

Pacienti – z prosebníků zákazníci

MUDr. Pavel Vepřek

Proč všichni reformují zdravotnictví

- po tisíciletí – přímý vztah mezi pacientem a lékařem
- průmyslová revoluce – vznik nemocenských pokladen pro zaměstnance (Bismark)
- poválečné období – finanční problémy pokladen, poptávka po zásahu státu, důraz na veřejné zdravotnictví, vznik modelu Národní zdravotní služby (Beveridge, Semaško)
- od 70. lét – rozvoj medicíny, potíže národních i pojišťovenských systémů s adaptací na změnu (snižování efektivity alokace a užití zdrojů, růst nákladů, nespokojenost pacientů,...)



narušení přirozeného vztahu mezi pacienty a lékaři (selhání „třetí strany“)

prosebník



zákazník

přídělový systém



regulovaný trh

2

Regulovaný trh ve zdravotnictví

- trh (zpětná vazba, efektivita, kvalita)
 - všichni ve svých rolích
 - stát (nastavení regulací a jejich vymahatelnost)
 - poskytovatelé (veřejná služba)
 - pojišťovny (veřejná služba)
 - občané (zákazníci poskytovatelů, pojištěnec, průmyslu i politiků)
- regulace (ochran a srovnání výchozích podmínek)
 - kompenzace rozdílných rizik
 - ochrana spotřebitele
 - pojištění (otevřenost, účinné přerozdělení, rozsah zajišťované péče)
 - zdravotní péče - kvalifikace, technika ...
 - průmysl - správná výrobní praxe
 - náhrada tržních signálů (regulační poplatky)

Jak proměnit prosebníka v zákazníka

- aktivním atakem na přirozenou lenost s využitím triády:
 - motivace
 - výběr z alternativních řešení na základě jejich ceny a kvality
 - prospěch z žádoucího chování (výpis z účtu)
 - informace
 - (o kvalitě, ceně, srovnání....)
 - komunikace (dostupnost informací, rychlá a účinná zpětná vazba)
- zákaznickou orientací
 - pojišťoven (dobré hospodaření přináší pojištěnce)
 - poskytovatelů (peníze za pacientem)
 - politiků
 - průmyslu



klíč je v systému pojištění

Změny na příjmové části

- dvousložkové pojistné ve veřejném zdravotním pojištění
 - odvod – procento z příjmu, vstupuje do přerozdělení
 - pojistné – pevná částka, stanovena pojišťovnou

(explicitní definice rozsahu zdravotních služeb hrazených z v.z.p. a míry jejich úhrady)



cenová konkurence mezi pojišťovnami



prostor pro soukromé připojištění
(nadstandard, asistence, nové metody)

- vytvoření veřejného zdravotně – sociálního pojištění



zrušení bariér mezi zdravotní a sociální péčí



vazba mezi zdravotními a sociálními náklady nemoci

Změny v mechanismu přerozdělení

- současný stav (od r. 2005)
 - ex ante – podle věku a pohlaví (věkové kategorie po 5 letech)
 - ex post - kompenzace nákladné péče (80% z částky o kterou byl překročen 30ti násobek nákladů na průměrného pojištěnce za rok)
- Nizozemsko:
 - věk a pohlaví
 - zdroj příjmu (invalidé, nezaměstnaní, na sociálních dávkách, OSVČ, samoplátci)
 - oblast (2 kategorie – města s cizinci, vesnice s domorodci)
 - **PCG (Pharmacy cost groups) – léky na recept pro 20 Dg. (diabetes, CF, onkologie, ...)**
 - DCG (Diagnosis cost groups) – 13 skupin, závažné nemoci propuštěné z nemocnice



konkurence v nákupu péče nikoli ve výběru pojištěnců

6

Změny na výdajové straně

- úprava úhradových mechanismů zejména v lůžkové péči (akutní lůžka DRG, rehabilitační a následná za ošetřovací den) (revize norem personálního a přístrojového vybavení – zrušení „přílohy č. 2“)
- průběžné hodnocení kvality péče, rychlá zpětná vazba při závadách (bývalý AKORD)
- revize systému regulace cen a úhrad léčiv (pozitivní listy pojišťoven)
- zařazení úhrady vybraných sociální služeb do veřejného zdravotně-sociálního pojištění

3 hlavní úkoly

- zavedení dvousložkového pojistného ve veřejném systému a prostor pro připojištění
- rozšíření veřejného zdravotního pojištění o krytí sociálních služeb
- korekce způsobu, jakým státní správa vykonává svojí roli ve zdravotnictví

Motivovaný, informovaný a komunikující občan/pacient



zdravotnictví bez kolizí

Děkuji za pozornost