



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

REFORMA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

PhDr. Lucie Bryndová
IPVZ, Praha, 11.9.2008



Zdravotnictví jako součást hospodářské politiky

Fáze a důvody reformy zdravotnictví

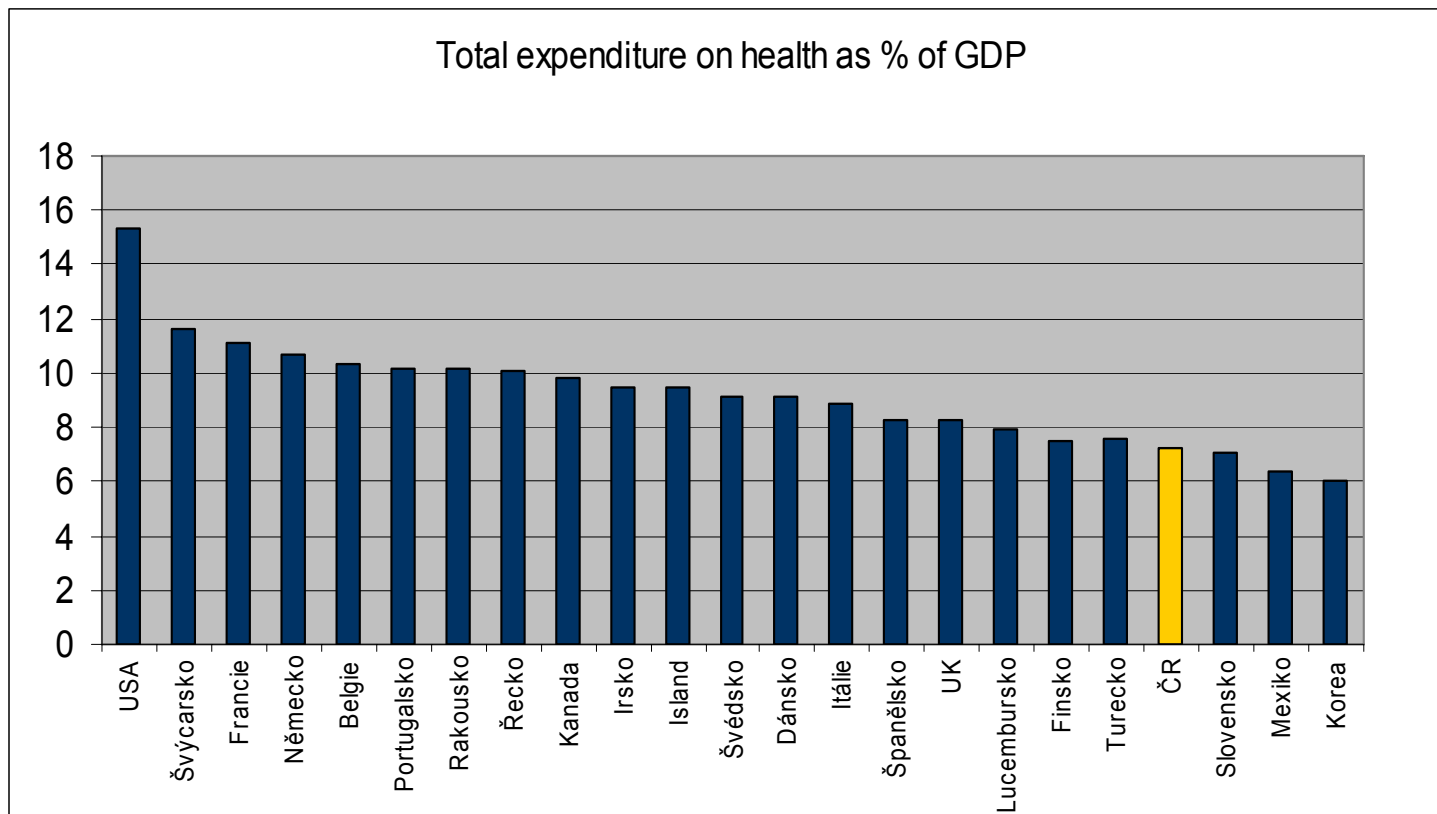
Opatření v oblasti zdravotního pojištění

System zdravotního pojištění v ČR

- **Povinné veřejné zdravotní pojištění založené na principu solidarity (příspěvky podle schopnosti platit)**
 - **Zaměstnanec a zaměstnavatel**
13,5% ze mzdy (4,5% + 9%)
 - **OSVČ**
13,5% z 50% čistých příjmů ze samostatné výdělečné činnosti
 - **Stát**
Důchodci, studenti, nezaměstnaní,...
 - **System 100% přerozdělení**
- **System více zdravotních pojišťoven od 1993**
 - 10 zdravotních pojišťoven
 - Příjmy zdravotních pojišťoven z pojistného v roce 2007: 199,8 mld Kč
- **Možnost svobodného výběru zdravotní pojišťovny**
- **Možnost svobodného výběru poskytovatele zdravotní péče**

Zdravotnictví jako součást hospodářské politiky

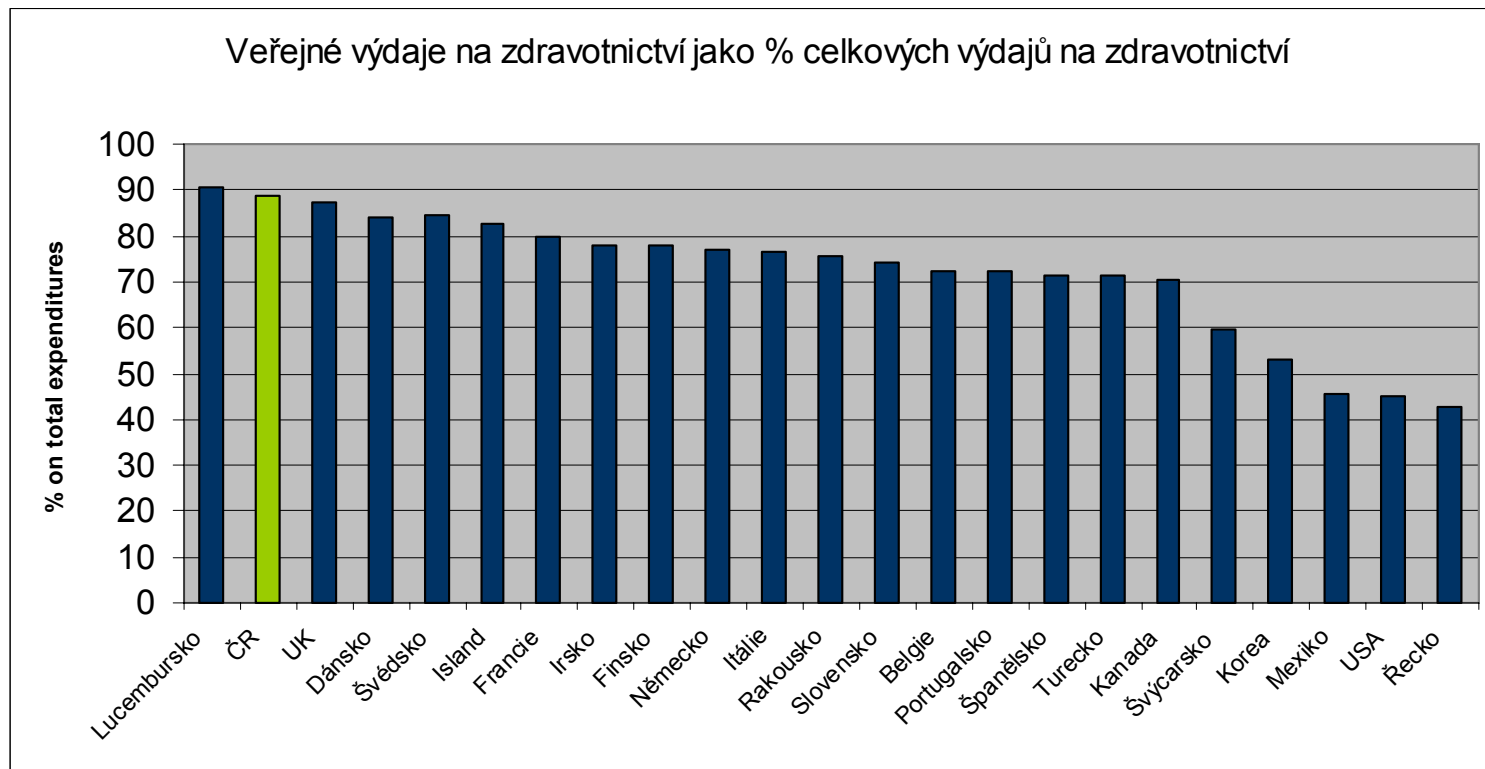
Podíl celkových výdajů zdravotnictví na HDP zemí OECD, v %



Zdroj: OECD Health Data 2005

Zdravotnictví jako součást hospodářské politiky

Podíl veřejných výdajů na celkových výdajích zdravotnictví v zemích OECD, v %



Zdroj: OECD Health Data 2005

Zdravotnictví v systému národních účtů

aneb jak se počítá a co znamená přidaná hodnota



Produkce sektoru zdravotnictví (5,2% HDP*) = spotřeba sektoru (2,2% HDP) + přidaná hodnota (3% HDP)

* počítáno bez spotřeby léků a PZT (podle údajů ČSÚ a klasifikace OKEČ)

Zdravotnictví se svým charakterem řadí mezi tzv. high-tech odvětví

- Sektor zdravotnictví zaměstnává vysoce kvalifikovanou pracovní sílu.
Podíl vysokoškolsky vzdělaných činí více než 21 % všech pracovníků v sektoru.
- Sektor zdravotnictví využívá náročných moderních postupů; zdravotnictví je otevřené novým technologiím.

Zdravotnictví v systému národních účtů II

<i>Odvětví</i>	<i>Přidaná hodnota na pracovníka</i>	<i>Podíl vysokoškolsky vzdělaných</i>
Ubytování a stravování	271 551 Kč	2%
Zdravotnictví	307 725 Kč	21%
Zemědělství, myslivost, lesnictví	325 552 Kč	8%
Obchod, opravy motorových vozidel a výrobků pro osobní potřebu a převážně pro domácnost	368 304 Kč	7%
Zpracovatelský průmysl	377 636 Kč	6%
Stavebnictví	396 093 Kč	9%
Celá ekonomika	451 119 Kč	12%
Doprava, skladování, spoje	692 612 Kč	6%
Činnosti v oblasti nemovitostí a pronájmu; podnikatelské činnosti	697 346 Kč	26%
Informační sektor	797 349 Kč	
Finanční zprostředkování	838 815 Kč	24%

Sektor zdravotnictví má potenciál k dalšímu rozvoji.

Finanční bilance systému zdravotnictví

Historicky

- opakující se problémy finanční bilance zdravotnictví
 - Nedostatečná likvidita a platební schopnost – VZP
 - Finanční podpora státu (Česká konsolidační agentura, státní příspěvky)

V současnosti

- **system veřejného zdravotního pojištění finančně stabilizován, v roce 2007 kladný hospodářský výsledek všech ZP**
 - Dáno celkovým dobrým výsledkem české ekonomiky (příjmy systému jsou vázány na mzdy)
 - Nárůst výše příspěvků státu za neaktivní část populace (děti, studenti, důchodci, nezaměstnaní, ...)
 - Nárůst o 28% v roce 2006 = 9,5 mld. Kč**
 - Změna systému přerozdělení

Zdravotnictví jako součást hospodářské politiky



Fáze a důvody reformy zdravotnictví

Opatření v oblasti zdravotního pojištění

DŮVODY PRO REFORMU

Okamžité důvody

Plýtvání v systému ve výši minimálně 20 miliard

Nestabilní prostředí plynoucí z nedostatečné právní úpravy a přílišného vlivu státu

Zajištění dostupnosti zdravotní péče a požadavky na reformu ze strany občanů

Dlouhodobé důvody

Stárnutí obyvatelstva

Nové medicínské postupy

Zvyšující se očekávání občanů

HARMONOGRAM REFORMNÍCH OPATŘENÍ

**Reforma institucí - zvýšení
efektivity dnešního systému**

**Reforma financování –
zajištění dlouhodobé
udržitelnosti solidárního
systému**

**Regulační poplatky
Transparentní
stanovování cen a
úhrad léků**

**Soubor nových
zákonů – zdravotní
služby, veřejné
zdravotní pojištění,
věda a výzkum**

„KULATÝ STŮL“

**Realizace závěrů
kulatého stolu**

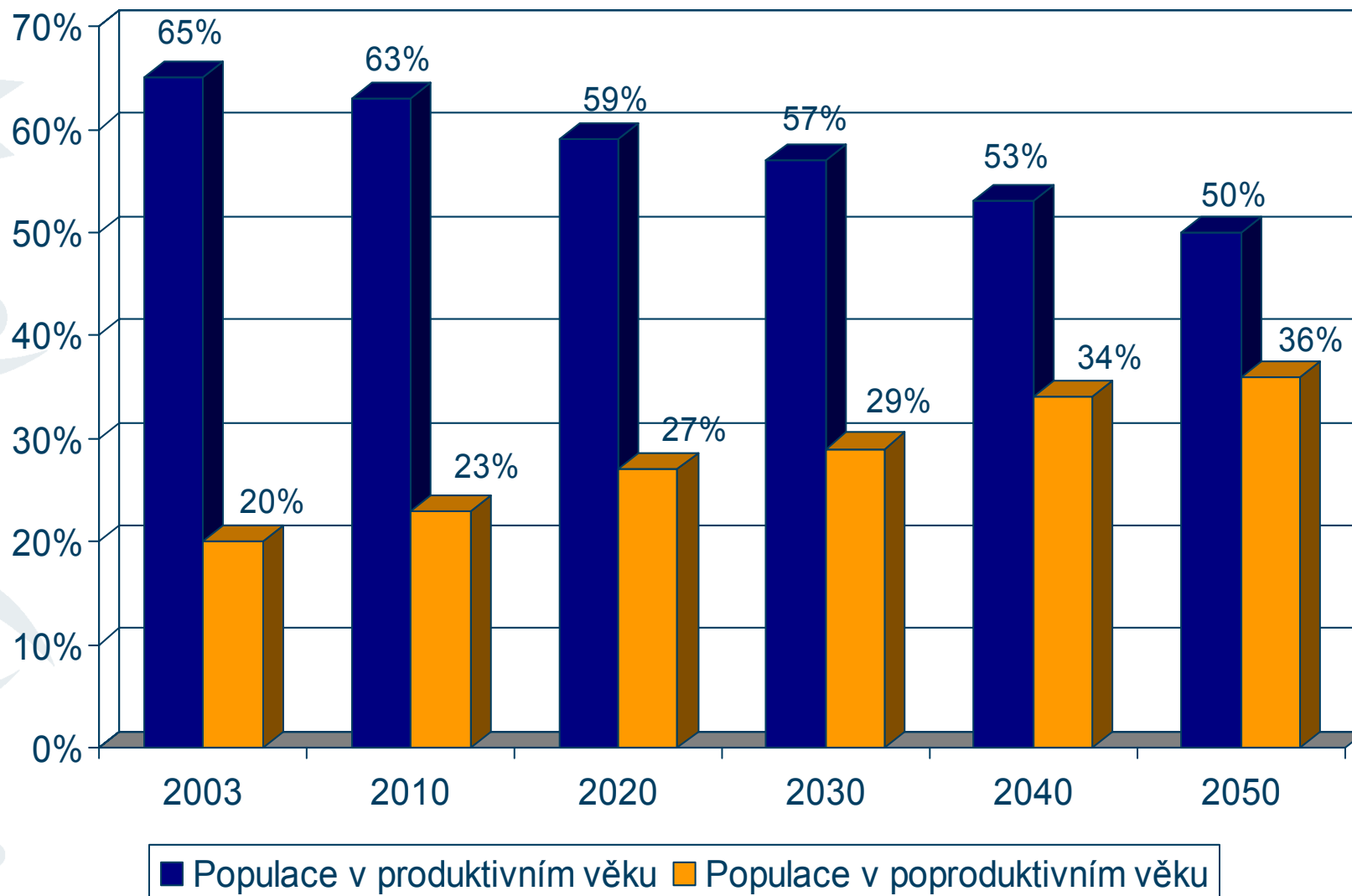
2007

2008

2009

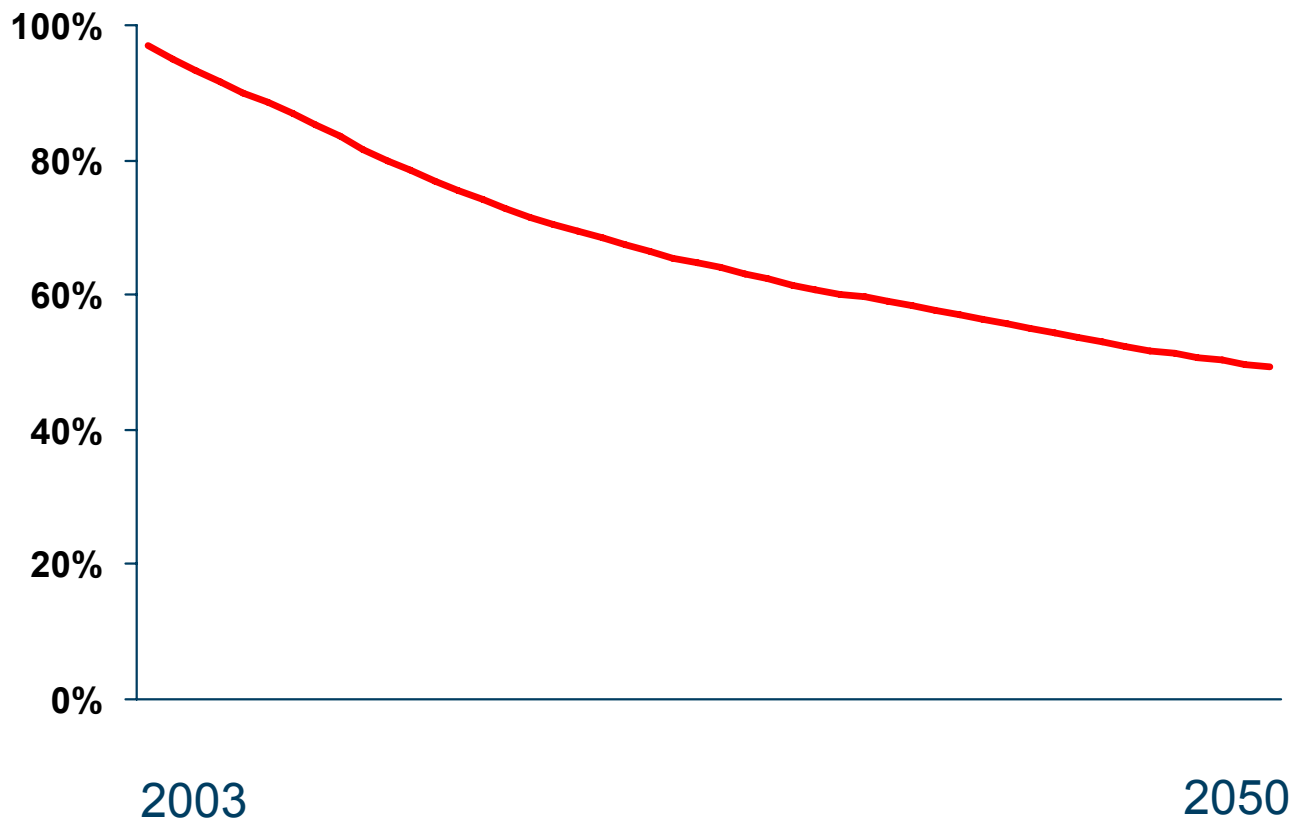
2010

OČEKÁVANÝ VÝVOJ SLOŽENÍ OBYVATELSTVA



DOPADY STÁRNUTÍ OBYVATELSTVA NA V.Z.P.

Dnešní rozsah
péče kryté v.z.p.



Při dnešním způsobu výběru a využití prostředků veřejného zdravotního pojištění dokážeme v roce 2050 zaplatit jenom 50% potřebné péče

Zdravotnictví jako součást hospodářské politiky

Fáze a důvody reformy zdravotnictví



Opatření v oblasti zdravotního pojištění

DNEŠNÍ PROBLÉMY ŘEŠENÉ NOVÝMI ZÁKONY

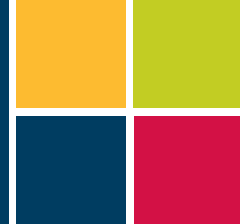
Plýtvání

- ✓ Zdravotní pojišťovny **nemají dostatečnou motivaci k hospodárnému chování** – nikomu nepatří a nemají jasně stanovenou zodpovědnost
- ✓ Zdravotní pojišťovny **nemohou účinně nakupovat** zdravotní péči
- ✓ Zdravotní pojišťovny **nemohou nabízet různé pojistné produkty** a motivovat pojištěnce ke zdravému životnímu stylu a účelné spotřebě zdravotních služeb

Nejasná pravidla

- ✓ **Neexistují jasná pravidla** pro určení a vymáhání nároku pojištěnce (tedy i pro konstrukci standardů)
- ✓ Občané si **nemohou legálně připlatit** na nadstandardní péči, což vede k rozvoji korupce
- ✓ Dohled nad zdravotními pojišťovnami je rozdělený a **nedostatečně vymezený v zákoně** (viz nucená správa VZP)

CO ZŮSTANE ZACHOVÁNO



Základní principy systému veřejného zdravotního pojištění:

- Nárok na zdravotní péči pro všechny občany
- Solidarita mezi bohatými a chudými - veřejné zdravotní pojištění s povinnou účastí, odvody založenými na schopnosti platit a významným přerozdělením
- System více zdravotních pojišťoven

Reformní kroky zásadně nemění současný systém, pouze lépe nastavují role, zodpovědnosti a motivace poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotních pojišťoven, občanů a státu.

CO BUDE POSÍLENO

- Dostupnost zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění
- Ekonomické stimuly pro hospodárné nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění
- Možnost výběru pro občany
- Kvalita a efektivita poskytovaných zdravotních služeb
- Postupný přívod soukromých zdrojů (včetně připojištění)

TRENDY V EVROPSKÝCH ZEMÍCH

Německo

Posílení postavení pojišťoven včetně řízené péče
Privatizace řízení nebo vlastnictví nemocnic, včetně univerzitních

Holandsko

Veřejné zdravotní pojištění poskytováno soukromými pojišťovnami na ziskovém principu

Velká Británie

Snaha o kompletní přeměnu Národní zdravotní služby – vytváření „vnitřního trhu“ a hledání nákupčích zdravotních služeb

PŘIPRAVOVANÉ ZMĚNY ZÁKONŮ A JEJICH CÍLE

1. Stanovení vymahatelného nároku pojištěnce, možnosti výběru pojistky a zvýšení možností zdravotních pojišťoven řídit náklady – **návrh zákona o veřejném zdravotním pojištění**
2. Zavedení profesionálního dohledu nad finančním zdravím pojišťoven a plněním jejich povinností při zabezpečování dostupnosti zdravotních služeb - **návrh na zřízení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami**
3. Zlepšení říditelnosti, výkonnosti a transparentnosti zdravotních pojišťoven a zajištění jejich motivace k řízení nákladů – **návrh zákona o zdravotních pojišťovnách**

ZÁKON O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ

1. **Stanovení vymahatelného nároku pojištěnce, možnosti výběru pojistky a zvýšení možností zdravotních pojišťoven řídit náklady:**
 - ✓ Stanovení jasné definice péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně časové a místní dostupnosti
 - ✓ Pro pojištěnce možnost připlatit si legálně na „nadstandard“, získat bonus za zdravý životní styl nebo aktivní přístup k prevenci a podílet se na úsporách vytvořených pojišťovnou
 - ✓ Pro zdravotní pojišťovny odbourání překážek v řízení nákladů a nakupování zdravotní péče
 - ✓ Možnost nabízet zdravotní plány v režimu řízené péče a zdravotní plány s vyšší spoluúčastí na základě dobrovolného rozhodnutí pojištěnce

2. Zavedení profesionálního dohledu nad finančním zdravím pojišťoven a plněním jejich povinností při zabezpečování dostupnosti zdravotních služeb:

- ✓ Ustavení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami jako ústředního orgánu státní správy
- ✓ Vydávání a odebrání licencí a povolení zdravotním pojišťovnám za přesně stanovených podmínek
- ✓ Kontrola plnění závazků pojišťoven vůči pojištěncům (místní a časová dostupnost, čekací seznamy, agenda žádostí a stížností)
- ✓ Sledování hospodaření a činnosti zdravotních pojišťoven a možnost zásahu Úřadu (nápravná opatření, nucená správa,..)
- ✓ Dohled nad přerozdělením odvodů na veřejné zdravotní pojištění, vedení centrálního registru pojištěnců

ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVNÁCH

3. Zlepšení říditelnosti, výkonnosti a transparentnosti zdravotních pojišťoven a zajištění jejich motivace k řízení nákladů:

- ✓ Jednotný zákon společný pro všechny zdravotní pojišťovny
- ✓ **Zajištění průhledného účetnictví** a jasné zodpovědnosti managementu a správních rad za výsledky organizace
- ✓ **Stanovení jasných a přísnějších podmínek pro vznik a činnost** zdravotních pojišťoven
- ✓ Zavedení **standardních bezpečnostních nástrojů pro zdravé hospodaření**: požadavky na provozování a organizaci zdravotní pojišťovny, požadavky na minimální míru solventnosti
- ✓ Posílení **orientace na pojištěnce**: stížnostní agenda, agenda žádostí, transparentní čekací seznamy
- ✓ Stanovení **pravidel pro transformaci** současných zdravotních pojišťoven
- ✓ Regulace finančních toků ve zdravotních pojišťovnách – jednoznačné oddělení prostředků na provoz a na zdravotní péči, stanovení podílu pojišťovny na úsporách vyplácených pojištěncům

PRÁVNÍ ZALOŽENÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

**NOVÁ PODOBA ZDRAVOTNÍCH
POJIŠŤOVEN
= zajištění služeb ve veřejném zájmu**

**Úprava
„sui generis“**

**Zvláštní
dohled**

**Omezení
provozních
nákladů**

**15% podíl
na
úsporách**

Obchodní zákoník

RIZIKA NOVÉHO A DNEŠNÍHO SYSTÉMU

1. NEZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Riziko	Řešení v novém systému	Řešení ve stávajícím systému
... protože pojištěnec čeká neúměrně dlouho na poskytnutí zdravotní služby	<ol style="list-style-type: none"> Pojištěnec je zapsán do transparentního objednáčního seznamu a ZP je povinna zajistit zdravotní službu v rámci maximální hodnoty časové dostupnosti. Úřad tyto hodnoty pravidelně kontroluje a může ZP uložit sankce. Nárok na úhradu u nesmluvního poskytovatele zdravotních služeb, pokud ZP nezajistí zdravotní službu do maximální povolené hodnoty časové dostupnosti. Pojištěnec se obrátí se žádostí nebo stížností na ZP, je-li možné zajistit mu zdravotní službu dříve u jiného poskytovatele. ZP je povinna vytvářet zákonné rezervy ke krytí budoucích závazků na pojištěnce zapsaných na transparentních objednáčích seznamech. Tato položka snižuje hospodářský výsledek ZP. 	<ol style="list-style-type: none"> až 4. Neexistuje jasné řešení. Neexistuje maximální čekací doba a systém pravidelného sledování čekacích dob ani pravidel pro objednáací seznamy. a 3. Pojištěnec se může snažit získat „lepší“ termín za úplatek poskytovateli. Pojištěnec hledá dřívější termín sám. Pojištěnec má pouze nárok na úhradu akutních zdravotních služeb u nesmluvních poskytovatelů.
... protože poskytovatel vyčerpá smluvní objem s příslušnou ZP před koncem roku nebo ZP nehradí své závazky včas	<ol style="list-style-type: none"> Pojištěnec je zapsán do transparentního objednáčního seznamu a ZP je povinna zajistit zdravotní službu v rámci maximální hodnoty časové dostupnosti. Úřad tyto hodnoty pravidelně kontroluje a může uložit sankce. Nárok na úhradu u nesmluvního poskytovatele zdravotních služeb, pokud ZP nezajistí zdravotní službu do maximální povolené hodnoty časové dostupnosti. Pojištěnec se obrátí se žádostí nebo stížností na ZP, aby zajistila zdravotní službu u jiného poskytovatele. Jasný dohled nad hospodařením i nad plněním povinností ZP vůči pojištěncům. Úřad neprodleně koná a uvalí na ZP sankce, včetně odnětí licence nebo povolení. 	<ol style="list-style-type: none"> až 4. Neexistuje jasné řešení. Neexistuje zákonem stanovený limit maximální čekací doby. Neexistuje systém pravidelného sledování čekacích dob ani pravidel pro objednáací seznamy. Nedostatečný dohled nad hospodařením, neexistence dohledu nad plněním povinností ZP zajistit péči a velmi omezené sankce (pouze nucená správa; uložení pokuty pouze při pozdním předložení či nepředložení zdravotně pojistného plánu).
... protože existuje dohoda mezi poskytovatelem a ZP s cílem „vytahovat přebytky“ ze ZP	<ol style="list-style-type: none"> Pojištěnec má nárok na poskytnutí hrazené zdravotní služby spočívající v přezkoumání stanoveného léčebného plánu (tzv. „second opinion“) u jakéhokoli poskytovatele. Úřad pravidelně kontroluje např. speciální způsob vedení služby žádostí a stížností, zda ZP řádně kontroluje vedení objednáčích seznamů. Úřad může uvalit sankce. 	<ol style="list-style-type: none"> Neexistuje jasné řešení. Zdravotní služba není pojištěnci vůbec indikována a on se o své nemoci nikdy nedozví nebo se o ní dozví příliš pozdě Neexistuje dohled ani sankce
... protože v okolí bydliště pojištěnce poskyvatel dané zdravotní služby nepůsobí nebo ho odmítá vzít do své péče	<ol style="list-style-type: none"> ZP má povinnost zajistit místní a časovou dostupnost zdravotních služeb ZP je povinna řešit žádosti a stížnosti svých pojištěnců a zajistit jim zdravotní služby alternativním způsobem (např. mobilní ambulance praktika pro hůř dostupné oblasti). Informační povinnosti: ZP je povinna zveřejňovat a pravidelně aktualizovat seznam smluvních poskytovatelů např. na své webové stránce. Nárok na úhradu u nesmluvního poskytovatele zdravotních služeb, pokud ZP nezajistí zdravotní službu do maximální povolené hodnoty časové dostupnosti. Stát nese odpovědnost za zajištění poskytovatele zdravotních služeb a má informaci o jejich nedostatku z údajů od ZP o zajišťování místní dostupnosti. 	<ol style="list-style-type: none"> , 2. a 5. Neexistuje jasné řešení. Pojištěnec si hledá poskytovatele sám nebo za pomoci svých známých Pojištěnec má pouze nárok na úhradu akutních zdravotních služeb u nesmluvních poskytovatelů. <p>DŮSLEDEK:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pojištěnci NENÍ zdravotní služba poskytnuta vůbec Pojištěnec může být nucen k neformální platbě¹, aby si zajistil zdravotní službu.
... protože pojištěnec se přestěhoval a jeho ZP tam nepůsobí	<ol style="list-style-type: none"> ZP je povinna informovat o oblastech působnosti svých zdravotních plánů a nesmí odejít z územní jednotky, pokud je u ní registrováno alespoň 5% pojištěnců. Celonárodní působnost ZP, která má registrovaných alespoň 300 000 pojištěnců. 	Neexistuje jasné řešení.

¹ Podle průzkumu agentury Stem Mark se s korupcí setkala 7% respondentů v nemocnici a 6% respondentů v ambulanci, http://www.stemmark.cz/press/press_19_05_2006.htm

NUTNÉ NELEGISLATIVNÍ ZMĚNY

Změny v úhradách služeb

- ✓ Směřování peněz za poskytnutou péči
- ✓ Podpora primární péče
- ✓ Rozvoj ambulantních a jednodenních služeb

Zlepšení klasifi- kačních systémů

- ✓ Rozvoj pravidel kódování pro DRG
- ✓ „Zreálněný“ seznam výkonů od roku 2009
- ✓ Transformace Národního referenčního centra v instituci spravující klasifikační systémy pro lůžkovou i ambulantní péči

Podpora vzniku standardů

- ✓ Vytvoření společné platformy zdravotních pojišťoven, poskytovatelů a ministerstva zdravotnictví
- ✓ Stanovení doporučení pro vybranou zdravotnickou techniku a koncentraci vybrané péče
- ✓ Podpora vzniku standardů a doporučení správné klinické praxe



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Děkuji za pozornost.

www.mzcr.cz

10 podmínek pro zdravotní pojišťovny + 1 zisk pro POJIŠTĚNCE

- 1) Splnění **nároku pojištěnce** ze zákona
 - 2) Splnění **místní dostupnosti** (do X km) = síť
 - 3) Splnění **časové dostupnosti**
 - 4) Vedení transparentních **objednacích seznamů** = vytvoření finanční rezervy, aby je mohla plnit
 - 5) Povinnost **hotovostní rezervy** (pro krizi v cash flow) = musí plnit včas lékařům i pojištěncům
 - 6) **Limit provozních nákladů** = zabránění vytahování peněz ze systému
 - 7) **Limit na bonusy** pro pojištěnce = zabránění úniku peněz na marketing
 - 8) **Povinnost solventnosti** = stále kontrolovatelné finanční zdraví
 - 9) Povinnost zajistit **další služby** – např. druhý názor, objednací systémy
 - 10) Povinnost podrobit se **dohledu**
- +1) Zisk pro pojištěnce = 85% z úspor pojištěncům**