

Financování českého zdravotnictví v Evropském kontextu

Tomáš Doležal, Tomáš Mlčoch

Institut pro zdravotní ekonomiku
a technology assessment



OSNOVA

- Současná debata o financování zdravotnictví
- Mezinárodní statistiky/fakta
- Základní odlišnosti českého zdravotnictví
- Výzvy do budoucna
- Co na to současná vláda/sněmovna?

SOUČASNÁ DISKUSE O FINANCOVÁNÍ

... KDO MÁ PRAVDU?

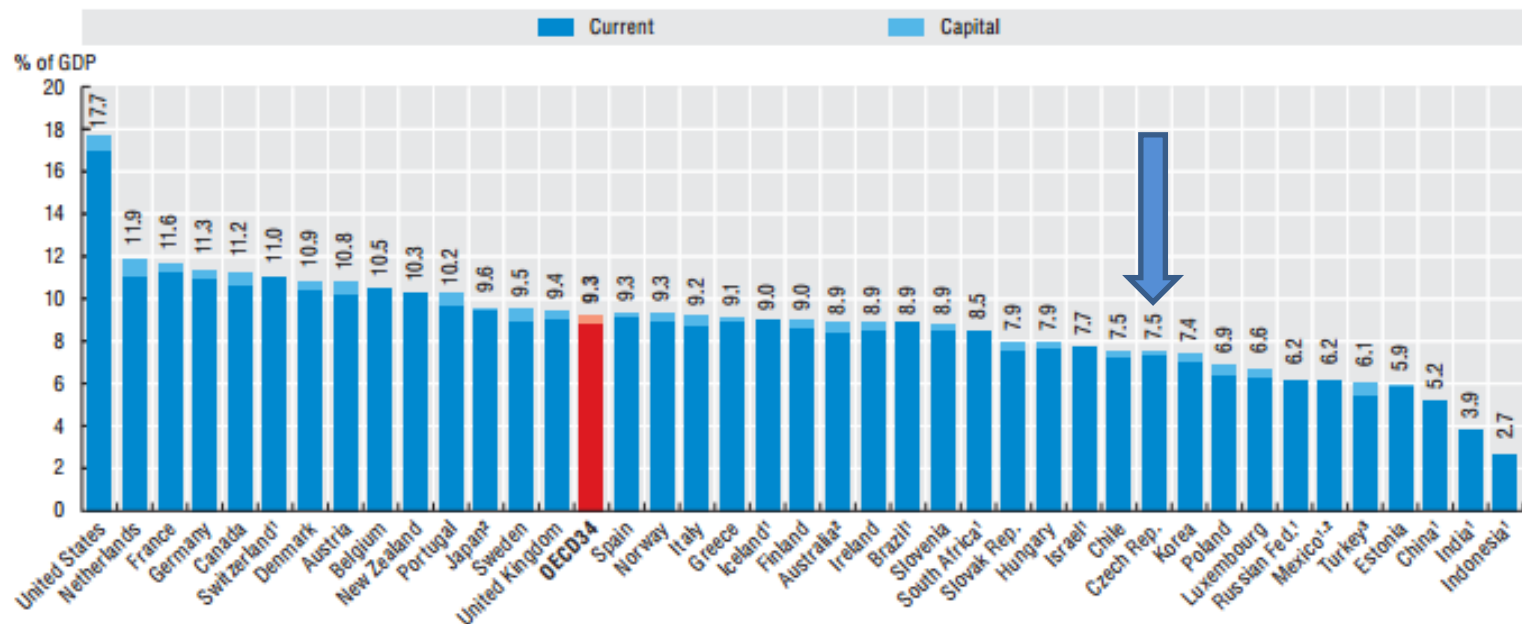
- České zdravotnictví má financí dostatek, je třeba zvýšit efektivitu a transparentnost finančních toků
- „argument černé díry“

- České zdravotnictví je podfinancované a trpí výpadky z minulosti (poplatkovánie, DPH)




VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ JAKO PODÍL NA HDP = POD PRŮMĚREM OECD

7.2.1. Health expenditure as a share of GDP, 2011 (or nearest year)



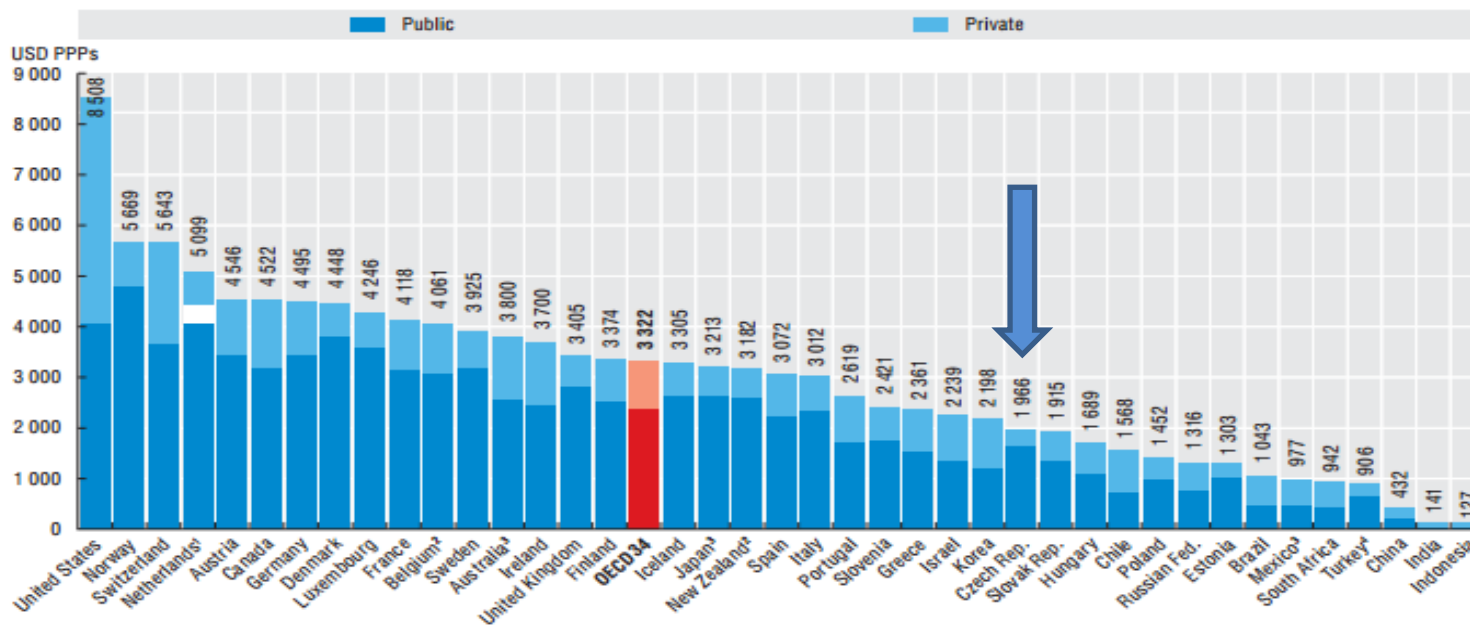
1. Total expenditure only.
2. Data refers to 2010.
3. Data refers to 2008.

Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932918871>


VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ V ABSOLUTNÍM FINANČNÍM VYJÁDŘENÍ

7.1.1. Health expenditure per capita, 2011 (or nearest year)



1. In the Netherlands, it is not possible to clearly distinguish the public and private share related to investments.
2. Current health expenditure.
3. Data refers to 2010.
4. Data refers to 2008.

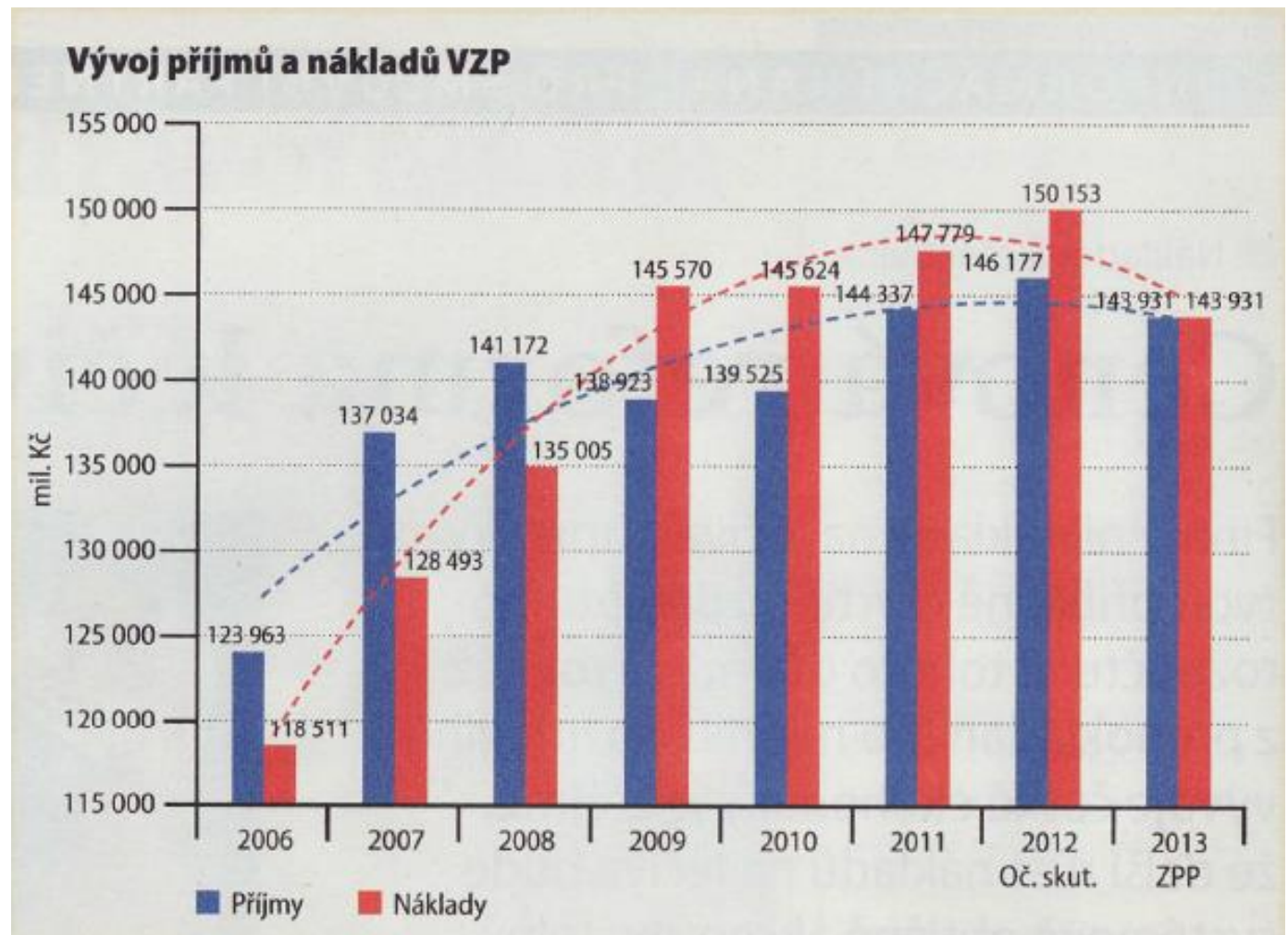
Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932918833>

TREND VEŘEJNÝCH VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ

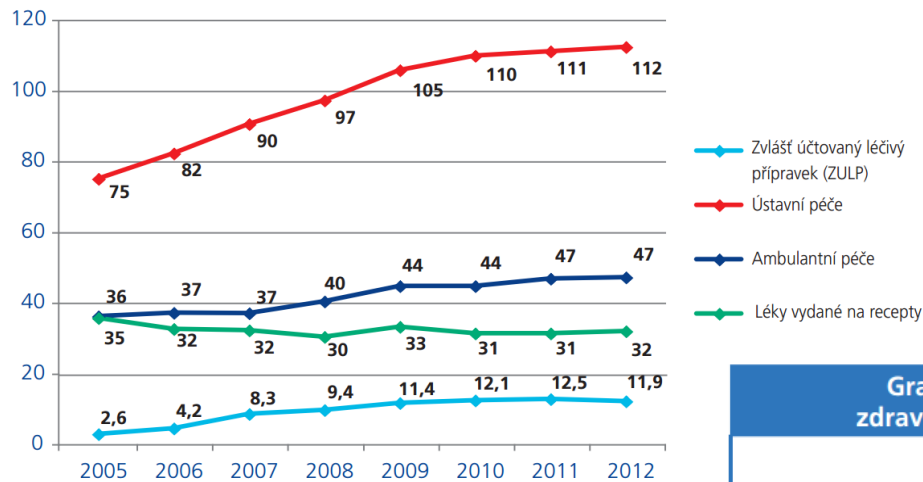


FINANČNÍ BILANCE VZP (2006-2013)

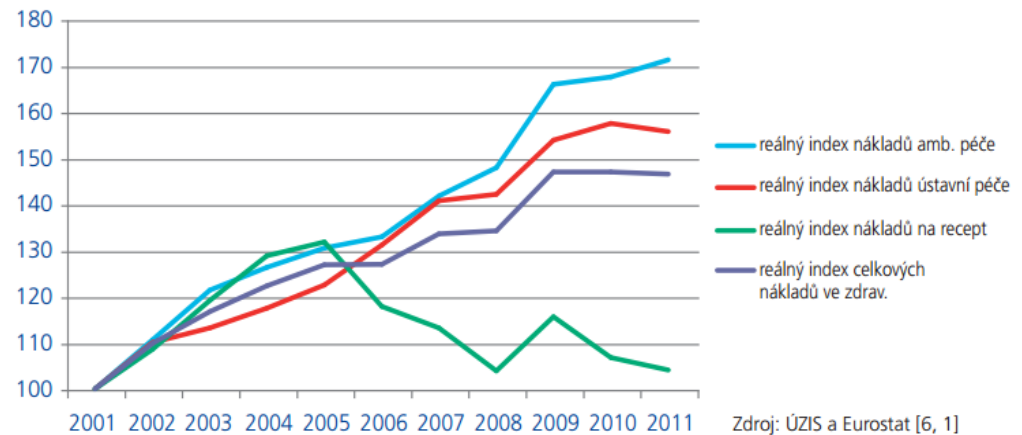


STRUKTURA FINANCOVÁNÍ

Graf 10b – vývoj nákladů zdravotních pojišťoven v mld. na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů



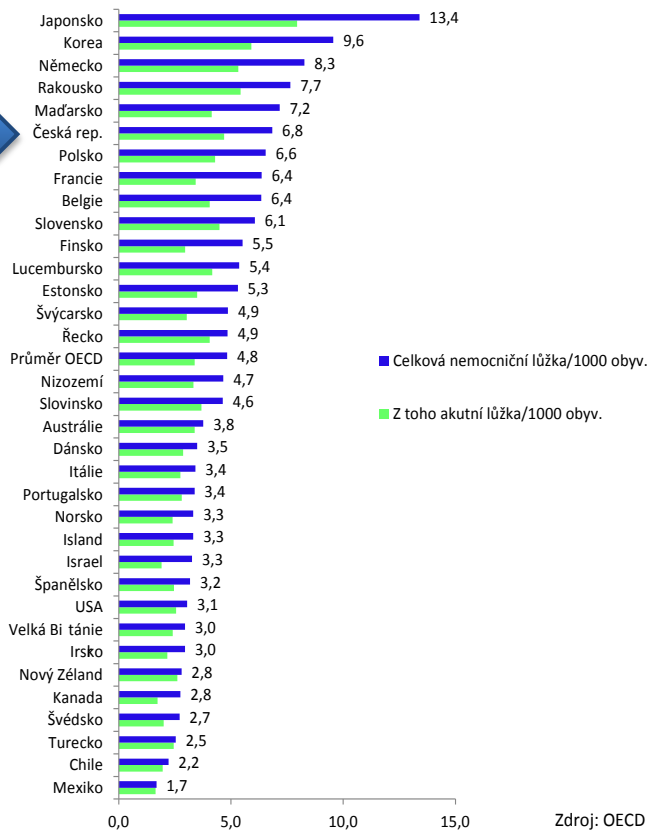
Graf 12 – indexy vývoje nákladů reálných (očištěných o inflaci) zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů



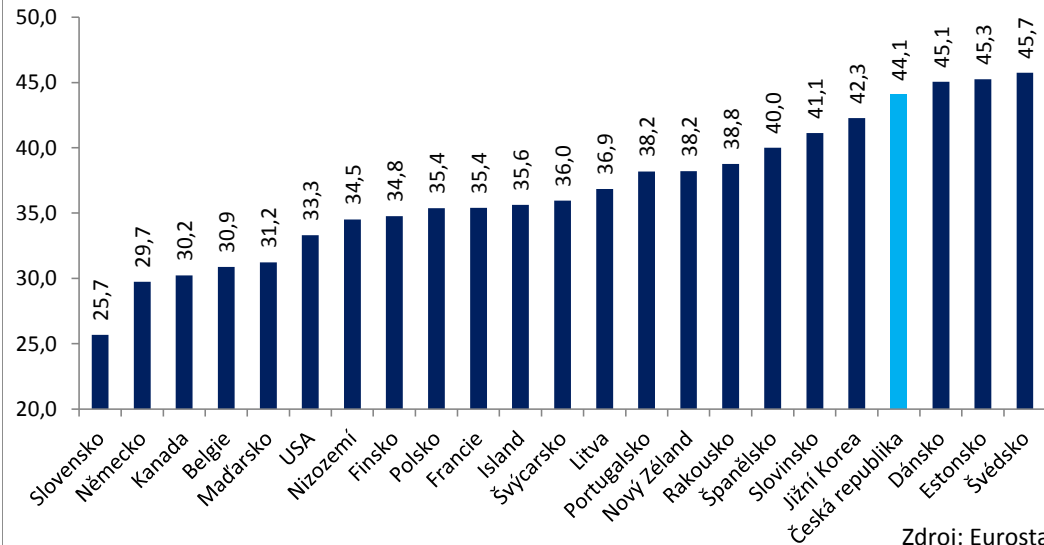
Zdroj: ÚZIS a Eurostat [6, 1]

LŮŽKOVÁ PÉČE VS. SVĚT

Graf 2 - celková a akutní nemocniční lůžka na 1000 obyv. v zemích OECD



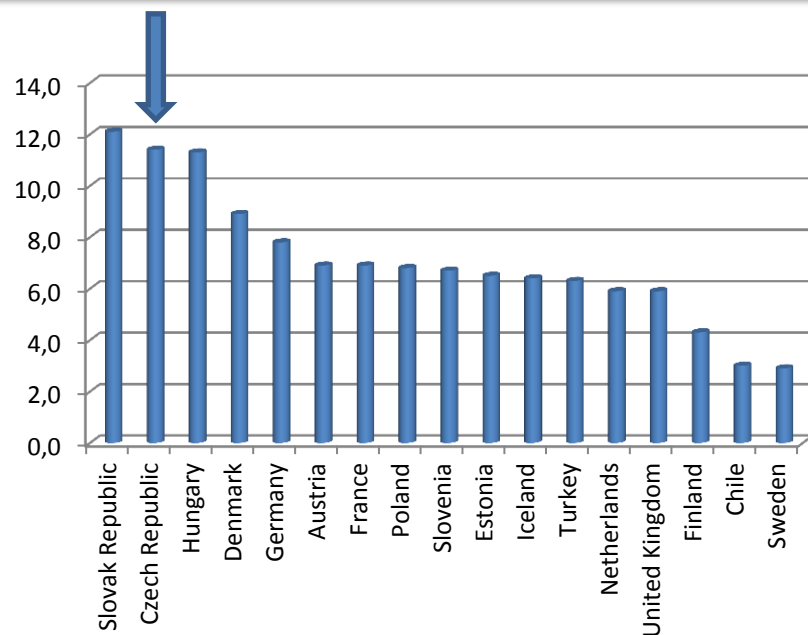
Graf 3 - % podíl výdajů na nemocniční péči na celkových výdajích na zdravotnictví



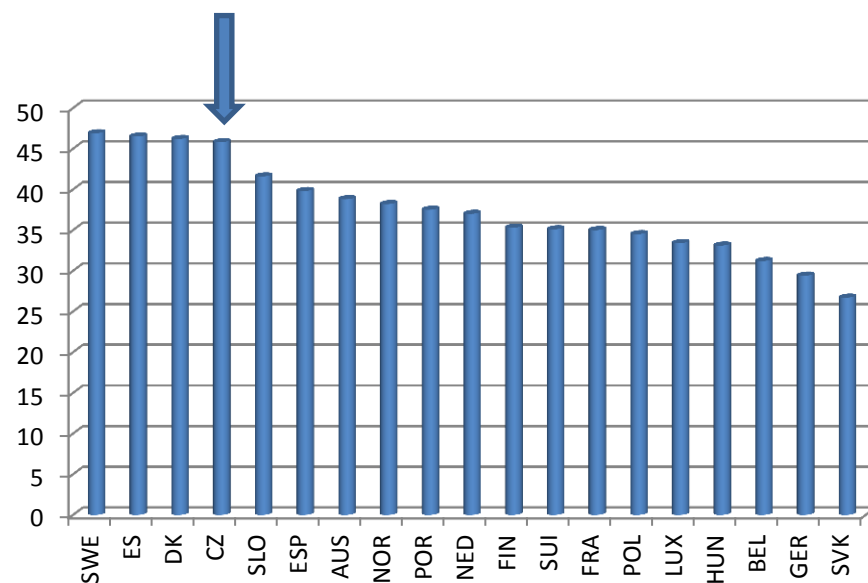
Trend je sice klesající, ale stále jsme na špičce

Kdo vysvětlí pacientům/voličům, jak souvisí/nesouvisí počet lůžek s kvalitou zdravotní péče?

„ŠVÉDSKÝ STŮL“ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ



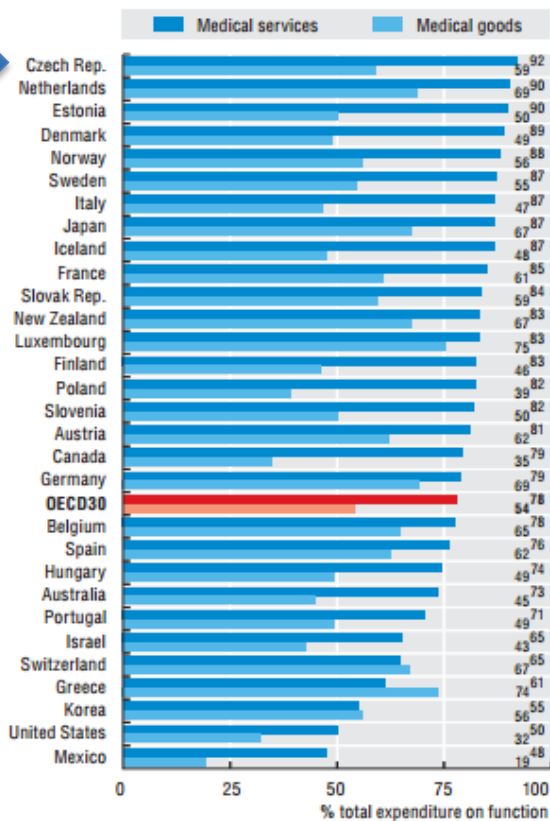
Počet kontaktů s lékařem/rok



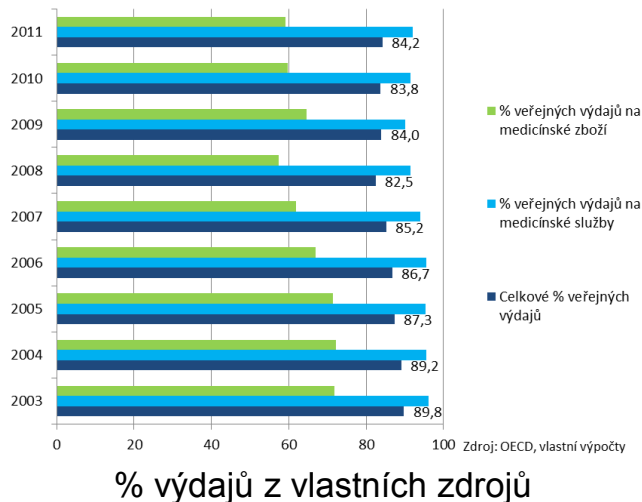
Podíl nemocničních výdajů na celkových

NÍZKÁ SPOLUÚČAST (PŘÍMÉ PLATBY) = ČESKÝ UNIKÁT

7.6.2. Public share of expenditure on medical services and goods, 2011 (or nearest year)



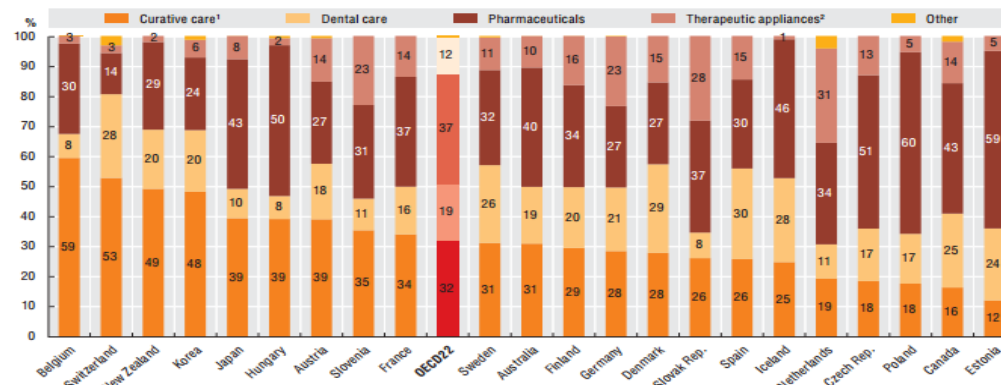
Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932919080>



■ % veřejných výdajů z medicínské zboží
■ % veřejných výdajů z medicínské služby
■ Celkové % veřejných výdajů

Zdroj: OECD, vlastní počty

6.2.2. Shares of out-of-pocket medical spending by services and goods, 2011 (or nearest year)



Note: This indicator relates to current health spending excluding long-term care (health) expenditure.
1. Including rehabilitative and ancillary services.
2. Including eye care products, hearing aids, wheelchairs, etc.
Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

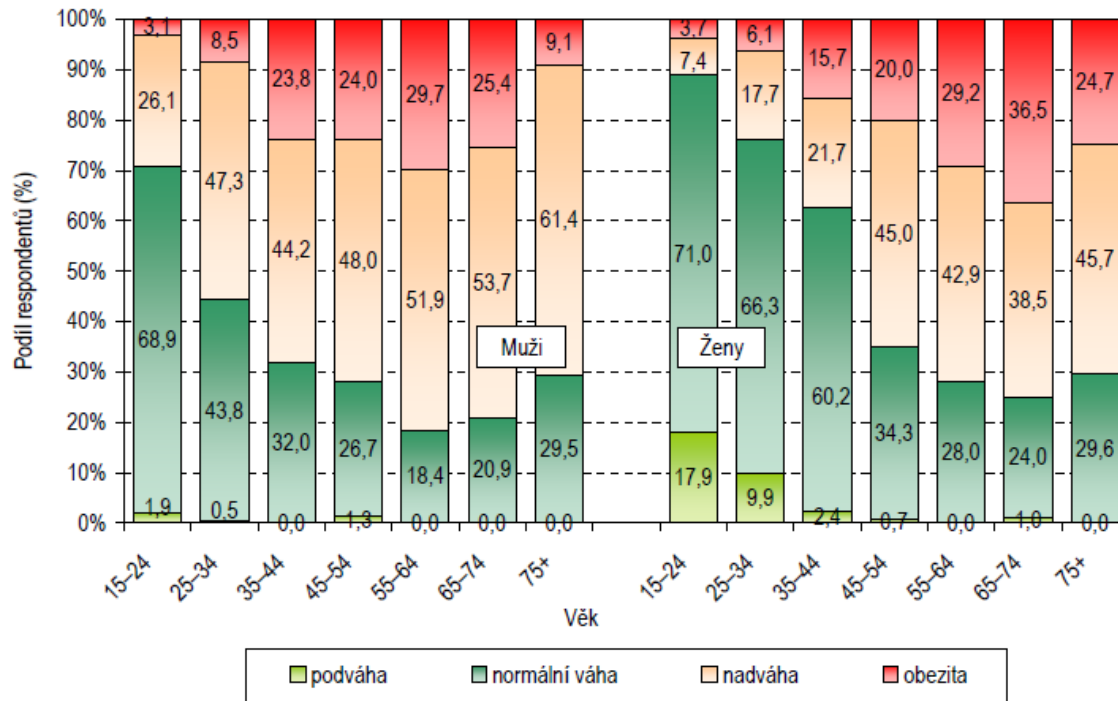
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932918567>

KOMERČNÍ PŘIPOJIŠTĚNÍ

= SOFISTIKOVANÁ CESTA K VYŠŠÍ SPOLUÚČASTI



JAK ZMĚNIT PŘÍSTUP POPULACE K VLASTNÍMU ZDRAVÍ? – OTÁZKA ZA BILIÓN



WHO: BMI>30: 28,7%
BMI>25: 61,1%

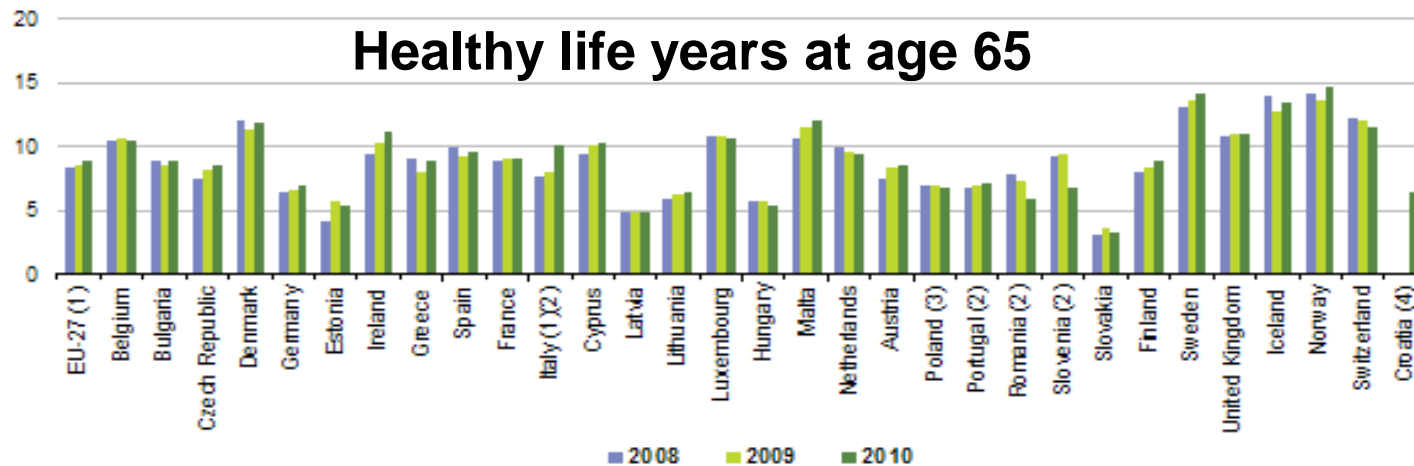
BLOOMBERG RANKINGS

THE GLOBAL VICE INDEX

OVERALL VICE INDEX

Rank	Country	Final Score
1	Czech Republic	68.94
2	Slovenia	62.50
3	Australia	57.84
4	Armenia	57.53
5	Spain	56.51
6	Bulgaria	53.25
7	Italy	52.58
8	Greece	51.24
9	Croatia	51.14
10	Bosnia and Herzegovina	50.72
11	Estonia	49.92
12	Ireland	49.24
13	Argentina	49.21
14	Latvia	48.74
15	United Kingdom	48.13
16	United States	48.07
17	Ukraine	47.72
18	Slovakia	47.15
19	Hungary	46.86
20	Russia	46.74
21	South Korea	44.81
22	Canada	44.02
23	Austria	43.58
24	Denmark	43.31
25	Philippines	43.24
26	Portugal	43.07
27	New Zealand	42.50
28	Belarus	42.17
29	Finland	40.11
30	Romania	40.00

STÁRNUTÍ POPULACE = NUTNOST PRODLOUŽIT PRODUKTIVNÍ VĚK



(1) Estimate, 2010.

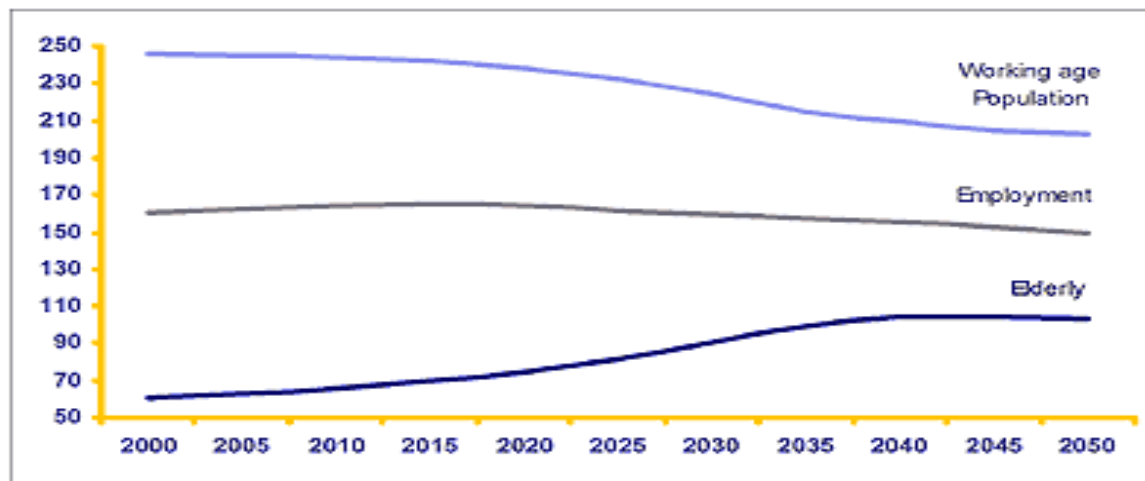
(2) Break in series, 2010.

(3) Break in series, 2009.

(4) 2008 and 2009, not available.

Source: Eurostat (online data code: hlth_hlye)

ČR: 8,5; Lotyšsko: 4,9 Norsko: 14,5; Švédsko: 14,1



ZTRÁTA PRODUKTIVITY

= ZTRÁTA PRO ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

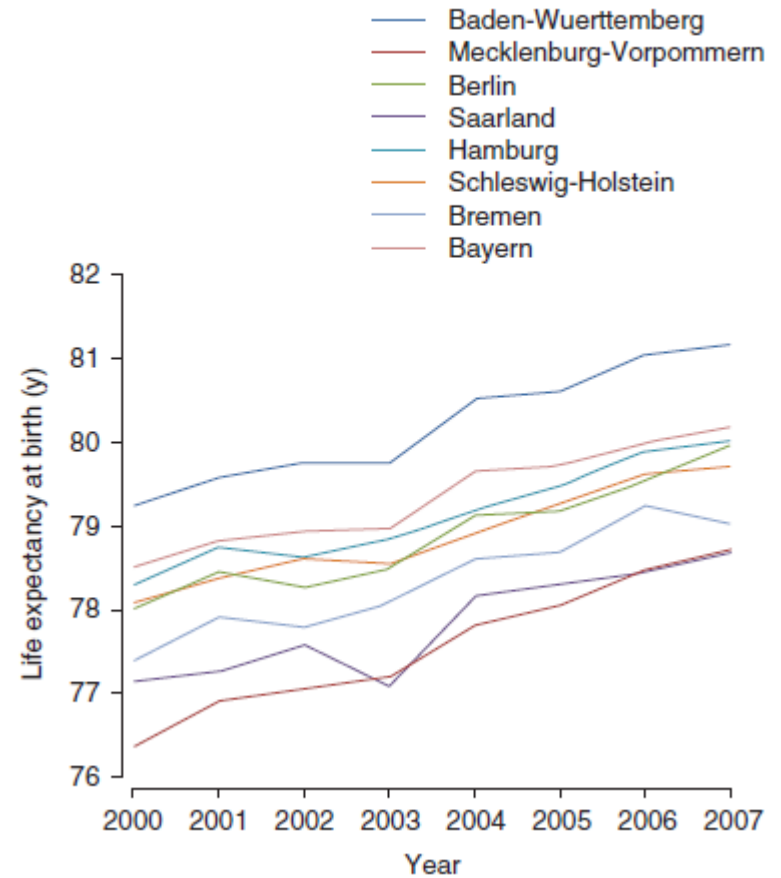
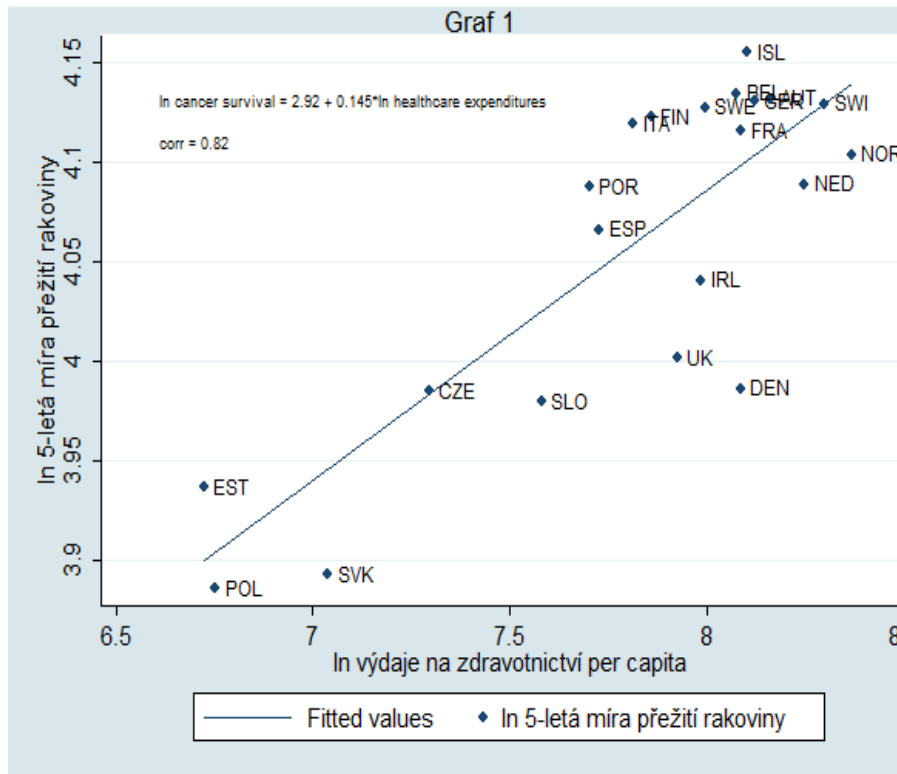
	Roční platba	Rozdíl
Státní pojištěnec	8 676 Kč	100%
Zaměstnanec	32 400 Kč	370%
Podnikatel (OSVČ)	15 600 Kč	180%
Osoby bez zdanitelných příjmů	12 960 Kč	150%

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

REGULACE NÁKLADŮ VS. KVALITY PÉČE

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

JAKÝ JE VZTAH MEZI NÁKLADY NA PÉČI A JEJÍ KVALITOU ?



10 HLAVNÍCH OPATŘENÍ PRO VYŠŠÍ EFEKTIVITU FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ (NERV 2012)

1. Pozitivní lékové seznamy a elektronické aukce
2. Elektronická preskripce
3. Kategorizace zdravotnických prostředků
4. Hodnocení přínosu přípravků/prostředků podle přínosu k nákladům
5. Prospektivní úhrady DRG u akutní lůžkové péče
6. e-Health
7. Další vrstvy přerozdělení
8. Programy pro chronicky nemocné
9. „Měkký gatekeeping“
10. Sjednocení právního základu pro fungování zdravotních pojišťoven a zvýšení odpovědnosti členů statutárních orgánů

PRINCIPY HTA NEJSOU POUŽÍVÁNY TÉMĚŘ VŮBEC

- Jen v rámci řízení o úhradě léčivých přípravků jsou principy HTA částečně využívány (CE + BIA)
- V ostatních segmentech takové posuzování neprobíhá
 - Vs. Zdravotnické prostředky (materiál, „devices“)
 - Vs. Přístroje („roboti“, MRI, CT, „Cyber Knife“)
 - Vs. Investice (výstavba nových oddělení, center)
 - Vs. Rozsah ambulantní péče (sít, počet kontaktů)
- V žádném segmentu než v lécích se neposuzují ceny/náklady (ve srovnání se zahraničím, ve srovnání s podobnými produkty) a očekávané náklady a přínosy

MOŽNÉ EFEKTY ZAVEDENÍ HTA

- **Zvýšení efektivity využívání zdrojů (omezených)**
 - Do balíku hrazené péče budou zařazeny jen takové postupy, které mají příznivý poměr nákladů a přínosů ve srovnání se současným standardem, čímž bude postupně docházet k vyššímu dosahování produkce „zdraví“ v rámci rozpočtu
- **Zvýšení spravedlnosti/rovnosti v přístupu ke zdravotní péči**
 - Protože bude omezen vliv iracionálních vlivů v alokaci prostředků, zdravotní výdaje (investice) budou směřovat do péče o ty pacienty, kteří mohou mít z léčby největší prospěch (zlepšení zdravotního stavu)

HLAVNÍ VÝZVY ZDRAVOTNICTVÍ ČR

- **Stárnoucí populace**
 - Vyšší nemocnost/nížší podíl ekonomicky aktivního obyvatelstva = stagnace výběru pojistného
 - Změna struktury, tj. více dlouhodobé péče (ideálně ambulantní)
- **Rostoucí náklady na péči**
 - Vyšší poptávka díky nastavení systému (“švédský stůl“) + rostoucí náklady (nové tech. a léky - nutná kontrola pomocí HTA)
- **Změna poskytované péče**
 - Větší specializace/centralizace/individualizace
 - Přesun péče do primární/ambulantní/domácí linie

MOŽNOSTI ZVÝŠENÍ PŘÍJMŮ PRO ZDRAVOTNICTVÍ (5-10 LET DOPŘEDU)

Zvýšení zdravotní daně (tzv. pojištění)	Snižuje konkurenceschopnost/výkonnost ekonomiky
Vyšší transfery z veřejných rozpočtů (tzv. státní pojištěnci)	Zvýšení politické priority pro zdravotnictví, ale dlouhodobě asi nebudou zdroje
Přímá spoluúčast (poplatky)	? Sociálně a politicky zřejmě neúnosné ?
Skutečné (komerční, nominální) pojistné	Peníze od populace v produktivním věku, ne od chronicky nemocných
Řízené omezování rozsahu zdravotní péče	Zřejmě bude nutné a lépe pokud bude plánované a nesníží kvalitu péče (QALY)

**Stačí jen jedině:
dlouhodobá vize a politická vůle.....**

...TAK JAK TO JE? A KDO MÁ PRAVDU?

- Realita bývá složitější než politické proklamace...
- **České zdravotnictví má bezpochyby vnitřní rezervy:**
 - Struktura a rozsah lůžkové péče
 - Pohyb pacienta v systému (gate-keeping)
 - Racionalizace vstupu nových technologií (HTA)
- **Ale v delším časovém horizontu budou finanční prostředky chybět:**
 - Financování dle zdravotních priorit (pokud je politika bude schopna formulovat)
 - Sociálně šetrné zvyšování spoluúčasti
 - Více veřejných peněz do systému



Děkuji za pozornost !

www.iheta.org

dolezal@iheta.cz