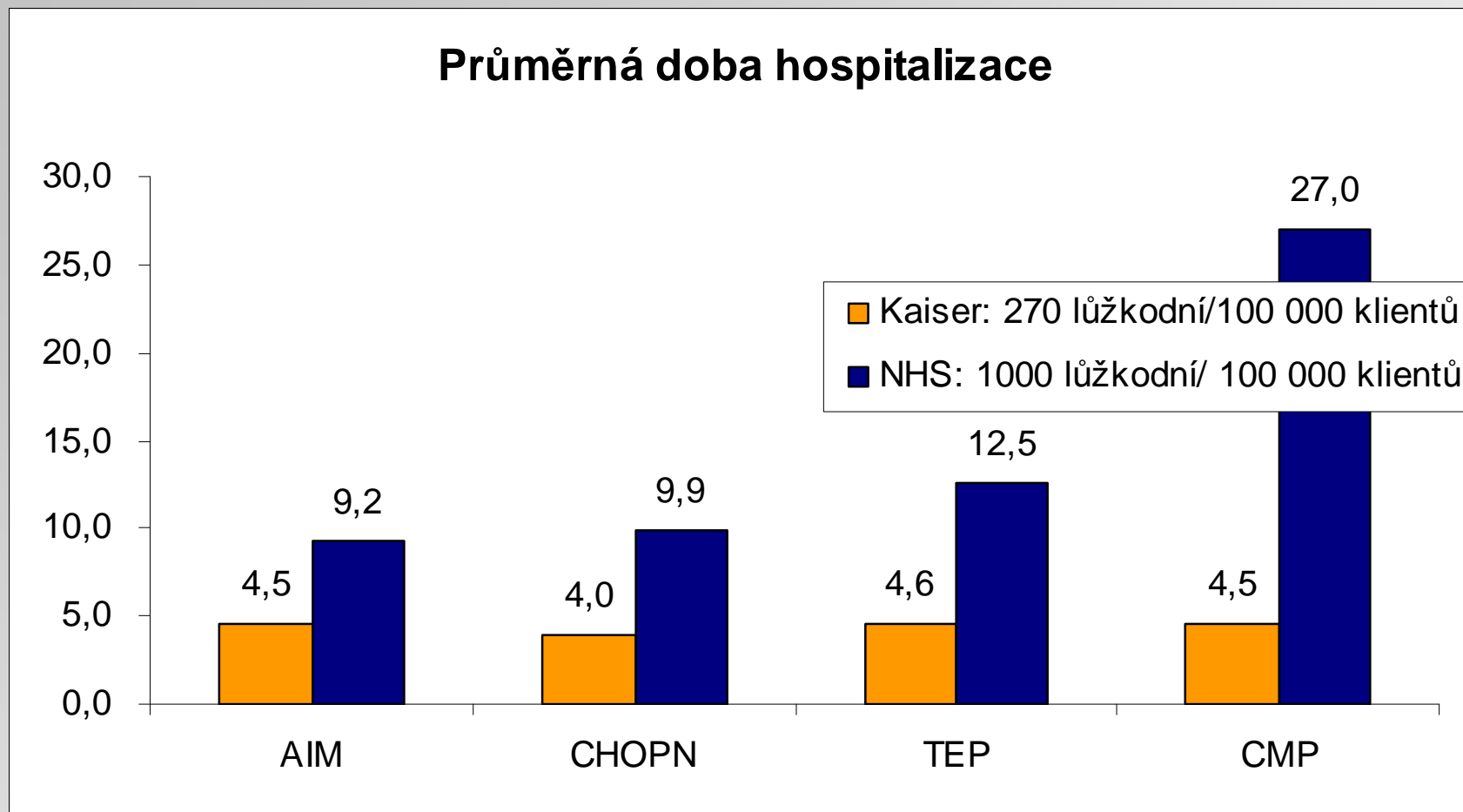
DOSTUPNOST SPECIALISTŮ



Spotřeba nemocničních služeb



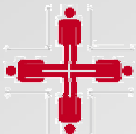
Spotřeba nemocničních služeb



PROČ JE KAISER PERMANENTE MNOHEM LEPŠÍ NEŽ NHS?

Protože je v Kalifornii.

Musí obstát v konkurenci více zdravotních pojišťoven na
tvrdém a dobře regulovaném trhu
zdravotního pojištění



POUČENÍ: REFORMA INSTITUCÍ

Zdravotní pojišťovny

- § Umožnit nakupování zdravotní péče na trhu
- § Zavést motivaci k racionálnímu chování a plnou zodpovědnost za výsledky hospodaření
- § Podpořit konkurenci v kvalitě a ceně služeb

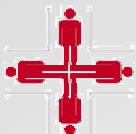
Poskytovatelé zdravotní péče

- § Zrovnoprávnit postavení jednotlivých poskytovatelů
- § Zavést motivaci k racionálnímu chování a plnou zodpovědnost za výsledky hospodaření
- § Podpořit konkurenci vedoucí k růstu kvalitních a efektivních poskytovatelů

Stát

- § Posílit výkon legislativní a regulační role
- § Podporovat občana v systému
- § Zajistit urgentní přednemocniční péči a ochranu zdraví veřejnosti

Konkurence ve zdravotním pojištění a poskytování zdravotních služeb povede k významnému zvýšení efektivity



REFORMA FINANCOVÁNÍ

**Individualizace
části veřejných
zdrojů**

§ Použít část veřejných zdrojů k přímé finanční podpoře jednotlivců (většina veřejných zdrojů nadále slouží přímo k financování základního rozsahu zdravotního pojištění definovaného zákonem)

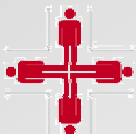
**Postupné zvýšení
přívodu
soukromých zdrojů**

§ Umožnit legální sdružování veřejných a soukromých zdrojů v rukou jednotlivce (koncept osobního zdravotního účtu)

**Umožnění volby
občanům**

- § Umožnit občanům volbu rozsahu a podmínek zdravotního pojištění nad rozsah definovaný zákonem
- § Podporovat jejich volbu ve prospěch zdravotního spoření

**Tato opatření dokáží vytvořit systém
schopný reagovat na stárnutí
obyvatelstva, nové medicínské postupy
i vzrůstající požadavky občanů**



DOPADY POKRAČUJÍCÍHO ODKLÁDÁNÍ ZÁSADNÍCH REFORM

Nedostatek financí a nízká efektivita ve veřejném sektoru povede k dalšímu snížení dostupnosti a kvality služeb poskytovaných v rámci veřejného zdravotního pojištění

Ekonomicky silnější skupiny obyvatelstva budou hledat alternativu na černém trhu a v soukromém pojištění a poskytování zdravotní péče.

Dobré služby tak budou nedostupné pro chudé a vážně nemocné

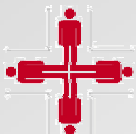
Důsledky:

Rostoucí nerovnosti v přístupu k zdravotní péči

„Dvojí“ systém, zbytečně složitý a nákladný

Veřejný systém uzavřený působení trhu, neefektivní a korupční

Zdravotnictví jako obor předurčený k růstu bude dále živořit



SHRNUTÍ

Moderní řešení

§ Jednotlivec je sponzorován podle principů kompenzace struktury rizika z veřejných zdrojů na regulovaném trhu zdravotního pojištění, jehož základní rozsah je garantován

DŮSLEDKY

§ Efektivita roste (viz příklad)

§ Sektor roste

§ Veřejné zdroje mohou být cíleně použity k ochraně slabých a potřebných

Překonané řešení

§ Jednotlivci je přidělována zdravotní péče ve veřejném systému vytvářeném v rozporu s principy trhu

§ Potřeby neuspokojené veřejným systémem jednotlivec řeší na neregulovaném trhu

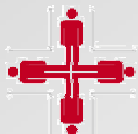
§ Oba systémy jsou striktně odděleny

DŮSLEDKY

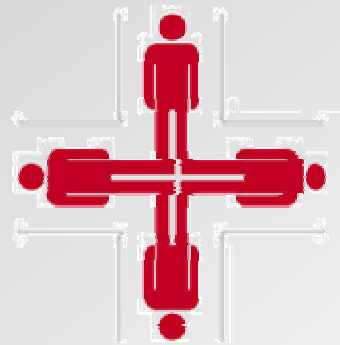
§ Principiální překážky pro růst efektivity

§ Sektor stagnuje

§ Veřejné zdroje jsou kořistí silných



Děkuji za pozornost.



Reforma zdravotnictví-forum.cz

www.reformazdravotnictvi.cz
