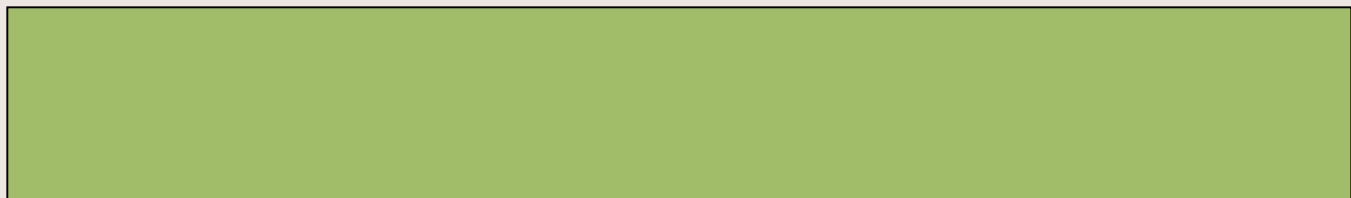


ORGANIZACE ZDRAVOTNICTVÍ

MUDr. Jan Št'astný

7. Zář 2005

Organizace zdravotnictví a determinanty zdraví



Determinanty zdraví

NEPŘÍMÉ (nepůsobí přímo na organismus):

- kulturní tradice a hierarchie hodnot,
- politicko-ekonomický systém,
- demografická situace,
- sociální stratifikace,
- role jednotlivce,
- a sociální prostředí.

Nepřímé determinanty zdraví¹ mají vliv na **tvorbu politického klimatu** a druhotně i právních norem ovlivňujících zdravotnický systém.

PŘÍMÉ (působí na organismus přímo):

- **životní prostředí** (cca 25%),
- **genetický základ** (cca 25%),
- **zdravotnictví** (cca 15%) a
- **životní styl** (cca 60%).

Struktura zdravotnického systému není věcí odborníků, nýbrž politiků; v demokratických systémech je **odrazem názoru voličů.**

System zdravotnictví, který neklade důraz na **zdraví prospěšný životní styl**, nemůže vést ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

Existuje **rozpor mezi logikou** (reprezentovanou přímými determinantami) **a politikou** (vyplývající z determinant nepřímých).

Organizace zdravotnictví je politickým kompromisem - Logice se může přibližovat jen ve společnostech, ve kterých si voliči uvědomují význam zdravého životního stylu.

Působení determinant zdraví v ČR po roce 1989

Během několika let se radikálně prodloužila
střední délka života:

Český zázrak ???

Dokážete nalézt důvod ?

Český „pseudozázrak“ devadesátých let minulého století

Hlavní příčiny:


- Dovoz a rozvoj medicinských technologií.

(Determinanta „zdravotnictví“ na čas převzala více důležitosti, než-li svých 15%)

- Určité zlepšení životního stylu některých skupin obyvatel.
- Zlepšení životního prostředí.

Nalevo a Napravo





Struktura zdravotnického systému není věcí odborníků, ale politiků.

V demokratických státech je struktura zdravotnického systému odrazem názoru voličů.

Jinou strukturu zdravotnických systémů mají společnosti kladoucí důraz na individuální přístup občana ke svému vlastnímu zdraví – jinou strukturu mají společnosti, které pokládají zdraví za „věc veřejného zájmu“.

Pravostranný pohled považuje zdravotní péči za zboží soukromé potřeby a její financování za záležitost příjemce péče; levostranný pohled klade zdravotní péči mezi veřejné statky garantované státem a její financování považuje za věc kolektivní.

Právo evropských zemí je zaměřeno na sociální rovnost v přístupu ke zdravotním službám a na plošné pokrytí celé populace, typický je zde vliv státu na zdravotnictví a menší individuální odpovědnost – přesto se tento systém dá nazvat **SOCIÁLNĚ – KONZERVATIVNÍM**.

Americké zdravotnictví je primárně zaměřeno na individuální odpovědnost a vliv státu je omezen na systémy Medicare (pro seniory) a Medicaid (pro sociálně slabé skupiny obyvatel. Důraz je naopak kladen na zaměstnavatele – tento systém lze nazvat **LIBERÁLNĚ – KONZERVATIVNÍM**, neboť vliv státu není zcela vyloučen.

Výhradně tržní přístup (individuální přístup analogicky pojištění majetku) vede ke snižování dostupnosti péče pro sociálně a mentálně slabší vrstvy.

Výhradně veřejný přístup tíhne k nepřiměřené solidaritě, k přemrštěné standardizaci postupů při poskytování péče a ke zvýšené spotřebě péče.

Příčiny kolapsu čistě tržního zdravotnictví:

- **nadprodukce**, která je běžnou součástí trhu,
- **nedostatečná kompenzace rizika**,
- **vysoká cena některých technologií**

- zvyšování spoluúčasti
- zvyšování pojistného
- platební neschopností pojištěnců
- platební neschopnost pojišťoven

Příčiny kolapsu čistě veřejného zdravotnictví:

- **pasivní přístup občanů ke svému zdraví**

- zvýšená incidence civilizačních chorob
- objektivně zvýšená spotřeba péče
- nedostatek finančních prostředků v systému

- **zdravotnictví jako „volný statek“**

- plýtvání, zbytná nadprodukce

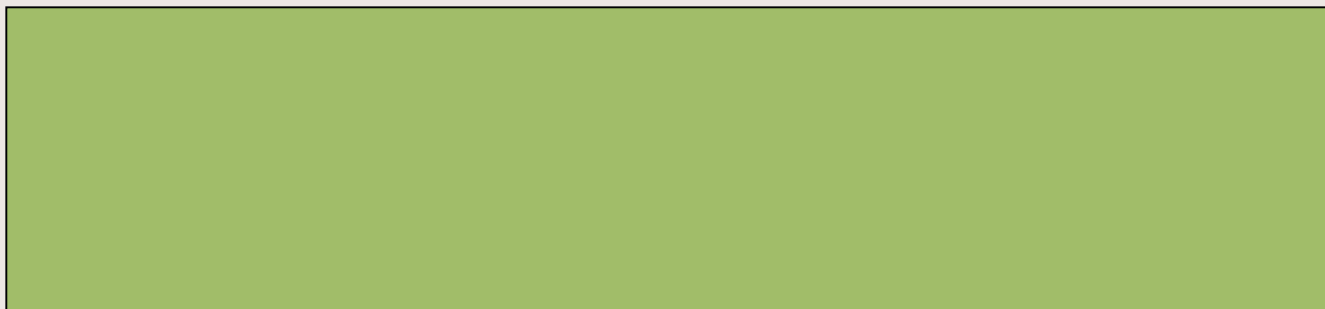
„bymělkování“

Demokratický stát **by měl** udržovat veřejné a soukromé zájmy v relativní rovnováze.

Organizace zdravotnictví **by měla** zohledňovat veřejné i soukromé zájmy

Zdravotnictví **by se mělo** ocitat kdesi v oblasti politického středu.

Zdravotnictví ČSSR



Proklamované zásady

1. celospolečenský charakter,
2. plánovitost péče,
3. ideová, organizační a funkční jednota,
4. bezplatnost, dostupnost, vysoká odbornost,
5. preventivní zaměření,
6. vědecký základ,
7. aktivní účast občanů,
8. předností zaměření na mladou generaci,
9. ochrana zdraví pracujících,
10. zásada spolupráce socialistických zemí.

Úspěchy

- všude tam, kde bylo možno aplikovat
direktivní metody:

hygienický dozor

běžné infekční choroby

kojenecká úmrtnost

pasivní prevence

Neúspěch:

civilizační choroby


Důvod:

**NEGATIVNÍ PŮSOBENÍ
DETERMINANT ZDRAVÍ**

- špatné životní prostředí
- negativní životní styl
- nedostupnost moderních medicinských technologií

Nedostupnost moderních medicinských technologií za socialismu

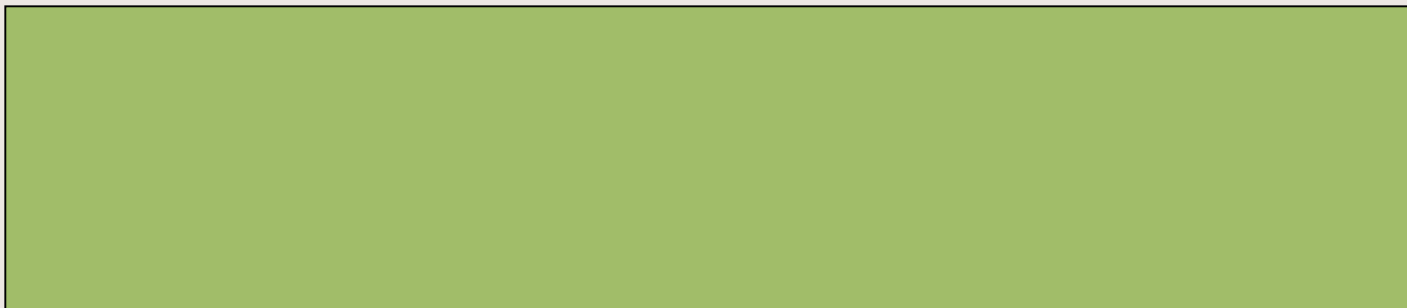
- dialýza nad 50. let věku
- transplantace kostní dřeně
- transplantace jiných orgánů, než-li ledvin
- kardiologie
- farmakoterapie
- ucelená rehabilitace



Střední délka života života
na konci devadesátých let:

**předposlední místo v Evropě
(před Rumunskem)**

Zdravotnictví ČR po roce 1990



Zdravotnická legislativa před rokem 1990

Pouze tyto právní normy:

- zák.č.20/1966 Sb., **o péči o zdraví lidu**
- zák.č.60/1986 Sb., **o umělém přerušení těhotenství**
- zák.č.39/1989 Sb., **o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi**

Plánované změny zdravotnické legislativy

- Vytvoření legislativních norem **ovlivňujících zdravotní péči, podmínek jejího provozování a úkolů orgánů státní správy a samosprávy ve zdravotnictví.**
- Vytvoření legislativy zavádějící **zdravotní pojištění.**
- Vytvoření právních norem umožňujících **vznik nestátních subjektů.**
- Vytvoření **právních norem v oblasti hygienické péče.**
- Vytvoření právní normy koordinující **odběry orgánů za účelem transplantací.**
- Vytvoření právních norem ovlivňujících problematiku výroby, distribuce, klinického zkoušení, aplikace, kontroly a jiných věcí souvisejících s **léčivý.**
- Vytvoření právních norem měnících **system doškolování** zdravotnických pracovníků a přizpůsobujících tento systém stavu v Evropské unii.

Období nejradikálnějších změn: 1990 - 1992

1990: Návrh nového systému zdravotní péče

(svobodná volba, demonopolizace, konkurence, význam obce samostatnost zdravotnických zařízení, vícezdrojové financování, zdravotní pojištění)

1991: Národní program obnovy a podpory zdraví

(vycházel ze zásad WHO, vysoce ambiciosní, v dané chvíli nereálný)

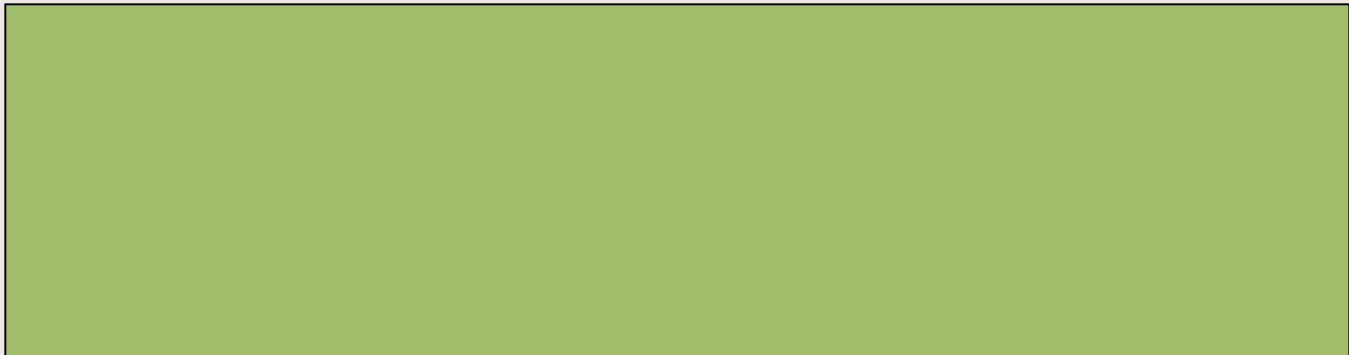
Střednědobá strategie:

- 1. rodinné zdraví,**
- 2. prevence infekčních chorob,**
- 3. prevence neinfekčních chorob,**
- 4. duševní zdraví,**
- 5. péče o zdravotně postižené.**

Zásadní faktory, které ovlivnily transformaci

- **nutnost zachovat právní kontinuitu,**
- **přijetí Listiny základních lidských práv a svobod** – rozvinula se dodnes nekončící diskuze týkající se problému „bezplatnosti“ péče,
- **oddělení sociální sféry** od zdravotní, což doposud značně komplikuje vytváření systému „ucelené rehabilitace“, který je jedním z nejzákladnějších předpokladů efektivního čerpání finančních prostředků ve zdravotní i v sociální sféře,
- **předčasná decentralizace** bez vytvoření nástrojů koordinace – původní krajské a okresní ústavy národního zdraví se rozpadly ve stovky až tisíce samostatných státních zdravotnických zařízení financovaných zpočátku ještě rozpočtovým způsobem!
- **chaotická privatizace**, do níž byly „vložené“ prakticky veškeré nemocnice vyjma původních „krajských“; tento neuvážený krok vyvolal ve zdravotnické i nezdravotnické veřejnosti pocit, že „transformace zdravotnictví rovná se jeho privatizace“
- problémy vznikající se **zaváděním zdravotního pojištění,**
- **minimální propagace efektivních systémů organizace a řízení zdravotnictví**, například systémů řízené péče,
- **politizace problematiky transformace zdravotnictví.**

Situace roku 2005



Právní vědomí občanů České republiky

- Kvantitativní složku PV představuje úroveň **znalostí problematiky zdravotnictví**, kvalitativní složku představuje **ochota ke změnám v systému**.

Důsledky nízké úrovně PV v oblasti zdravotnictví:

- **neochota** změnit současný systém, který má kořeny v centralistických principech rakousko-uherské monarchie, prvorepublikovém zdravotně sociálním systému a socialistických dogmatech
- **ochota** naslouchat různým populistickým aktivitám propagujícím ekonomicky nerealizovatelné „transformační“ kroky.

Tržně ekonomické aspekty poskytování zdravotní péče jsou veřejností systematicky odmítány s poukazem na to, že užitek ze zdravotnických služeb se vztahuje ke zdraví a životům lidí, které mají nezměřitelnou hodnotu.

Paternalistická role státu

Trh zdravotnických služeb je natolik regulován, že dávno přestal být trhem a stal se de facto objektem státního plánování a státního financování

Důsledky:

- **pasivní přístup občanů** k ochraně vlastního zdraví, ke změně životního stylu, k preventivní zdravotní péči a ke sledování nákladů za poskytnutou péči
- **direktivní stanovování sítě zdravotnických zařízení** („HORIZONTÁLNÍ MODEL“) vedoucí k nadbytku akutních lůžek a jejich nevhodné struktuře, upřednostňování ústavní péče nad péčí ambulantní, domácí a stacionární
- **upřednostňování zájmů veřejných** nad soukromými
- **upřednostňování poskytovatelů zřizovaných státem**
- **tendence k integraci zdravotní péče do nemocnic** a k jejímu **rozpočtovému financování** („STEPNÍ SYSTÉM“)

Paternalistická role krajů

NEBEZPEČÍ MONOPOLU SE VŠEMI DŮSLEDKY

Vznik „veřejných zdravotnických organizací“, popř. „akciových společností“ na krajské) úrovni je **analogií socialistických „ústavů národního zdraví“**; v obou případech se jedná o organizaci s právní subjektivitou, která má **monopolní postavení**, zaměstnává osoby bez právní subjektivity a **určuje „sít poskytovatelů“ „horizontálním způsobem“**.

Důsledky:

- **komunální protekcionismus** veřejného vlastnictví a služeb (až komunální socialismus),
- **omezování mimonemocničních, ekonomicky efektivních způsobů poskytování péče** (home care, ambulantní péče, stacionáře)
- **fixace neefektivních způsobů řízení** nemocnic,
- **fixace nadbytečného** počtu lůžek, personálního vybavení, HTS zabezpečení
- bezdůvodné **vyčerpávání regionálních rozpočtů**,
- **fixace bariery** mezi privátními a nezprivatizovanými poskytovateli ambulantní péče, se všemi negativními ekonomickými i etickými důsledky,
- pozvolný zánik privátní sféry.

Hodnocení vzniku akciových společností z okresních nemocnic:

□ Pokud je vznik akciové společnosti prostředkem (odrazovým můstkem) pro další transformaci krajského zdravotnictví, pak se jedná o počinek pozitivní.

□ Pokud je vznik akciové společnosti cílem transformace, pak je jeho neodvratitelným důsledkem potlačení regulovaného trhu a konkurence působením monopolu této a.s., se všemi negativními důsledky uvedenými výše; v tomto případě je vznik nemocnice jako a.s. nutno hodnotit negativně.

Informační asymetrie, alias Všeználek kontra Neználek

= **hromadění informací na straně poskytovatelů péče za současného bloku transportu informací směrem k příjemcům péče.**

Pacienta je udržován v submisivním postavení a důsledkem je jeho nežádoucí pasivita, s negativními důsledky zdravotními i ekonomickými

Proti důsledkům informační asymetrie působí konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče a konkurence mezi poskytovateli péče bude tím silnější, čím aktivnější roli bude pacient hrát.

Zdravotnictví jako „volný statek“

Pojištěnci si neuvědomují cenu zdravotní péče, v okamžiku jejího čerpání mají péči zdánlivě „zadarmo“ (nepocitují náklady), **zdravotní péče se stává „volným statkem“**:

Je-li zboží nebo služba volným statkem, má člověk tendenci spotřebovávat jej nadměrně.

Zvýšená poptávka není účinně regulována úhradovými mechanismy **a ze stran poskytovatelů je do značné míry i vítána**, zdravotnictví získává samovolnou tendenci k růstu výdajů a zdravotní pojištění trpí opakovanou tendencí k deficitům.

Přebytek poptávky nad nabídkou v terénu unitárního veřejného pojištění (které je de facto jedním z mechanismů izolujících zdravotnický systém od vlivu regulovaného trhu), vede též k tomu, že klesá kvalita poskytovaných zdravotnických služeb a zhoršuje se chování lékařů a zdravotnického personálu k pacientům.

Opomíjení vlivu determinant zdraví

Zásadní chybou řady koncepcí, které byly doposud předkládány bylo, že ignorovaly důležitost „determinant zdraví“, tedy faktorů, které ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva.

Vzhledem k tomu, že se na zdravotním stavu populace v největší míře podílí životní styl, **je neúčinná jakákoli reforma, která není zaměřena na změnu životního stylu.**

Životní styl, žebříček hodnot i zdravotní problémy různých sociálních skupin jsou odlišné – a odlišné musí být i zdravotní zabezpečení různých sociálních skupin

Omezování

svobodné volby, trhu a konkurence

- **na úrovni výběru pojistného plánu**

Unitární, veřejné zdravotního pojištění zastřešuje veškeré sociální a další skupiny obyvatelstva bez ohledu na jejich skutečné potřeby.

- **na úrovni výběru poskytovatele**

Souběžně s omezováním svobodné volby poskytovatele se objevují tendence k **integraci veškeré zdravotní péče (ambulantní i lůžkové) do spádových nemocnic**; vytvářejí se tak organizační útvary velmi podobné socialistickým „ústavům národního zdraví“

Důsledkem omezování svobodné volby je **omezování regulovaného trhu a konkurence.**

Absence „aktivní prevence“

Za aktivní lze považovat prevenci (preventivní programy) determinované **poptávkou fyzických nebo právnických osob, které se tak stávají „subjektem“** péče (opakem je prevence řízená státem, kde je se občan, zaměstnavatel a podobně dostávají do pozice „objektu péče“, tedy pasivního příjemce).

Aktivní prevenci mohou přinést pouze volitelné pojistné plány, tedy „neveřejná“ alternativa k veřejnému zdravotnímu pojištění.

Izolace nemocenského pojištění

System nemocenského pojištění, který je v České republice praktikován stojí na „bismarkovských“ základech; **doba vzniku byla charakterizována prioritní potřebou sociálního zabezpečení v nemoci, přičemž cena doprovodné zdravotní péče byla minimální.**

Největší procento případů pracovní neschopnosti je ve stavebnictví a největší délka v zemědělství – v obou případech se jedná o sezónní zaměstnání a nelze vyloučit **účelovost v čerpání nemocenských dávek.**

Denní stav pracovní neschopnosti je přibližně **300 tisíc osob**, což je o 100 tisíc více než-li před rokem 1990.

Největší procento případů pracovní neschopnosti tvoří nemoci dýchací soustavy (akutní infekce 11% všech případů), přičemž akutní infekce v drtivé většině návštěvu zdravotnického zařízení teoreticky nevyžadují a ani z epidemiologického hlediska není vhodné, aby nemocní navštěvovali lékaře pouze z důvodu vystavení neschopenky.

Absence ucelené rehabilitace

Ucelená rehabilitace je multioborový a nadrezortní systém, jehož cílem je umožnit zdravotně postiženým osobám, aby se navrátily do přirozeného sociálního (a pokud možno i pracovního) prostředí.

Zdravotnický systém, který v neadekvátním množství „produkuje“ invalidní důchodce je ekonomicky i eticky pochybný.

Celkový počet invalidních důchodů je v České republice obrovský, jedná o přibližně o **půl milionu osob**, jde tedy cca o 5 % všech obyvatel, o 7 % obyvatel v produktivním věku.

Nárůst počtu invalidních důchodů nastoupil po roce 1990 a je pravděpodobné, že se **přidělováním invalidních důchodů částečně řešil problém nezaměstnanosti**, který po roce 1990 nastal; v zájmu snižování nezaměstnanosti je přiznáván statut částečné nebo plné „nezaměstnatelnosti“.

Tomuto konstatování odpovídá i skutečnost, že **nejvíce invalidních důchodů bylo přiznáno na „nemoci svalové a kosterní soustavy“**; téměř 100 tisíc občanů České republiky pobírá na počátku 21. století invalidní důchod na onemocnění meziobratlových plotének.

Nejzávažnějším etickým důsledkem současného způsobu přiznávání invalidních důchodů je **demoralizace občanů**, která se u zdravotně postižených osob projevuje upřednostňováním „invalidizace“ před rehabilitací (renty před vlastním výdělkem)

Vlastní struktura ekonomických ztrát navazujících na přiznání invalidního důchodu je mnohofaktoriální:

- přiznaný důchod je ekonomickou ztrátou, neboť není odrazem vyprodukovaných hodnot, **neschopnost podílet se na tvorbě HDP** se dá považovat za ztrátu ve smyslu „minus“,
- další ztráty vyplývají i z „**inaktivace**“ **osob pečujících** o zdravotně postiženého,
- těžko kvantifikovatelné ztráty vyplývají i z **nelegálního zaměstnávání „invalidních důchodců“**, tedy z propojení sociálního systému s „černou ekonomikou“,
- stále přetrvávají ztráty vyplývající z **upřednostňování rezidenční péče**,
- nenahraditelné jsou ztráty vyplývající z **nemožnosti uplatnit dosavadní znalosti, zkušenosti a kvalifikaci**.

Absence úrazového pojištění

= pojištění úrazů a chorob způsobených zaviněním konkrétní fyzické nebo právnické osoby
(choroby a úrazy z povolání, úrazy profesionálních sportovců, úrazy při nadstandardních zálibách ...)

Svým rozsahem by úrazové pojištění nebo připojištění mělo (v ideálním případě) pokrývat:

- prevenci,
- léčbu a rehabilitaci,
- odškodňování,
- invalidní důchody v důsledku chorob a úrazů z povolání

Cíle, modely a principy
další reformy
zdravotnictví ČR



Algoritmus reformy

- Definice strategických cílů.
- Stanovení modelu reformy
- Určení principů reformy.
- Stanovení cest vedoucích k dosažení cílů.

Definice strategických cílů

NE: zlepšení financování zdravotnictví

ANO:

- **Zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.**
- **Prodloužení střední délky života.**
- **Udržení kvality života ve stáří a v případě zdravotního postižení.**
- **Kvalitativní změna postavení občana v systému zdravotní péče.**


Model reformy

Zvolený model se odvíjí od ekonomicko-politické situace.



Od **modelu** se odvíjejí základní **principy** reformy, od principů **cesty**

Existuje několik základních modelů reformy:
SOCIALISTICKÝ, SOCIÁLNĚ - KONZERVATIVNÍ,
LIBERÁLNĚ - KONZERVATIVNÍ a LIBERÁLNÍ



Jednotlivé modely mohou být
postaveny na podobných
principech, cesty k realizaci cílů
jsou však zásadně odlišné

M O D E L	SOCIALISTICKÝ	SOCIÁLNĚ-KONZERVATIVNÍ	"VÝUKOVÝ"	LIBERÁLNĚ-KONZERVATIVNÍ	LIBERÁLNÍ
způsob tvorby sítě	výhradně horizontální	převážně horizontální	třístupňový	převážně vertikální	výhradně vertikální
centralizace řízení	totální	částečná	v I. a III. stupni	minimální	žádná
rozpočtové financování	výhradně	částečně	v I. a III. stupni	minimální	0
zdravotní pojištění	0	spíše unitární	v II. stupni pluralitní	spíše pluralitní	výhradně pluralitní
trh a konkurence	NE	spíše NE	ANO v II. stupni	spíše ANO	ANO
regulace trhu		ANO		částečně	NE
veřejný zájem	výhradně ANO	spíše ANO	v I. a III. stupni ANO	spíše NE	NE

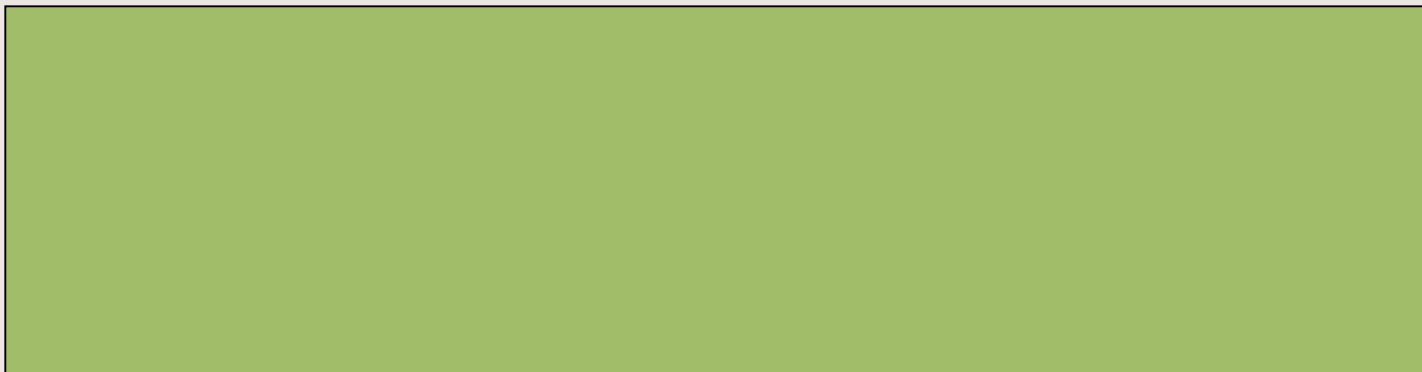
Základní principy reformy zdravotnictví

- 1. Plošné zajištění dostupnosti**
- 2. Důraz na prevenci**
- 3. Efektivní využívání zdrojů**
- 4. Návaznost zdravotní a sociální péče**

Cesty k realizaci „středového“ (výukového) modelu

- Definice „solidárně hrazené péče“
- Třístupňová garance péče
- Řízená péče (její součástí je regulovaný trh, pluralita pojistných plánů, ONÚ apod.)
- Ucelená rehabilitace
- Úrazové pojištění

Cesty k realizaci „středového“ modelu



Cesty k realizaci sociálně-konzervativního modelu

- **Definice „solidárně hrazené péče“**
- Třístupňová garance péče
- Řízená péče
- Ucelená rehabilitace
- Úrazové pojištění

Právní normou definovaný nárok na určitý rozsah „solidárně hrazené péče“

Každý pojistný plán v sobě musí zahrnovat pojištění na „solidárně hrazenou péči“

Spoluúčast při úhradách některých typů „solidárně hrazené péče“ je důležitým regulátorem neadekvátního čerpání !

SOLIDÁRNĚ HRAZENÁ PÉČE BEZ SPOLUÚČASTI NA ÚHRADÁCH

- tzv. „**nepojistitelná péče**“, tedy péče extrémně finančně nákladná (právě tato péče by teoreticky mohla být hrazena z ESF),
- **rychlá záchranná služba**,
- péče na jednotkách **ARO**,
- péče vedoucí k **odvrácení invalidity**, tzn. vyšetření zbytkového pracovního potenciálu v rámci poskytnutí ucelené (komplexní, komprehenzivní) rehabilitace,
- péče v **odborných léčebných ústavech** včetně psychiatrických léčeben,
- **komplexní lázeňská péče** u pacientů zařazených do určitých typů zdravotních skupin,
- **preventivní péče**, jejíž rozsah je dán vyhláškou,
- **dispenzární péče**, jejíž rozsah je dán vyhláškou,
- domácí ošetrovatelská péče (**home care**) v **prvých 5-ti dnech po propuštění** z akutního nemocničního lůžka do domácí péče,
- zdravotní péče o **terminálně nemocné a umírající**, včetně léčby bolesti,
- péče o **děti do 18. let**,
- **geriatrická péče**,
- léčba **infekčních onemocnění**, jejichž rozsah stanoví vyhláška,
- léčba **psychiatrických onemocnění**, jejichž rozsah stanoví **vyhláška**,
- **ohledání těla a pitva**.

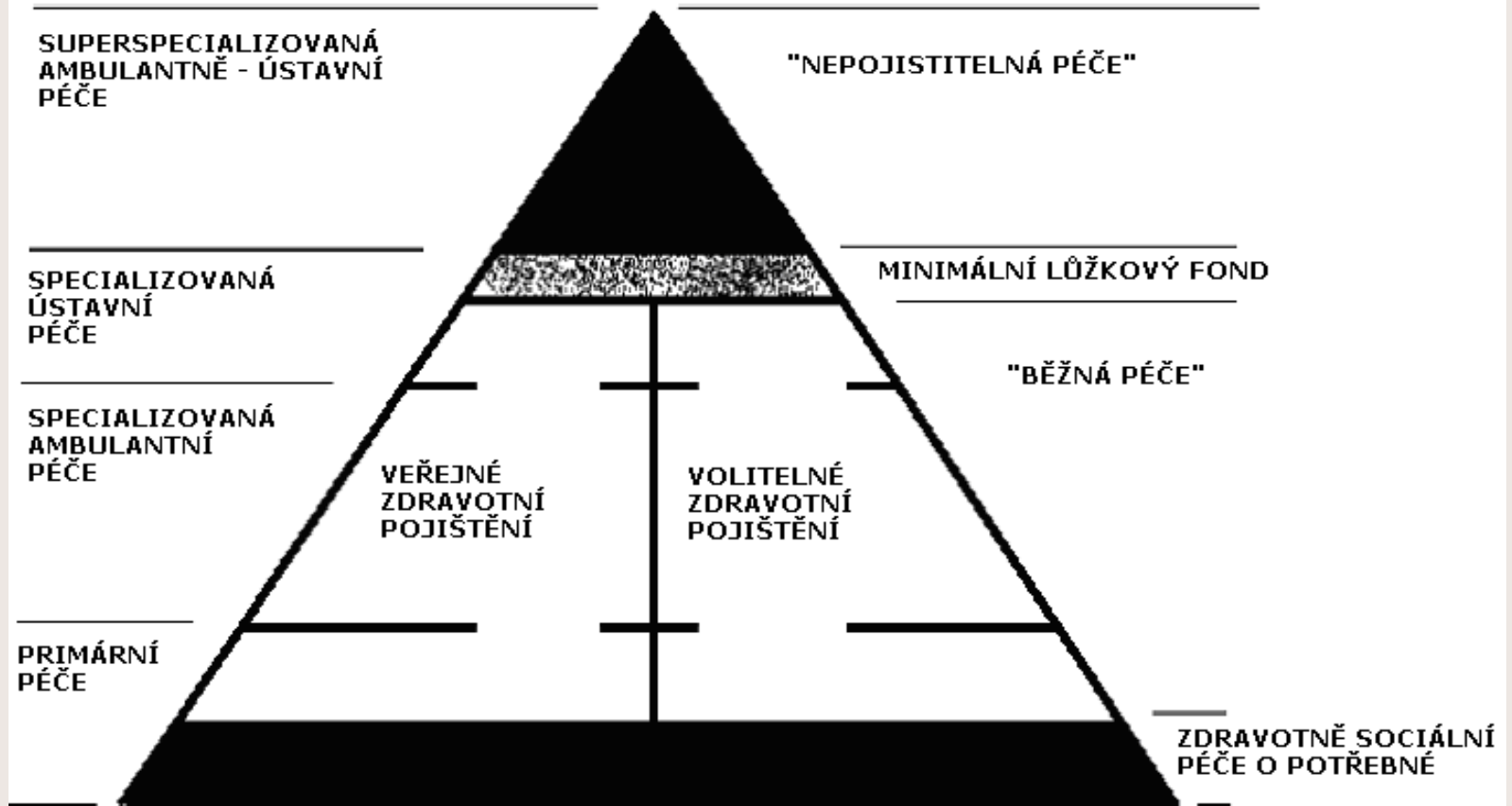
SOLIDÁRNĚ HRAZENÁ PÉČE SE SPOLUÚČASTÍ NA ÚHRADÁCH

- neodkladná péče na **akutním nemocničním lůžku**, nejedná-li se o službu výše definovanou jakou plně hrazenou,
- **léčiva a prostředky zdravotnické techniky**, pokud nejsou součástí léčby definované jako plně hrazená,
- **domácí ošetrovatelská péče (home care) mezi 6. až 10. dnem po propuštění** z akutního lůžka do domácí péče.
- **návštěva LSPP popř. jiné podobné služby** (např. v nemocnicích),
- **léčebná rehabilitace**
- **zdravotní péče ve stacionářích a jednotkách jednodenní hospitalizace**,
- **péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.**

Cesty k realizaci sociálně-konzervativního modelu

- Definice „solidárně hrazené péče“
- **Třístupňová garance péče**
- Řízená péče
- Ucelená rehabilitace
- Úrazové pojištění

PYRAMIDA ZDRAVOTNÍ PÉČE



BÍLE: tvorba sítě vertikálním způsobem
ČERNĚ: tvorba sítě horizontálním způsobem
ZRNITĚ: průnik obou modelů

HORIZONTÁLNÍ A VERTIKÁLNÍ ZPŮSOB TVORBY SÍTĚ POSKYTOVATELŮ

	HORIZONTÁLNÍ MODEL	VERTIKÁLNÍ MODEL
TYP GARANCE	garance sítě	garance služeb
METODIKA	direktivní stanovení	regulovaný trh
ORGANIZÁTOR	stát, kraj, obec, region	zdravotní pojišť'ovna
SPÁDOVOST	převážně regionální	převážně smluvní
SVOBODNÁ VOLBA	omezena regionálně	omezena pojistným plánem
NEJVÝHODNĚJŠÍ STYL POJIŠTĚNÍ	unitární veřejné	pluralitní (veřejné a volitelné)
VÍCEZDROJOVÉ FINANCOVÁNÍ	ano	ne
VHODNÉ PRO	<ul style="list-style-type: none">- finančně nákladnou péči- zdravotně sociální péči- minimální počet lůžek (?)	"běžnou" péči

I. STUPEŇ: ZAJIŠTĚNÍ DOSTUPNOSTI PRIMÁRNÍ PÉČE

- pokud se potřebná síť zařízení primární péče nevytvoří spontánně,
- o občany, kteří z nějakého důvodu vypadli ze systému zdravotního pojištění,
- o občany, kteří neuspěli v systému svobodné volby lékaře či zdravotnického zařízení.

Tuto dostupnost mohou nejlépe zajistit instituce, které jsou nejbližší k občanům, tedy obce a obvody; podmínkou zajištění je vícezdrojové financování této oblasti: zdravotním pojištěním (veřejného typu) a účastí finančních prostředků obcí a obvodů; v této oblasti je také ideální propojení péče zdravotní a sociální.

II. STUPEŇ: ZAJIŠTĚNÍ DOSTUPNOSTI „BĚŽNÉ“ PÉČE

Zásady:

- Pluralita pojistných plánů
- Vertikální styl tvorby „sítě“ založený na smluvních vztazích mezi ZP a poskytovateli
- Řízená konkurence (managed competition)

Faktory „řízení konkurence“:

- Strop příjmů systému daný výběrem pojistného
- Povinnost pojištění „solidárně hrazené péče“
- Kompenzace rizika výběru lukrativních pojišťenců
- Kompenzace rizika výběru lukrativních poskytovatelů

Kompenzace rizika výběru lukrativních pojišťenců

= vyloučení možnosti, aby si
pojišťovny vybíraly mladé a zdravé
pojištěnce

Metoda: PŘEROZDĚLOVÁNÍ VÝBĚRU
POJISTNÉHO

podle struktury pojišťenců

KOMPENZACE RIZIKA

DOSTATEČNÁ	NEDOSTATEČNÁ
zachování dostupnosti	omezení dostupnosti (výběr lukrativních pojištěnců)
konkurence se zaměřuje na náklady na kvalitu	konkurence se zaměřuje na výběr ziskových pojištěnců
motivace nabídnout kvalitní služby všem klientům	motivace nabídnout kvalitní služby pouze ziskovým pojištěncům

Kompenzace rizika výběru lukrativních poskytovatelů

= vyloučení možnosti, aby si
pojišťovny poskytovatele nabízející
dumpingové ceny

Metody:

- Stanovení minimálních cen
- Uzavírání smluv nikoli přímo s
poskytovateli, nýbrž s organizací,
která je zastřešuje (SRN)

III. STUPEŇ: ZAJIŠTĚNÍ DOSTUPNOSTI „NEPOJISTITELNÉ“ PÉČE

Proč uvažovat o částečném či úplném vyjmutí vysoce nákladné péče ze systému pojištění:

- nadprodukce, která je běžnou součástí trhu – a v jistém omezení i trhu regulovaného, by v oblasti supernákladné péče znamenala neadekvátní růst nákladů,
- podobným způsobem zatěžuje systém zdravotního pojištění i jakákoli duplicita, ať už jednotlivých vyšetření, tak i nadbytečný počet poskytovatelů,
- každé rozšíření spektra poskytovatelů, přístrojové techniky a podobně je vysoce investičně nákladné.

Forma vyjmutí: EXTERNÍ SOLIDÁRNÍ FOND (ESF)

ČÁSTEČNÉ VYJMUTÍ

Synonymem částečného vyjmutí je **vícezdrojové financování**; určitá pracoviště, vytypovaná na základě výběrových řízení, by získala **nárok na dotace**.

Tyto dotace by mohl teoreticky **poskytovat přímo stát** (konstituování ESF by v tomto případě nebylo bezpodmínečně nutné), anebo by dotace mohly být poskytovány právě **prostřednictvím ESF**.

Dotace by v případě „částečného vyjmutí“ přicházely **paralelně s platbami od zdravotních pojišťoven**; bylo by žádoucí, aby **zdravotní pojišťovny pokryly výkonovou část** poskytnuté péče (provozní náklady) a **dotace část investiční**, popřípadě odpisy.

ÚPLNÉ VYJMUTÍ

Jednalo by se o zásadní zásah do systému financování zdravotnictví; **externí solidární fond** (ESF), který by patrně musel být vytvořen, by v podstatě vytvářel určitou „pojišťovnu pojišťoven“.

Příjmy ESF by by v případě úplného vyjmutí supernákladné péče ze zdravotního pojištění mohly být následující:

- kapitace od všech existujících zdravotních pojišťoven (určitá taxa za pojištěnce),
- podíl z příjmů za hospitalizační a jiné „taxy“, které zdravotnická zařízení inkasují,
- příspěvky ze státního rozpočtu,
- podíl ze spotřebních daní výrobků ohrožujících zdraví,
- příjmy z privatizace státních zdravotnických zařízení, jiné příjmy (dary a podobně).

Z ESF by se následně financoval provoz i investice poskytovatelů, kteří by byli vybráni na základě výběrových řízení; **nemělo by se však jednat o nemocniční celky, ale o konkrétní pracoviště, která by musel být ekonomicky izolována a financována rozpočtovým způsobem.**

ESF JAKO „SPRÁVA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ“

Fond by měl mít standardní organizační strukturu:

- **správní rada**
- **dozorčí rada**
- **výkonná složka**

Fond by mohl soustředit i další funkce:

- ✓ **přerozdělování**
- ✓ **vymáhání pojistného a penalizací**
- ✓ **informační systém zdravotního pojištění**

Cesty k realizaci „středového“ modelu

- Definice „solidárně hrazené péče“
- Třístupňová garance péče
- **Řízená péče**
- Ucelená rehabilitace
- Úrazové pojištění

(managed care)

= **komplex právních, manažerských a medicinských nástrojů, jehož prostřednictvím lze dosáhnout zlepšení dostupnosti, efektivity a kvality zdravotní péče.**

Důvody vzniku řízené péče jsou trojího druhu:

- **medicinské**: rozmach efektivních, ale finančně nákladných medicinských technologií a potřeba jejich zavádění do běžné praxe,
- **ekonomické**: překotný nárůst podílu zdravotnictví na HDP, který se objevil koncem minulého století,
- **sociální**: snaha o zajištění dostupnosti péče pro všechny sociální skupiny.

Cílem řízené péče je ekonomická efektivita, která v sobě zahrnuje:

- ✓ složku efektivního nasměrování zdrojů (**alokační efektivita**)
- ✓ Složku efektivního využívání technologií (**technologická efektivita**)
- ✓ Složku efektivního získávání a využívání zdravotnické techniky (**technická efektivita**)

Metody „řízené péče“

- zaměřené na plátce
- zaměřené na poskytovatele
- zaměřené na příjemce

METODY ŘÍZENÉ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA PLÁTCE

**OBECNĚ: motivace plátců k ekonomické efektivitě
(alokační, technologické, technické)**

**Existuje rozdíl v metodách řízené péče mezi
veřejným pojištěním (je více svázáno právními
normami realizujícími „veřejný zájem“) a
neveřejnou sférou, kde existuje určitá smluvní
volnost v nabídce i smluvních vztazích.**

Veřejné pojištění = „záchytná síť“

ŘÍZENÁ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA PLÁTCE V OBLASTI VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Metoda: řízení přístupu k péči

- „gatekeeping“ (návštěva specialistů pouze na doporučení lékaře primární péče),
- pořadníky na odkladnou péči,
- schvalování neakutních hospitalizací revizními lékaři,
- omezení svobodné volby poskytovatele (spádová zdravotnická zařízení)

ŘÍZENÁ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA PLÁTCE V OBLASTI NEVEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

- konkurence pojistných plánů (samotná její existence zvyšuje kvalitu a ekonomickou efektivitu)**
- řízení konkurence (povinné pojištění „solidárně hrazené péče“, kompenzace rizik)**
- omezení svobodné volby poskytovatele v rámci pojistného plánu**
- propojování zdravotního, nemocenského a úrazového pojištění**

Nabídka volitelných pojistných plánů je předmětem **konkurence mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami**; předpokládá se, že vytváření **motivace pojištěnců k aktivnímu typu prevence** prostřednictvím volitelných plánů.

Volitelné pojistné plány jsou vytvářeny na základě poptávky ze stran fyzických a právnických osob; jejich **povinnou součástí je vždy pojištění „solidárně hrazené péče“**.

Občan má nárok na volbu plánu, pokud prokazatelně disponuje s finančními zdroji potřebnými k úhradám volitelného typu pojištění; za potřebné finanční zdroj se považuje **nejméně dvaapůlnásobek životního minima**.

Občan ztrácí nárok na volbu pojistného plánu **pokud nedisponuje potřebnými finančními zdroji**, nebo **pokud prokazatelně nedodrží smluvní podmínky se zdravotní pojišťovnou** (tyto podmínky se mohou týkat i dodržování preventivního programu dané pojišťovny).

Právní normou bude dána pouze minimální spoluúčast na úhradách „solidárně hrazené péče“, takže volitelné pojistné plány se mohou **lišit rozsahem spoluúčasti při poskytování „solidárně hrazené péče“(SHP)**; čím větší spoluúčast na úhradách SHP, tím větší částku možno připisovat na OZÚ.

Volitelné pojistné plány mohou **propojovat zdravotní a úrazové pojištění** a mohou být zaměřeny rezortně; preventivní programy mohou být zaměřeny na potřeby některých specifických profesí.

Volitelné pojistné plány se mohou lišit:

- způsobem vytváření OZÚ
- individuálními plány nemocenského pojištění,
- nabídkou úrazového pojištění
- nabídkou nadstandardu,
- nabídkou dalších doplňkových pojištění, peněžních služeb atd.,
- strukturou financování (klasický typ, HMO)

METODY ŘÍZENÉ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA POSKYTOVATELE

- **řízení léčebného procesu**

(standards léčebných postupů a farmakoterapie)

- **paušalizace úhrad**

- **kapitace** (primární péče),

- **case mix systémy:**

Diagnosis related groups (DRG) - akutní lůžka

Ambulatory patient groups (APG) - ambulantní péče

Resource utilisation groups (RUG) - neakutní lůžka

- **vícezdrojové financování**

VÍCEZDROJOVÉ FINANCOVÁNÍ

- Zdravotní pojištění
- Externí solidární fond
- Státní rozpočet
- Veřejné rozpočty
- Pojišťenci formou spoluúčasti

Vícezdrojové financování zdravotnických zařízení s účastí ESF, státního nebo veřejných rozpočtů je vhodné jen v případě I. a III. stupně garance péče, jinak může narušit prostředí regulovaného trhu.

METODY ŘÍZENÉ PÉČE ZAMĚŘENÉ NA PŘÍJEMCE PÉČE

MOTIVACE:

- osobní zdravotní účty (OZÚ)
- osobní nemocenské účty (ONÚ)
- omezení možnosti volby pojistného plánu (zaměstnání, příjem)

OZÚ – solidarita „zdravých s nemocnými“

ONÚ – solidarita „bohatých s chudými“

„SANKCE“:

- taxy
- spoluúčasti

TAXY: hospitalizační, návštěvní (LSPP), dopravní aj.

SPOLUÚČASTI: zejména na úhradách léčiv, tak jako doposud

PRINCIP OZÚ

Pojistné na zdravotní pojištění může představovat (a v oblasti veřejného zdravotního pojištění představuje) z ekonomického hlediska tzv. „utopené náklady“; jsou to výdaje, které občan nebere v úvahu, neboť ví, že je nemůže ovlivnit.

Zavedením osobních zdravotních účtů (OZÚ) mohou být tyto utopené náklady přeneseny do oblasti „nákladů příležitostných“, mohou se stát předmětem zájmu občana a v důsledku pak může dojít i k efektnímu vynakládání těchto finančních prostředků.

OZÚ

Občan (a zaměstnavatel) odvede částku na zdravotní pojištění podobným způsobem jako doposud.

Pojistné vybrané od veškerých pojištěnců je přerozděleno, dojde tak ke kompenzaci rizika (výběru lukrativních pojištěnců).

Po přerozdělení občan obdrží finanční částku určenou pro jeho OZÚ, tuto částku však povinně svěří zdravotní pojišťovně, kterou si vybere.

Zdravotní pojišťovna pak hospodaří s jeho OZÚ podobným způsobem jako banka, zákon však stanoví, že je pojištěnec povinen odvést ze svého účtu finanční částku do „solidárního fondu“ (interní solidární fond).

Z interního solidárního fondu je hrazena „solidárně hrazená péče“ bez spoluúčasti či se spoluúčastí.

Veškerá ostatní zdravotní péče je hrazena z OZÚ a občan tyto výdaje může aktivně sledovat.

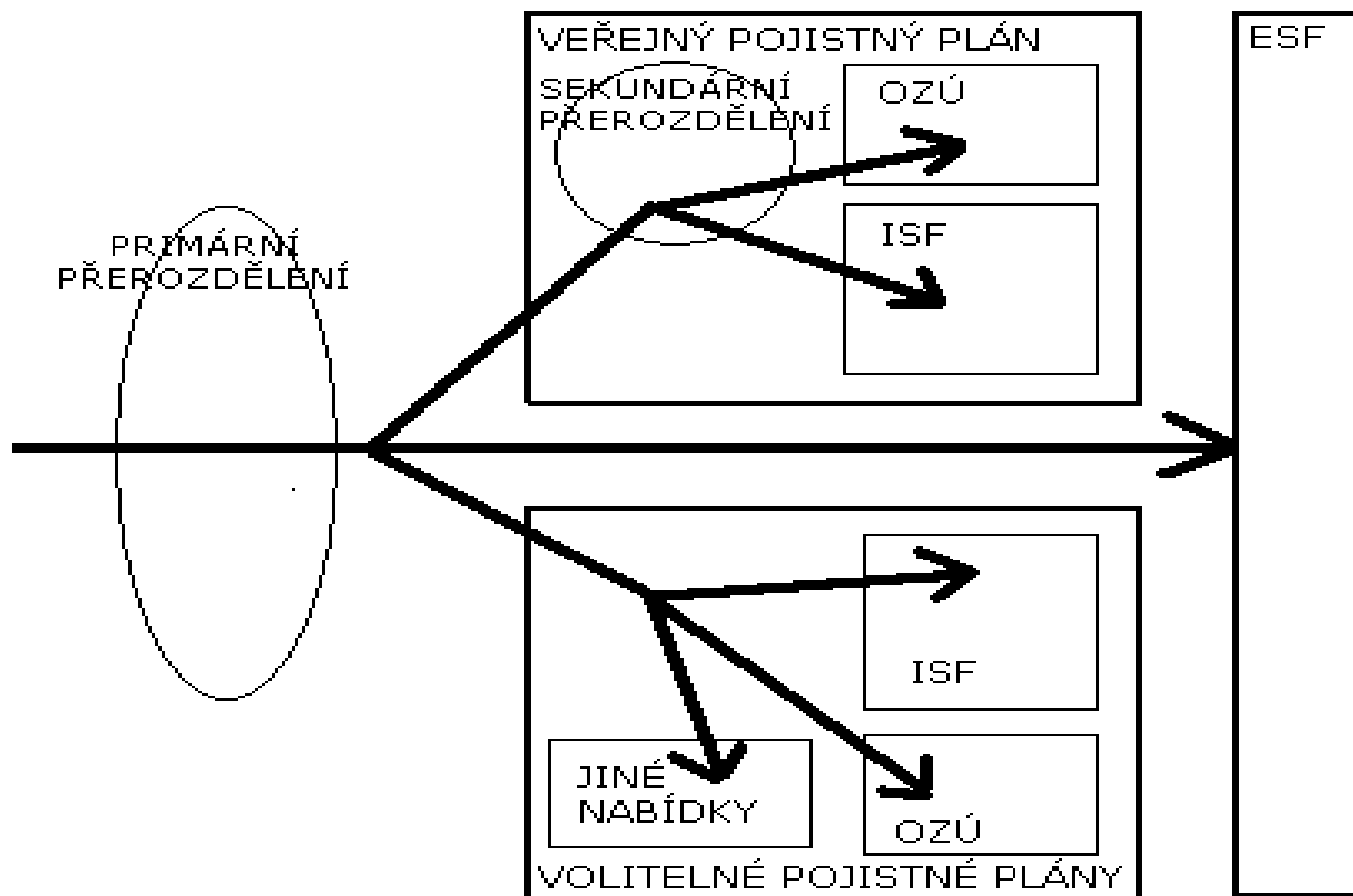
Pokud pojištěnec jistou část svého OZÚ nevyčerpá, je mu po uplynutí rozhodného období vrácena, popř. ji může použít k důchodovému pojištění,

pokud pojištěnec svůj OZÚ přečerpá, je tento dluh vymáhán stejně jako dluhy jiné, např. v mantinelech občanského práva; dluhy však nesouvisí s možností čerpat „solidárně hrazenou péči“.

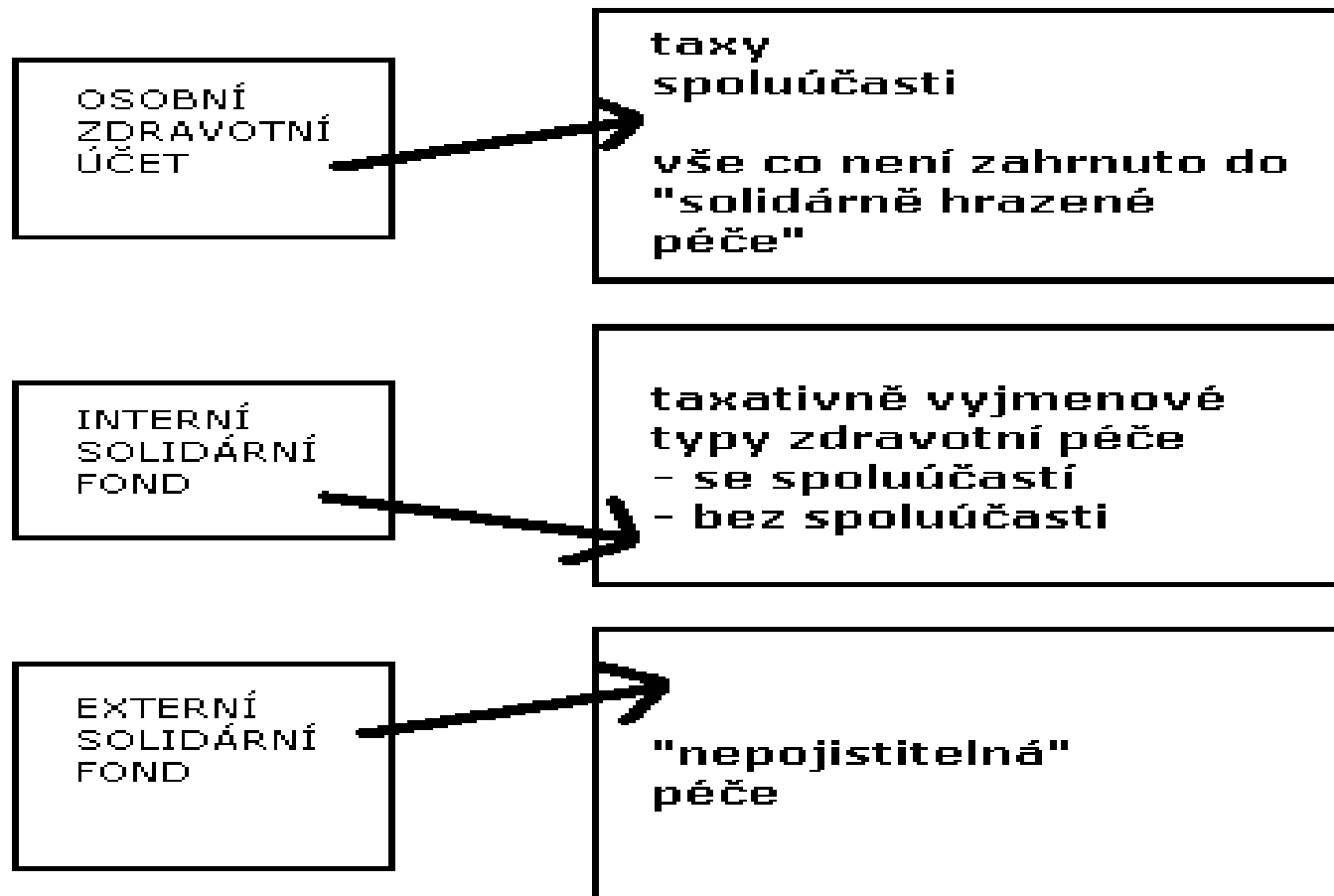
VÝZNAM OZÚ

Aktivizují část „utopených nákladů“ pojištěnce a determinují svobodnou volbu použití části finančních prostředků pojištěncem,
posilují konkurenci mezi poskytovateli péče a tím napomáhají eliminovat informační asymetrii mezi poskytovateli a příjemci péče,
otevírají cestu ke vzniku **pojistných plánů obsahujících prvky aktivní prevence**,
umožňují zapojení do systému zaměstnavatelům, neboť **determinují nabídku pojistných plánů propojujících zdravotní a úrazové pojištění**,
otevírají možnost vzniku **„zástupného“ pojištění** na úrovni volitelných pojistných plánů,
mohou být **prostředníkem propojení zdravotního a nemocenského pojištění**,
sekundárně **mohou být použity i jako účty spořicí**, například v případě jejich propojení se systémem „osobních důchodových účtů“,
mohou sloužit jako **jeden z prostředků boje proti černé ekonomice**, neboť nepřiznané příjmy mohou být důvodem ke ztrátě přístupu k volitelnému pojištění,
mohou být **prostředkem ke snižování nezaměstnanosti**, neboť občan, který z vlastních prostředků není schopen hradit pojistné na zdravotní pojištění v adekvátní výši, nemá možnost volby pojistného plánu a stává se pojištěncem veřejného zdravotního pojištění.

OSOBNÍ ZDRAVOTNÍ ÚČTY (tvorba)



OSOBNÍ ZDRAVOTNÍ ÚČTY (čerpání)



PRINCIP ONÚ

□
q Pro pojišťovny veřejného zdravotního pojištění vytvářejí zdravotní pojišťovny povinně vedle OZÚ též **osobní nemocenský účet (ONÚ)**, oddělený od OZÚ.

q Z ONÚ jsou pojištěncům poskytovány nemocenské dávky v denní výši dané právní normou až do vyčerpání ONÚ; **pojištěnci mají volbu nemocenské dávky nečerpat** – a se zbytky na ONÚ po určité době disponovat podobně, jako je to u OZÚ.

q Po vyčerpání ONÚ nastává interval „**gategiving**“, kdy pojištěnec nemá nárok na žádné nemocenské dávky po dobu X pracovních dnů.

q Po období „gategiving“ začne pojištěnec čerpat nemocenské dávky ve výši dané zákonem ze solidárního fondu nemocenského pojištění spravovaného okresními správami sociálního zabezpečení.

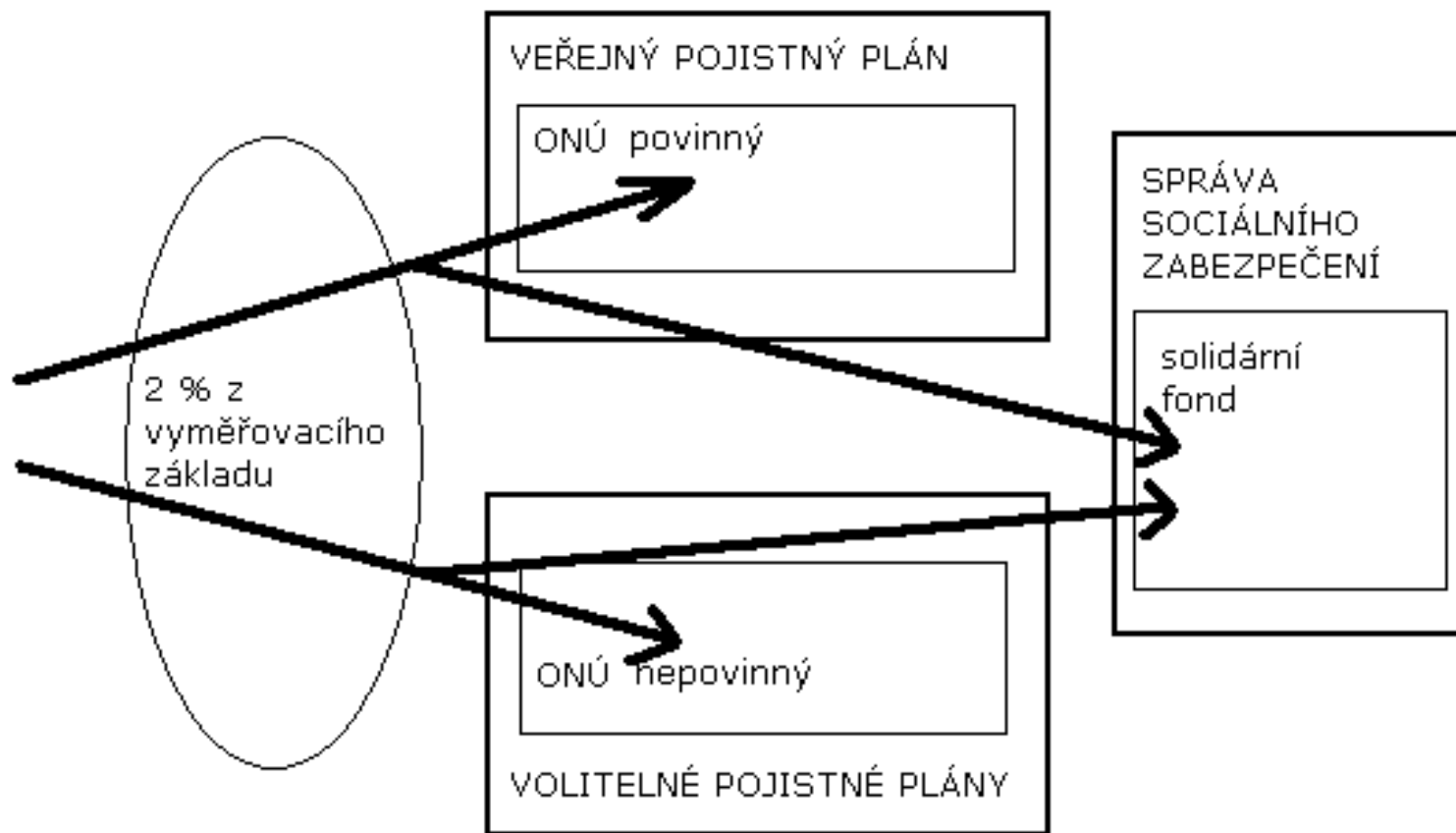
q **GATEGIVING** motivuje pojišťovny ke snižování krátkodobé neschopnosti, např. formou samoléčby respiračních infekcí či jiných lehčích stavů a determinuje stav, kdy je solidarita v nemocenském pojištění uplatňována zejména pro dlouhodobě nemocné

Poskytovatelé „volitelných“ pojistných plánů mohou nabízet:

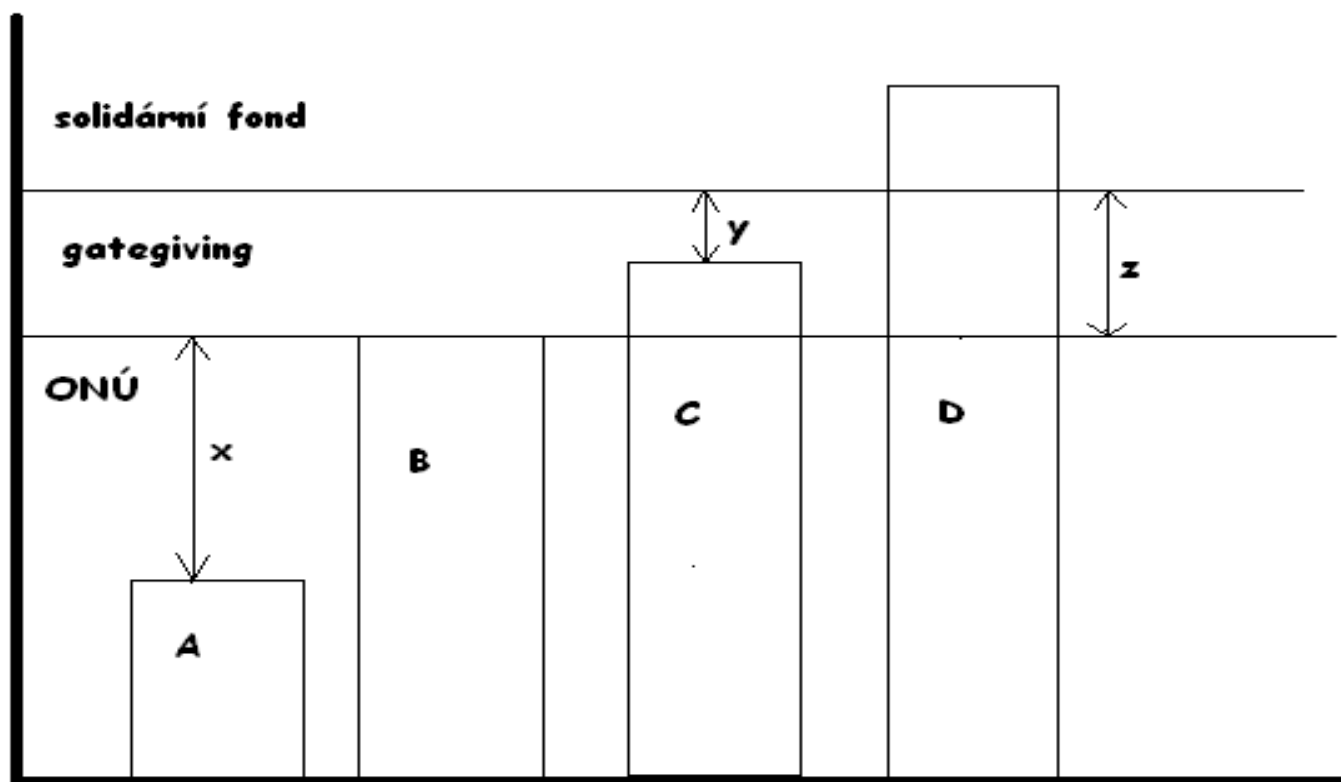
- ✓ klasický typ nemocenského pojištění
- ✓ translokaci finančních částek z ONÚ na OZÚ,
- ✓ translokaci finančních částek z OZÚ na důchodové připojištění apod.

Omezení: nutnost kapitace do solidárního fondu spravovaného správami sociálního zabezpečení

OSOBNÍ NEMOCENSKÉ ÚČTY (tvorba)



OSOBNÍ NEMOCENSKÉ ÚČTY (čerpání)



A - nevyčerpal ONÚ: částka x mu může být vrácena

B - nevyčerpal, ani nepřčerpal

C, D - y a z dnů musí vydržet bez dávek

Cesty k realizaci „středového“ modelu

- Definice „solidárně hrazené péče“
- Třístupňová garance péče
- Řízená péče
- **Ucelená rehabilitace**
- Úrazové pojištění

Struktura ucelené rehabilitace



PODLAHA

= hodnocení zdravotního postižení:

ABSOLUTNÍ ZPŮSOB

Podstata: hodnocení škody (poruchy zdraví) a odškodnění (% pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti)

Metodika: pojišťovenský způsob odškodňování

Způsob hodnocení: tabulky

RELATIVNÍ ZPŮSOB

Podstata: hodnocení zachovalých schopností (např. zbytkového pracovního potenciálu)

Metodika: ICIDH II - ICF

Způsob hodnocení: funkční vyšetření

Mezinárodní klasifikace ICIDH-2, ICF

Stav:	CHOROBA	PORUCHA	AKTIVITA	SPOLUÚČAST
ICIDH 1976:		Impairment kod "I"	Disabilities kod "D"	Handicap kod "H"
ICIDH 1997:		Impairment	Activitiy	Participation
ICF 2001		Functioning	Disability	Health
Synonyma:	morbus		abilita, validita funkční schopnost	vyrovnání zdraví
Podstata:	= vnitřní situace	= vnější projev	= funkční projev	= sociální důsledek
Metoda zjištění:	diagnostická zdravotní péče	seznam poruch	funkční vyšetření	sociální šetření
Řešení:	terapeutická zdravotní péče	absolutní způsob hodnocení invalidity		relativní způsob hodnocení invalidity
	LÉČBA		ZAJIŠTĚNÍ FYZICKÉ NEZÁVISLOSTI ZAJIŠTĚNÍ EKONOMICKÉ NEZÁVISLOSTI	
	U C E L E N Á	R E H A B I L I T A C E		

1. SLOUP

= vyrovnání funkčního handicapu:

- 1) Obecné : zdravotní pojištění
- 2) V sociálním prostředí: sociální

ÚSP až po vyčerpání veškerých možností !!!

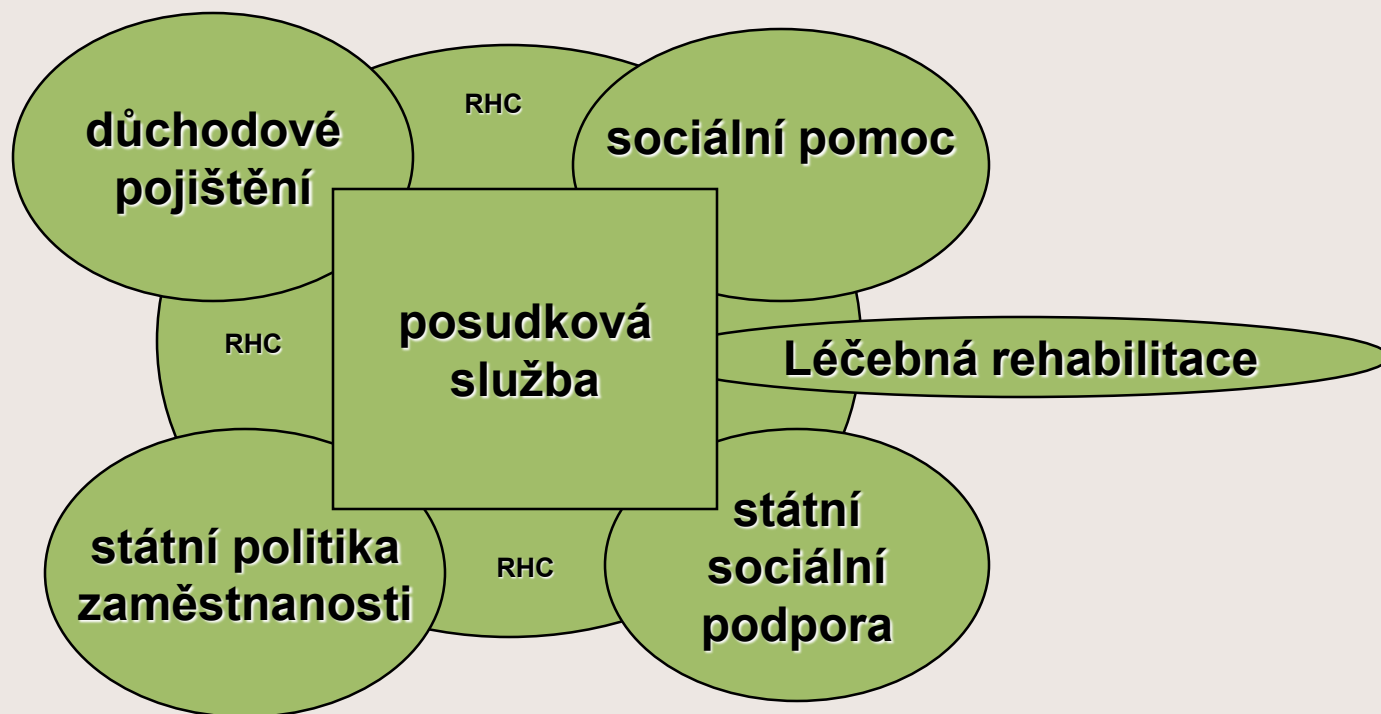
- 3) V pracovním prostředí: úřady práce !!

2. SLOUP

= vyrovnání ekonomického handicapu:

- ZJIŠTĚNÍ ZBYTKOVÉHO PRACOVNÍHO POTENCIÁLU
- PRACOVNÍ REHABILITACE (REEDUKACE) s ohledem na trh práce
- PŘÍSPĚVEK V NEZAMĚSTNANOSTI není-li dočasně pracovní uplatnění
- VYTVOŘENÍ PODMÍNEK je-li pracovní uplatnění
- RENTA jedná-li se o nezaměstnatelnost

Postavení rehabilitačních center



STŘECHA

= legislativní zakotvení změn:

OBEČNĚ:

- Legislativa by měla odpovídat členění dle WHO

SPECIÁLNĚ:

- Změny v důchodovém pojištění
- Změny v systému sociální pomoci
- Změny v systému státní politiky zaměstnanosti

Cesty k realizaci „středového“ modelu

- Definice „solidárně hrazené péče“
- Třístupňová garance péče
- Řízená péče
- Ucelená rehabilitace
- **Úrazové pojištění**

OZÚ jsou záležitostí fyzických osob; **analogické účty by však mohly být zavedeny i u právnických osob** – zaměstnavatelů (individuální účet zaměstnavatele, IÚZ). Tímto způsobem by byla zvýšena hmotná zainteresovanost zaměstnavatelů na **kvalitní prevenci, která by snižovala náklady na léčbu úrazů a chorob z povolání.**

Struktura IÚZ, možnosti čerpání, přečerpání apod. mohou být analogické OZÚ; nevyčerpané částky mohou být predisponovány různým způsobem, patrně by záleželo na dohodě mezi zaměstnavatelem a zástupci zaměstnanců (důchodové připojištění, posílení OZÚ, ONÚ, posílení fondu sociálních a kulturních potřeb a podobně.

