

Zdravotnictví

EVSE

17/10/2008

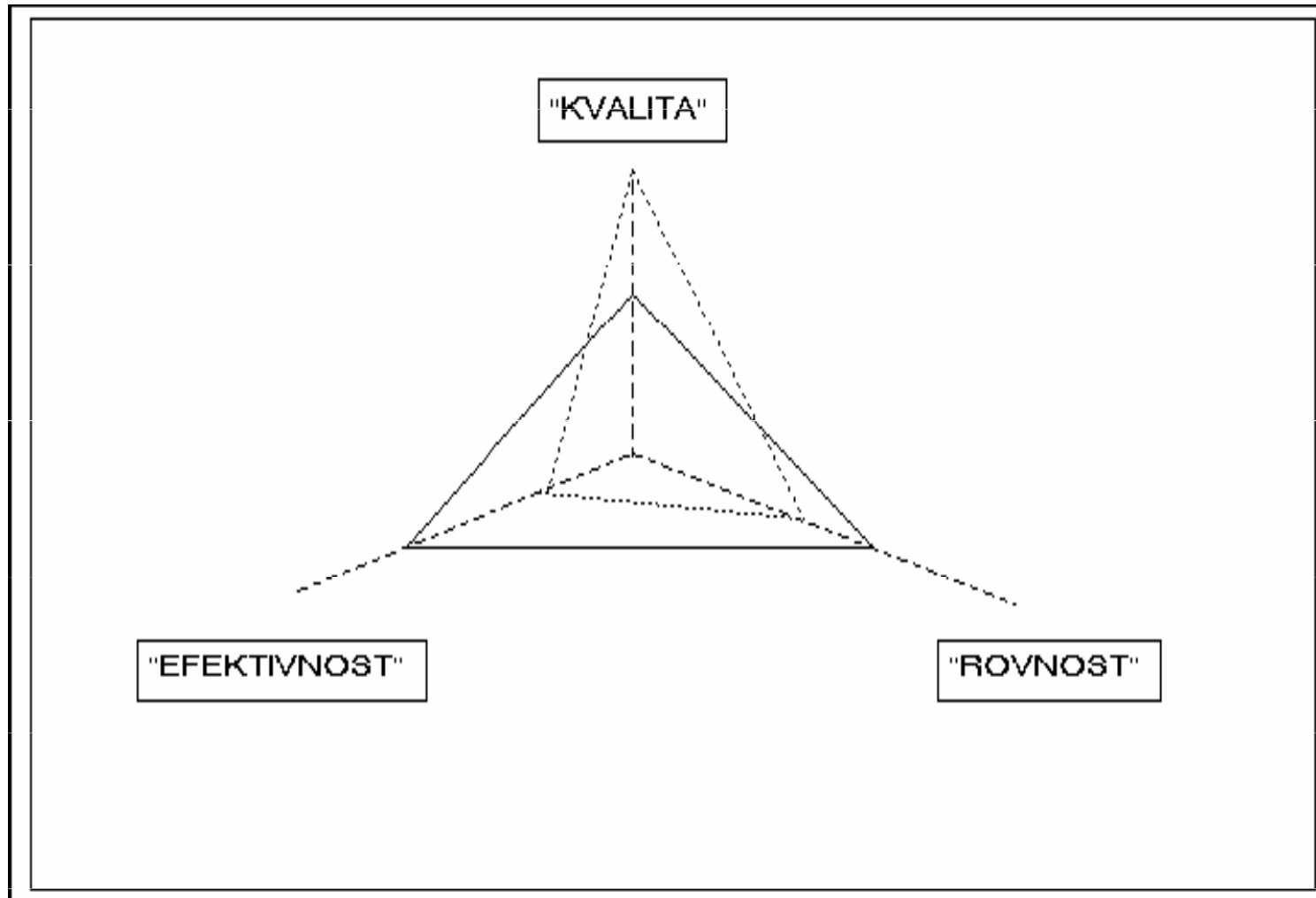
Osnova

- Obecně o zdravotnických systémech
- Zdravotní systém v ČR
 - Přehled (současná situace)
 - Vývoj do roku 1989
 - Transformace
- Subjekty zdravotnického systému
- Zdravotnické zdroje

Zdravotnický systém (ZS)

- Část společenského systému, která se sestává z opatření, institucí, organizací a činností, kterými usiluje o léčení nemocí, o jejich prevenci i o posilování zdraví.
- 3 základní dimenze hodnocení ZS:
 - Medicínská
 - Ekonomická
 - Sociální (etická)
- Subjekty ZS
 - Poskytovatelé zdravotní péče
 - Plátcí zdravotní péče (pacient, ZP, stát, nadace ...)
 - Spotřebitelé zdravotní péče

Hodnocení zdravotní péče a ekonomická efektivnost



Zdravotnické systémy dle financování

- Bismarck (Německo, Rakousko, ČR ...)
- Beveridge (UK, Řecko...)
- Tržní mechanismus (USA)

Srovnání systémů – aspekt převažujícího zdroje financování

Daně

- Nízká motivace státních úředníků na efektivním využití prostředků
- Nízké administrativní náklady (NHS cca 5%, v USA více než 20%)
- Míra informovanosti vlády (zdravotnická statistika vs. problémy při zjišťování informací o různých variantách poskytování péče, individuální poptávce po zdravotnických službách a hlavně individuálních nákladech péče)
- Rozsáhlá struktura preventivních programů
- Relativně vysoká dostupnost služeb
- Riziko demotivace

Pojištění

- Ekonomický zájem na hospodárnosti využití prostředků i na uspokojení potřeb svých pojištěnců
- Nejlépe informována o nákladech poskytování péče
- Nesrovnatelně vyšší vyjednávací síla
- Vyšší transparentnost finančních toků, lepší předvídatelnost zdrojů
- Existence konkurence plátců => vliv na kontrolu růstu nákladů
- Pojištění ve spojení s financováním podle výkonů může stimulovat růst množství výkonů
- Nedostatečně stimuluje prevenci
- ? financování investičních nákladů
- Selekce podle rizika
- Některé skupiny se nepojistí

Zdravotní systém v ČR

- Bismarckovský (pojišťovací) systém
- Povinné pojištění pro celou populaci
- Mix veřejného a soukromého poskytování zdravotní péče
- Smluvní vztahy mezi ZP a poskytovateli
- Zdravotní péče garantována Ústavou ČR, čl. 31 *Listině základní práv a svobod*: "Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon."

Zdravotní systém v ČR

- Podíl celkových zdravotnických výdajů na HDP: 6,5% (2007)
- 87,9% z celkových výdajů je veřejných
- Zdravotní stav srovnatelný s ostatními evropskými státy
- Průměrný počet návštěv u lékaře jeden z nejvyšších v Evropě (13x)
- Vydělky lékařů dvojnásobek průměrné mzdy v národním hospodářství, problémová oblast:
http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=mzdy®ion=100&kind=21&mnu_id=6200
- Mnoho reformních strategií mezi 1998 a 2004, pouze na papíře
- 2006: reformní návrh ministra Julínka – nová šance?

Model do 1990 charakteristický:

- Direktivním řízením státem;
- Centrálním plánováním a financováním zdravotnických služeb;
- Jednotnou, soustavou zdravotnických zařízení (Ústavů národního zdraví) na jednotlivých územněsprávních stupních.
- Výrazně omezenou možností svobodné volby lékaře;
- Formálně bezplatným přístupem občanů k službám.

Zdravotní stav populace

- Výrazně nižší než v zemích západní Evropy
- Stagnace a zkracování délky života
- Růst nemocnosti a zdravotních poruch
- Nemoci oběhového ústrojí vysoko nad evropským průměrem

Kapacity

- relativně vysoké
 - 1108 lůžek na 100,000 obyv. (1989) U.S. 485
 - 272 lékařů na 100,000 obyv. U.S. 225
- i tak nestačilo
- relativně nízké náklady - 4.8 % HDP (1988)

Problémy

- Nízká úroveň mezd, především specializovaných sester, ale i lékařů
- Nízká úroveň medicínské techniky
- Téměř kritický nedostatek některých léků

Cíle reformy 1990-2000?

Transformaci směřovat:

- k demokratizaci, humanizaci a zvýšení kvality poskytované péče
- k nalezení potřebných finančních zdrojů a způsobů jejich efektivního využívání
- k odstranění pauperizace zdravotnických pracovníků a k žádoucímu pozvednutí jejich odborné a společenské prestiže

Nástroje dosažení cílů

- privatizace zdravotnických zařízení, resp. činností,
- zavedení pojišťovacího systému,
- provázání příjmů poskytovatelů s jejich výkonem

Výsledky

- množství péče vzrostlo
- stejně tak přístrojové vybavení
- snad i kvalita péče
- vzrostla pravděpodobnost dožití, resp. střední délka života

Life expectancy at birth, in years

Střední délka života



Tab. 2.11 Vývoj počtu orgánových transplantací
a kardiochirurgických operací

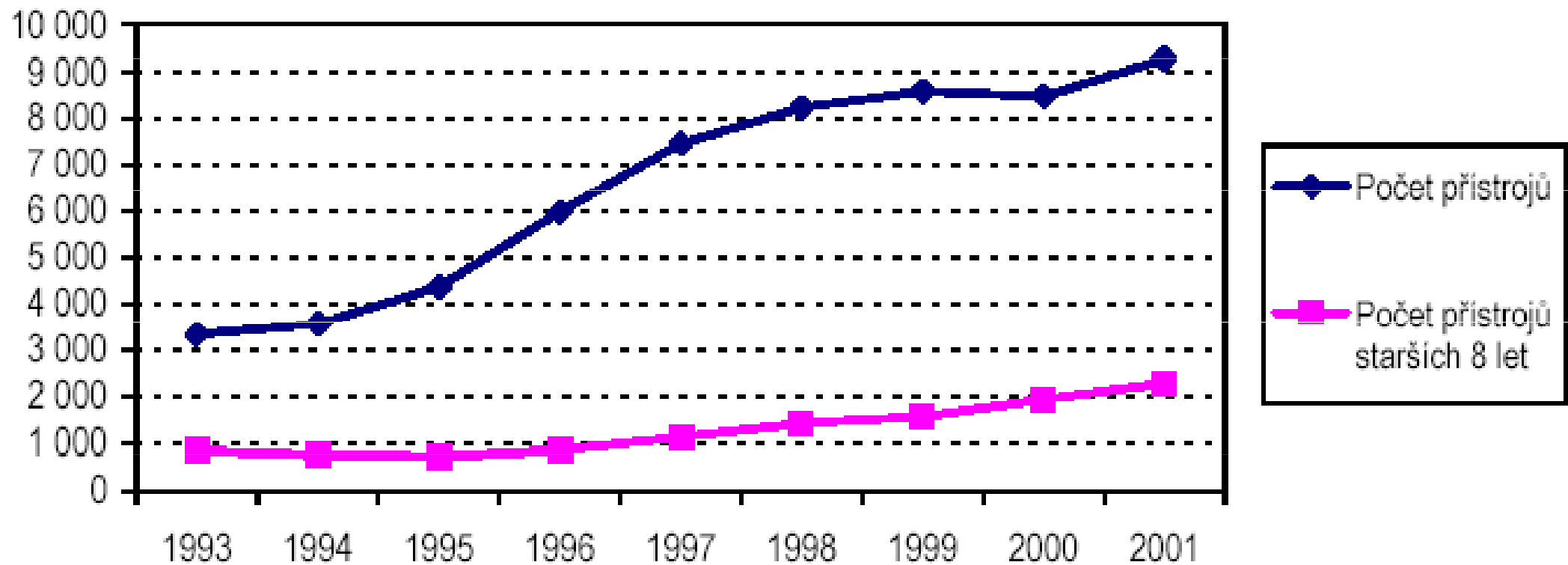
Rok	Transplantace					Kardio- chirurgické operace
	srdce	ledvin	jater	slinivky břišní	plic	
1991	9	178	2	-	-	1 657
1992	19	190	2	-	-	1 825
1993	34	313	2	2	-	2 471
1994	50	406	11	8	-	3 330
1995	60	389	31	13	-	4 008
1996	75	393	42	19	-	5 043
1997	96	445	49	21	1	5 943
1998	55	366	66	21	8	6 463
1999	64	316	67	24	14	6 868
2000	58	353	61	23	7	7 632

Zdroj: Institut klinické a experimentální medicíny

Přístrojové vybavení zdravotnických zařízení v letech 1991 - 2001*)

Přístroj / rok	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
CT tomografy	22	48	59	64	69	71	74	84	94	99	117
Mamografy	39	44	56	68	87	106	106	105	110	109	125
Rtg. kardiografické komplety	91	100	134	108	73	98	106	109	94	100	91
Scintilační gama kamery	52	57	62	67	61	73	86	89	87	106	111
Lineární urychlovače	6	8	7	8	9	11	12	18	18	18	18
Betatrony	6	6	7	8	8	8	6	4	5	3	2
Radioizotopové terapeutické ozařovače	56	59	45	43	51	63	67	66	65	72	75
Lithotryptory	6	11	22	25	25	28	31	32	35	29	30
Ultrazvukové zobrazovače	414	533	662	753	1 125	1 602	1 764	1 883	1 872	2 005	2 298
Biochemické analyzátoary (automaty)	283	366	510	461	540	797	888	1 006	1 098	1 179	1 357
Hemodialyzační monitory	431	581	672	821	818	921	937	1 032	1 014	1 053	1 119
Magnetická rezonance (tomograf MR)	2	4	6	7	10	11	11	14	16	16	19
Lasery operační a terapeutické **)	67	86	111	156	515	1 020	1 147	1 314	1 436	1 292	1 400
Plicní ventilátory	760	843	988	980	983	1 182	1 334	1 458	1 536	1 599	1 683
Rtg. simulátor pro radioterapii	.	.	.	.	.	.	14	13	16	17	16
Rtg. skiaskopicko-skiagrafické komplety ***)	.	.	.	.	.	.	187	192	176	64	80
Hyperbarická komora	.	.	.	.	.	.	14	14	14	18	18

Počet sledovaných přístrojů



Pojišťovací systém

- Nový systém financování zdravotní péče od 1993 (přechod od financování ze státního rozpočtu)
- Financován z příspěvků zaměstnanců, zaměstnavatelů, osob samostatně výdělečně činných (OSVČ), osob bez zdanitelných příjmů (např. ženy v domácnosti, studenti nad 26 let) a MF (děti, studenti do 26 let, důchodci, ženy na mateřské dovolené, nezaměstnaní, osoby v sociální nouzi, vězni..)
- Založený na solidaritě a ekvitě, stát garant systému
- 1993 ze zákona vzniká VZP
- Postupně vzniká až 27 zaměstnaneckých ZP, nyní 10 ZP(včetně Agelu)

Zdravotní pojištění

- Výše příspěvků stanovena zákonem jako % ze mzdy/platu =>13,5%
- Zaměstnanci platí 4,5%, zaměstnavatelé 9% - od 2008 maximální vyměřovací základ zaměstnance: 48-ti násobek průměrné mzdy v národním hospodářství (aktuálně cca 920 000 Kč ročně)
- MF 13,5% z 25 % průměrné mzdy (cca 680 Kč)
 - 55% populace
- OSVČ platí 13,5 % z vyměřovacího základu(zisk),
 - minimální vyměřovací základ = 13,5% z 9500 Kč(50% průměrné mzdy v národním hospodářství).
 - maximální vyměřovací základ 486 000 Kč

Co je propláceno?

- Balíček proplácené zdravotní péče široký (včetně lázní..)
- Nejlevnější lék z dané skupiny vždy plně hrazen (ve speciálních případech může revizní lékař ZP povolit plné proplácení jiných léků)
- Od ledna 2008 regulační poplatky

Zdravotní pojišťovny

- Zajišťují výběr pojistného, jeho správa a proplácení zdravotní péče poskytovatelům
- Základní povinností je zajistit pro své pojištěnce zdravotní péči v potřebném rozsahu, struktuře i kvalitě.
 - za tím účelem navazují zdravotní pojišťovny smlouvy se zdravotnickými zařízeními, tj. nemocnicemi a dalšími lůžkovými zařízeními a širokým spektrem ambulantních specialistů ambulantních zařízení, včetně laboratoří a diagnostických center.
- V současné době 10 ZP
- Zvláštní právní forma
- Právo na výběr jedné ze zdravotních pojišťoven a její změnu jednou ročně, vždy ke konci čtvrtletí
- Největší pojišťovna VZP (cca 65 - 70% populace)
 - jediná zdravotní pojišťovna, která má státní garanci, tj. stát ručí za její solventnost a dodržování závazků jak vůči pojištěncům tak i poskytovatelům zdravotní péče.
- Vybrané pojistné je shromažďováno na zvláštním účtu, který spravuje Ministerstvo financí.
 - Veškeré vybrané pojistné je přerozdělováno mezi jednotlivými pojišťovnami, a to podle věkové struktury pojištěnců.

Zdravotní péče

Primární ZP

- Většinou privátní
- V gesci státu, krajů a ZP
- Právo na výběr lékaře a zdravotnického zařízení; u zvolených lékařů v primární péči se musí občané zaregistrovat (praktičtí lékaři, ambulantní gynekologové, zubní lékaři). Změnu lékaře v primární péči, tj. registraci u jiného lékaře, je možné učinit nejdříve po 3 měsících.
- Způsob úhrad: kapitace (70% příjmu), fee-for-service (30%, prevence)

Specializovaná ambulatorní ZP

- Poskytována v různých formách: soukromá praxe, poliklinika, nemocnice; vždy na základě smlouvy s ZP
- 75% zařízení privátních
- Bez gate-keeping
- Způsob úhrad: fee-for-service, objemové limity, velikost bodu závisí na počtu odpracovaných hodin

Nemocnice

- 169 v ČR
- 4 druhy dle zřizovatele: „státní“, krajské, obecní a soukromé
- 19 (+3) státní, ALE znamená to 26,9% lůžkového fondu
- Způsob úhrad: historické rozpočty

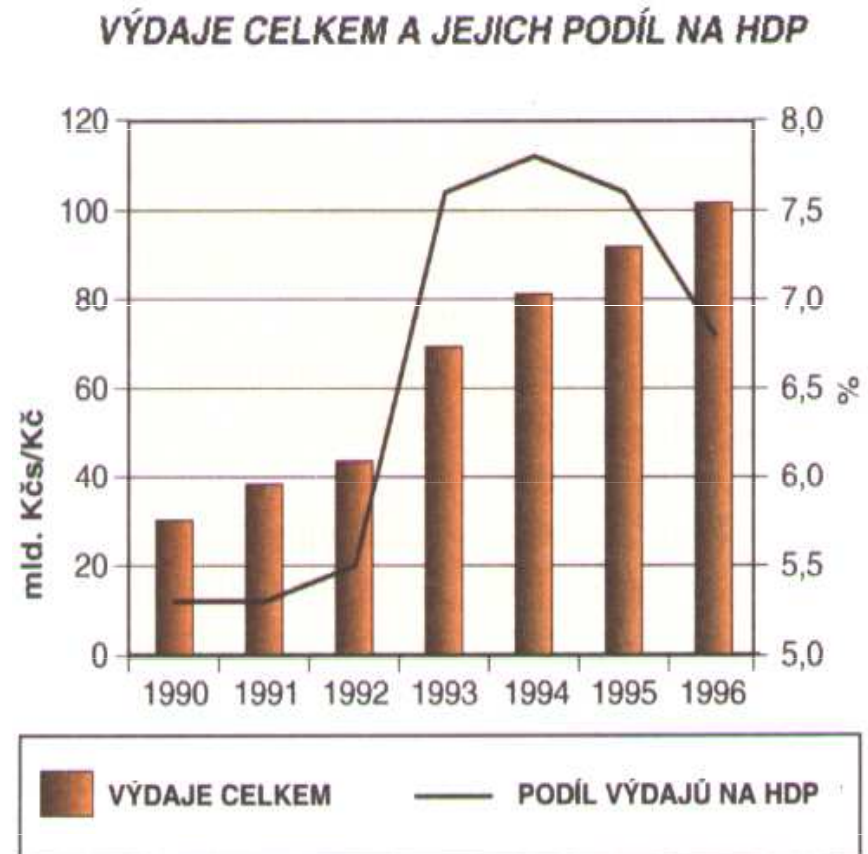
Zdravotnické zdroje

- Zdravotní pojištění (cca 80%)
- Daně (cca 10%): investice, výzkum, specializované zdravotní programy
- Přímé platby – 12,1% z celkových výdajů na zdravotnictví, jedny z nejnižších mezi OECD zeměmi
- Připojištění (necelých 0,1%)

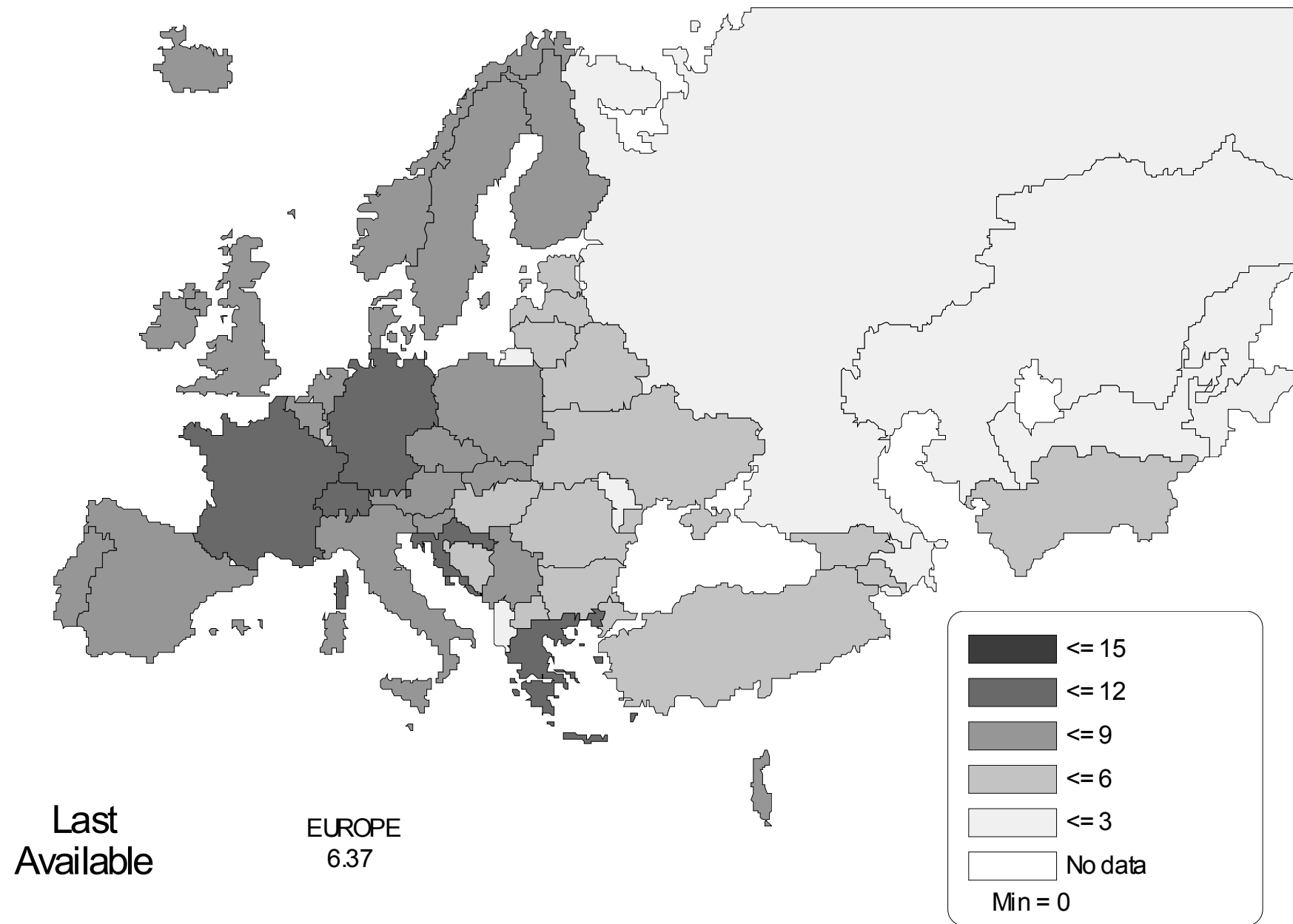
Výdaje na zdravotnictví

- 2007: 6,5% z HDP
(cca 220 MLD Kč)
- Mezinárodní
srovnání:

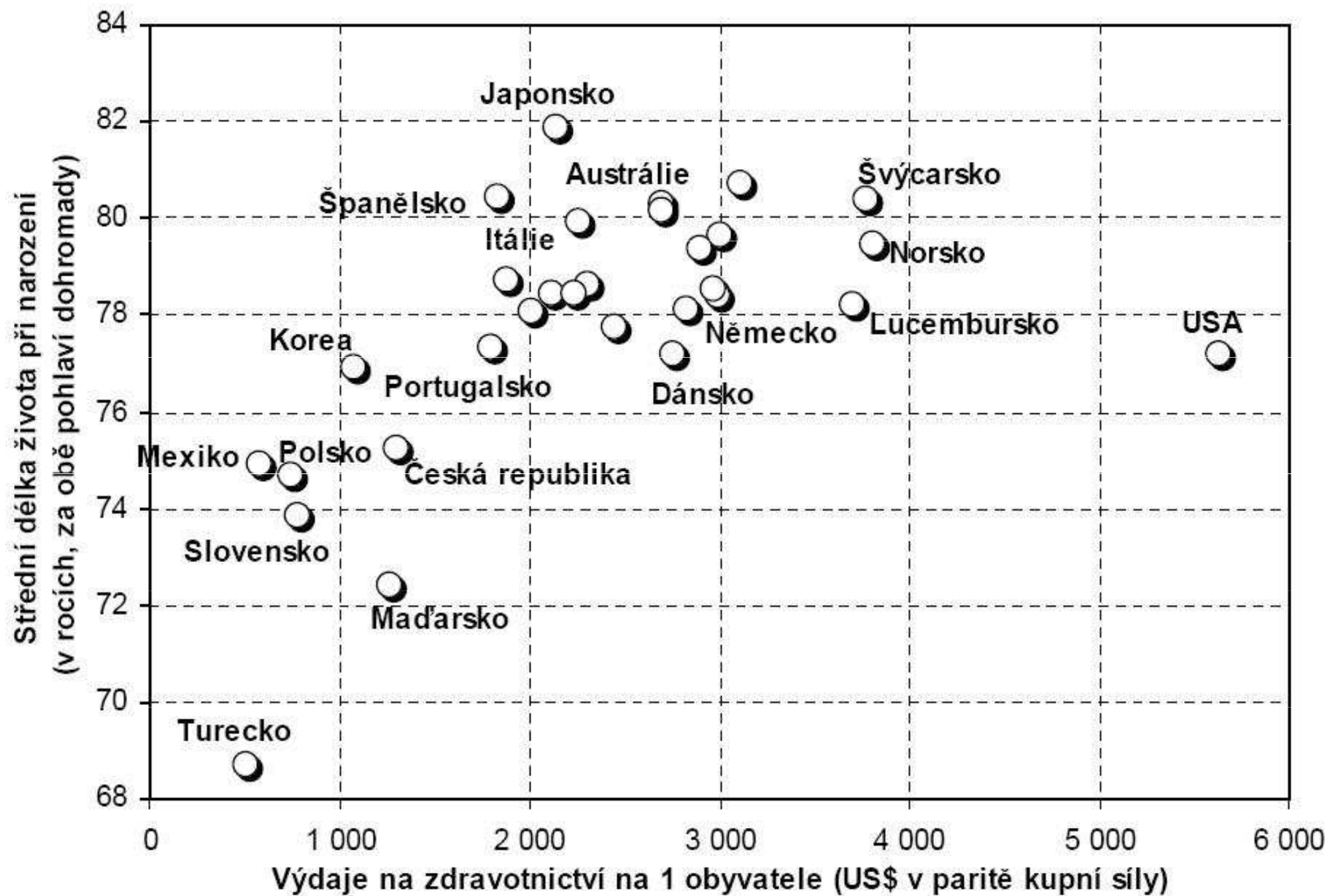
<http://data.euro.who.int/hfad/>



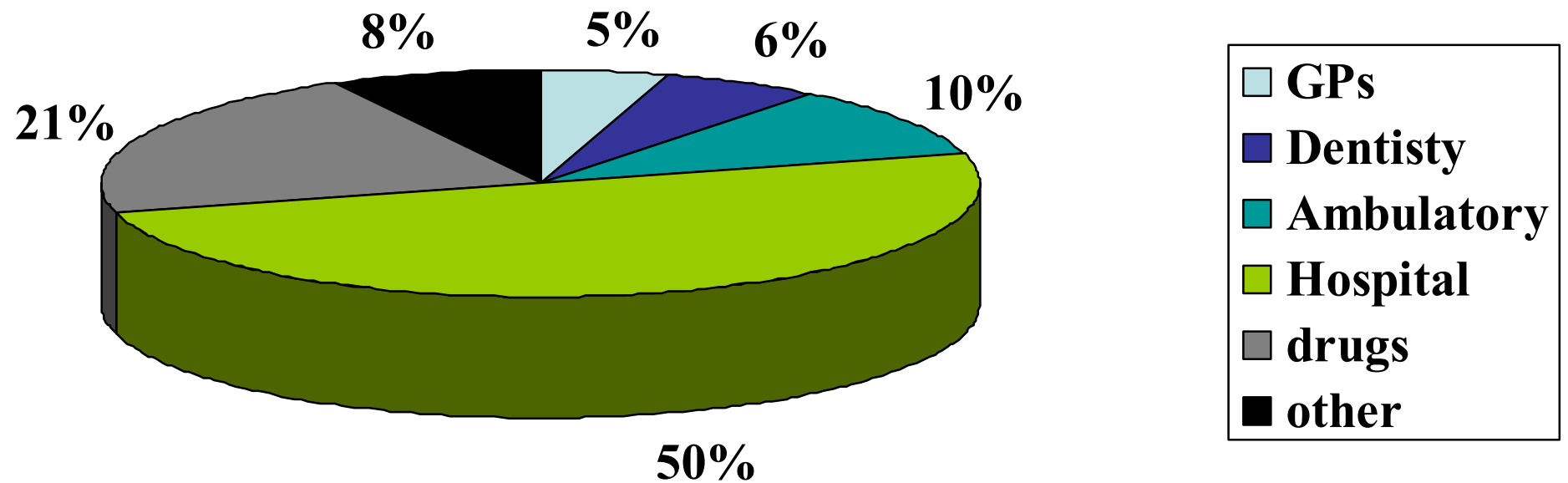
340102+Total health expenditure as % of gross domestic product (GDP)



Výdaje na zdravotnictví na obyvatele a střední délka života při narození v zemích OECD v roce 2003



Cost structure



Na semináři

- Zdravotní reformy
- Mezinárodní srovnání

Děkuji za pozornost 😊