

Hlavní reformy ve zdravotnictví

6MOMZ1

Marketing ve zdravotnictví

doc. Ing. Peter Pažitný, MSc., PhD.

Ing. Daniela Kandilaki, Ph.D.



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

MŠMT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Obsah

- 90. roky - zo Semaška na Bismarcka
- 2008 - Julínkova reforma
- 2011 - Hegerova reforma
- 2020 – Adam Vojtěch



Reformy Veřejného zdravotního pojištění, 1991 - 1992

- Zřízena VZP – 1.1.1992 (zákon 551/1991 o Všeobecné zdravotní pojišťovně) dnes už verze 30 zákona
- Zřízeny další pojišťovny – zákon 280/1992 o o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách dnes už verze 32 zákona

Rok	Střední délka života	
	při narození	
	muži	ženy
1989	68,10	75,40
1995	69,70	76,60
2000	71,65	78,35
2005	72,88	79,10
2009	74,19	80,13



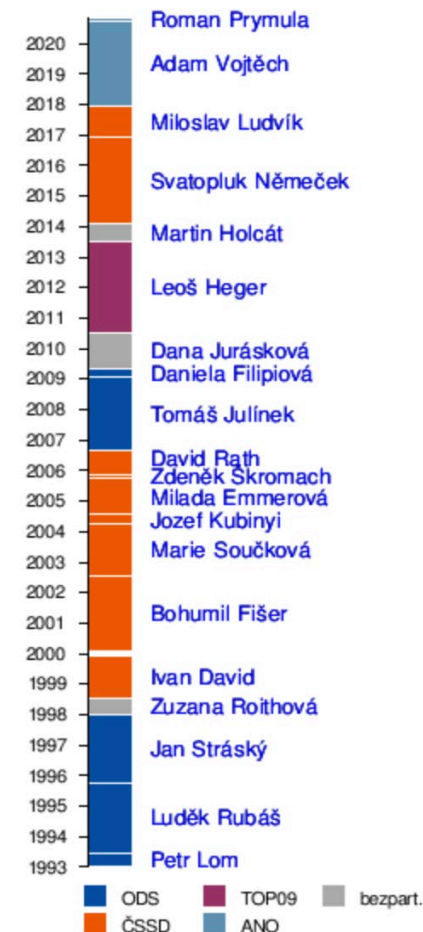
Reformy Veřejného zdravotního pojištění, 1991 - 1992

- Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění – zákon 592/1992
dnes už verze 47 zákona
 - Výše pojistného 13,5% (nezměněna už po dobu 28 let)
 - Princip státního pojištěnce (stát do veřejného zdravotního pojištění přispívá za ekonomicky neaktivní osoby)
- Zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních 162/1992
- Zákon o péči o zdraví lidu (20/1966 Sb.) jako základní právní předpis Československého zdravotnictví je počas celých 90. let v platnosti. Tento zákon zrušen až v roce 2011 (!) – 22 let po Sametové revoluci



Reformy v 90. letech

- SemStátní „sovětský“ zdravotní systém je nahrazen korporativistickým německým systémem veřejného zdravotního pojištění
- Vznikají zdravotní fondy s velkými politicko-byrokratickými manažmentami, jsou to kvazi-veřejné, samosprávné fondy zdravotního pojištění, které působí jako plátcí a kupující péče
- V roce 1995 dosáhl počet zdravotních pojišťoven počtu 27, některé z nich byly příliš malé na zvládnutí zdravotních rizik, řada fúzí a několik fondů zdravotního pojištění vstoupilo do likvidace





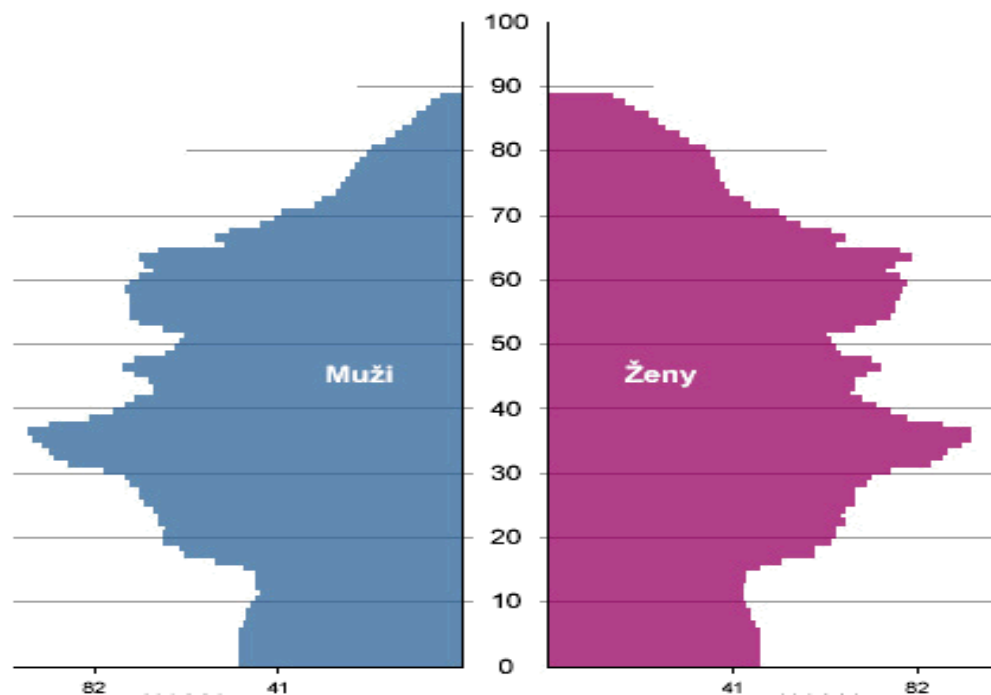
Reformy v 90.letech

- Změna financování z daní na zdravotní odvody
- Vznik komor
- Privatizace zdravotnických ambulancií a zařízení
- Do zdravotnictví sice proudí více peněz, avšak otazná udržitelnost
- aška nahrazuje Bismarck

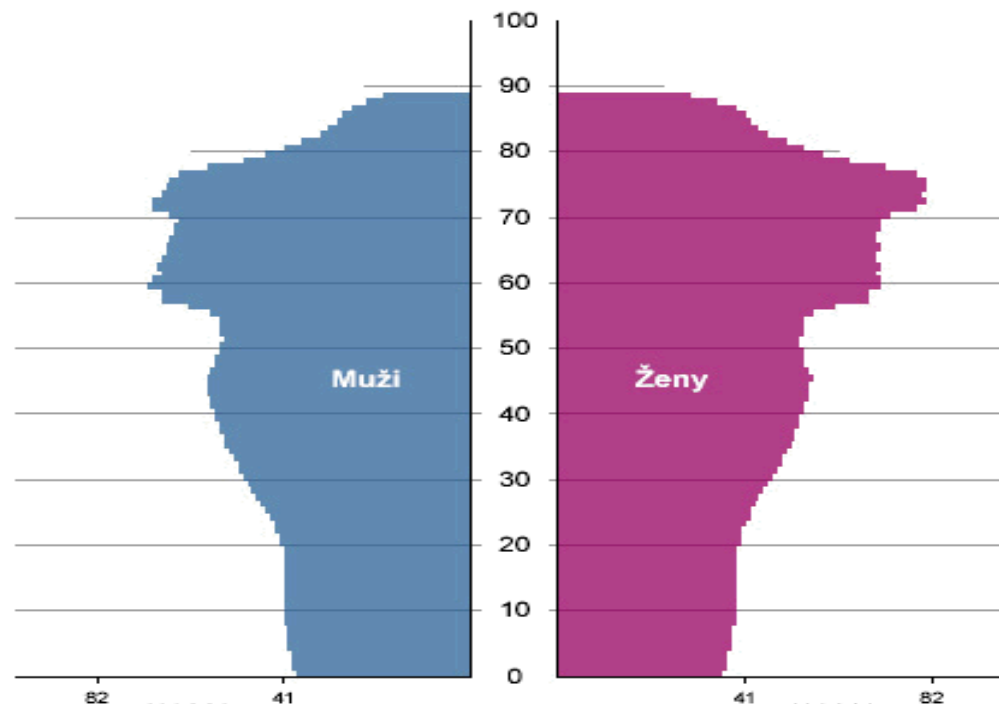


Diskuze: je “bismarck” dlouhodobě udržitelný?

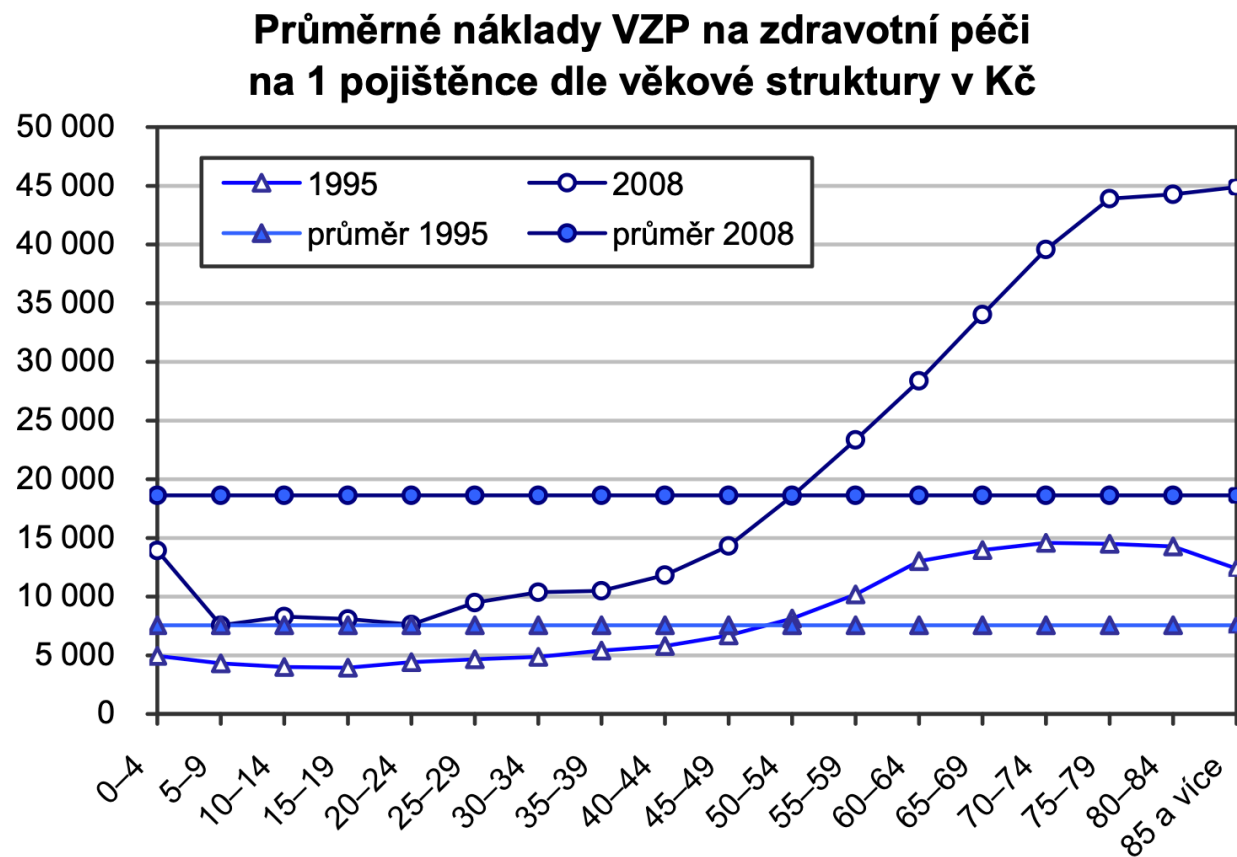
2000



2050



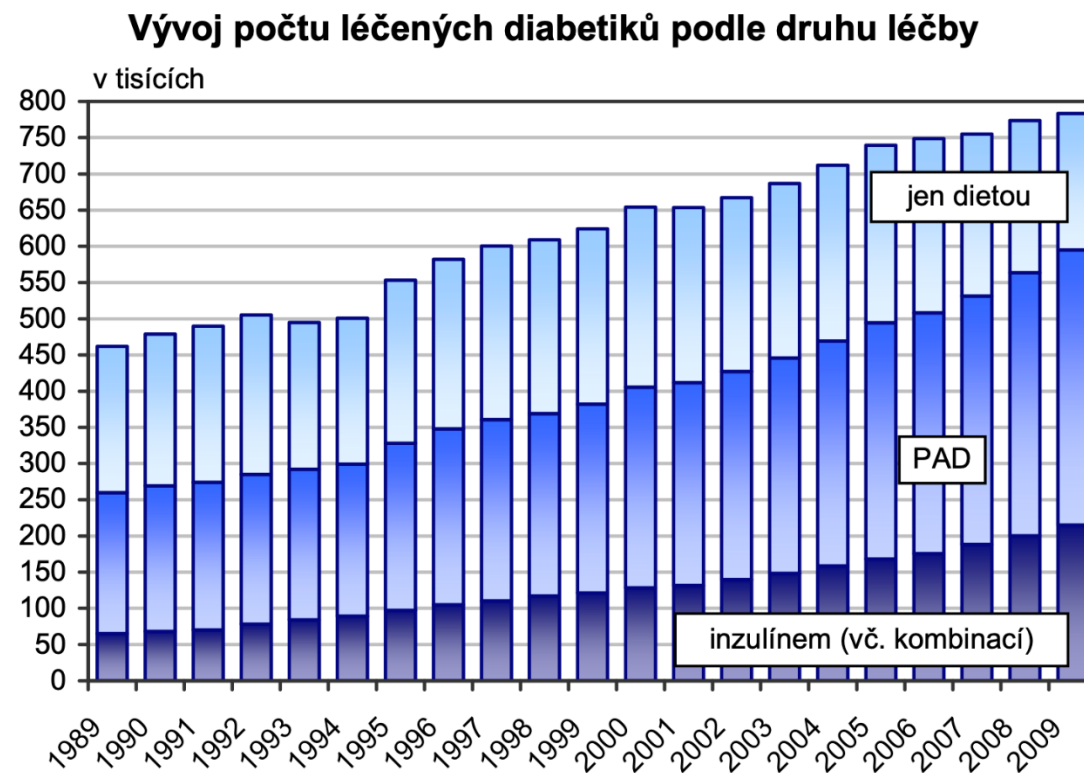
Diskuze: je “bismarck” dlouhodobě udržitelný?



Diskuze: Je “bismarck” Dlouhodobě udržitelný?

Chronické choroby:

- Onkologické choroby
- Kardiovaskulární choroby
- Diabetes
- Astma/chronické choroby plic
- Duševní choroby



2005 – potřeba reformy „Šedá kniha“

- Tomáš Julínek, Pavel Hroboň a Tomáš Macháček
- Náš návrh počítá s vytvořením prostředí, ve kterém budou poskytovatelé zdravotní péče i zdravotní pojišťovny soutěžit v nabídce kvality i ceny svých služeb."
- V září 2006 reformátoři nastoupili na ministerstvo zdravotnictví
- Julínek jako ministr
- Hroboň jako náměstek
- Macháček se spokojil s místem poradce.



Regulační poplatky

Hlavní myšlenkou zavedení regulačních poplatků bylo zamezení plýtvání a nadužívání zdravotnických služeb.

Regulační poplatky měly sloužit k vylepšení služeb nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných nebo odborných léčebných ústavů.

Regulační poplatek je podle zákona příjmem daného zdravotního zařízení, kde byl vybrán. Regulační poplatky platil pojištěnec, za dítě jeho zákonný zástupce.





Regulační poplatky

- Způsob výběru záležel na poskytovateli zdravotních služeb.
- Poplatky zůstávali tomu, kdo je vybírá, tedy lékaři, zdravotnickému zařízení či lékárně.
- Ti by byli povinni použít je na úhradu nákladů spojených s provozem a modernizací, aby došlo ke zlepšení kvality poskytování zdravotních služeb.

Regulační poplatky

Tabulka 1: Celkový finanční dopad regulačních poplatků v r. 2008

	Vybrané regulační poplatky	Odhad úspory
Ambulantné služby	1 801 mil. Kč	1 250 mil. Kč (ušetřených 4,15 mil. klinických vyšetření)
Recepty v lékárnách	2 437 mil. Kč	3 630 mil. Kč (zabránenie obvyklému 9%-nému nárastu nákladov) <i>Následná úspora 1 600 mil. Kč na strane pacientov (zamedzenie rastu doplatkov – kompenzácia rastu cien vzhľadom na infláciu)</i>
Pohotovost	107 mil. Kč	0 mil. Kč (ušetřených 400 tisíc návštěv na pohotovosti)
Lůžkové služby	679 mil. Kč	165 mil. Kč (205 tisíc ušetřených ošetrovacích dní)
Spolu	5 024 mil. Kč	5 045 mil. Kč

Zdroj: MZ ČR, 2009

Ministerstvo zdravotnictví předpokládalo v roce 2007, že díky poplatkům vzrostou příjmy systému veřejného pojištění o 3,5 miliardy a že se současně dosáhne úspory celkových výdajů o další 4 miliardy.



Regulační poplatky

- Dle tiskového prohlášení MZČR za první rok fungování se poplatky osvědčily a do českého zdravotnictví přinesly celkovou úsporu ve výši 10 miliard korun.
- Pět miliard korun se vybralo na regulačních poplatcích a pět miliard představují úspory uvnitř systému.

Regulační poplatky

V Česku sa o zavedenie štyroch regulačných poplatkov, zaslúžil minister zdravotníctva Tomáš Julínek.

Od 1.1.2008 presadil platbu:

30 Kč za návštěvu lékaře, 30 Kč za položku na recepte, 60 Kč za každý den v nemocnici, 90 Kč za pohotovostní službu

V roku 2011 sa regulačný poplatok za jeden deň v nemocnici zvýšil zo 60 Kč na 100 Kč.

Od roku 2012 sa poplatok 30 Kč hradí za recept, nie za položku na recepte.

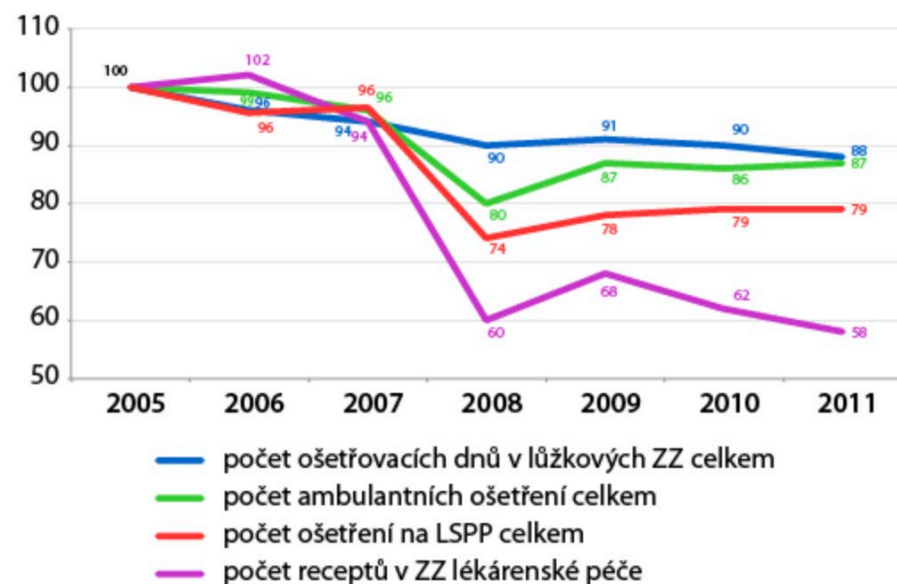
Poplatky boli postupne zrušené, dnes sa platí iba 90 Kč na pohotovosti

	Základné prínosy regulačných poplatkov
	<ul style="list-style-type: none"> • Sprístupnenie pôvodne obmedzene dostupnej a nákladnej liečby pre vážne chorých • Zvýšenie dostupnosti účinnej a modernej liečby v špecializovaných centrách • Zvýšenie počtu operačných zákrokov • Skrátenie dlhých čakacích dôb • Navýšenie financovania záchrannej zdravotnej služby a rozšírenie počtu výjazdových stanovísk • Lekárska služba prvej pomoci prestala byť zneužívaná a využívajú ju len tí, ktorí pomoc naozaj potrebujú • Zvýšenie dostupnosti starostlivosti a zvýšenie komfortu pre pacientov

Regulační poplatky

Významné zmeny v správání pacientov

Obrázek 3: Využití zdravotnických služeb 2005–2011



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 47/2012

Tabuľka 2: Zmena dopytu po zdravotníckych službách v r. 2008

Návštevy ambulantných špecialistov	-15,32%
Návštevy ambulantných špecialistov v lôžkových zariadeniach	-19,15%
Dispenzárne prehliadky	10,83%
Pohotovosť	-36,07%
Výjazdy záchrannej služby	0,49%
Počet ošetrovacích dní v nemocniciach	-1,37%
Počet hospitalizovaných v nemocniciach	3,18%
Počet ošetrovacích dní v zariadeniach následnej starostlivosti	-3,75%
Počet hospitalizovaných v zariadeniach následnej starostlivosti	5,09%
Počet položiek na recepte	-30,67%
Počet receptov	-27,95%
Počet balení liekov	-21,09%
Celková úhrada	-3,48%

Zdroj: MZ ČR, 2009

Regulační poplatky

Finanční dopad poplatků v r. 2008-2011

Tabulka 1: Výdaje na regulační poplatky v tis. Kč

	2008	2009	2010	2011
Poplatky za recept	2 411 161	2 659 293	2 657 363	2 457 967
Poplatky za návštěvu lékaře	1 805 866	1 650 240	1 530 418	1 374 137
Poplatky za hospitalizaci	1 176 098	1 262 562	1 242 669	1 242 211
Poplatky za pohotovost	178 145	207 753	191 444	179 915
Celkem	5 571 270	5 779 848	5 621 894	5 254 230

Zdroj 1: Výsledky zdravotnických účtů, ČSÚ

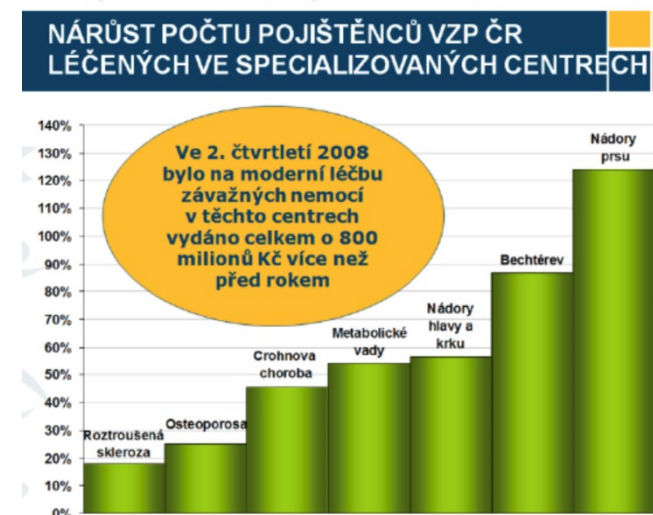
Regulační poplatky

Vliv poplatků na dostupnost péče - Podle prohlášení MZČR z roku 2009, má zavedení poplatků významný vliv na dostupnost zdravotní péče.

Např. ve specializovaných centrech, kde se léčí rakovina, roztroušená skleróza a další závažné choroby, bylo díky regulačním poplatkům v roce 2008 léčeno o 40 % více pacientů než v roce 2007.

Úhrada za léky ve specializovaných centrech vzrostla o 47 %, počet operací kyčelních a kolenních náhrad vzrostl například u VZP o 35 %.

Obrázek 4: Dopad zavedení regulačních poplatků na dostupnost zdravotní péče v r. 2008



Zdroj: Prezentace MZČR, SLEDOVÁNÍ DOPADU REGULAČNÍCH POPLATKŮ, 11. 9. 2008



Regulační poplatky

- Došlo k výraznému zkrácení čekacích dob na některé operace v průměru o 4 až 6 měsíců.
- Počet žen s rakovinou prsu, kterým se dostalo kvalitní onkologické léčby, vzrostl z 2500 na 3500.
- Díky úspoře výdajů na levné léky, které si nyní lidé kupují sami bez předpisu, se mohlo přesunout například o 1,5 miliardy korun více než před rokem do center specializované péče a zlepšit tak dostupnost moderní léčby všem, kteří ji potřebují.

Julínkové reformy

1. Koncept zdravotního systému orientovaného na spotřebitele

- zdravotnictví orientované na spotřebitele
- přizpůsobené zdravotní plány
- posílení konkurence v poskytování péče a v zdravotním pojištění
- transformace ZP na a.s.
- transformace FN na a.s.
- finanční zodpovědnost pacienta

2. Regulační poplatky

3. Řízená péče – jedna z klíčových myšlenek reformy, která se nedostala do zákonů, avšak našla mnoho realizátorů a inovátorů (Mediprojekt - KlientPro, Společnost pro řízenou péči, moje@mbulance, Mediclinic, ambulantní lékaři s.ro.)

ZÁKLADNÍMI ZNAKY SYSTÉMŮ ŘÍZENÉ PÉČE JSOU:

- Soustředování poptávky do preferované sítě poskytovatelů
- Propojení motivací poskytovatelů, pojišťovny a pacientů
- Integrace ekonomických zájmů plátce a poskytovatele – sdílení finančního rizika výdajů za zdravotní služby jejich poskytovateli
- Aktivní řízení nákladů, kvality a toku služeb, zejména řízení přístupu ke specializované péči



Julínek už zná devět důvodů, proč pohořel s reformou zdravotnictví

🕒 18. srpna 2009 16:31, aktualizováno 16:54



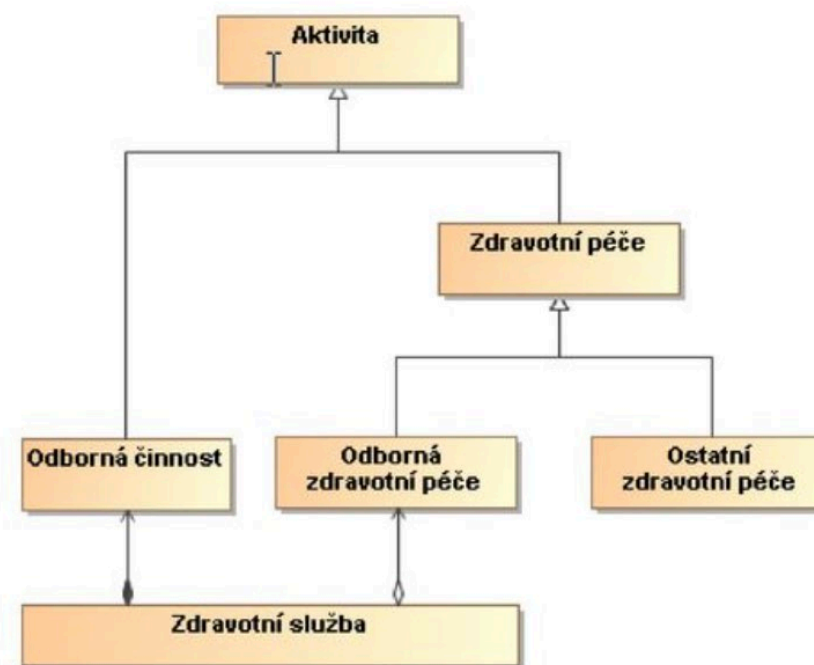
Tým Tomáše Julínka už ví, proč bývalý ministr neuspěl se svým plánem na reformu českého zdravotnictví. Důvodů je celkem devět a Julínkovi lidé je dělí na vnitřní a vnější. Zmiňují například dobrou ekonomickou situaci v zemi nebo špatnou obranu proti útokům opozice. "Reforma potřebovala dvě volební období," dodal Julínek.



Tomáš Julínek. | foto: Martin Adamec, MAFRA

Hegerova reforma – 2011 - 2012

- Zákon o zdravotních službách – nahrazuje zákon 20/1966 Sb. (!)
 - Definuje pojmy zdravotní péče a zdravotní služby
- Zákon o specifických zdravotních službách
 - Asistovaná reprodukce, Sterilizace, Terapeutická kastrace, testikulární pulpektomie, Změna pohlaví transsexuálních pacientů, Psychochirurgické výkony, Genetická vyšetření, Odběry lidské krve a jejích složek, léčba krví nebo jejími složkami
- Zákon o zdravotnické záchranné službě



Hegerova reforma – 2011 – 2012

- Vládní vyhlášky v roce 2012 rozhodly o:
 - Předpokládané maximální čekací lhůty pro určité postupy
 - Maximální zeměpisné / dojezdové vzdálenosti k určitým službám

skupina	dojezdová doba (v minutách)	Obor nebo služba
1	60	anesteziologie a intenzivní medicína gynekologie a porodnictví neonatologie dětské lékařství chirurgie vnitřní lékařství dlouhodobá péče (ošetřovatelská péče)
2	75	neurologie ortopedie pneumologie a ftizeologie rehabilitační a fyzikální medicína (akutní lůžková péče) urologie
3	120	traumatologie klinická onkologie dermatovenerologie infekční lékařství oftalmologie otorinolaryngologie psychiatrie následná lůžková péče (léčebně rehabilitační péče)
4	180	kardiochirurgie neurochirurgie cévní chirurgie radiační onkologie geriatrie

Plánované hrazené služby se lhůtou časové dostupnosti

Plánované hrazené služby	Lhůta časové dostupnosti, kterou nelze překročit
Náhrada kyčelního kloubu	52 týdnů
Náhrada kolenního kloubu	52 týdnů
Artroskopie	8 týdnů
Angiografie nekoronárních tepen a vaskulární intervenční výkony	8 týdnů
Echokardiografie	10 týdnů
Operace katarakty	30 týdnů
Endoskopické vyšetření	4 týdny
Denzitometrie	16 týdnů
Skiografie a sonografie	2 týdny
Počítačová tomografie	3 týdny
Magnetická resonance	5 týdnů
Mamografické vyšetření	6 týdnů
Zahájení biologické léčby roztroušené sklerózy	4 týdny



Hegerova reforma 2011-2012

- Tzv. "nadstandardní" léčebné postupy
- Výběr mezi standardní léčbou a nadstandardní léčbou (například lepší umělé oční čočky) -> pacient zaplatil rozdíl v ceně
 - Před zavedením nadstandardních zdravotnických služeb musel pacient zaplatit plné náklady na nákladnější možnost zdravotní péče bez jakéhokoli veřejného pokrytí, pokud nebyla předepsána dražší volba z určitého lékařského důvodu.
 - Podle bývalého ministra Hegera tato praxe vyvolala neformální platby pacientů, kteří doufali, že ovlivní své lékaře předepsat dražší nadstandardní zdravotní péči (IDNES, 2013).
 - Český ústavní soud zrušil nadstandardní postupy v červenci 2013 na základě technických nedostatků
 - Přestože Soudní dvůr rozhodl, že systém nadstandardních postupů je v zásadě právně spolehlivý, zastával názor, že seznam nadstandardních postupů musí být specifikován zákonem a nikoliv pouze vládním nařízením.
 - V roce 2012 bylo provedeno 433 000 nadstandardních postupů (a 857 000 očkování).



Adam Vojtěch



Ministr zdravotnictví Adam Vojtěch (30. července 2020) | foto: Dan Materna, MAFRA

Výhry a prohry Adama Vojtěcha. Prosadil eRecept, vaz mu zlomila pandemie

21. září 2020 12:41



Bývalý ministr zdravotnictví Adam Vojtěch byl ve funkci necelé tři roky. Během té doby se zasadil o pokrok v elektronizaci zdravotnictví nebo v reformě psychiatrické péče. Jeho působení ale narušila pandemie koronaviru, která ho dovedla až k rezignaci.



Klíčové výzvy (dle EK, 2019)

Rychlý vzestup chronických onemocnění, jako je diabetes, navíc před systém stává úkol nalézt integrovanější řešení při poskytování péče těmto pacientům.

Zdravotní stav obyvatelstva se vyznačuje výraznými nerovnostmi v závislosti na vzdělání a příjmu.

Nerovnoměrnost v rozmístění zdravotnických pracovníků se bude nejspíše prohlubovat, protože stále méně lékařů je ochotno usazovat se ve venkovských a znevýhodněných regionech.

Vyšší poptávka po zdravotní péči i dlouhodobé péči pravděpodobně vyvíjet tlak na rozpočty.

Značnou výzvu představuje posílení odolnosti zdravotního systému. Současný rámec veřejného financování silně závisí na odvodech z mezd ekonomicky aktivních jednotlivců. Takovýto systém je zranitelný vůči hospodářským otřesům a stárnutí obyvatelstva.



Klíčové výzvy (dle EK, 2019)

Pokusy zvýšit příjmy ze soukromých zdrojů prostřednictvím uživatelských poplatků v období 2008–2015 byly neúspěšné vinou nesouhlasu mnoha zúčastněných subjektů.

Stárnutí pracovní síly pravděpodobně zhorší stávající regionální rozdíly a bude ohrožovat spravedlnost v přístupu k péči

Správu a řízení systému zdravotnictví by bylo možné posílit aktivním zapojováním poskytovatelů, pojišťoven a profesní sdružení, do důležitých reforem



Shrnutí

Regulační poplatky jejíž podstatou bylo zamezení plýtvání a nadužívání zdravotnických služeb.

V ČR od 2007 zavedené regulační poplatky následně v r. 2012 zrušeny a zůstal pouze poplatek za pohotovost 90 Kč.

Stárnutí pracovní síly pravděpodobně zhorší stávající regionální rozdíly a bude ohrožovat spravedlnost v přístupu k péči

Správu a řízení systému zdravotnictví by bylo možné posílit aktivním zapojováním poskytovatelů, pojišťoven a profesní sdružení, do důležitých reforem

Rychlý vzestup chronických onemocnění) jakožto výzva pro implementaci změn a už financování tak změny celkového systému.

Zdravotní stav obyvatelstva se vyznačuje výraznými nerovnostmi v závislosti na vzdělání a příjmu.

Nerovnoměrnost v rozmístění zdravotnických pracovníků se bude nejspíše prohlubovat, protože stále méně lékařů je ochotno usazovat se ve venkovských a znevýhodněných regionech.

Vyšší poptávka po zdravotní péči i dlouhodobé péči pravděpodobně vyvíjet tlak na rozpočty.

Současný rámec veřejného financování silně závisí na odvodech z mezd ekonomicky aktivních jednotlivců. Takovýto systém je zranitelný vůči hospodářským otřesům a stárnutí obyvatelstva.



Zdroje

- zákon 592/1992
- Zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních 162/1992
- EK, 2019
- Prezentace MZČR, sledování dopadu regulačních poplatků
- ČSU 2011
- ÚZIS, 2012
- MZČR, 2009

Děkuji za pozornost



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

