

# Jaká je budoucnost financování zdravotnictví v ČR?

**Tomáš Doležal**

Institut pro zdravotní ekonomiku  
a technology assessment

# OSNOVA

---

- Zdravotnictví v ČR v rámci Evropy
- Struktura financování
- Můžeme ještě ušetřit na lécích?
- Kde jsou rezervy systému?
- Co nás čeká?
- Pomůže nám připravovaná reforma?

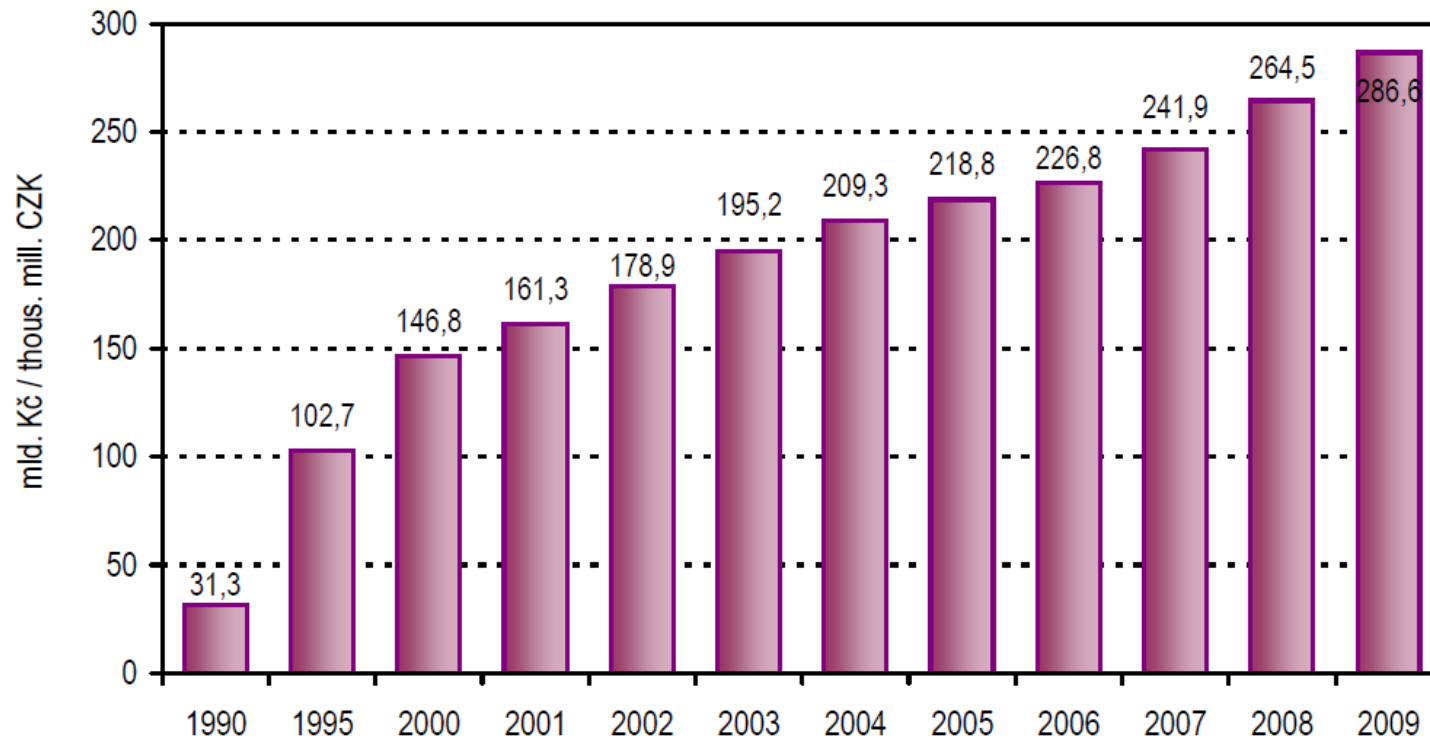
# CO SE ŘÍKÁ...

---

- „České zdravotnictví poskytuje vysokou kvalitu léčebné péče za málo peněz“
- **REALITA:**
- ANO, výdaje na zdravotnictví jsou relativně nízké v poměru k HDP a soukromým výdajům
- Ale kvalita a výkonnost není systematicky sledována!
- Lze spíše hovořit o široké dostupnosti

# VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ V ČR ROSTOU ...A JEŠTĚ POROSTOU

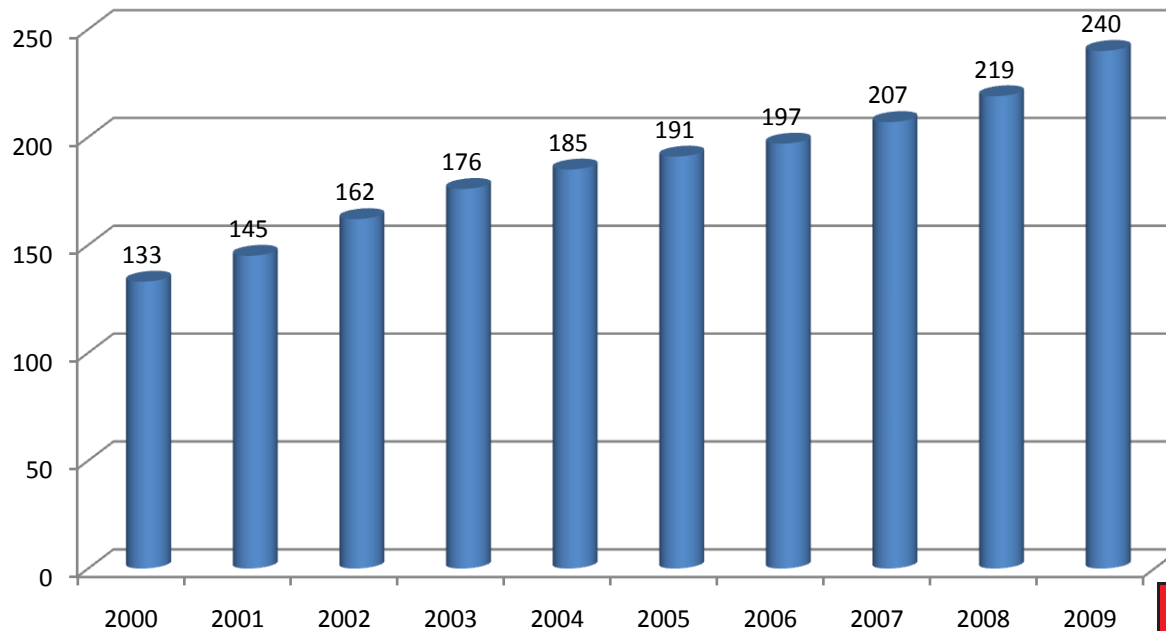
5. Výdaje na zdravotnictví v mld. Kč  
*Expenditure on health in thousand million CZK*



Zdroj dat: MZ, ČSÚ, ÚZIS ČR

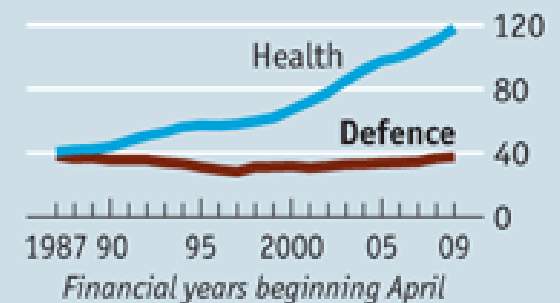
Source: Ministry of Health, CZSO, IHIS CR

# VEŘEJNÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ



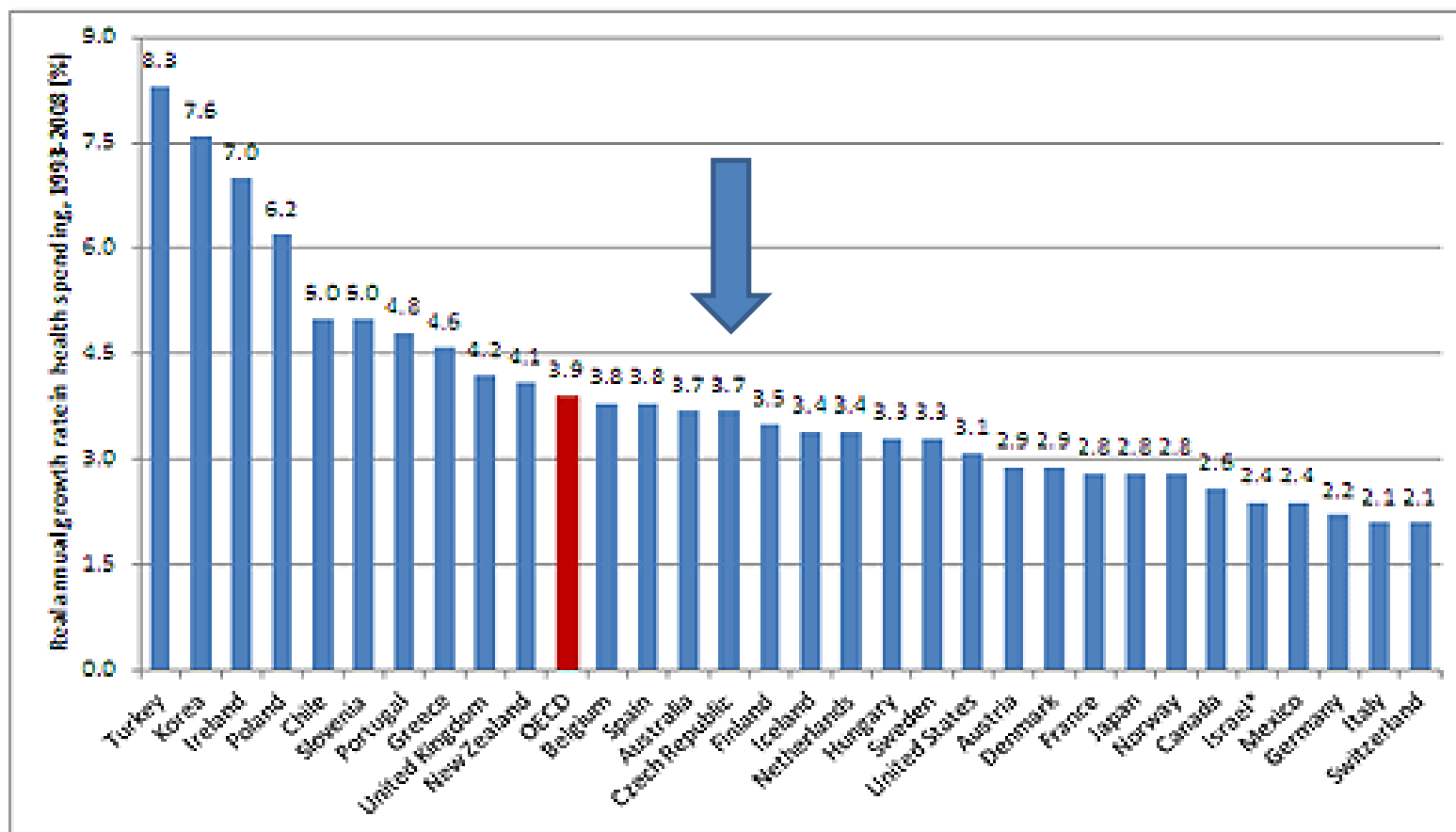
## Government spending

2008-09 prices, £bn

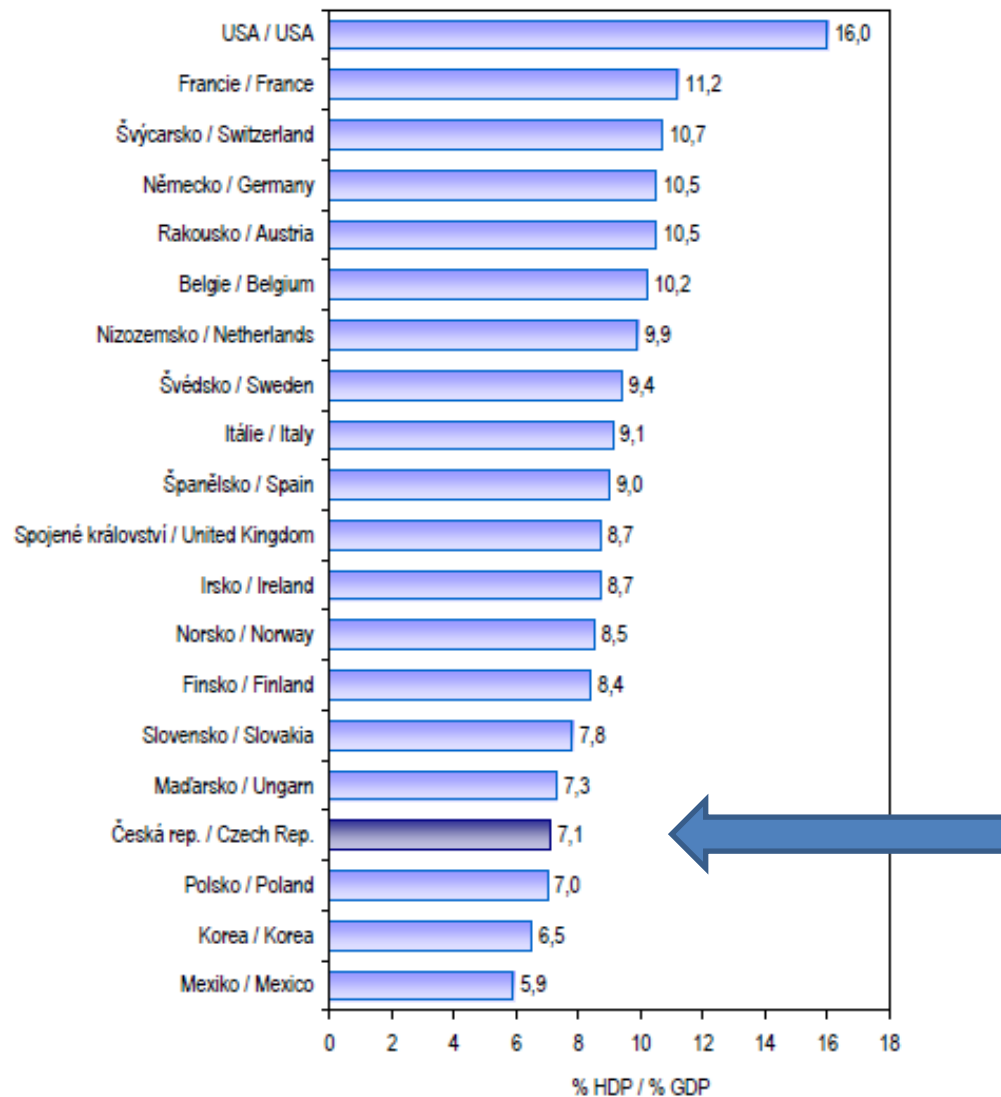


# RŮST NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI (OECD)

Annual growth in per capita health expenditure, 1993 to 2008

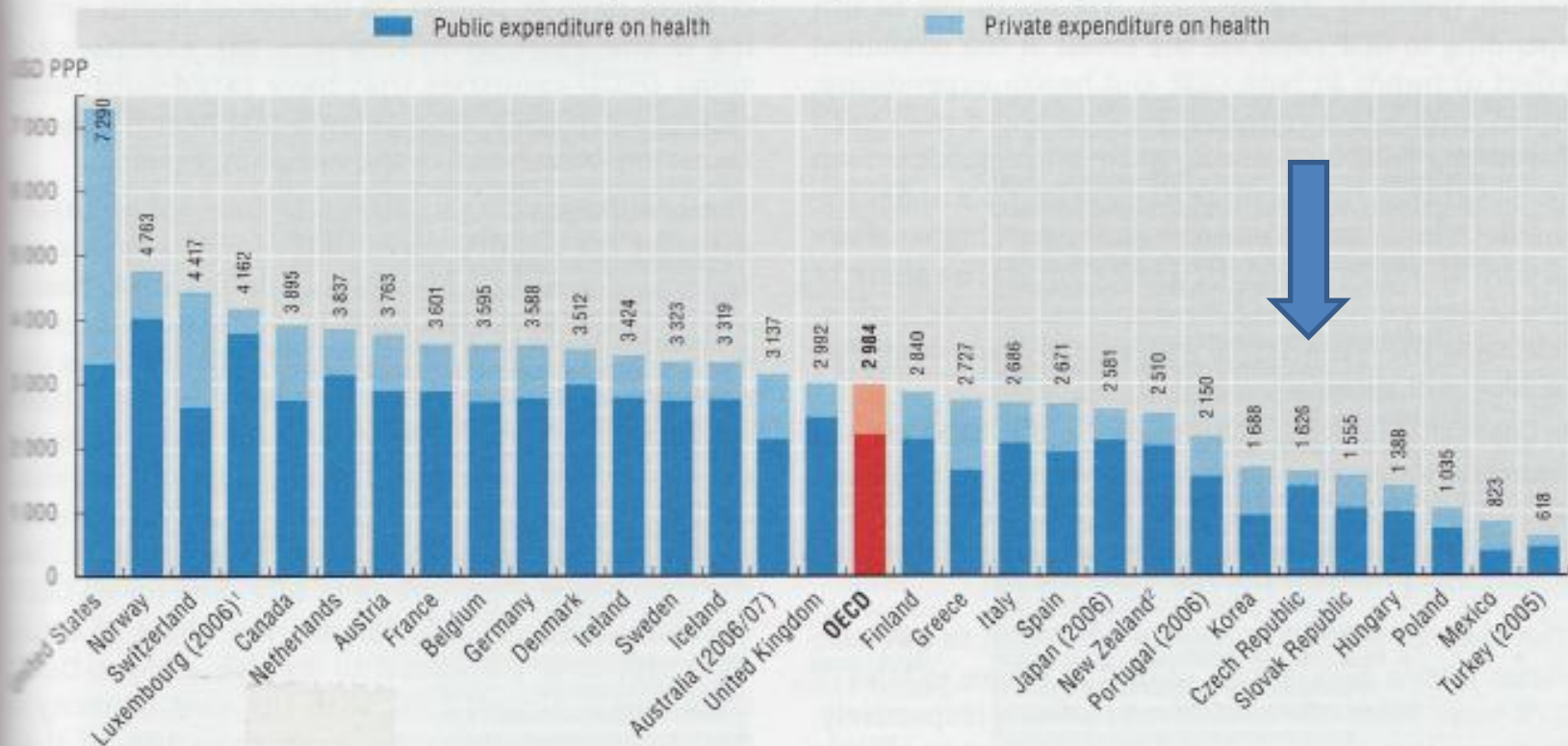


# PODÍL ZDRAVOTNÍCH VÝDAJŮ K HDP (OECD)



# Celkové výdaje na zdravotnictví

7.1.1 Total health expenditure per capita, public and private, 2007



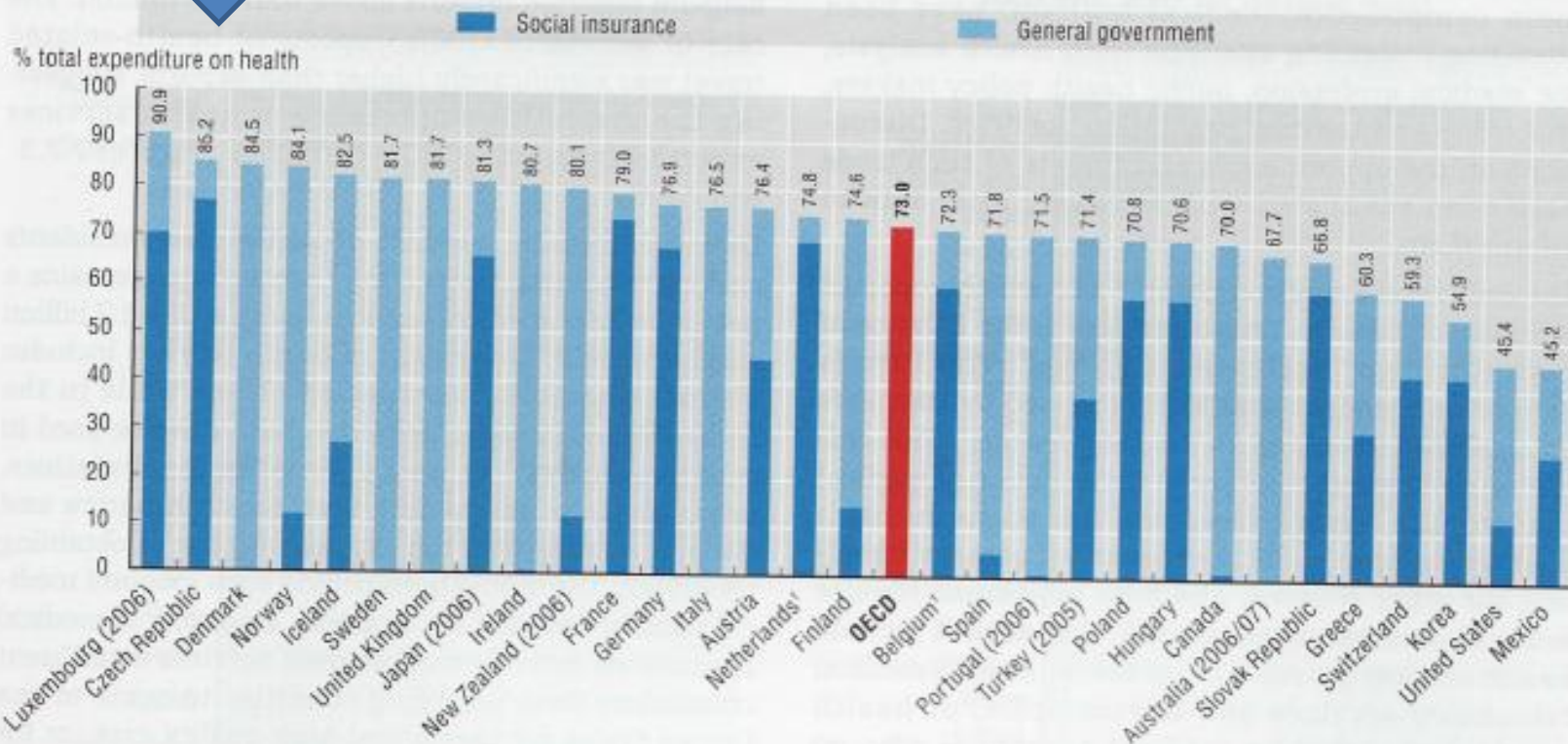
<sup>1</sup> Health expenditure is for the insured population rather than resident population. <sup>2</sup> Current health expenditure.



# V ČR je stále nízká spoluúčast



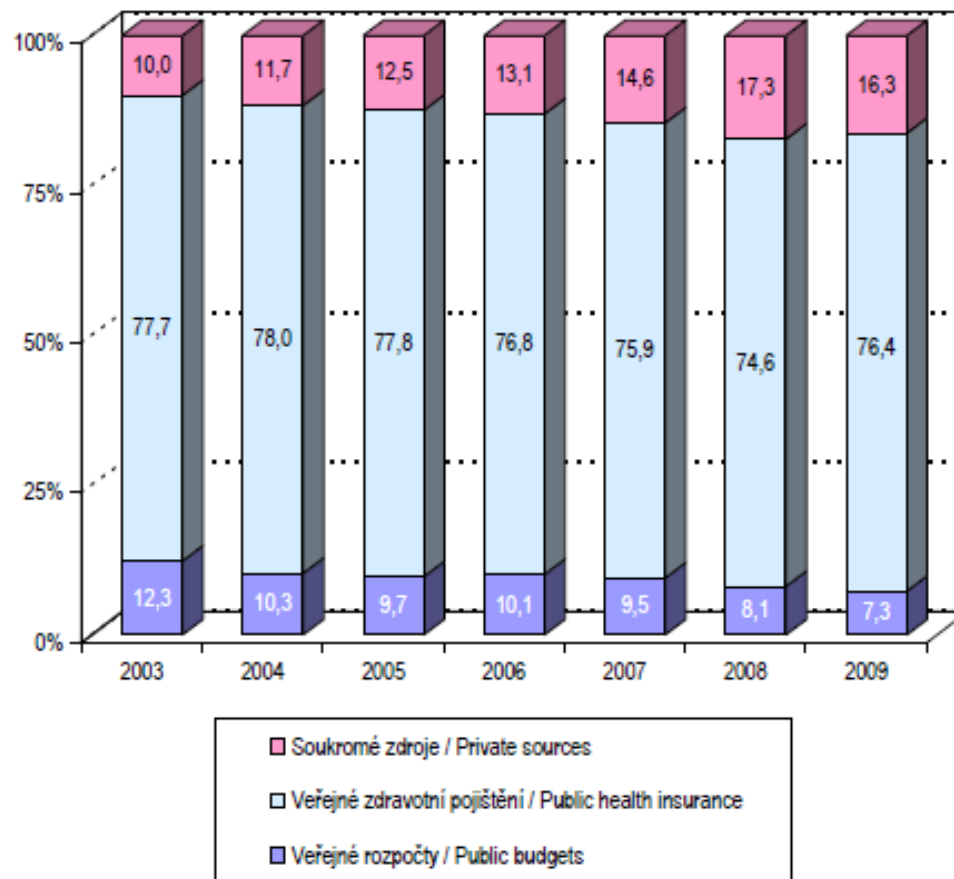
7.6.1 Public share of total expenditure on health, 2007



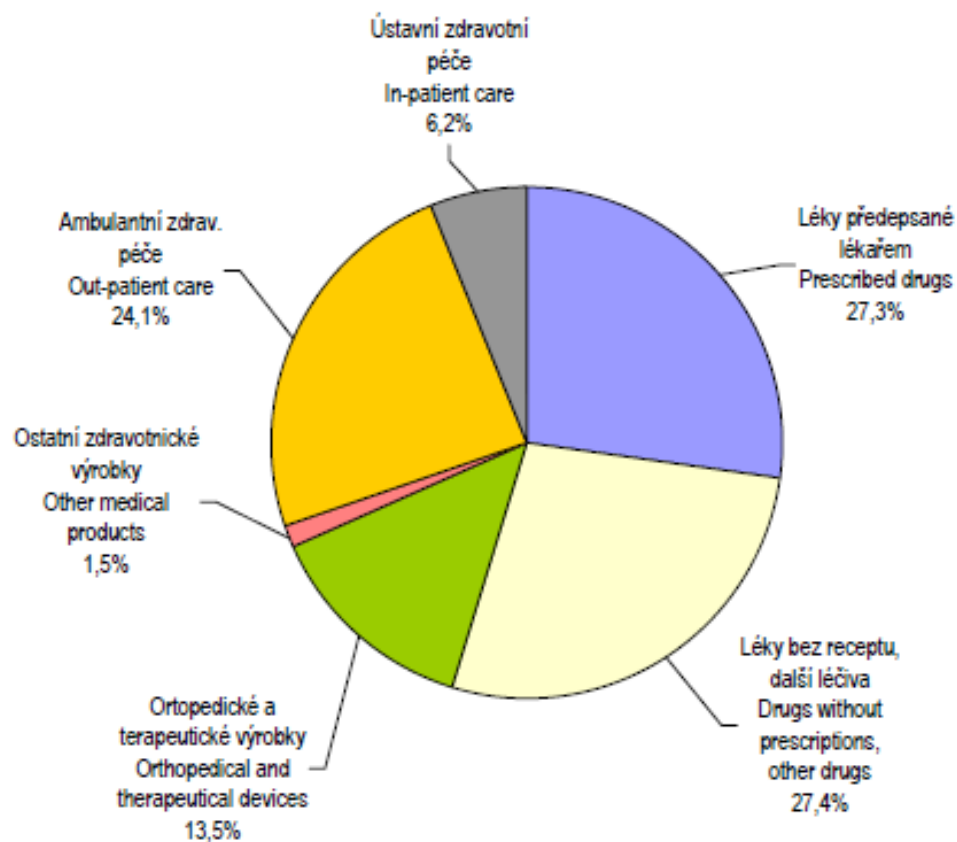
1. Share of current health expenditure.

# PŘÍMÉ PLATBY PACIENTŮ POROSTOU

- V současnosti je spoluúčast velmi nízká ve srovnání se zeměmi v EU (pohybuje se kolem 30%)

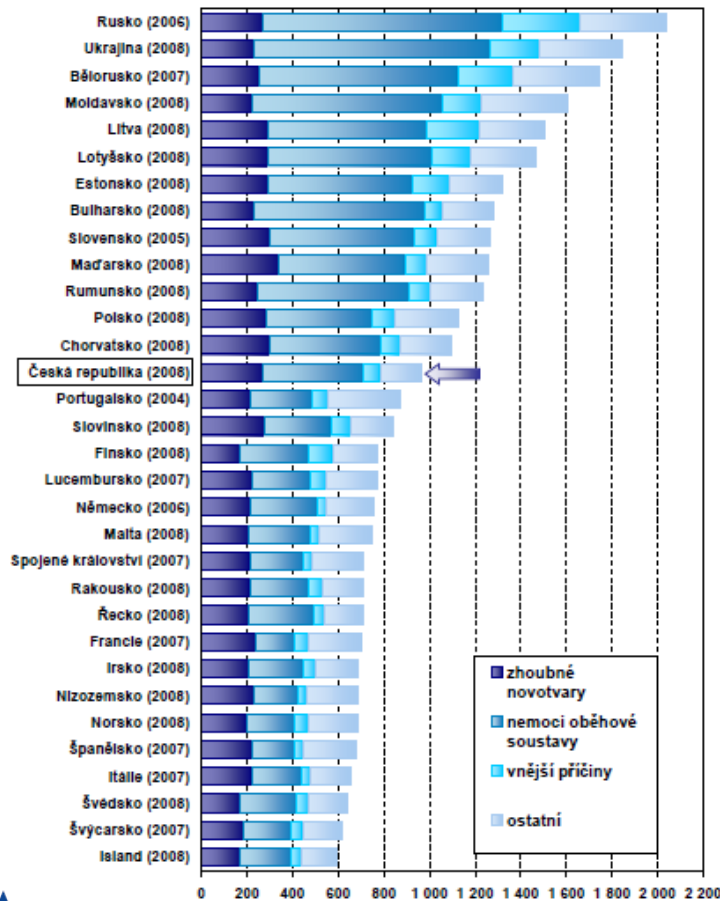


# STRUKTURA PŘÍMÝCH VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI (2009) – PŘEVAŽUJÍ LÉKY

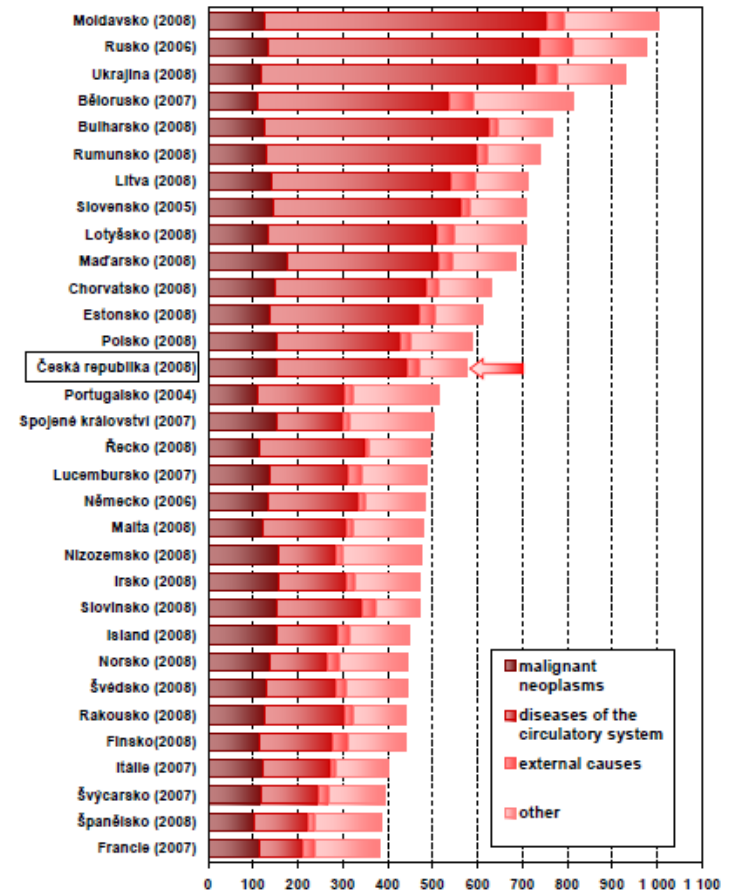


# STANDARDIZOVANÁ ÚMRTNOST

Standardizovaná úmrtnost - muži  
Standardized mortality rate - males



Standardizovaná úmrtnost - ženy  
Standardized mortality rate - females

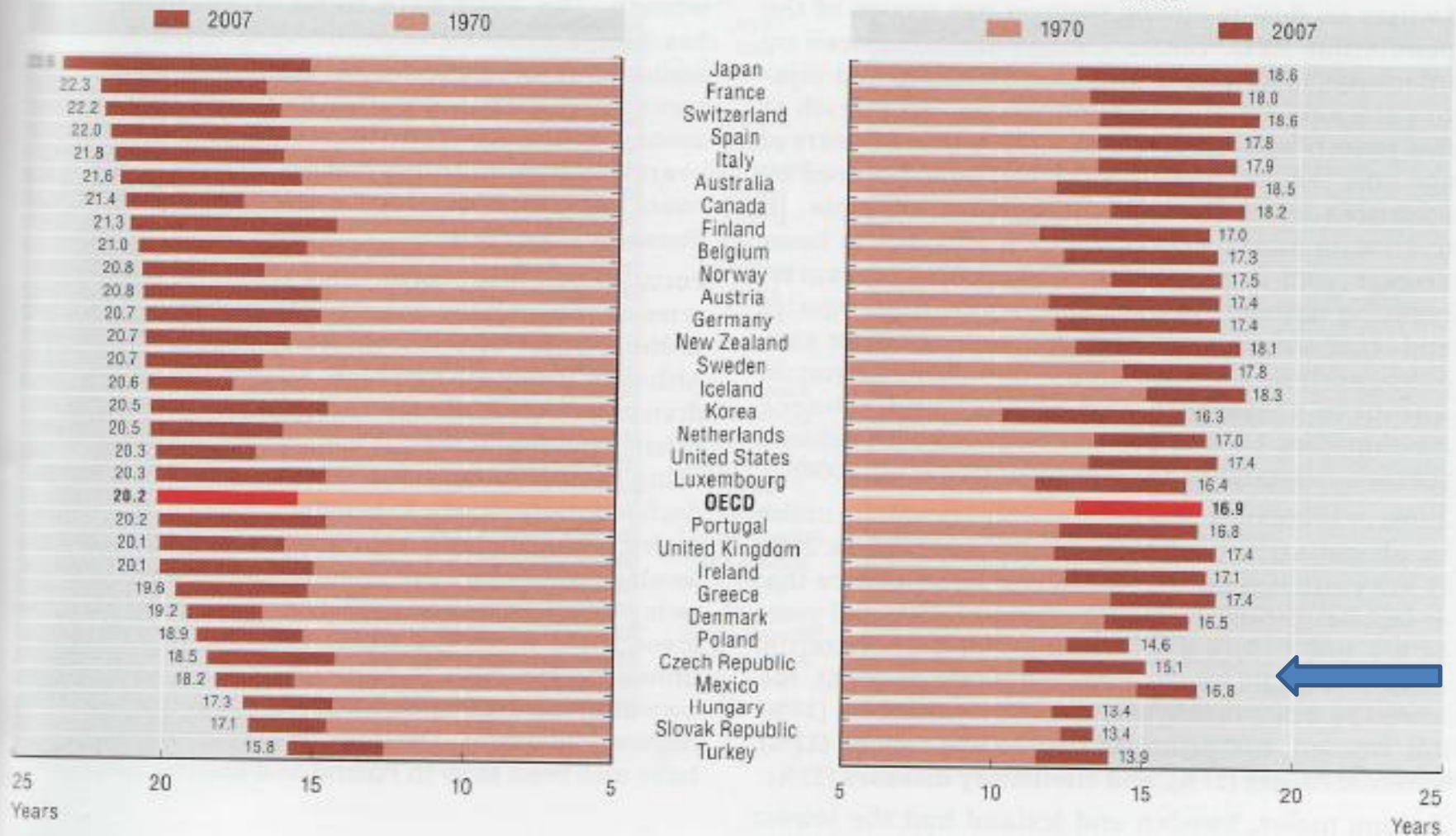


# Očekávaná délka života v 65 letech

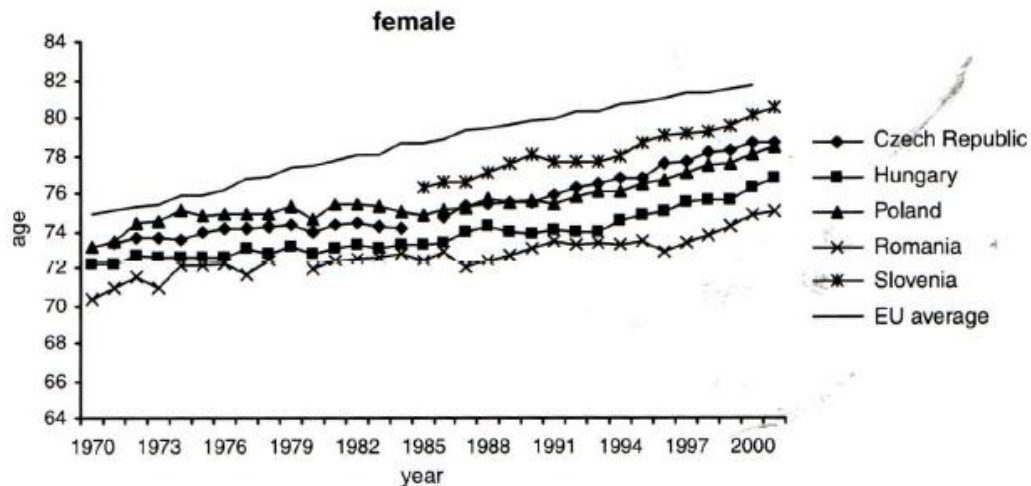
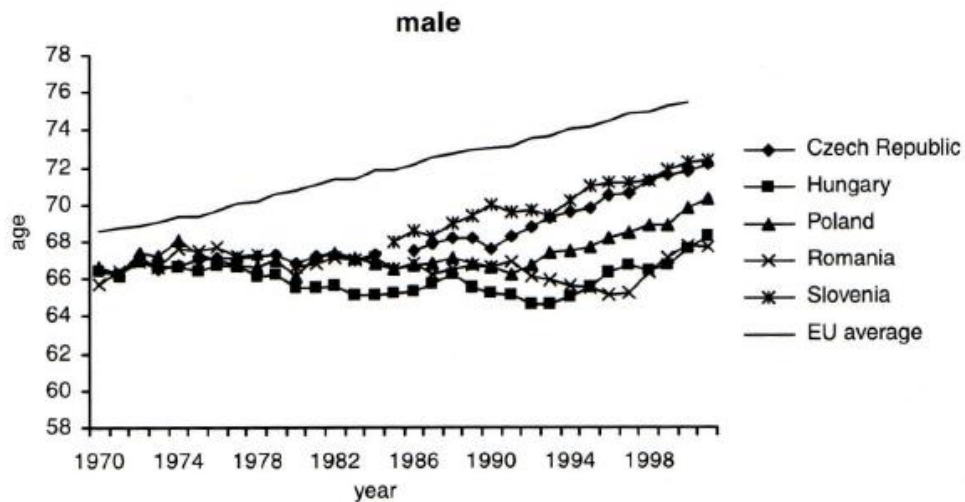
1.2.1 Life expectancy at age 65 by gender, 1970 and 2007 (or nearest year available)

Females

Males



# OČEKÁVANÁ DÉLKA ŽIVOTA VS. EU



# KVALITA ZDRAVOTNÍ PÉČE

---

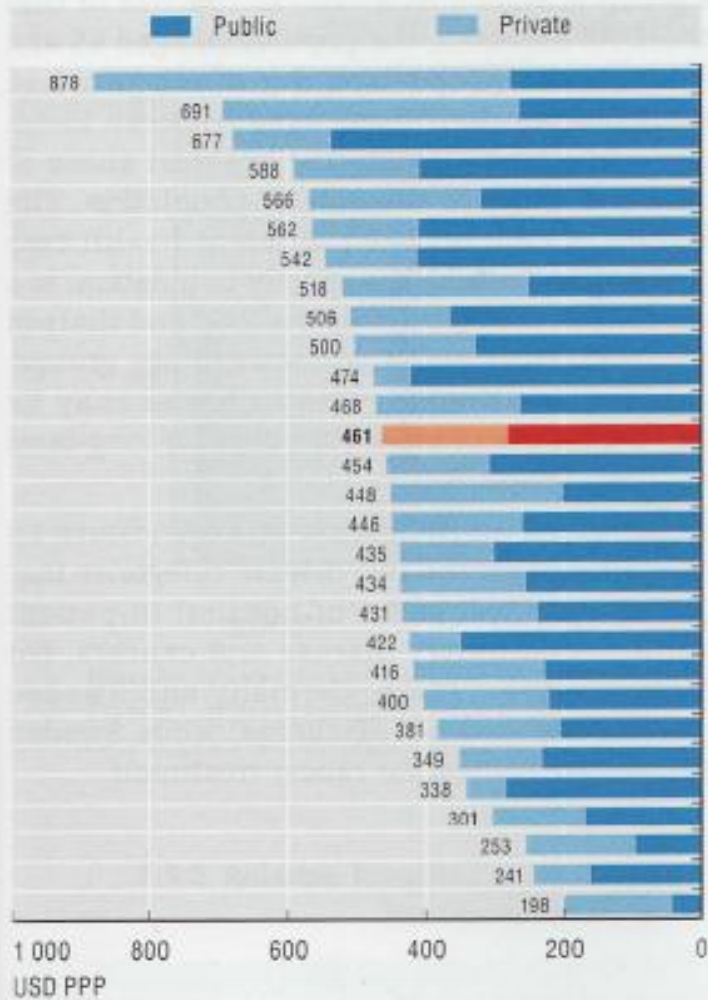
- To nejsou jen subjektivní průzkumy spokojenosti pacientů!
- Ale také objektivní **indikátory** kvality, dostupnosti a výkonnosti („outcomes“) – v ČR značně metodicky podceněny
- Např. Euro Health Consumer Index (17. ze 30 zemí)
- nebo *The European Community Health Indicators (ECHI) project* – 88 indikátorů

**Utrácíme za léky zbytečně moc?  
A můžeme na nich výrazně ušetřit?**



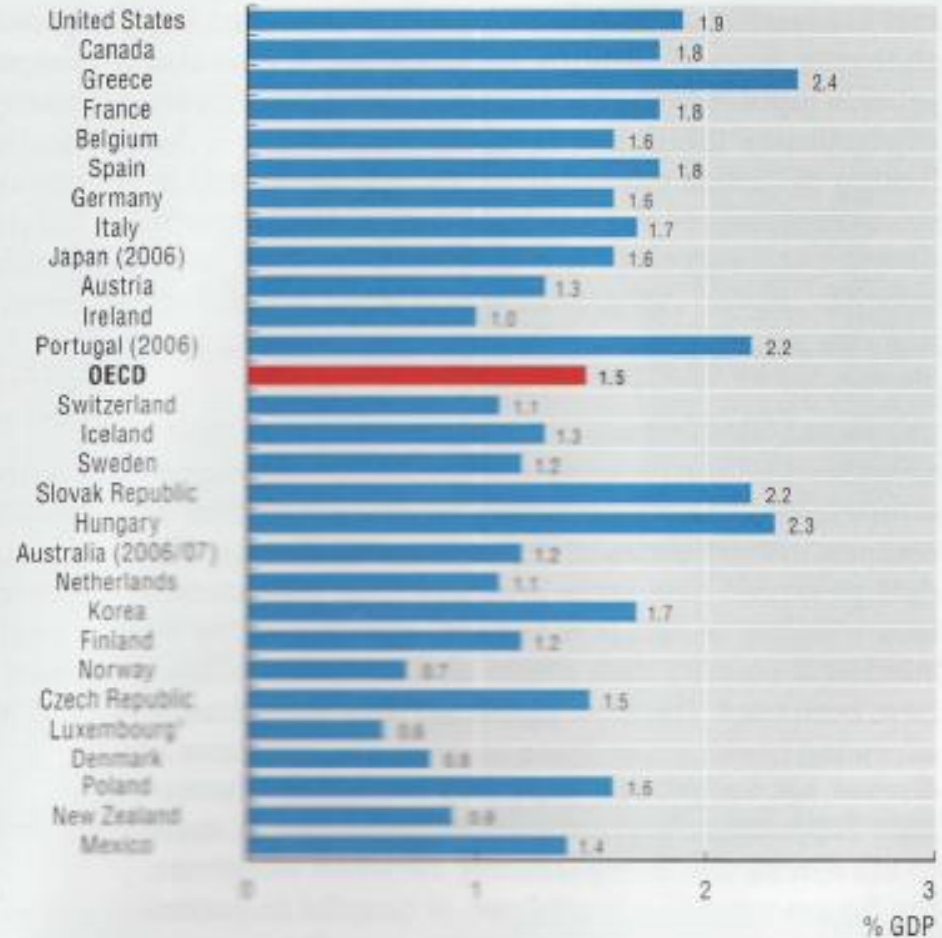
# Výdaje na léky (RX)

7.4.1 Expenditure on pharmaceuticals per capita, 2007

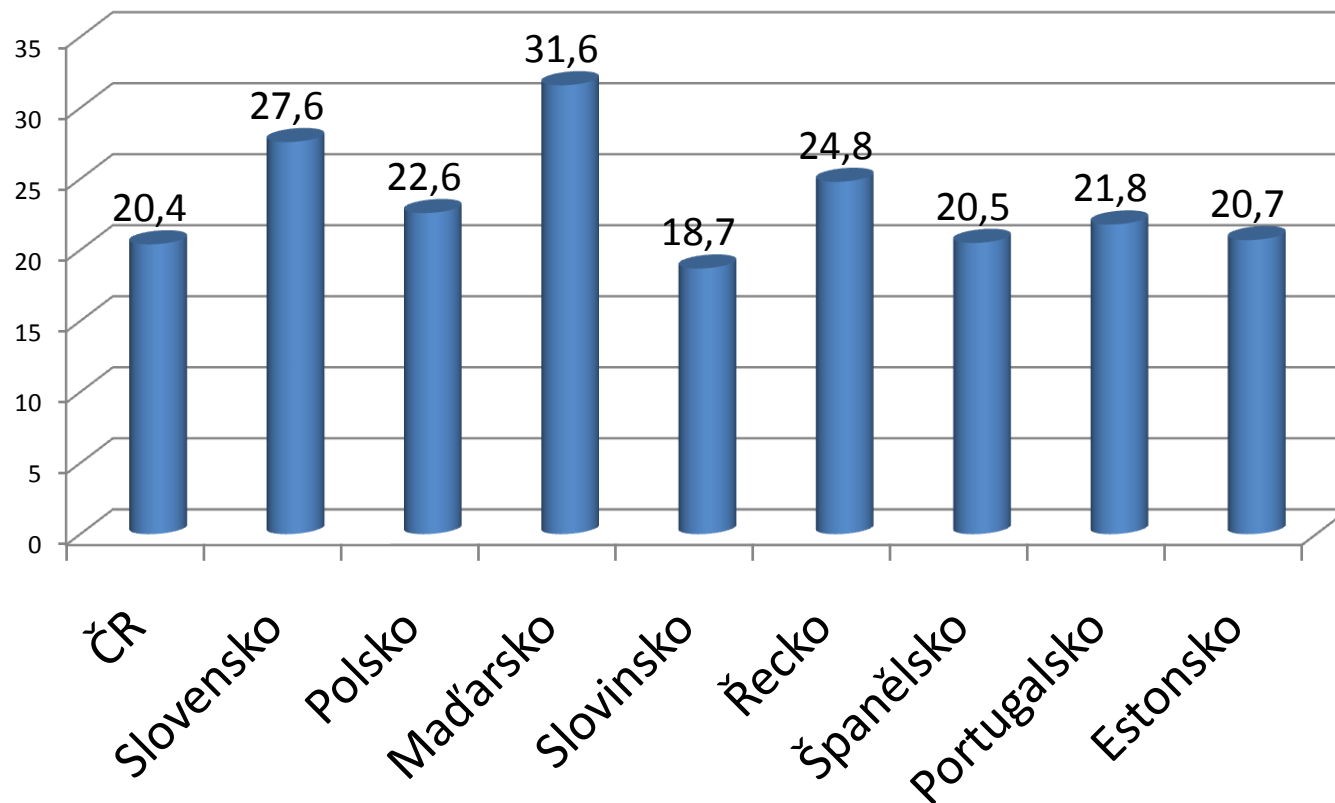


1. Prescribed medicines only.

7.4.2 Expenditure on pharmaceuticals as share of GDP, 2007



# PODÍL LÉKŮ NA CELKOVÝCH VÝDAJÍCH

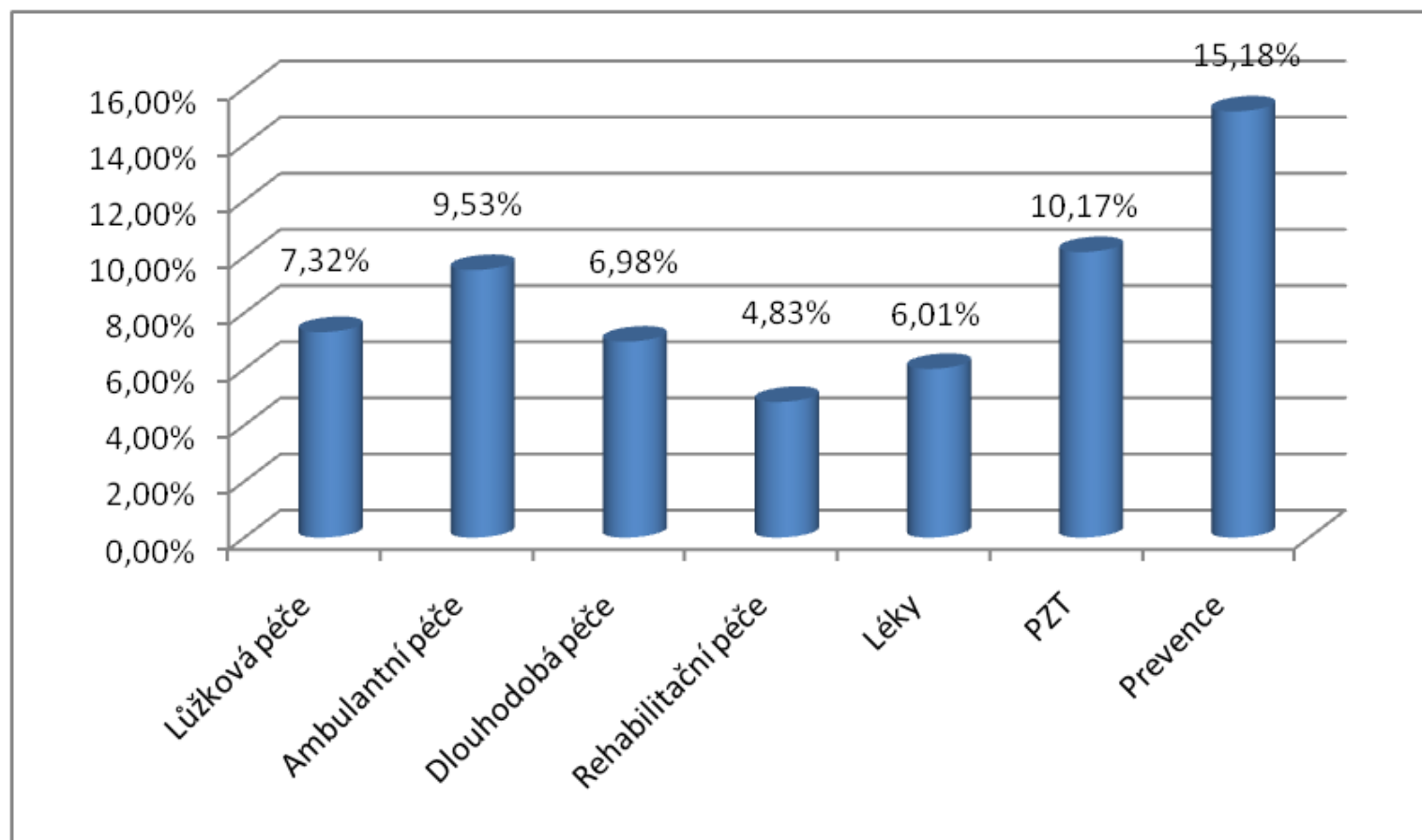


# LÉKY VS. OSTATNÍ VÝDAJE VE ZDRAVOTNICTVÍ

---

- Náklady na léky a jejich spotřebu je třeba posuzovat v komplexu celého financování zdravotní péče
- Léky jsou dnes nejvíce regulovaný segment
  - Vs. Zdravotnické prostředky (materiál, „devices“)
  - Vs. Přístroje („roboti“, MRI, CT, „Cyber Knife“)
  - Vs. Investice (výstavba nových oddělení, center)
- V žádném segmentu se tak přísně neposuzují ceny (ve srovnání se zahraničím, ve srovnání s podobnými produkty)

# PRŮMĚRNÉ ROČNÍ TEMPO RŮSTU NÁKLADŮ 2000-2008



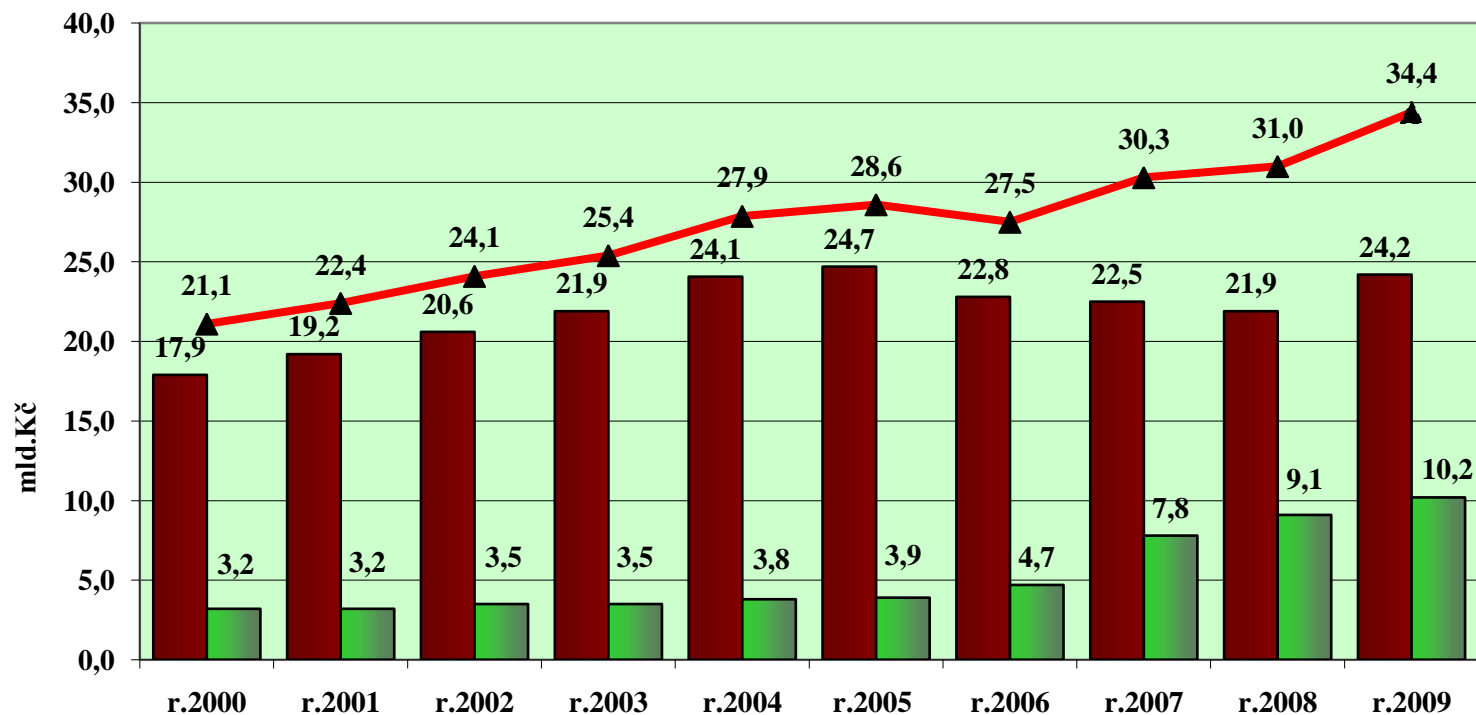
# REGULAČNÍ NÁSTROJE LÉKOVÉ POLITIKY V ČR

---

- **Mezinárodní reference**
  - Ex-factory prices/maximální ceny (koš zemí)
  - Výše úhrady (nejnižší EU cena)
- **Referenční skupiny (>300 skupin)**
- **Nákladová efektivita a dopad na rozpočet**
- **Regulace preskripce**
  - Omezení indikací/skupin pacientů
  - Omezení na odbornosti
- **Lékové limity**
  - pro PL, ambulantní specialisty, nemocnice, apod.
- **Nákladné léky jen v centrech a pro omezený počet pacientů ročně**

# VÝVOJ NÁKLADŮ VZP ČR NA LÉČIVA V LETECH 2000 - 2009

## NÁKLADY V MLD KČ



■ Léčiva předepsaná na recept (Rp)

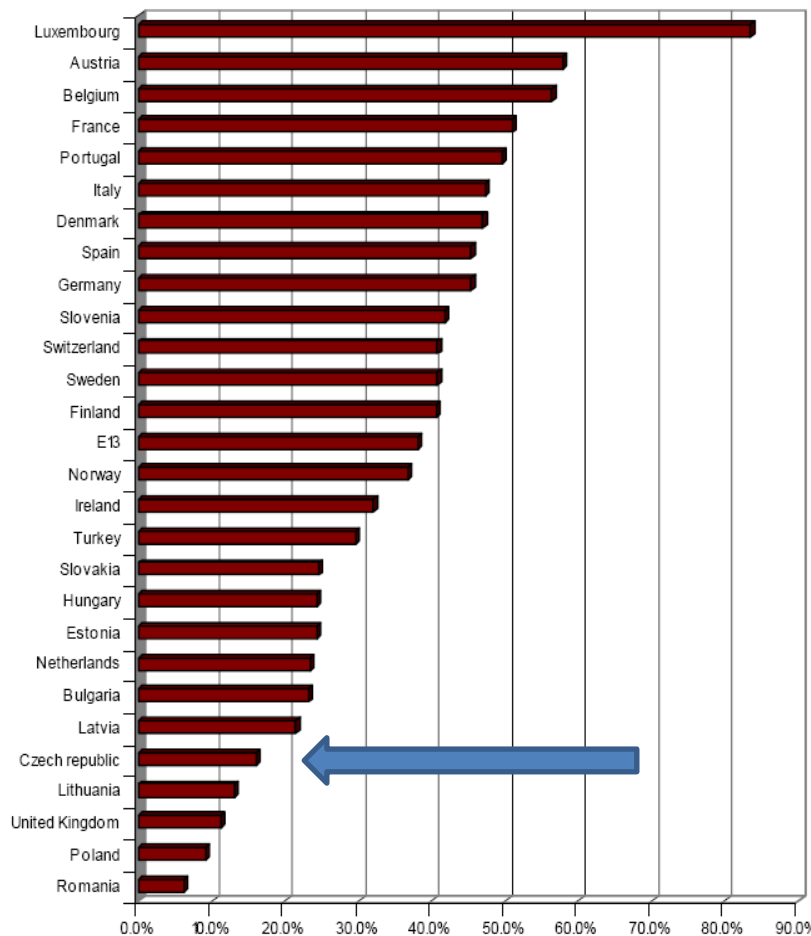
■ Léčiva jako ZULP ke zdrav. výkonům

▲ Celkem (Rp + ZULP)

# NEROVNOSTI V PŘÍSTUPU K MODERNÍ LÉČBĚ

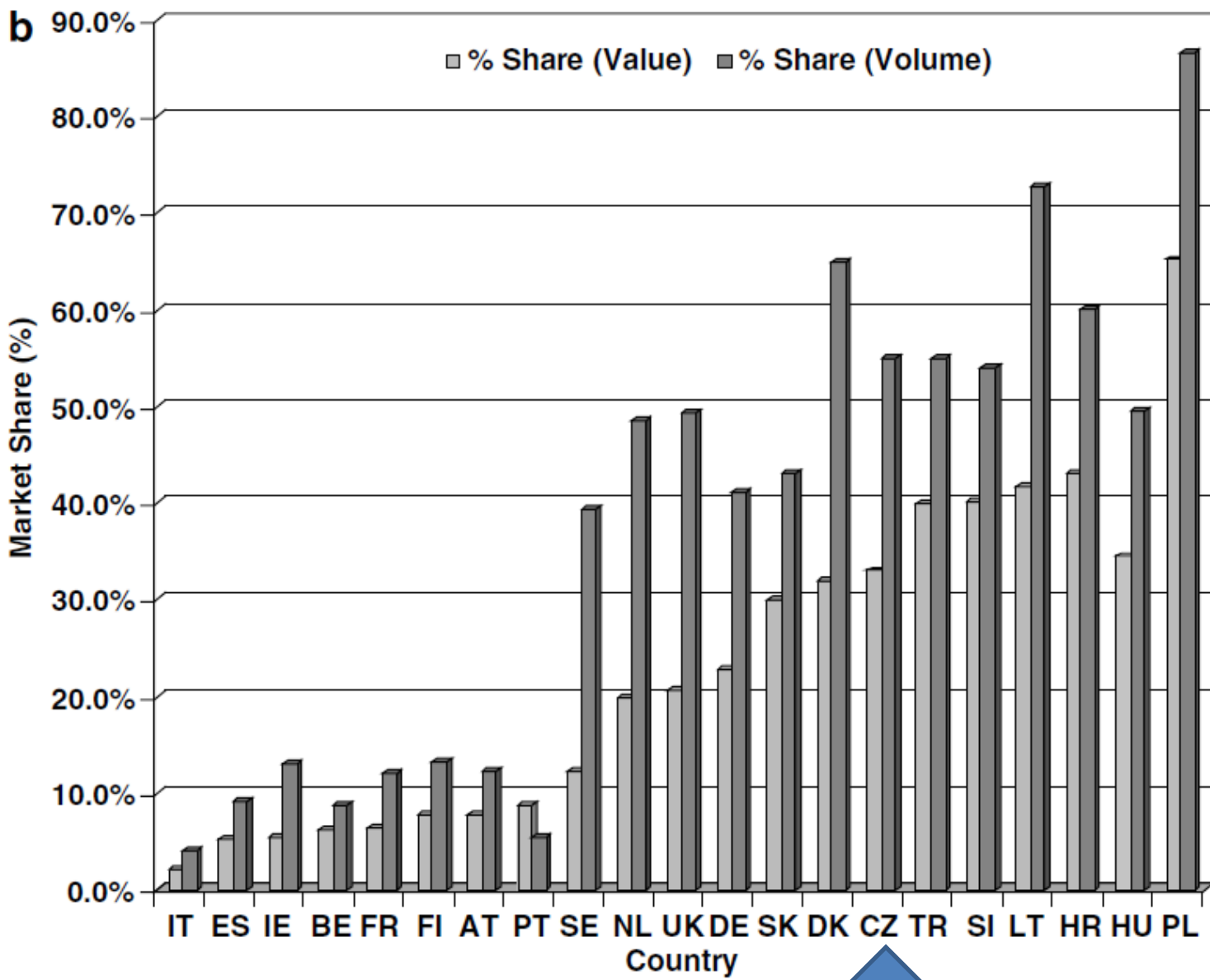
Uptake of Treatments  
Proportion of MS  
Patients Treated

Proportion of prevalent patients on treatment (2008)



Ratio West-East ~5:1

Country





# PŘEHLED REGULACÍ NÁKLADŮ NA LÉKY V EVROPĚ

	Cena/ úhrada léku	Objem	Celková částka (náklady)
Nabídka /výrobci, distribuce, lékárna/	Limitace ceny a úhrady -reference (vnitřní, vnější) -procento z ceny	Dohody o objemu prodeje	„Budget-caps“ Regulace profitu (UK)
	Value-based/HE/HTA; risk sharing		
Poptávka /lékaři, pacienti/	Doplatky -pevná částka -procento -Rozdíl mezi cenou a úhradou Podpora generik OTC Switch	Podmínky preskripce -odbornost -diagnóza -schválení (revizní lékař, konzultant) Účelná farmakoterapie, DUR	Lékové limity -lékaři, zdrav. zařízení, centra Bonifikace vs. penalizace za kontrolu rozpočtu

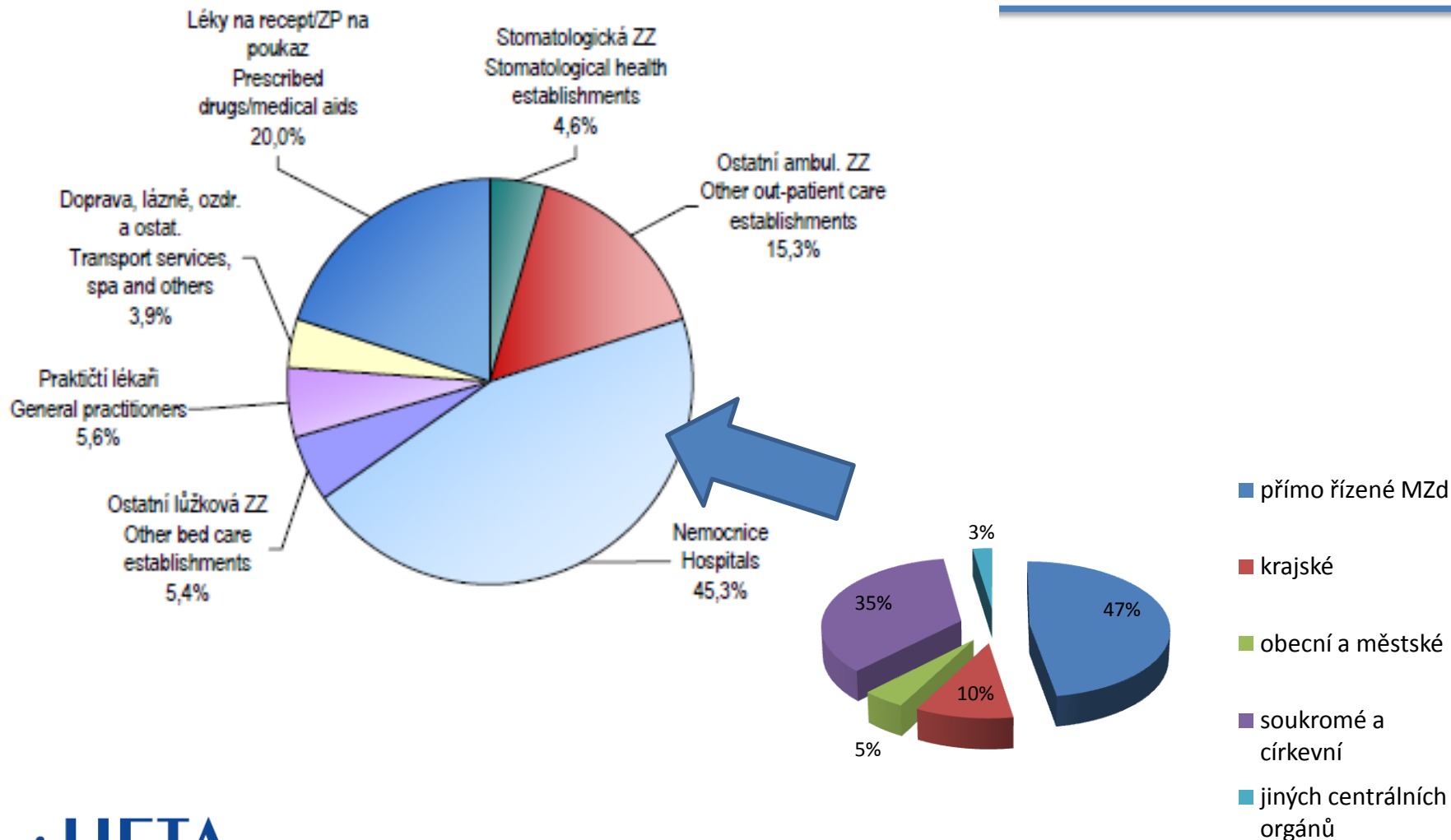
# MŮŽEME SKUTEČNĚ UŠETŘIT NA LÉCÍCH ?

---

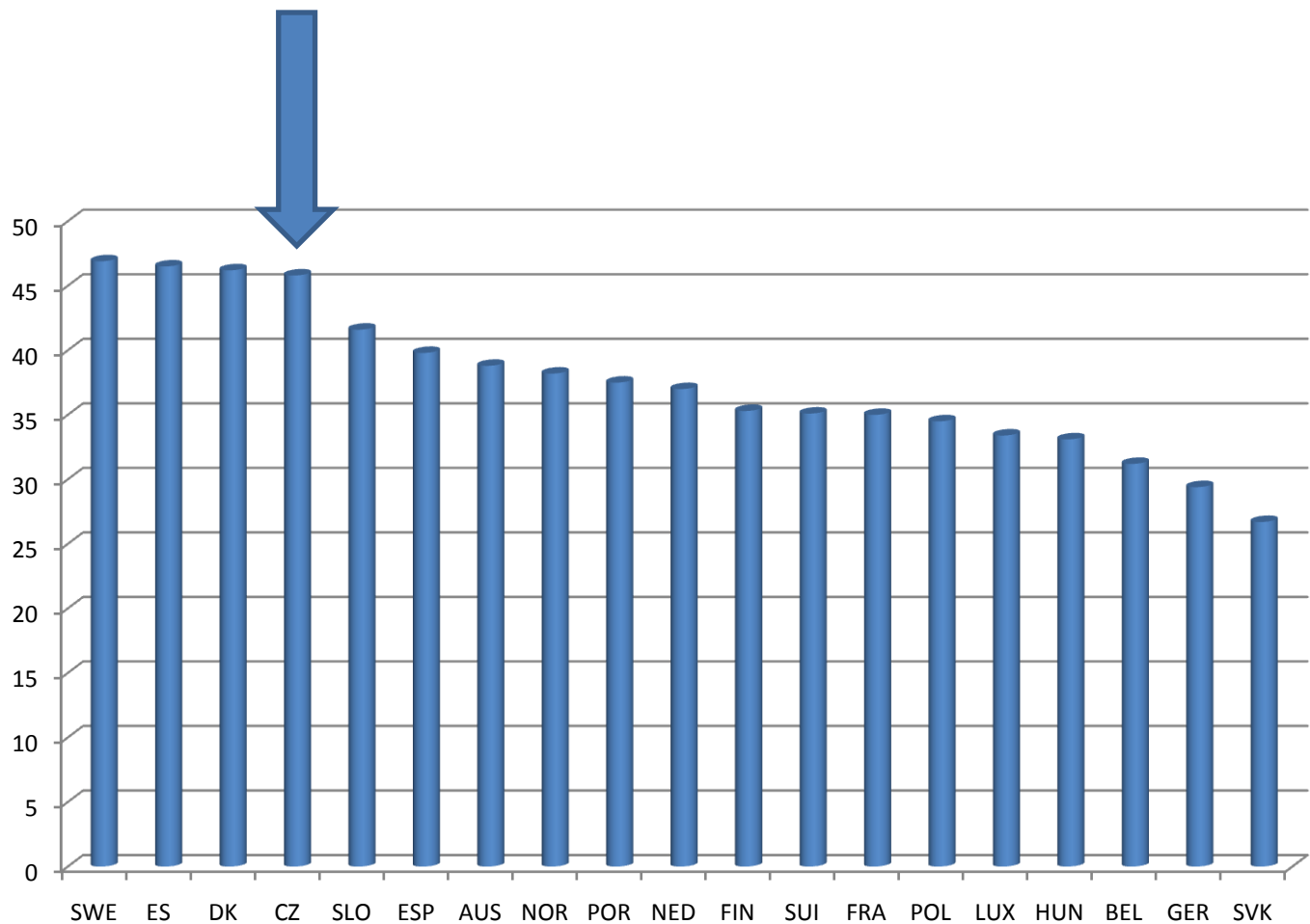
- **Nové (inovativní, originální) léky**
  - Jsou přísně regulovány na vstupu (nejnižší EU cena, dlouhá délka řízení, > 1 rok)
  - Jejich dostupnost je relativně nízká
- **Generika**
  - Jejich podíl je v ČR poměrně vysoký
  - Lze urychlit jejich vstup na trh (novela zákona 48)
  - Zvýšit tlak na jejich ceny/úhrady (tendry, aukce, pozitivní listy)

**Kde jsou rezervy českého  
zdravotnictví ?**

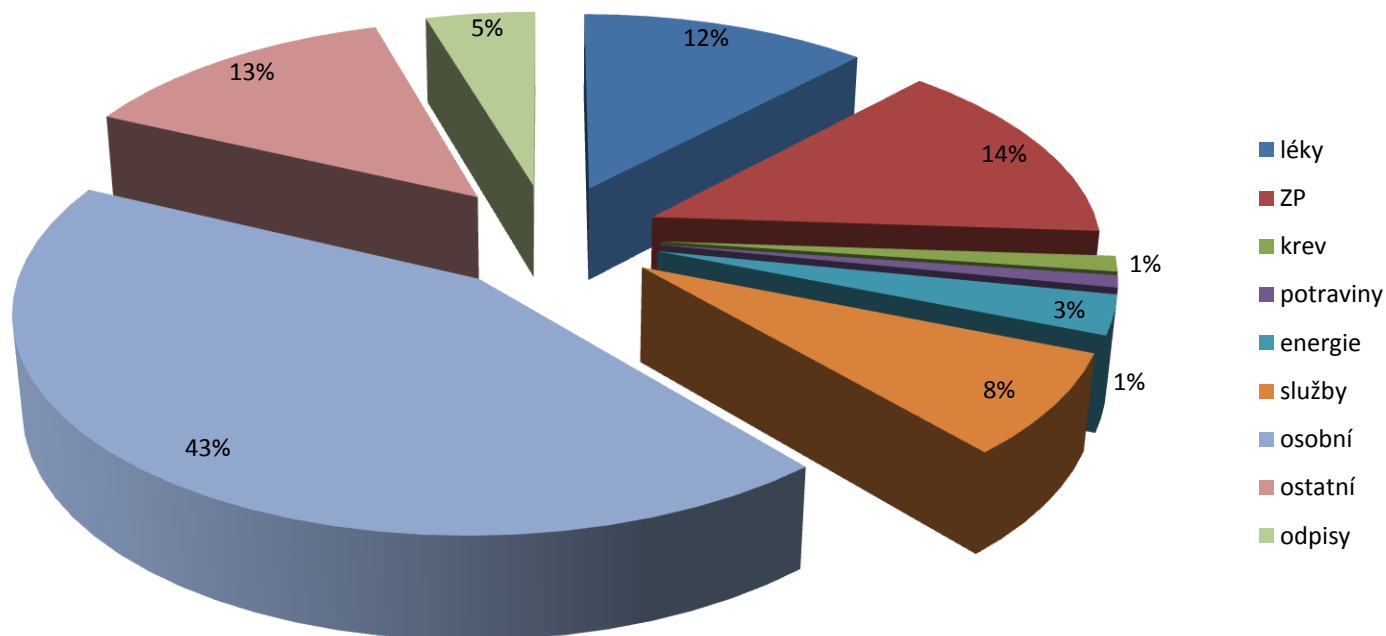
# STRUKTURA ZDRAVOTNÍCH VÝDAJŮ



# PODÍL NEMOCNIČNÍCH VÝDAJŮ NA CELKOVÝCH

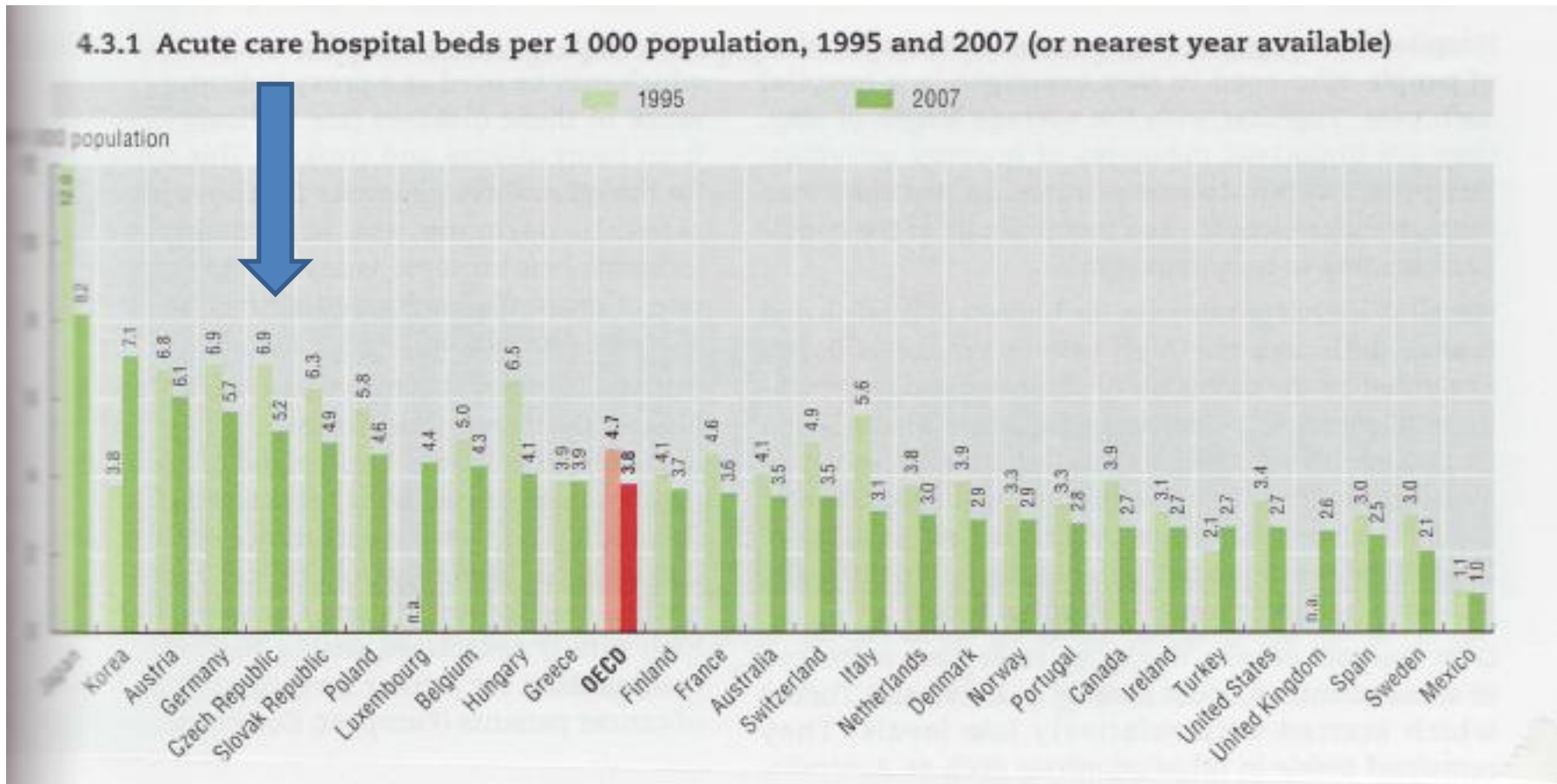


# STRUKTURA NÁKLADŮ NEMOCNIC (2009)



**Celkem 123 mld. Kč**

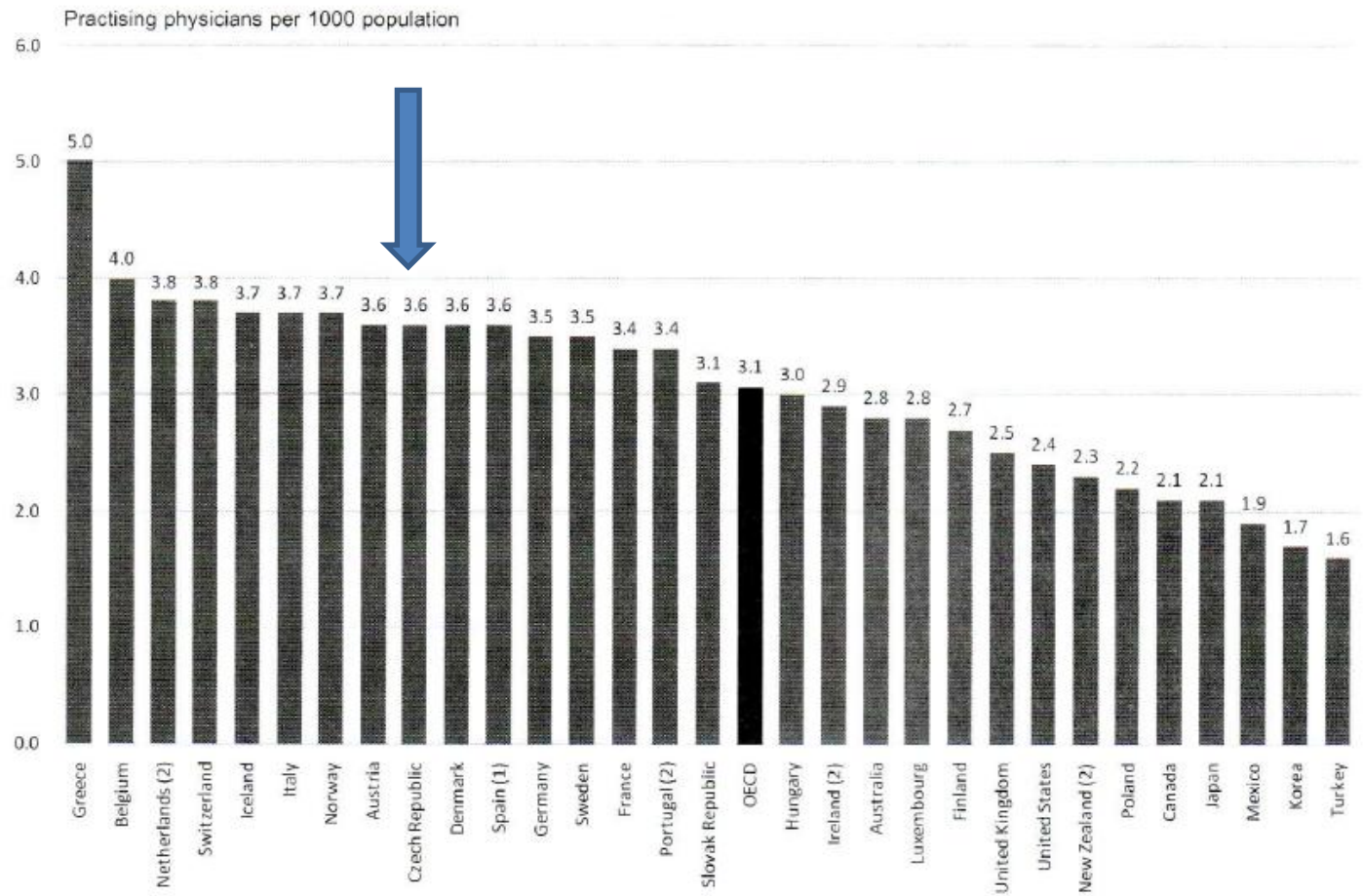
# POČET NEMOCNIČNÍCH LŮŽEK NA 1000 OBYVATEL



Acute LOS = 7,4 dne; průměr OECD = 6,5

# POČET LÉKAŘŮ NA 1000 OBYVATEL

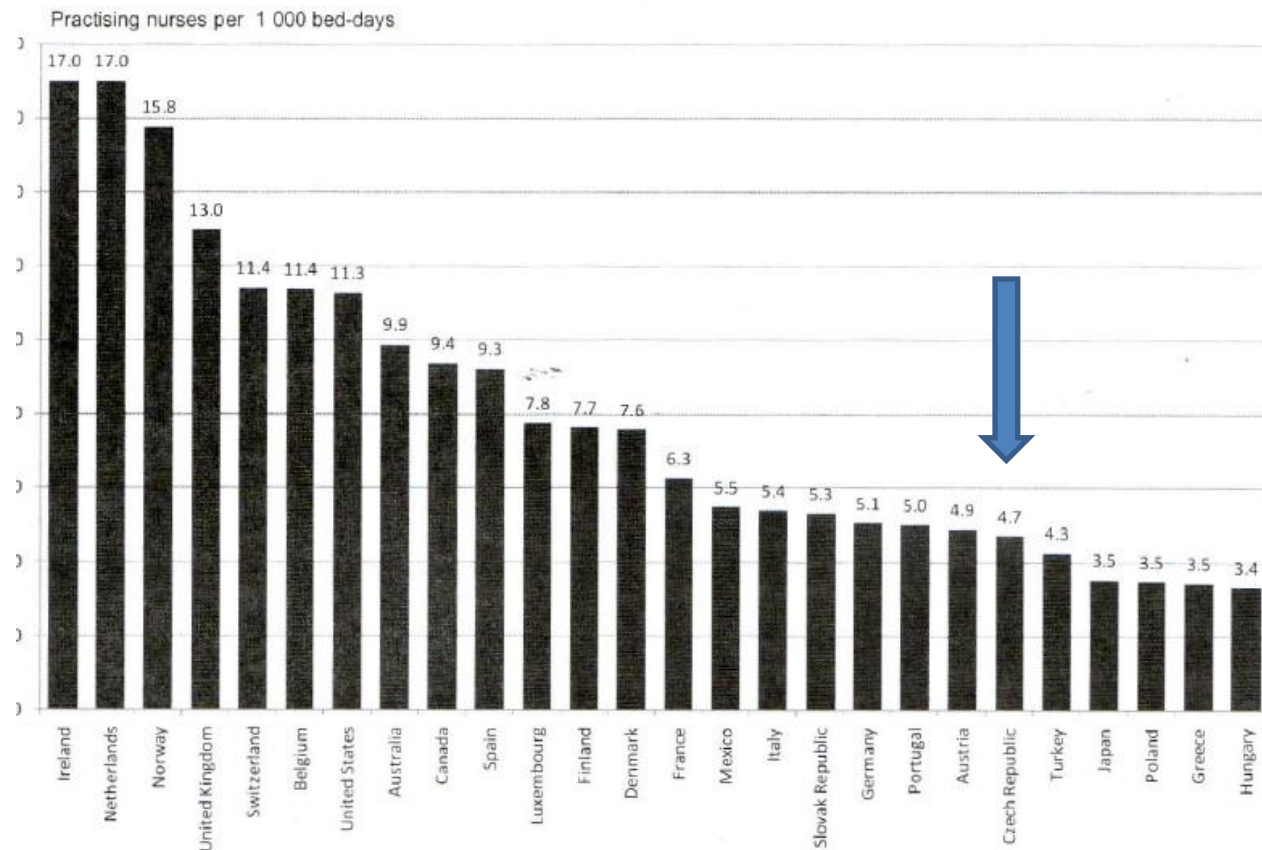
Figure 1.18. Practising physicians per 1 000 population, 2006



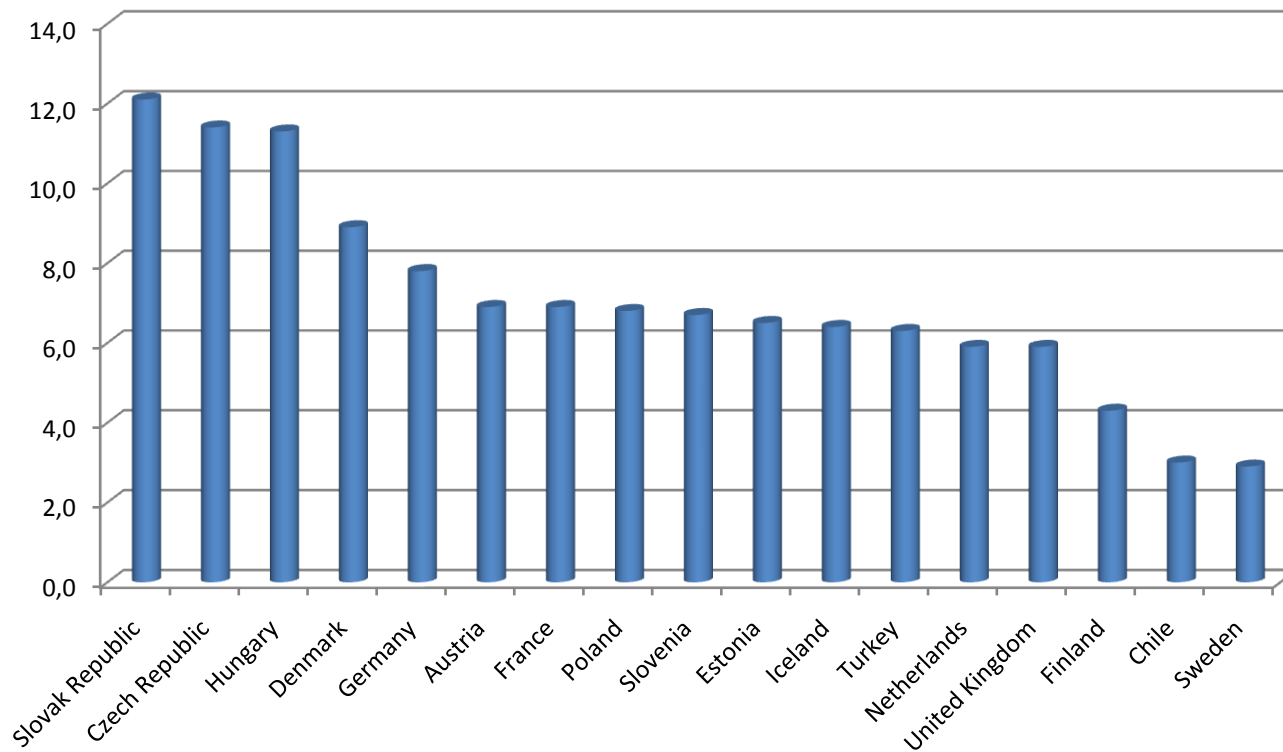


# POČET SESTER NA 1000 LŮŽKODNŮ

Figure 1.19. Practising nurses per 1 000 bed-days, 2005



# POČET KONTAKTŮ S LÉKAŘEM ZA ROK



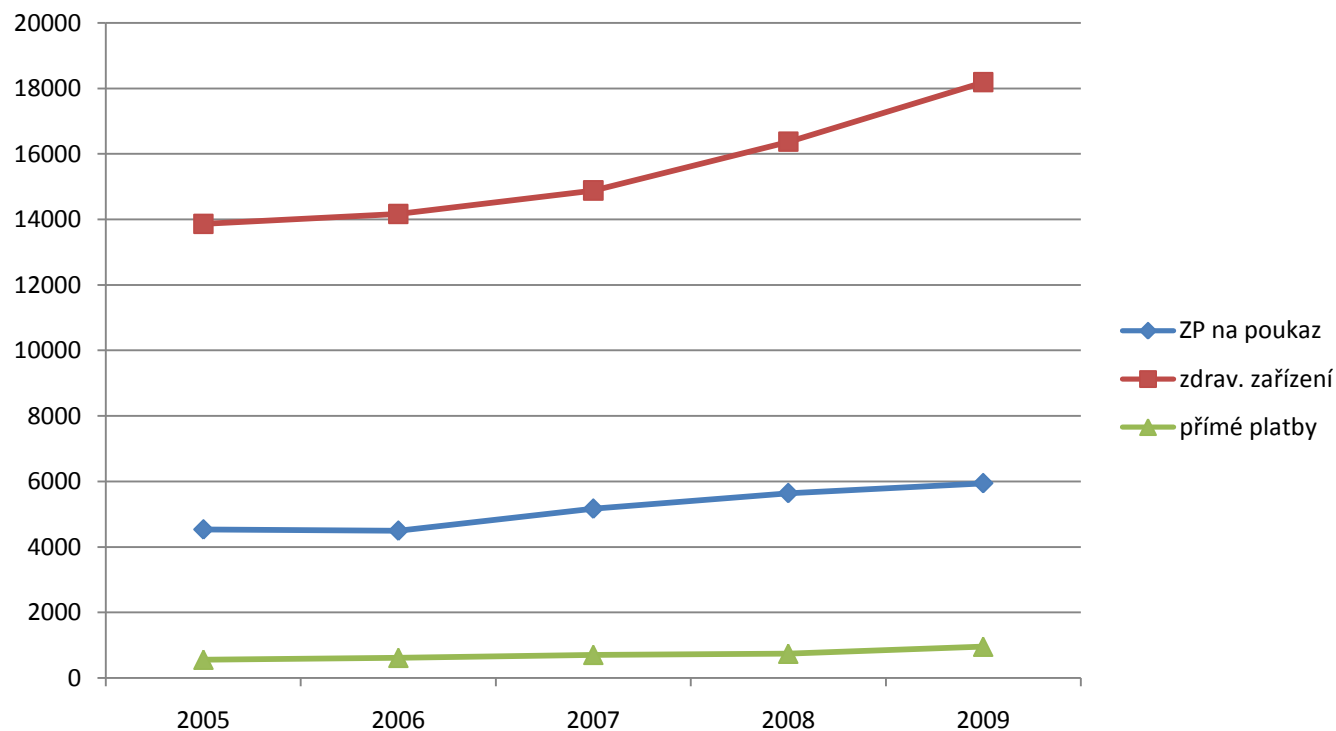
# KDE JE MOŽNÉ ŠETŘIT (OPTIMALIZOVAT)?

---

- **Vyšší kontrola nákladů na lůžkovou péči**
  - Optimalizace sítě nemocnic/restrukturalizace (následná a dlouhodobá péče)
  - Centralizace specializované péče
  - Průhlednost výběrových řízení a zvažování všech investic
  - Tlak na náklady pomocí soutěže (zdrav. prostředky, technika, léky)
  - Posuzování i ostatních segmentů pomocí HTA (prostředky, přístroje, investice)
- **Regulace na straně poptávky (co bude po poplatcích?)**
  - Omezení duplikované péče (zejména ambulantní)
  - Efektivní sdílení informací
  - Důslednější „gating“ na straně praktických lékařů

# VÝVOJ NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ PROSTŘEDKY

- Celkem 25 mld. Kč ročně (14% nákladů nemocnic)
- Největší objem a dynamiku mají ZP spotřebované ve zdravotnických zařízeních (nemocnice, záchranná služba, ambulance typu „poliklinik“)



# MŮŽEME UŠETŘIT NA ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDCÍCH ?

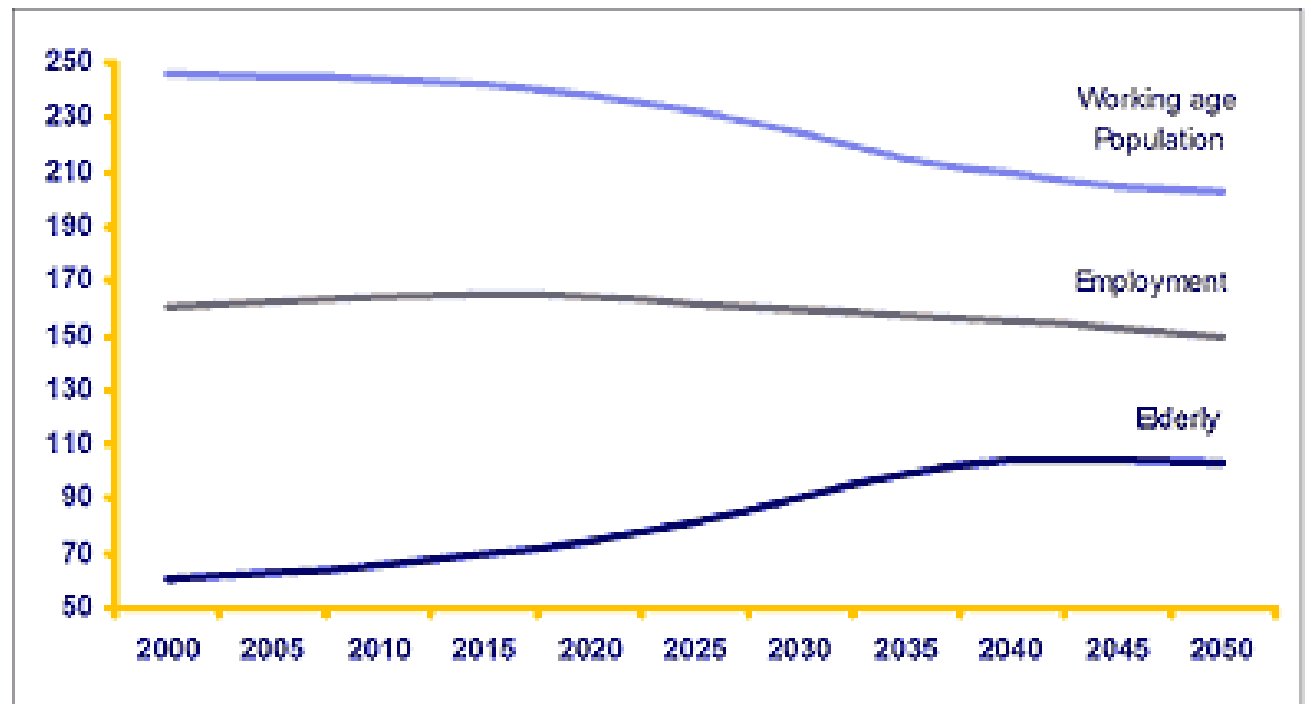
---

- **ZP na poukaz = cca 6 mld/rok**
  - Je třeba zavést podobné principy jako u léčiv  
= referencování cen + testování poměru cena/účinek
- **ZP placené paušální platbou (zdrav. zařízení) = cca 18 mld/rok**
  - Prakticky nemáme informace
  - Existuje prostor ke snížení cen při větším tlaku na transparentní výběrová řízení

**Co můžeme očekávat?**

# FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V OHROŽENÍ

- Na výdajové straně (zvyšující se náklady, nízká spoluúčast)
- Na příjmové straně (pokles ekonomicky aktivního obyvatelstva)



# ZTRÁTA PRODUKTIVITY

= ZTRÁTA PRO ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

	Roční platba	Rozdíl
<b>Státní pojištěnec</b>	8 676 Kč	100%
<b>Zaměstnanec</b>	32 400 Kč	370%
<b>Podnikatel (OSVČ)</b>	15 600 Kč	180%
<b>Osoby bez zdanitelných příjmů</b>	12 960 Kč	150%

**Stát platí za 58 procent lidí, kteří čerpají 80 procent péče !**



# KLESÁ VÝBĚR ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

---

2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009
110,5%	106,5%	99,05%	98,37%

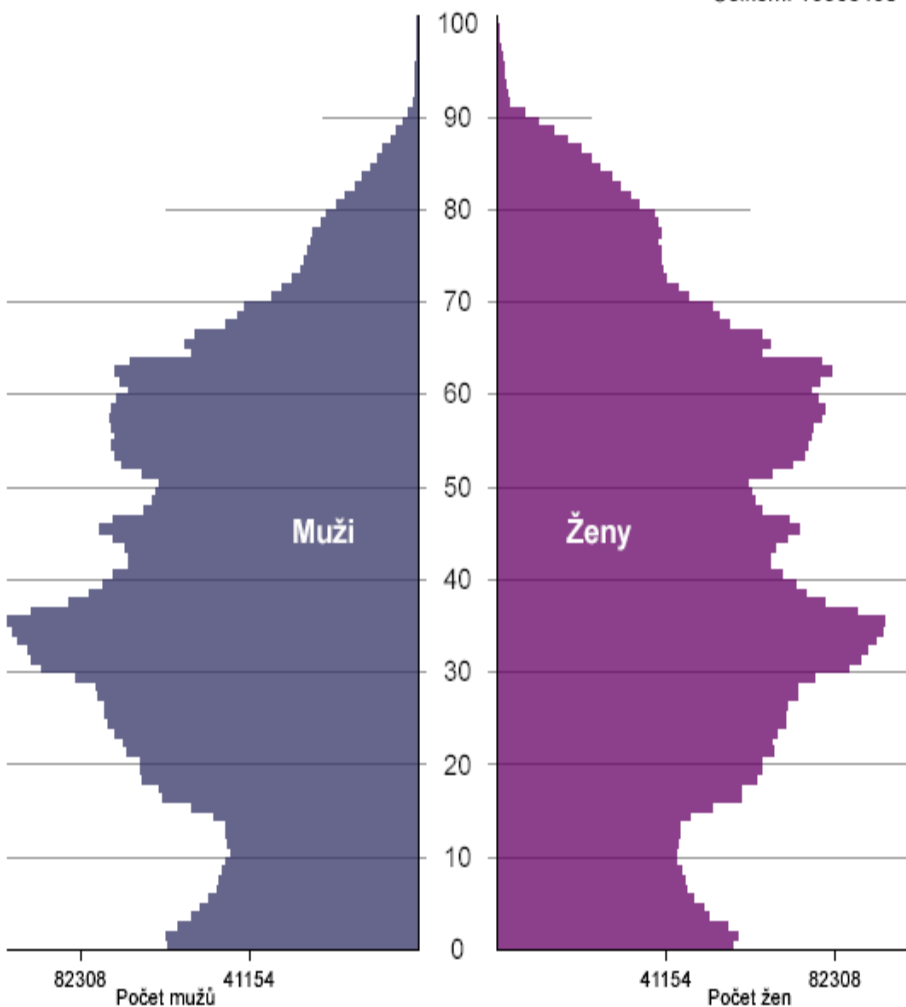
Zdroj: Svaz zdravotních pojišťoven

# Vliv demografického vývoje na financování zdravotnictví v ČR

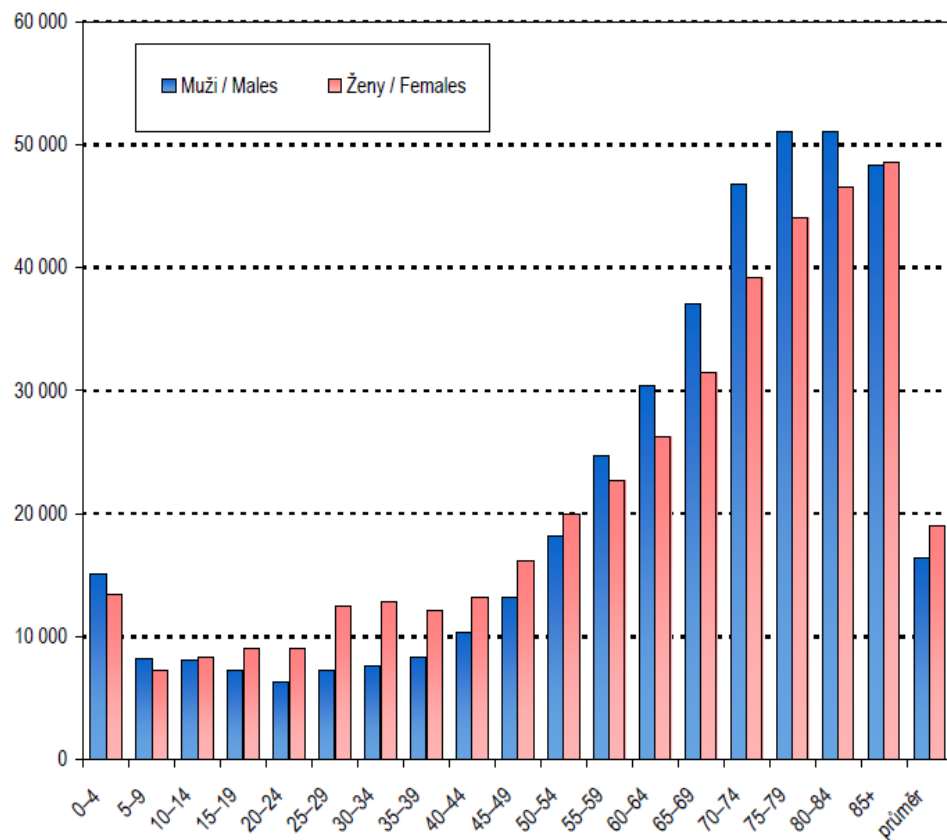
Věková skladba obyvatelstva: 2010

Česká republika

Celkem: 10503408



## Náklady ZP na pojištěnce



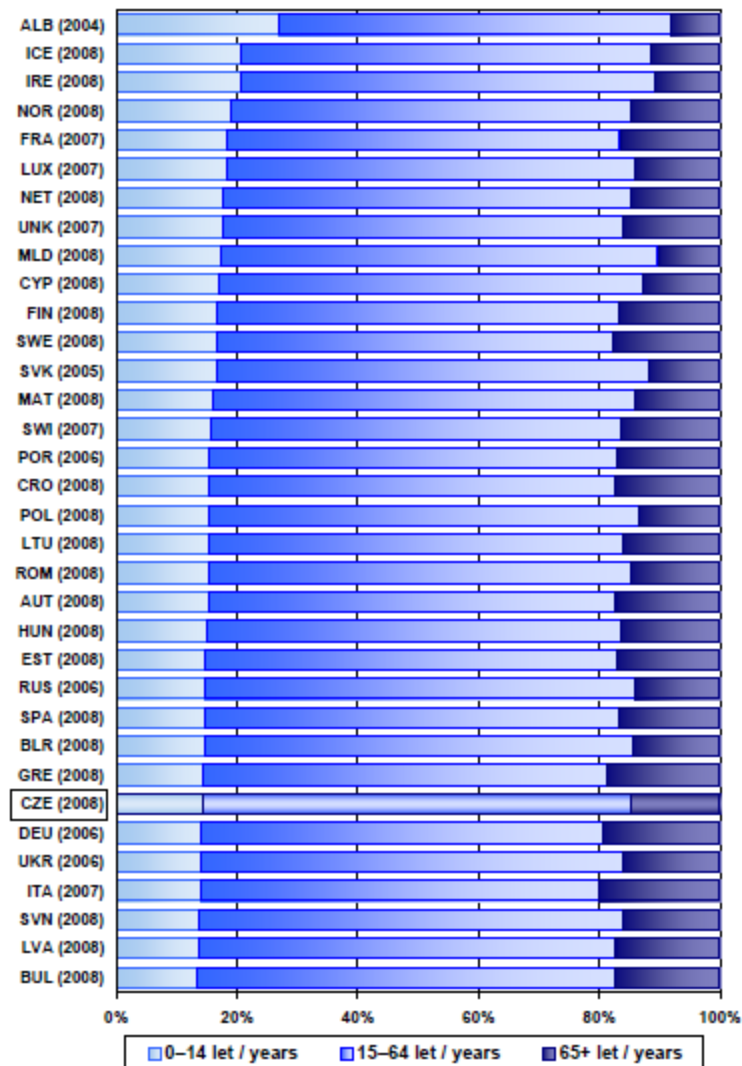
# PŘÍČINY RŮSTU ZDRAVOTNÍCH NÁKLADŮ

---

- Demografická situace = stárnutí populace
- Nové technologie/inovace
- Vyšší informovanost pacientů
- Nezdravý životní styl = civilizační nemoci
- Rostoucí požadavky na kvalitu života
- Vyšší dostupnost zdravotní péče
  - nabídka stimuluje poptávku

# VĚKOVÁ STRUKTURA OBYVATELSTVA

Věková struktura obyvatelstva (v %)  
Age structure of inhabitants (in %)



# OČEKÁVANÉ TRENDY V ČR

---

- Náklady na zdravotní péči do budoucna porostou
- Možnosti solidárního zdravotního pojištění mají své limity/ jsou téměř vyčerpány
- Pod tlakem budou nejen náklady na léky (tam jsou možnosti téměř vyčerpány při přísné aplikaci referenčního systému)
- Poroste tlak na efektivní využívání zdrojů
- Bude se zvyšovat spoluúčast pacienta
- Zdravotní péče bude rozdělena na standardní (hrazená ze solidárního ZP) a nadstandardní (komerční připojištění)
- Zdravotní pojištění se musí stát pojištěním

# PLÁNY NOVÉ VLÁDY

## PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ 4.8.2010 = „REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ“

---

- Navýšení soukromých zdrojů
- Definice standardu...a nadstandardu
- Rovný přístup k hrazené péči...(onkologie vs. Ostatní)
- Podpora prevence
- Regulační poplatky (hospitalizace 100 Kč, přístup ke specialistům)
- Univerzitní nemocnice
- Větší odpovědnost ZP, posílení dozoru
- Zavedení institutu reálné ceny místo netransparentního bodového systému
- Kategorizace zdrav. prostředků na principu „za stejný efekt stejná úhrada“
- Nemocenské pojištění na zdravotní pojišťovny
- Generická preskripce a substituce, v každé skupině jeden lék bez doplatku
- Podpora dlouhodobé zdravotně-sociální péče, podpora home-care, paliativní a hospicové péče

# REGULACE NÁKLADŮ VS. KVALITY PÉČE

---

- Náš systém je zaměřen na kontrolu nákladů a není schopen účinně měřit kvalitu péče
- Zdravotní pojišťovny nejsou motivovány ke kontrole kvality, ale jen k udržení rozpočtu
- Ekonomicky se ale jedná o mylný koncept, který nebude možné ufinancovat
- Pouze dlouhodobé náklady odráží současnou kvalitu léčby (diabetes, KV nemoci) a prevence (onkologie)

# ZÁVĚRY

---

- Výdaje na zdravotní péči dom budoucná porostou a je třeba na ně hledat zdroje (veřejné vs. soukromé)
- Primárním cílem se zvýšení efektivity systému a „chytré“ úspory (tam kde neztrácíme kvalitu péče)
- Dostupnost a neomezená nabídka bude muset být regulována pro zachování kvality
- Hledejme úspory tam, kde je můžeme nalézt
- Je třeba zavést cílené regulační nástroje (ZP, přístroje/HTA; síť nemocnic, struktura a rozsah ambulantní péče)





**Děkuji za pozornost !**

**[www.iheta.org](http://www.iheta.org)**

***dolezal@iheta.org***

# PRACOVNÍCI VE ZDRAVOTNICTVÍ (2009)

**Struktura pracovníků ve zdravotnictví podle druhu zařízení**  
*Structure of health personnel by type of establishment*

