

JAK LÉČIT ZDRAVOTNICTVÍ

problém

Zdravotnictví se potýká s nedostatky jak v dostupnosti, tak kvalitě svých služeb a obtížně čelí rostoucímu napětí mezi náklady a zdroji. Problém není ani tak ve velikosti potíží, jako v neschopnosti je měřit, hodnotit a přiměřeně reagovat.

příčiny

Prostředí ve zdravotnictví se rychle mění. Vznikají nové medicínské technologie, žijeme déle, od svých lékařů čekáme stále více, stoupá naše životní úroveň a to vše se odráží v rostoucích nákladech na zdravotnictví. Současný zdravotní systém, který koncepčně navazuje na systémy vytvořené v době laciné medicíny, neumí dostatečně efektivně využívat zdroje a reagovat na vývoj našich potřeb.

řešení

Chceme ve zdravotnictví vytvořit "regulovaný trh", který umožní působení standardních tržních mechanismů (hledání nových řešení) v prostředí s jasnými mantinely a s nástroji, které kompenzují známá selhání trhu ve zdravotnictví (garance solidarity). Nutnou podmínkou je zapojení všech prvků systému do hry, jejich motivaci k efektivnímu chování, dostupnost informací potřebných k jejich racionálnímu rozhodování a posilování vzájemné komunikace

stávající negativní faktory

Co snižuje efektivitu systému a zvyšuje náklady?

- nedostatečně vymezená hranice mezi solidaritou a odpovědností
- nedostatečná či nevhodná motivace poskytovatelů, pojišťoven i občanů k efektivnímu chování
- nedostatek informací potřebných ke správnému rozhodování jednotlivých subjektů (o rozsahu poskytované péče, o její kvalitě, o nákladech atd.)
- strukturální nedostatky systému, který není adaptován na současný stupeň rozvoje medicíny (struktura lůžkového fondu, specializace lékařů, sociálně zdravotní služby atd.)
- nedostatečná integrace systému zdravotní péče
- nerovnoprávné postavení pojišťoven
- nevhodné podmínky pro efektivní řízení (nemocnic, pojišťoven) a jeho nedostatečná úroveň
- nedostatečná vzájemná komunikace

krédo změny

- solidarita i odpovědnost
- od spotřeby k potřebě
- od pasivity k aktivitě
- evoluce a ne revoluce

co chceme

- zaručit přístup k základní zdravotní péči pro všechny
- zachovat solidární charakter financování veřejného zdravotního pojištění
- orientovat systém na potřeby pacienta
- zvýšit vnitřní efektivitu systému veřejného zdravotního pojištění a tím získat zdroje pro další rozvoj zdravotnictví
- všechny aktéry vtáhnout do hry
- parametrizovat prostředí ve zdravotnictví (změnou parametrů pak ovlivňovat chování systému)
- změnit motivace tak, aby vedly jednotlivé prvky systému k efektivnějšímu chování
- zvýšit důraz na osobní odpovědnost jednotlivce
- vytvořit nabídku více pojistných produktů podle potřeb občanů
- zachovat ekvitu v rámci zvoleného pojistného produktu
- zajistit spolehlivý průchod pacienta systémem

- ponechat tvorbu sítě zdravotnických zařízení interakci mezi prvky systému, nikoli centrálnímu rozhodování
- zajistit dostatek informací pro všechny prvky systému
- sledovat kvalitu poskytované péče, z kvality vytvořit obchodní artikl
- zlepšit komunikaci mezi všemi účastníky systému
- otevřít prostor pro soukromou iniciativu
- otevřít systém pro vstup nových prvků a zvýšit tlak na výstup nekvalitních prvků
- odsoudit korupci k nepotřebnosti.
- reformu realizovat postupnými kroky, bez ohrožení stability systému

role státu

Jeho základní rolí je sledování vývoje prostředí, tvorba pravidel a dohled na jejich dodržování

- monitorovat a vyhodnocovat zdravotní stav populace, životní a pracovní prostředí
- vymezit rozsah zdravotní péče garantované státem
- vytvářet legislativní rámec pro systém zdravotní péče
- stanovit poměr mezi individuální a solidární částí pojistného
- zajistit přerozdělení solidární části zdravotního pojištění podle statistického rizika.
- zajistit správu centrálních registrů
- zajistit vytvoření a správu fondu rozvoje medicínských metod a fondu nepojistitelné péče
- vymezit postavení zdravotních pojišťoven a za předem jasně definovaných podmínek udělovat (případně odebírat) licence zdravotním pojišťovnám
- zajistit dostupnost zdravotní péče v oblastech, kde nevznikla přirozeným způsobem a v krizových situacích
- schvalovat a kontrolovat léčiva a dbát u léčiv o vhodnou cenovou politiku
- garantovat vzdělávání zdravotníků a to včetně postgraduálního vzdělávání a formou grantů podporovat zdravotnický výzkum
- podporovat mezinárodní spolupráci

role zdravotních pojišťoven

Jejich základní rolí je zajistit dostupnost zdravotních služeb svým pojištěncům v rozsahu a formě popsané v pojistné smlouvě. Pojišťovny prodávají občanům své pojistné produkty a nakupují zdravotní služby od poskytovatelů.

- vytvářet nabídky pojistných produktů občanům a organizovat podle nich zdravotní péči
- uzavírat kontrakty s poskytovateli dle potřeb a zájmu pojištěnců
- efektivně hospodařit s finančními prostředky

role poskytovatelů

Jejich základní rolí je produkovat a prodávat zdravotní služby. Jejich starostí není zajištění dostupnosti zdravotní péče (to přináležejí pojišťovnám a v některých specifických oblastech státu). Jejich zákazníci jsou zejména pojišťovny a občané, ve specifických případech stát a popřípadě i některé jiné subjekty (zaměstnavatel).

- nabízet a poskytovat zdravotní služby na kompetitivní úrovni (kvalitou a cenou)
- poskytovat odpovídající informace svým pacientům, jiným poskytovatelům, pojišťovnám a státu
- komunikovat s ostatními subjekty systému zdravotní péče

role občana

Občan je zákazníkem jak pojišťovny, tak poskytovatele. Vybírá si tu pojišťovnu, která mu zajistí přístup k požadovaným službám za nejlepší cenu. Jeho zákaznický vztah k poskytovateli se realizuje jak přímo, tak zejména nepřímo volbou pojistného produktu.

- zvolit si pro sebe pojišťovnu (pojistný produkt), která bude nejlépe odpovídat jeho potřebám a platit pojistné

Klíčové změny

Parametrizace uzlových míst **systému** (poměr mezi individuální a solidární částí pojistného, rozsah solidárních fondů, způsob přerozdělení, rozsah garantované péče), která umožní jeho řízení bez přímých zásahů do rolí jednotlivých prvků.

Posílení vlivu pojištěnců ve zdravotnictví je dosahováno **rozdělením platby zdravotního pojištění na část individuální a část solidární**. Individuální část pojistného je přímo závislá na výši příjmu pojištěnce, nepodléhá přerozdělení a její užití závisí na pojištěncově volbě. Solidární částí pojistného jsou, po naplnění solidárních fondů, přerozděleny podle statistického zdravotního rizika.

Pro potlačení vlivu individuálního zdravotního rizika na dostupnost zdravotní péče jsou vytvářeny **solidární fondy**. Tyto fondy spravují prostředky na léčení těch onemocnění, která své nositele v pojišťovenském systému znevýhodňují a které je efektivnější spravovat na národní úrovni. **Fond nepojistitelné péče** je určen k úhradě nákladů spojených s léčením dlouhodobých a nákladných onemocnění. **Fond rozvoje medicínských metod** slouží k úhradě péče, která je nákladná, má rysy experimentu a ve stávajícím období není dostupná všem potenciálním kandidátům. **Zajišťovací fond**, který je již vytvořen, slouží k omezení negativních dopadů případného bankrotu některé z pojišťoven.

Přerozdělení solidární části pojistného, a to podle statistického rizika, je druhou pojistkou proti účelovému chování pojišťoven (zaujatý výběr).

Pojišťovny se ucházejí o pojištěnce nabídkou diferencovaných **pojistných produktů**. Všechny produkty zajišťují přístup ke **garantované péči** a liší se rozsahem péče, formou přístupu, mírou spoluúčasti, kvalitou a cenou.

Cenu vybraného produktu, dotované ze solidárních fondů a z přerozdělení, bude pojištěnec hradit z individuálního účtu, či v případě zájmu z vlastních prostředků.

Rozdělení pojistného na část solidární a individuální je klíčovým bodem navrhovaných změn, zavádí přímou a výraznou motivaci pojištěnce k aktivnímu chování. Pojištěnec vyžadující odpovídající služby za své peníze se stane středem systému.

dynamika změn

Pojištěnci se začnou více zajímat o to, co za pojistné dostávají a co by chtěli dostávat. Nabídka produktů pojišťoven začne kopírovat jejich poptávku, ta se začne výrazněji diferencovat jak v rozsahu, přístupu, kvalitě a tedy i v ceně. Dojde k individualizaci smluvních vztahů mezi pojištěncem a pojišťovnou. Pojišťovny si začnou konkurovat v ceně produktů a šíří jejich nabídky. Aby obstály, budou se muset pojišťovny naučit organizovat zdravotní služby (nejen proplácet péči), propojovat poskytovatele, minimalizovat plýtvání v systému a budou vytvářet cenový tlak na poskytovatele. Ti budou muset prokázat nejen kvalitu, ale i obstát v cenové konkurenci ostatních. Pojišťovny začnou selektivně kontrahovat jen to, co jejich klienti potřebují a v kvalitě, kterou požadují. Postupně dojde k významnému sdílení finančního rizika mezi plátcí a poskytovateli.

stabilita systému

Celkový příjem do systému, přestože dochází k jeho rozdělení na solidární a individuální část, je na začátku změn stejný a bude se měnit postupně v souladu se vzrůstající aktivitou v systému. Rychlost a velikost změn bude záviset výhradně na zájmu občana o nové produkty pojišťoven a na schopnosti pojišťoven tyto produkty vytvářet a nabízet.

Pavel Vepřek a Jaroslav Janda

