

10. Stanovenie rozsahu zdravotnej starostlivosti

6MEFZ1

Ekonomika a financování zdravotnictví

doc. Ing. Peter Pažitný, MSc., PhD.



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

MŠMT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



Obsah

1. Základný balík hradenej zdravotnej starostlivosti
2. Vymedzenie základného balíka ZS
3. Určenie spoluúčasti
4. Definovanie základného balíka



Základný balík hradenej zdravotnej starostlivosti

- označovaný aj ako BBP (basic benefit package)
- garantovaný minimálny rozsah plne alebo čiastočne hradenej zdravotnej starostlivosti, **na ktorý má jeho beneficiant nárok**



Prečo je potrebné obmedzovať rozsah hradenej ZS?

Technologický
pokrok

Rastúca ponuka
zdravotných
služieb

Starnutie
populácie

Rastúce
očakávania
obvateľstva



Neefektívne
využívanie
zdrojov

Objem
disponibilných
zdrojov

Obmedzené
zdroje pro
zdravotníctvo

Dopyt po
zdravotnej
starostlivosti

Nerovnomerné
využívanie
zdrojov



Špecifiká krajín bývalého východného bloku

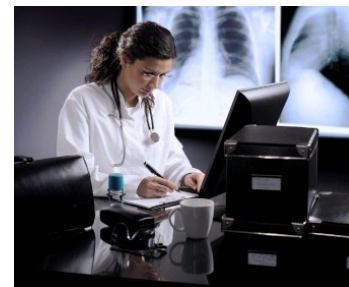
- **historické dedičstvo** socialistického zdravotníctva: **bezplatnosť, široká dostupnosť a kapacity**
 - v ústave garantovaný nárok na takmer neobmedzenú starostlivosť bez jasného vymedzenia jej rozsahu
 - vysoká rezistencia obyvateľstva voči vzdaniu sa „bezplatného zdravotníctva“
- kultúralne zmeny **zvyšujúce očakávania** obyvateľstva
- **politický kontext** – výhodnejšie zachovať ilúziu univerzálne dostupného a bezplatného zdravotníctva, ktoré nekladie nárok na zodpovednosť jednotlivca za svoje zdravie



Vymedzenie BBP



Komu?



Čo?

Dimenzie

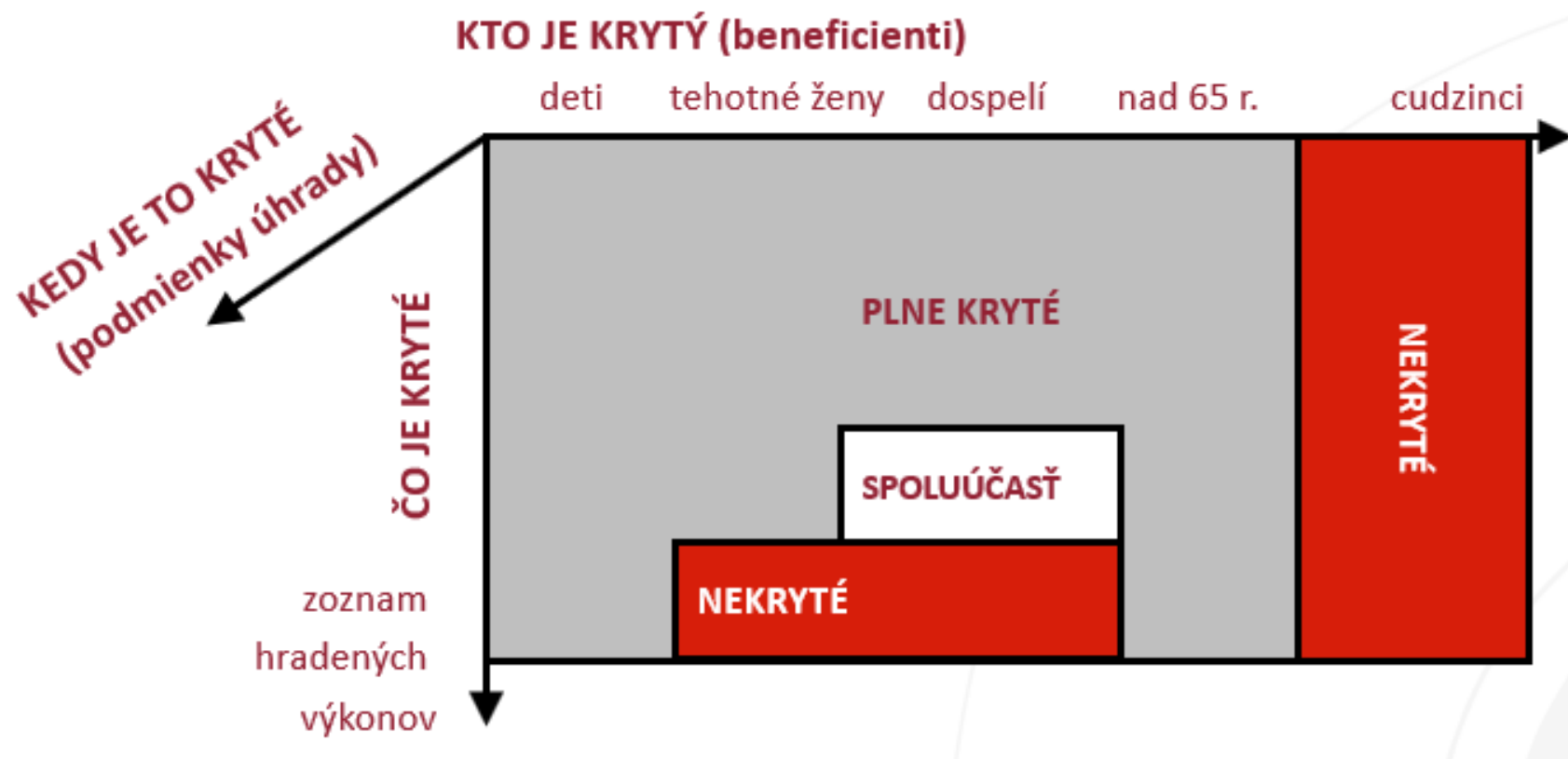
Kedy?



Za koľko?



Vymedzenie BBP





Vymedzenie BBP

- v reálnom svete je zriedka definovaný jasne a zrozumiteľne





1. Komu?

Beneficienti

- univerzálné pokrytie celej populácie:
 - krajiny s daňovým systémom financovania zdravotníctva (UK, DK, N, S)
- zdravotne poistené osoby:
 - sociálne poistenie (SK, ČR, NL, HU, HR)
 - komerčné poistenie (USA)





Špecifické cieľové skupiny

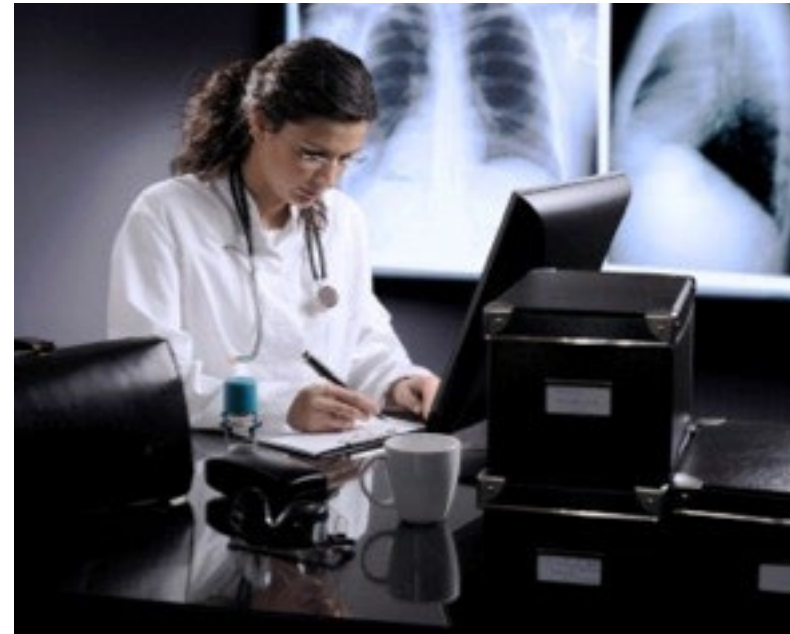
krajina	deti a dorast do 18 r.	seniori nad 65 r.	tehotné ženy, matky	invalidi	soc. slabé skupiny
Dánsko	áno	áno (soc.slabí)	nie	áno	áno (65+)
Holandsko	áno	nie	nie	nie	nie
Chorvátsko	áno (+ štud.)	nie	áno (ženy)	nie	nie
Maďarsko	áno	nie	áno	nie	nie
Nórsko	áno	áno	áno	nie	áno
Poľsko	áno	nie	áno	nie	áno
Slovensko	áno	áno (prevencia)	áno	nie	nie
Slovinsko	áno (+ štud.)	nie	áno	nie	áno
Švédsko	áno	áno	nie	nie	nie



2 . Čo?

Rozsah hrazených zdravotných služieb

- stanovenie rozsahu
 - ako hrubé/hlavné kategórie
 - presne určené hrazené výkony alebo služby
- rozsah definovaný
 - pozitívne
 - negatívne





Stanovenie rozsahu hrazených zdravotných služieb

Krajina	Spôsob stanovenia rozsahu
Dánsko	typ starostlivosti a výkony
Holandsko	nepoistiteľné riziká a diagnózy
Chorvátsko	pevne definovaný cez skupiny/oblasti ZS
Maďarsko	udalosti, výkony a diagnózy
Nórsko	typ starostlivosti
Poľsko	výkony (návrh) cca 18 tis.
Slovensko	definovaný cez diagnózy a skupiny/oblasti ZS
Slovinsko	typ starostlivosti
Švédsko	typ starostlivosti



Pozitívne a negatívne zoznamy

- pozitívny zoznam
 - explicitne definuje ZS, ktorá je povinne krytá zo základného balíka
- negatívny zoznam
 - explicitne definuje ZS, ktorá je nie je krytá zo základného balíka
 - jednoduchší pretože pomenúva len tie oblasti ZS, ktoré sú z balíka vyňaté
- časté sú kombinácie pozitívneho (hrubé oblasti) a negatívneho vymedzenia (konkrétne výkony)



Pozitivně a negativně zoznamy

Krajina	Pozitivny zoznam	Negativny zoznam
Dánsko	áno	áno
Holandsko	áno	áno
Chorvátsko	áno	nie
Maďarsko	áno	áno
Nórsko	nie	áno
Polsko	áno	áno
Slovensko	áno	áno
Slovinsko	áno	nie
Švédsko	nie	áno



Negativně definování balíka

- typické oblasti ZS, které bývají vyloučeny z úhrady:
 - dentální starostlivost,
 - léčení závislostí,
 - limity na předpis léčiv,
 - některé zdravotné pomůcky a přístroje dlouhodobé spotřeby (napr. načúvacie přístroje a okuliare),
 - umělé oplodnění,
 - domácí starostlivost, starostlivost o dlouhodobě chorých,
 - rehabilitace, fyzioterapie, koupelná starostlivost
 - experimentální léčba a nové technologie
 - orientální medicína (akupunktúra), homeopatie
 - transplantace umělých orgánů a tkání
 - kosmetická chirurgie (s občasnou výjimkou při pacientech po úrazích),
 - vybrané hotelové služby poskytované v zařízeních ústavní starostlivosti (napr. nadstandard)

3. Kedy?

Podmienky úhrady
(indikačné a preskripčné obmedzenia)

- diagnóza
- závažnosť zdravotného stavu
- výsledky vyšetrení v stanovenom rozmedzí
- predchádzajúca liečba (vyčerpanie iných diagnostických alebo liečebných postupov)
- typ poskytovateľa ZS (väzba indikácie alebo vykonania procedúry na špecifický typ PZS)





4. Koľko?

Úloha spoluúčasti

- regulácia spotreby/dopytu
- zvýšenie objemu zdrojov v systéme
- zdieľanie nákladov pacientom pri neprioritnej ZS





Poplatky za služby v zdravotnictví vo V4

- pacienti bezplatnú zdravotnú starostlivosť nepovažujú za vzácnu a generuje v nich tri druhy správania:
 - **nezodpovednosť**, ktorá v spojení s absenciou funkcie individuálneho rizika ústi do morálneho hazardu, keď bez výčitiek svedomia vystavujú svoje telá rizikovým faktorom, akými sú fajčenie, alkohol, či zlá životospráva, pretože v konečnom dôsledku nie ten, kto sa takto správa znáša náklady na liečenie
 - **tendenciu k nadmernej spotrebe** zdravotných statkov, aj keď na to nie je reálna potreba
 - **potrebu vyjadriť svoju vďačnosť iným spôsobom**, napr. vo forme korupcie



Určenie spoluúčasti

1. **percentuálna spoluúčasť** pri ZS (HR, SI, USA) = %
2. **fixná spoluúčasť** za ZS (poplatky) (NL, DK, N, S) = fixná suma
3. **maximálna hranica ročných nákladov** (DK, N, S) = maximum
4. **úvodná spoluúčasť** (DK, S, USA)
= hranica, do ktorej hradí pacient všetko z vlastného vrečka
5. **maximálna výška krytia poistkou** (USA)
= maximálna suma, ktorú ZP uhradí za poistenca
6. **poistné**

4.1 Percentuální spoluúčast - Chorvátsko

Krajina	Spoluúčast'
Chorvátsko 	15 % DOPLATOK: špecializovaná zdravotná starostlivosť, jednoduchová medicína, ortopedické pomôcky, špecializovaná diagnostika poskytovaná na inej ako primárnej úrovni, fyzioterapia a rehabilitácia poskytovaná v bydlisku pacienta, paradentóza, liečba v zahraničí,
	25 % DOPLATOK: ubytovanie a jedlo v rámci ústavnej starostlivosti pri liečbe chronických chorôb, zubné protézy pre pacientov nad 65 rokov,
	30% DOPLATOK: ubytovanie a jedlo poskytnuté v rámci ústavnej starostlivosti pri liečbe akútnych chorôb , fyzioterapia a rehabilitácia poskytovaná mimo bydliska pacienta
	50 % DOPLATOK: zubné protézy pre pacientov vo veku 18-65



4.2 Fixná spoluúčasť = Poplatky za služby

	Slovensko	Maďarsko
Návšteva za lekára (za návštevu)	20 SKK (znížený na 0 SKK 1.9.2006)	300 HUF (40 SKK)
Poplatok v lekární (za recept/položku na recepte)	20 SKK (znížený na 0 SKK 1.9.2006)	
Poplatok za hospitalizáciu (za 1 deň v nemocnici)	50 SKK (znížený na 0 SKK 1.9.2006)	300 HUF (40 SKK)
Pohotovosť (za návštevu)	60 SKK	1000 HUF (125 SKK)
Dátum zavedenia	1.6.2003	15.2.2007 (zrušené referendum v marci 2008)



4.2 Dopady poplatkov v SR

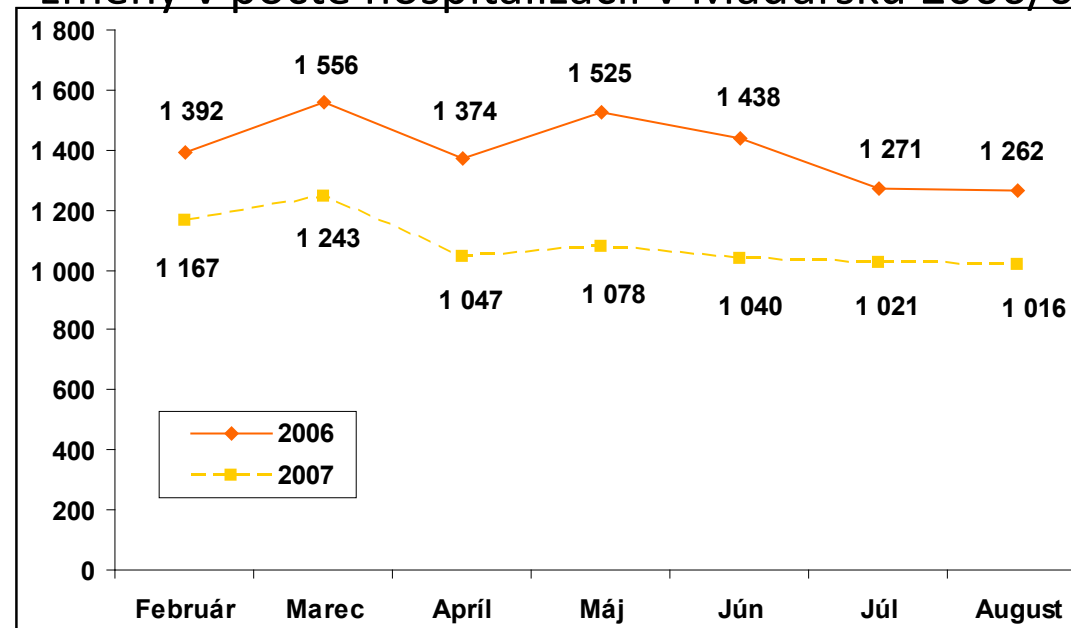
- **pokles počtu návštev**
 - v primárnej sfére o 10 %
 - u lekárskej služby prvej pomoci o 13 %
 - minimálne u lekárov špecialistov (o 2 %) a v nemocniciach (taktiež o 2 %).
- **bez závažného dopadu na dostupnosť**
 - len 1,5 % respondentov uviedlo, že zavedenie poplatkov natoľko ovplyvnilo ich správanie, že prestali chodiť k lekárovi (prieskum agentúry FOCUS)
- **zníženie rastu nákladov na lieky**
 - kým do roku 2002 rástli dvojciferne, tak v roku 2003 len o 8 percent
- **zmeny vo vnímaní korupcie v zdravotníctve**
 - v decembri 2002 viac ako 32 % respondentov považovalo korupciu v zdravotníctve za najzávažnejší problém (v celkovom poradí sa umiestnila hneď na druhom mieste)
 - v januári 2004 ju za najzávažnejší problém označilo už iba 10 % respondentov, pričom v celkovom poradí klesla až na siedme miesto

4.2 Dopady poplatkov v Maďarsku

Zníženie nadbytočného dopytu:

- pri lekároch pre dospelých
 - 25%
- u špecialistov
 - 19%
- počet hospitalizácií
 - 22 %

zmeny v počte hospitalizácií v Maďarsku 2006/07

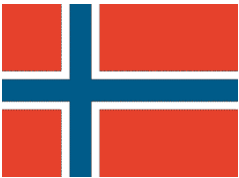




4.2 Fixná spoluúčasť - Nórsko

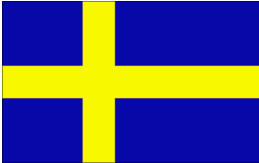
Krajina	Typ starostlivosti	Spoluúčasť
Nórsko 	Návšteva u všeobecného lekára/pohotovosť	15 €(deň) / 25 € (noc)
	Konzultácia po telefóne u všeobecného lekára/na pohotovosti	18 € (deň) / 28 € (noc)
	Návšteva doma všeobecným lekárom/pohotovosťou	20 € (deň) / 33 € (noc)
	Návšteva špecialistom doma	20 € (deň) / 33 € (noc)
	Návšteva u špecialistu	32 €
	Laboratórny test	6 €
	RTG vyšetrenie	24 €
	Fyzioterapeut – základné vyšetrenie	16 €
	Psychológ – sedenie ½ alebo 1 hodiny	32 €
	Pobyt v rehabilitačnom ústave	14 € za deň
	Doprava v súvislosti s vyšetrením al. liečbou	13 € jedna cesta

4.3 Maximálna spoluúčasť - Nórsko

Krajina	Spoluúčasť
<p>Nórsko</p> 	<p>maximálna spoluúčasť :</p> <ul style="list-style-type: none">• schvaľovaná raz ročne parlamentom• 216 EUR (1740 NOK , 2008)• po dosiahnutí limitu dostane pacient kartu, ktorá ho oprávňuje na poskytovanie ZS bez poplatkov po zvyšok kalendárneho roka• do limitu sa nezapočítavajú doplatky za lieky drahšie ako referenčné liek• tvoria 15% zdrojov v zdravotníctve



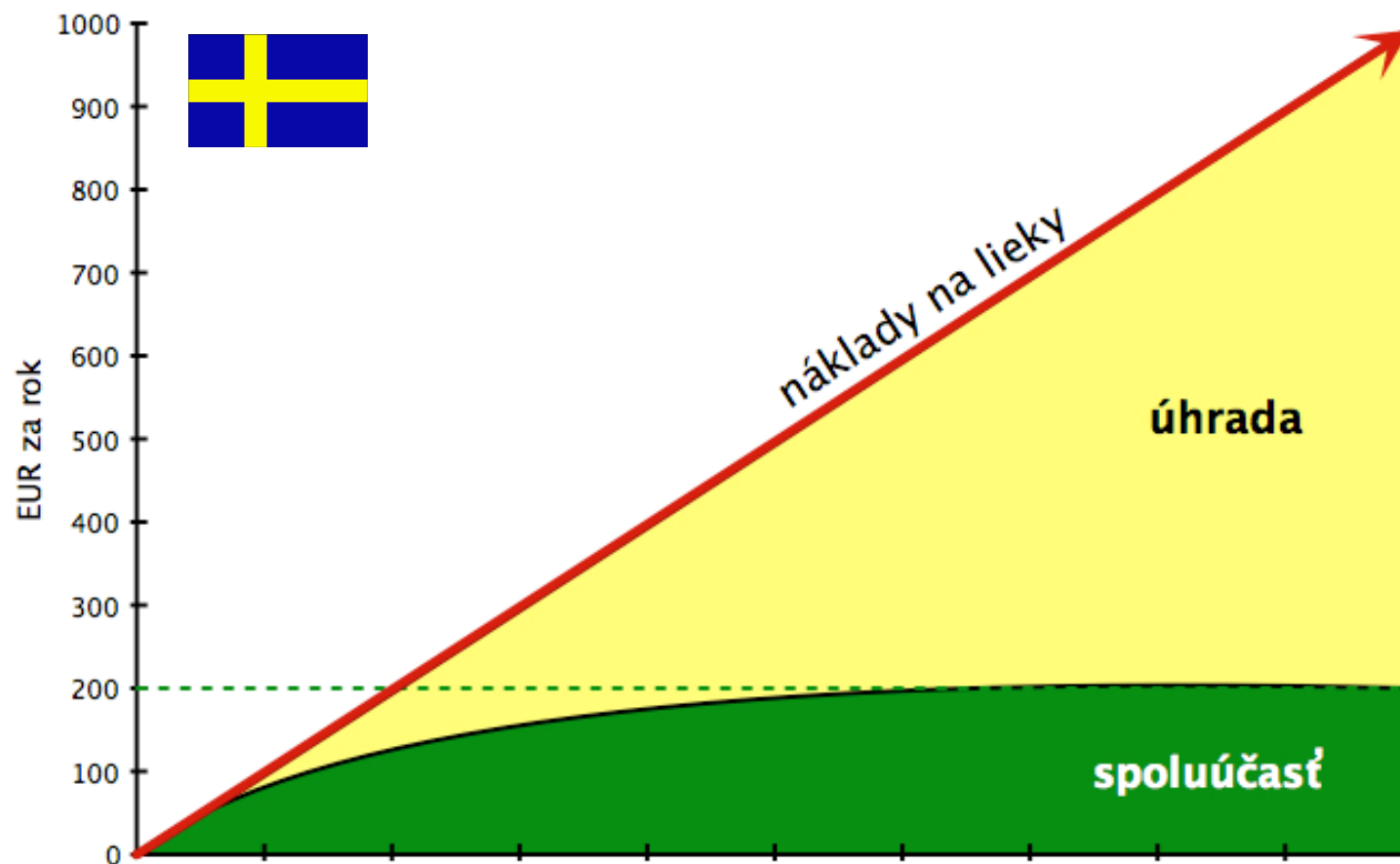
4.3 Maximální spoluúčast - Švédsko

Krajina	Spoluúčast'
<p data-bbox="392 725 614 782">Švédsko</p> 	<p data-bbox="784 596 1360 646">maximální spoluúčast'</p> <ul data-bbox="881 715 2211 1129" style="list-style-type: none">• stanovuje parlament raz ročne• ročný limit na ZS v roku 2006: 99 EUR• samostatný limit na zdravotné pomôcky: 225 EUR• samostatný limit na lieky: 198 EUR• limity nezahrňujú stomatologickú starostlivosť pre pacientov vo veku 18– 65 (pre pacientov nad 65 rokov 850 EUR)

4.4 Úvodná a maximální spoluúčast - Švédsko

Krajina	Spoluúčast' na lieky	
Švédsko 	• postupne klesajúci podiel spoluúčasti pacienta na liekoch	
	náklady za lieky za 12 mesiacov	spoluúčast'
	0-99 EUR	100%
	99-189 EUR	50%
	189-367 EUR	25%
	367-478 EUR	10%
	nad 478 EUR	0%

4.4 Úvodná a maximální spoluúčast - Švédsko





5. Definovanie základného balíka

- niektoré základné balíky zdravotnej starostlivosti nie sú koncipované len na princípe ochrany voči riziku vzniku katastrofických nákladov, naopak obsahujú skôr takú zdravotnú starostlivosť, ktorú potrebuje väčšina ľudí počas ich života
- dôvodom sú hodnotové princípy/priority spoločnosti

<https://www.seznamzpravy.cz/clanek/jako-prvni-porazila-u-soudu-zdravotni-pojistovnu-jejimu-synovi-musi-zaplatit-operaci-oci-64865>



Ciele definovania základného balíka ZS

- zabezpečiť adekvátny zdravotný stav populácie a jej ochranu voči ochoreniam
 - určiť minimum všeobecne dostupných zdravotných služieb
 - určiť služby, ktoré spĺňajú stanovené kritéria alebo definovaný štandard
- ochrana pred znášaním katastrofických nákladov
- zvýšiť efektívnosť s cieľom úspory nákladov



Kritériá pre vytvorenie základného balíka

- klúčovým vstupom k zostaveniu základného balíka sú kritériá pre jeho vytvorenie
- sú v jednotlivých krajinách rôzne
- kritériá ekonómov Svetovej banky pre zostavenie základného balíka ZS
 - **Čo** bude kryté?
 - **Kto** bude poskytovať starostlivosť?
 - **Kde** sa bude poskytovať starostlivosť?
 - **Ako** bude zabezpečená dostupnosť starostlivosti?



Kritériá pre vytvorenie základného balíka

- kritériá ekonómov Svetovej banky pre zostavenie negatívneho zoznamu
 - potreba liečby, vo väzbe na „zotrvanie v spoločnosti“ alebo prežitie,
 - kolektívna alebo individuálna zodpovednosť,
 - objektívna potreba v individuálnych prípadoch,
 - nákladovo efektívna metóda liečby vo väzbe na uvedené indikácie



Stanovenie rozsahu a obsah balíka

Kritéria Holandska pre zostavenie obsahu základného balíka ZS (čo bude kryté):

- Je to **dôležité**?
- Je to **účinné**?
- Je to **nákladovo-efektívne**?
- Môžeme to ponechať na **individuálnu zodpovednosť**?



Stanovenie rozsahu a obsah balíka

Kritéria Španielska pre vylúčenie z obsahu základného balíka ZS (čo nebude kryté):

- nepreukázanie klinickej efektívnosti,
- dopad na strednú dĺžku života,
- samostatnosť pacienta alebo strach pacienta,
- technické hodnotenie novej liečby



Stanovenie rozsahu a obsah balíka

Postupnosť priorít základného balíka ZS vo Švédsku (v akom poradí bude kryté):

- starostlivosť o život ohrozujúce ochorenia, paliatívna liečba a liečba pacientov s chronickými ochoreniami a postihnutiami,
- preventívna starostlivosť a rehabilitácia,
- starostlivosť o pacientov s neakútnymi a nechronickými chorobami,
- starostlivosť z iných dôvodov ako je ochorenie a úraz



Stanovenie rozsahu a obsah balíka

Kritériá Nemecka pre zlepšovanie základného balíka ZS formou zvyšovania efektívnosti a účinnosti súčasnej ZS hodnotením alternatív:

- zdravotné kritéria (záchrana života, zlepšenie kvality života),
- ekonomické kritéria (nákladová efektívnosť, poistiteľnosť, cenová elasticita, finančné riziká zodpovedného správania),
- socio-politické kritériá (nedostatok, ekonomický stres)



Kritériá štátu Oregon pre zostavenie prioritného zoznamu

- kritériá:
 - **efektívnosť v prevencii pred smrťou**
 - **celkové priemerné náklady** počas života jednotlivca,
 - **sada subjektívnych kritérií** pre zostavenie zoznamu prioritnej starostlivosti (napr. možnosť spontánneho vyliečenia, riziko pre verejné zdravie, možnosť zabrániť budúcim nákladom,..)
- postup tvorby:
 - páry diagnóza-typ liečby sa zoradili podľa pravdepodobnosti, s ktorou liečba dokáže zabrániť smrti,
 - páry, ktoré mali rovnakú schopnosť zabrániť smrti, boli zoradené v poradí podľa celkových priemerných nákladov liečby od najlacnejších po najdrahšie,
 - tie páry, ktoré nebolo možné zoradiť podľa vyššie uvedených postupov boli roztriedené v alfabetickej poradí diagnóz



Keď základný balík nie je jasne definovaný

- nedostatok zdrojov a široký balík hradenej ZS vedie v SR k tzv. „tichému“ rationingu
- „Tichý“ rationing = o tom, čo dostane pacient rozhoduje konkrétny lekár / konkrétna zdravotná poisťovňa
- nie všetci poistenci s rovnakou potrebou dostávajú zdravotnú starostlivosť v rovnakom rozsahu a kvalite
- existujú skupiny obyvateľstva, ktoré napriek formálnemu nároku na základný balík majú k nemu sťažený alebo znemožnený prístup
- vážny etický problém aj zdroj korupcie



Keď základný balík nie je jasne definovaný

- riešenie: nahradiť „tichý“ rationing explicitným rationingom,
- Explicitný rationing = stanoviť jasné a transparentné pravidlá, platné pre každého účastníka systému, pri rešpektovaní medicínskych, etických a ekonomických kritérií, pričom sa musí zachovať kvalita zdravotnej starostlivosti
- silný solidárny prvok systému: rovnaká starostlivosť pre rovnakú potrebu



Zhrnutie

- Pri stanovenie rozsahu zdravotnej starostlivosti určujeme **základný balík hradenej zdravotnej starostlivosti = basic benefit package = BBP**
- Vymedzenie BBP určujú 4 dimenzie: **Komu? Kedy? Čo? Za kolko?**
- Rozlišujeme niekoľko druhov spoluúčasti: **percentuálna spoluúčasť, fixná spoluúčasť, maximálna hranica ročných nákladov, úvodná spoluúčasť, maximálna výška krytia poistkou, poistné**
- Ciele basic benefit package sú:
 - zabezpečiť adekvátny zdravotný stav populácie a jej ochranu voči ochoreniam
 - ochrana pred znášaním katastrofických nákladov
 - zvýšiť efektívnosť s cieľom úspory nákladov



Zdroje

- American Academy of Family Practice (2000). “A Strategy to Provide Health Care Coverage for All: A Proposal for Discussion and Comment”.
<http://www.aafp.org/unicov/>
- Pepper Commission (1990). A Call for Action-US Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care. Washington DC: US Government Printing Office
- www.oecd.org
- www.worldbank.org
- www.who.int

Ďakujem veľmi pekne za pozornosť