

Zdravotnictví v České republice

Ošklivé káčátko nebo krásná labuť?



Ondřej Schneider
Institut ekonomických studií
FSV UK

Plán prezentace

- Zdravotnictví – „troublemaker“
- Způsoby financování a placení
- Organizace zdravotnictví
- Hlavní trendy v EU a ČR
- Udržitelnost stávajícího modelu
- Budoucnost zdravotnictví

Zdravotnictví je speciální

- Ve zdravotnictví se vyskytují všechny typy „tržních selhání“
 - Negativní výběr a
 - Risk selection
 - Morální hazard
 - Monopolistické tendence
- Trh má potíže, je vládní intervence vždy lepší?

Role vlády ve zdravotnictví

- Vláda se ve zdravotnictví může angažovat s různou silou:
 - Informovat (škodlivost kouření)
 - Regulovat (ceny léků, pojistný trh)
 - Nařizovat (očkování, povinné pojištění)
 - Financovat (platba za státní poj.)
 - Poskytovat (NHS)

Způsoby financování

- Financování může být organizováno různě:
 - „Obyčejné“ daně (stabilní, universální, méně nezávislé)
 - Specifické daně (spotřební daně, efektivní, ale regresivní)
 - Sociální pojištění (adm.snadné, nezávislé na rozpočtu, zvyšuje nezaměst., vystavené demografii)
 - Dobrovolné pojištění (tržní selhání nebo silná regulace)
 - Poplatky (efektivní, ne-solidární)

Způsoby úhrady 1

- Úhrady se liší od financování, jde o formu úhrady poskytovateli péče, ne nutně o to, kdo nese náklady péče:
 - Platba za službu (podporuje inovaci a efektivnost poptávky, zvyšuje nabídku)
 - Platby podle diagnózy (administrativně náročné, podporuje inovaci a efektivnost, snižuje nabídku)
 - Kapitace (efektivně omezuje nabídku, přenáší riziko na poskytovatele, vede k selekci a snižuje nabídku)

Způsoby úhrady 2

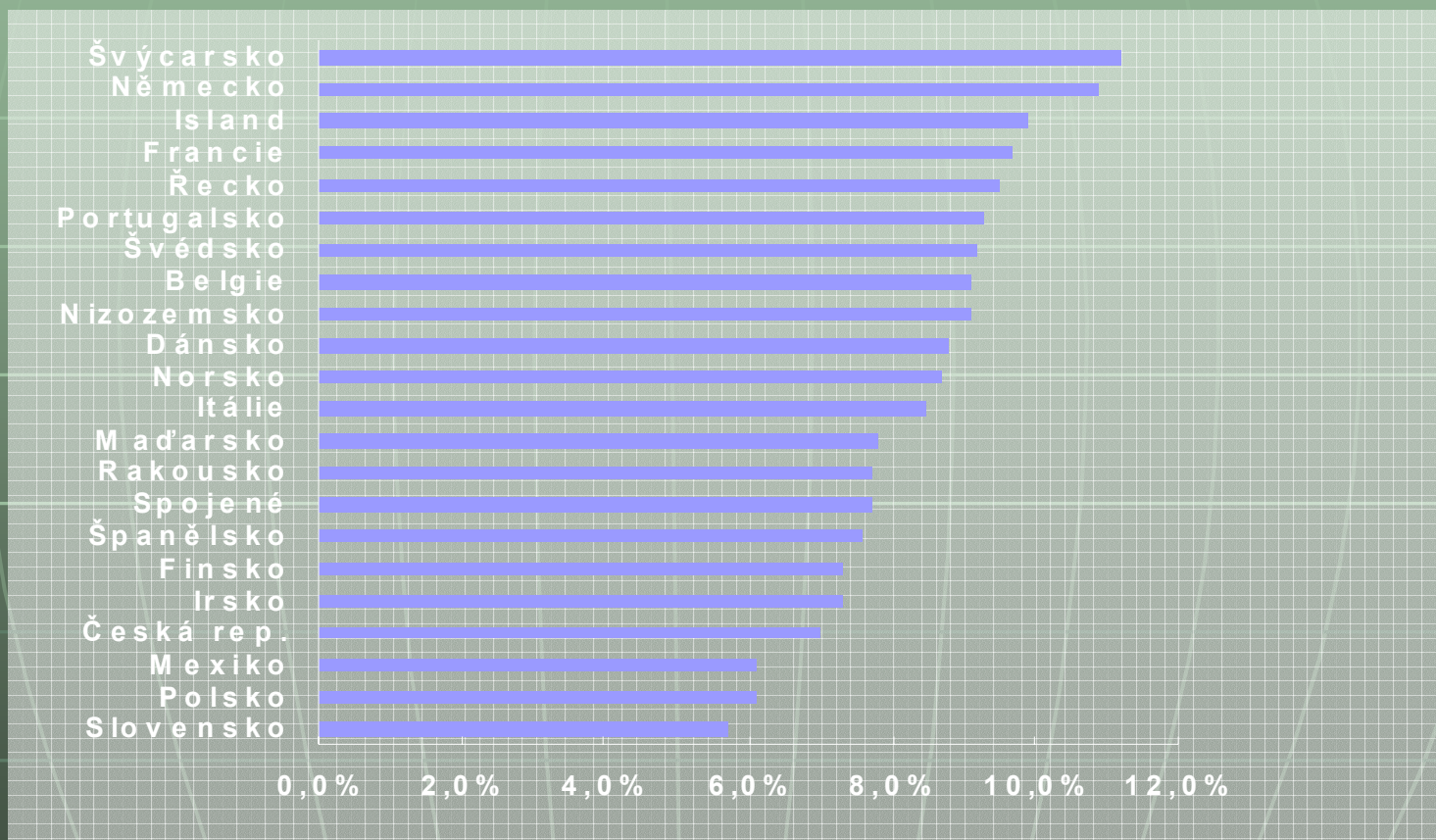
- Z rozpočtu poskytovatele (souhrn kapitálních plateb, HMOs)
- Mzdy zdravotníků (platba nezáleží bezprostředně na výkonu, vede k omezování nabídky)

Organizace zdravotnictví

- Zdravotnictví je uspořádáno několika způsoby:
 - Národní zdravotní služba NHS – čistě vládní systém (Velká Británie)
 - Národní pojistný systém – jediná pojišťovna, mix poskytovatelů (Kanada)
 - Sociální pojištění – decentralizované pojištění, mix poskytovatelů (německý model, EU)
 - Dobrovolné pojištění – svobodná volba účastnit se systému (USA, částečně Nizozemí)
 - Zdravotní účty – povinné pojištění na „katastrofy“, dobrovolné pojistné plány na ostatní, konkurence mezi poskytovateli (Singapur)

Výdaje na zdravotnictví 2002

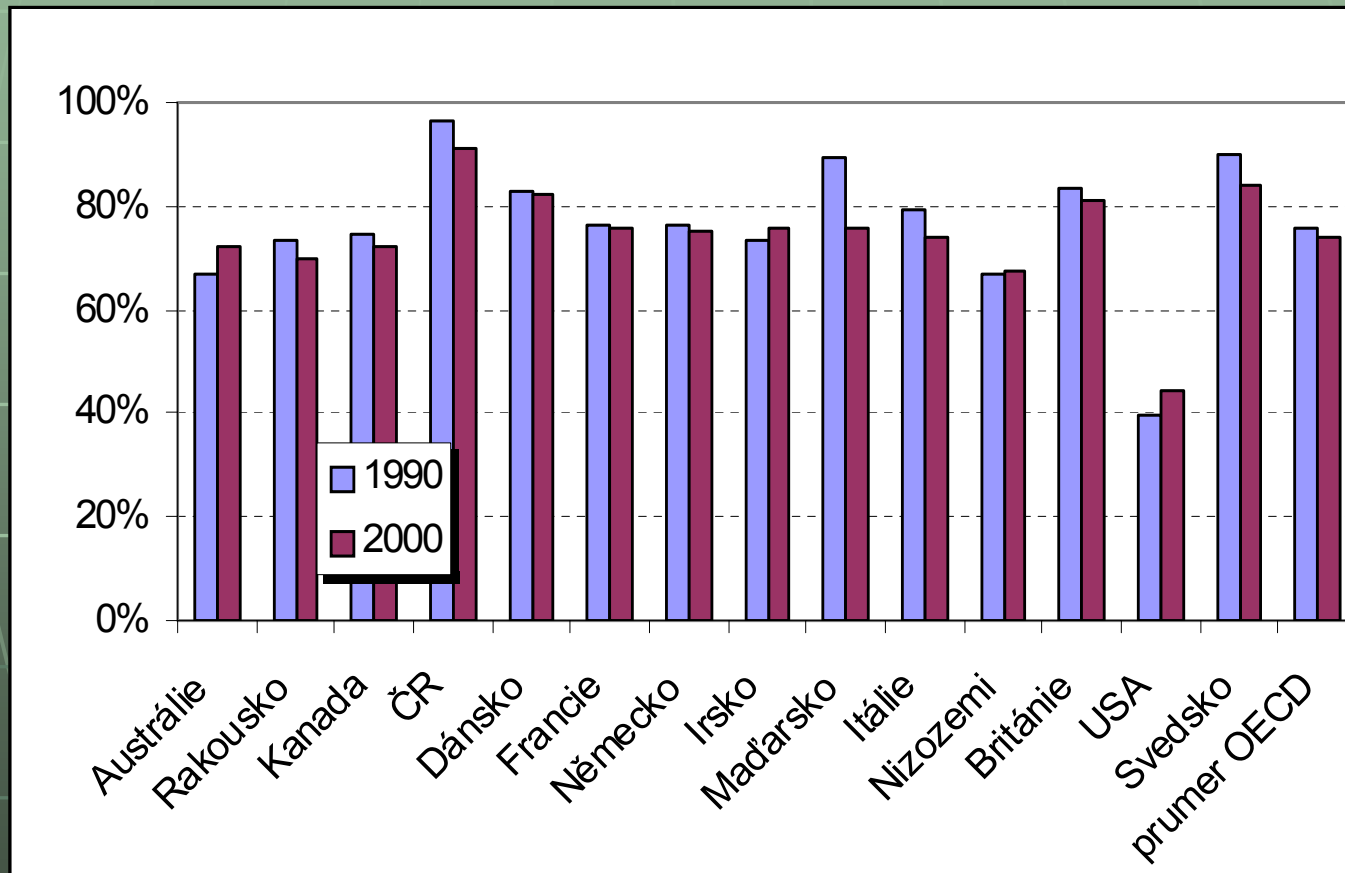
% HDP – rostou nejrychleji v chudších zemích EU, tj. budou i u nás



Podíl veřejných výdajů

% celkových výdajů na zdravotnictví

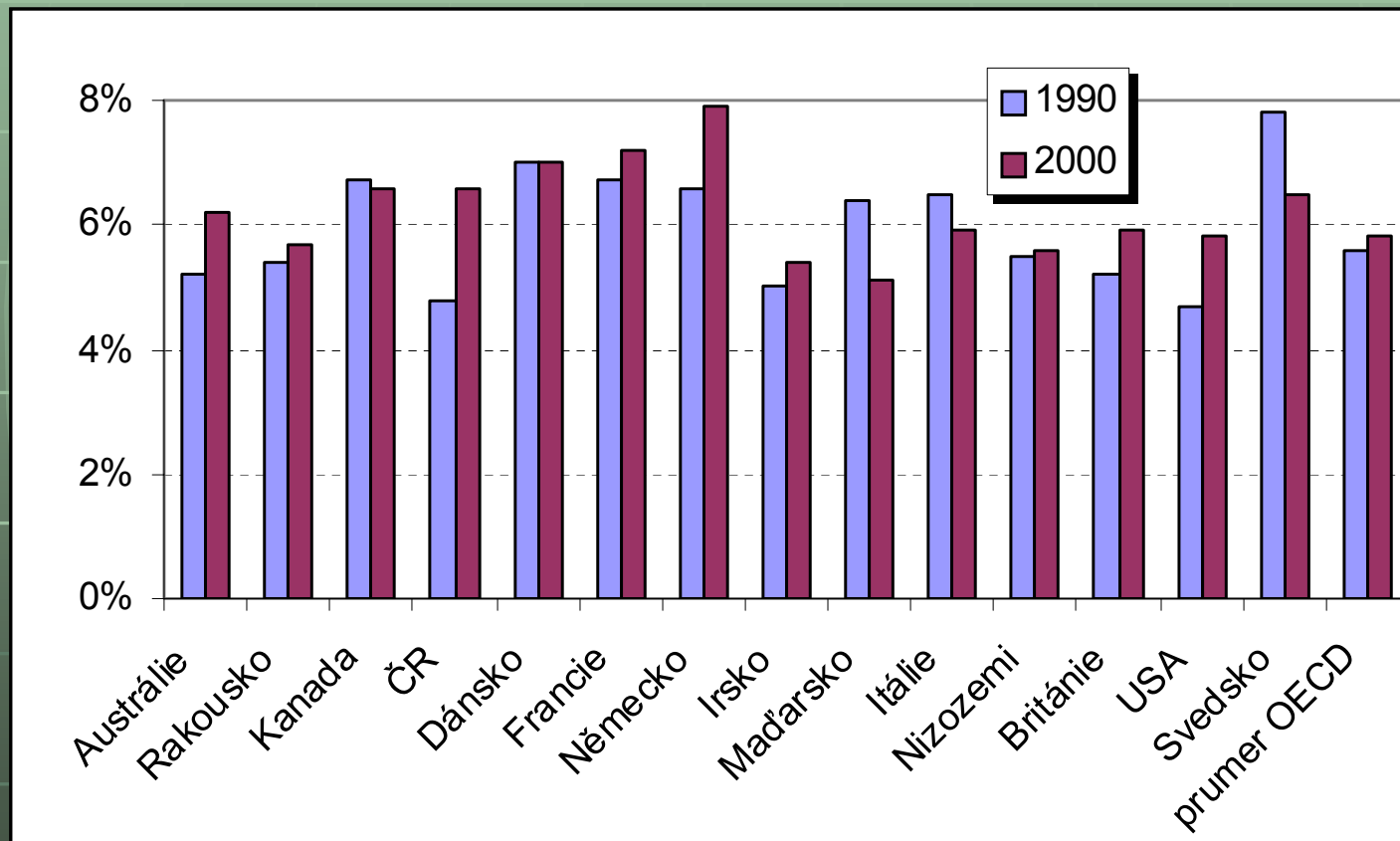
ČR má nejvyšší podíl!



Podíl veřejných výdajů

% na HDP

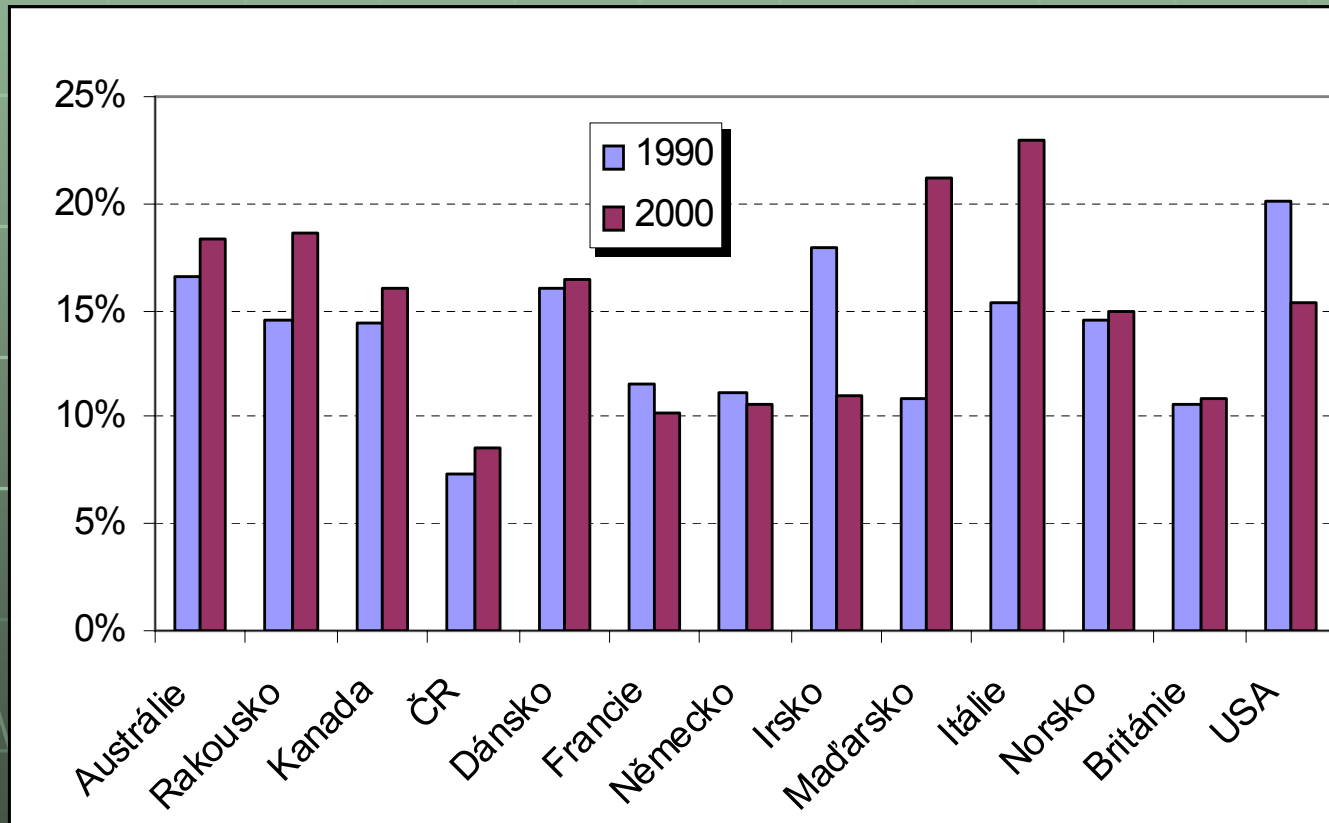
Jsme nad průměrem OECD!



Podíl soukromých výdajů

% celkových výdajů na zdravotnictví

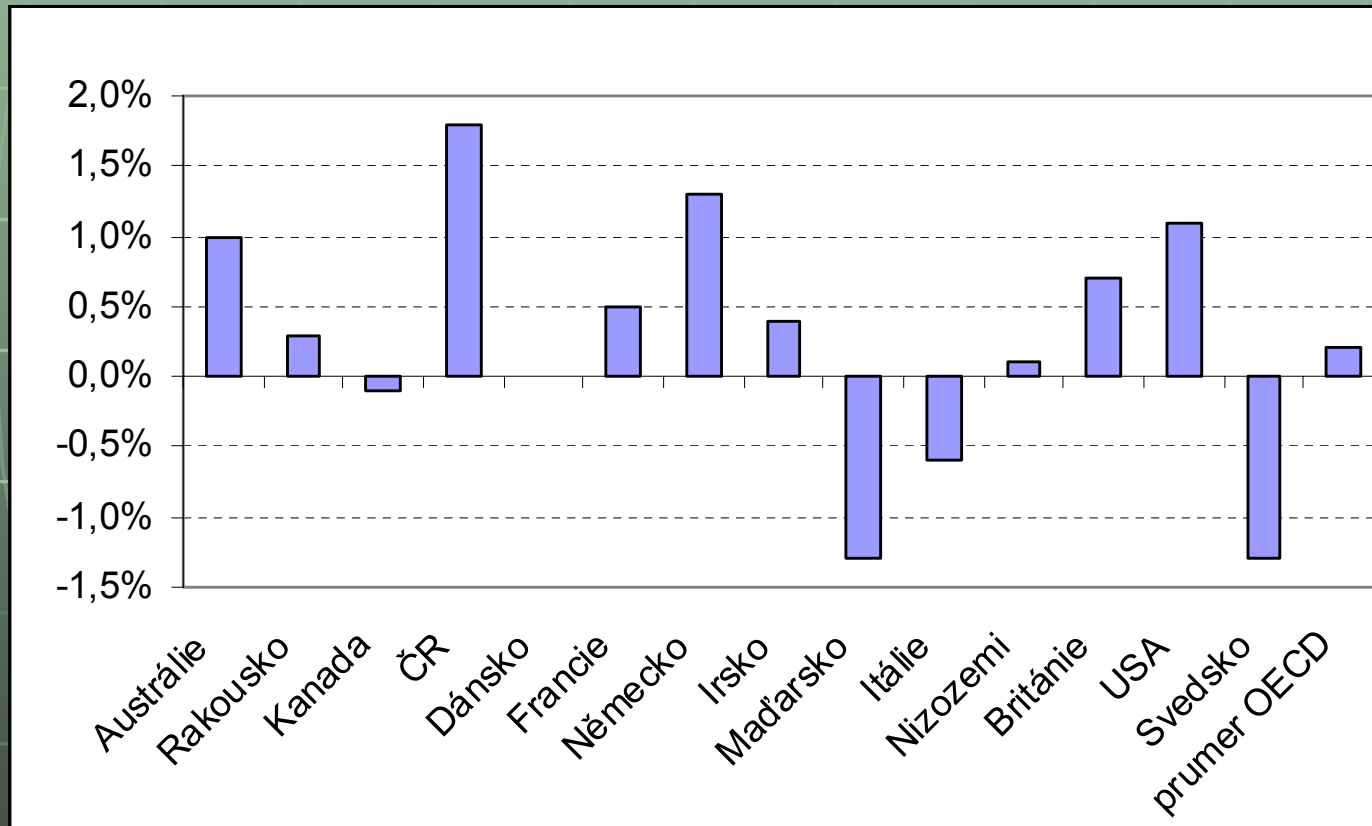
Out-of-pocket výdaje v ČR nejnižší



Růst výdajů na zdravotnictví

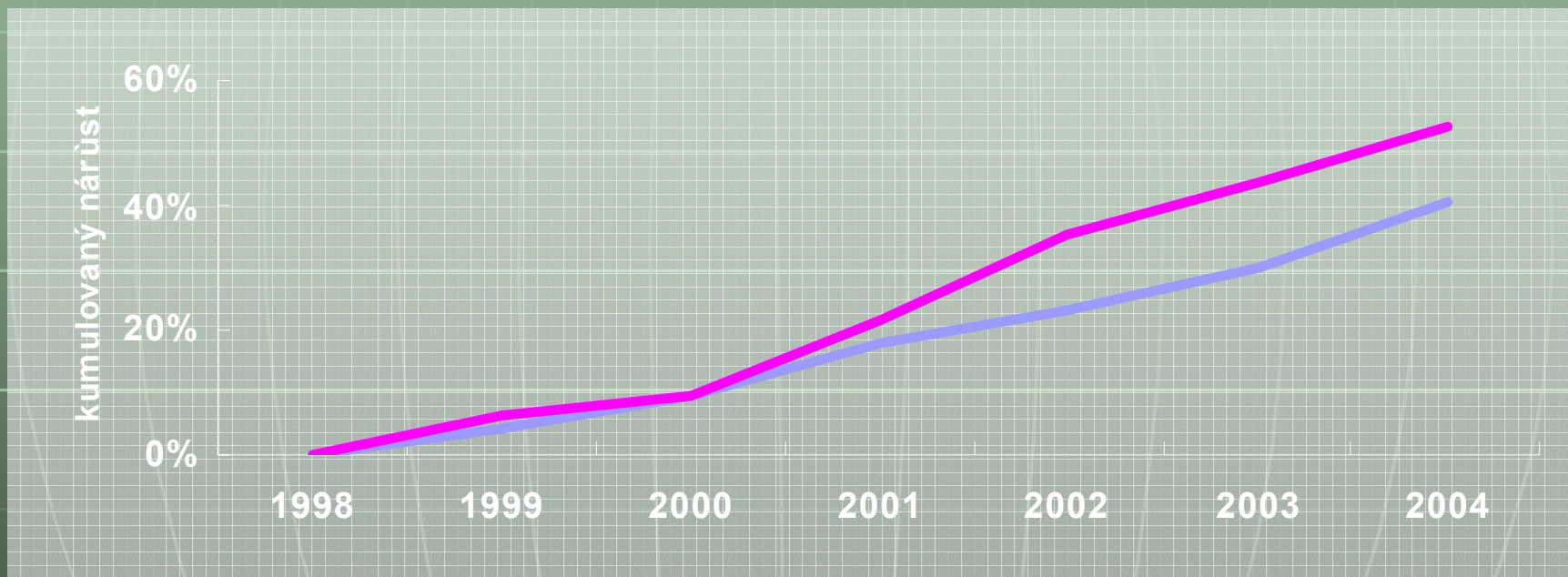
změna veřejných výdajů 1990-2000

Nejvyšší růst v ČR!



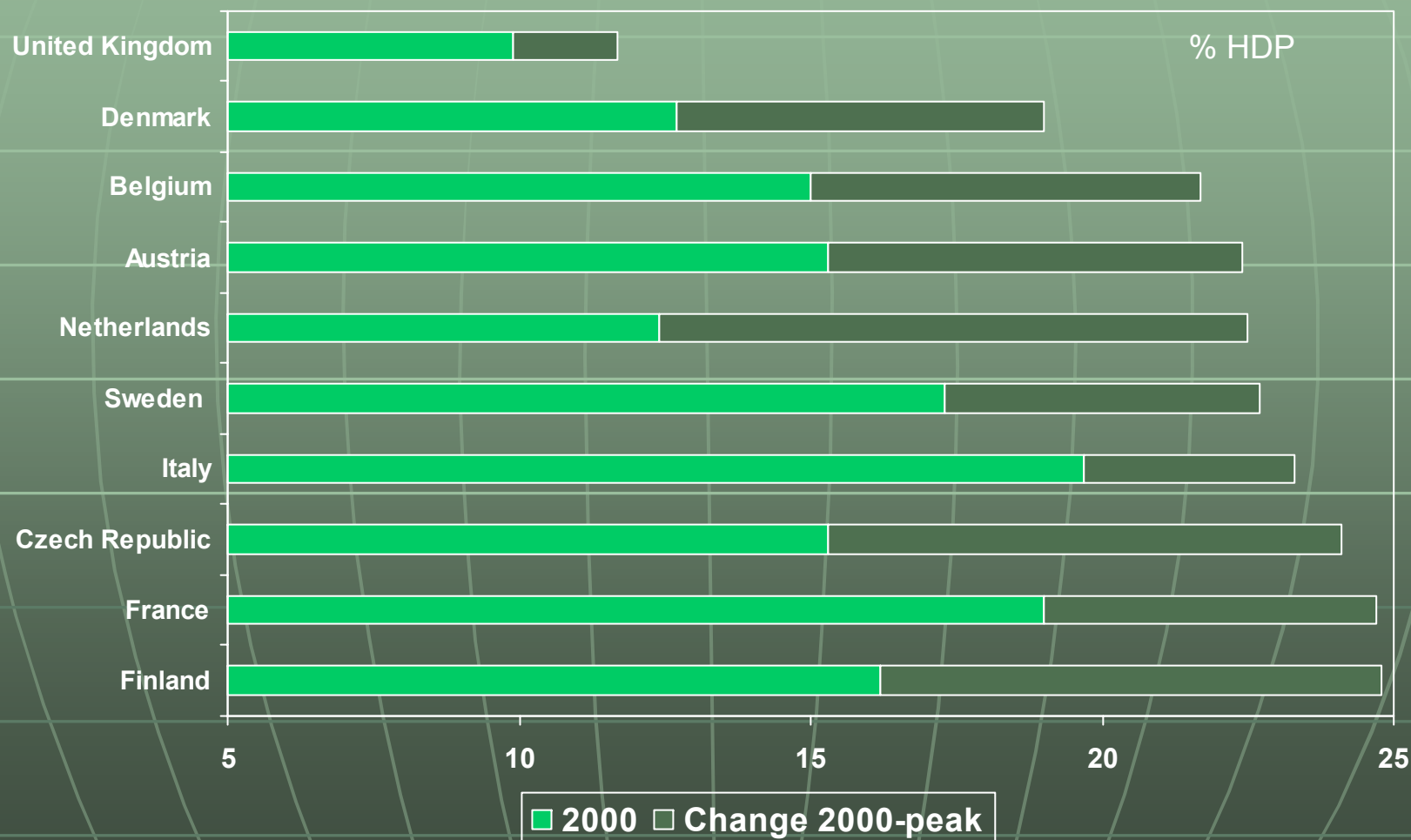
Růst výdajů na zdravotnictví

zdravotnictví vs. HDP 1998-2004



Vliv stárnutí na veř. výdaje ČR mezi nejohroženějšími

Výdaje na penze, zdravotnictví a dlouhodobou péči



Ondřej Schneider, FSV UK

Jaký systém pro ČR?

- Výdaje na zdravotnictví porostou
- Zdravotnictví se již dnes stává jedním z nejdůležitějších odvětví ekonomiky
- Můžeme trvat na financování přes stát (přímo nebo pojišťovny):
 - Daně porostou, zvýší se nezaměstnanost
 - Zdravotnictví zůstane málo efektivním, bude „příteží“ veřejných rozpočtů
 - Výdaje a mzdy budeme stále zoufaleji kontrolovat a „dělat pořádek“

Jaký systém pro ČR?

- Nebo umožníme vstup trhu a větší volby tam, kde to jde
 - Veřejný sektor se soustředí na katastrofické pojištění
 - Soukromé pojišťovny a poskytovatelé péče se postarají o pokrytí „běžných“ zdravotních problémů
 - Obyvatelé/pacienti budou „vyzbrojeni“ prostředky na nákup zdravotních služeb
 - Poskytovatelé péče budou orientováni na efektivitu přirozeně, vlastním zájmem

Porovnání efektivity - rozpočet

- U zdravotnictví vždy velmi obtížné!
 - Srovnání britského NHS a kalifornské Kaiser Permanente HMO

Table 1. Comparison of costs in the NHS and Kaiser

Category	NHS (2000/2001)	Kaiser, California (2000)
Gross expenditures/revenue	£58 500m	\$14 200m
Less capital depreciation	£1 000m	\$557m
Less profit	0	\$668m
Operating expenditures	£57 500m	\$12 975m
Adjustment for differences in benefits:		
Dental	£1 190m	\$10m
Long term psychiatric care	£3 250m	Not covered
Special circumstances	£3 587m	\$1 065m
Supplementary private health insurance	£2 630m	0
Net expenditure after adjustments	£52 103m	\$11 900m
Per capita expenditure (59.5 million people for NHS; 6.1 million people for Kaiser)	£876	\$1951
Conversion to dollars	\$1,402	\$1951
Adjustment for PPP	\$2,130	\$1951
Adjustment for age (decreases NHS costs by 12.2%) and socioeconomic group (decreases NHS costs 5%)	\$1,764	\$1951
Final adjusted per capita expenditure, FSV UK	\$1,764	\$1,951

Porovnání efektivity - péče

Table 3. Comparison of inputs and use in NHS and Kaiser, 2000

Inputs	NHS	Kaiser, California
Specialists per 100 000 people		
Pediatricians	4.9 *	12.3
Obstetricians-gynaecologists	4.1 *	8.3
Oncologists	0.9 *	1.7
Radiologists	4.3 *	6
Cardiologists	0.8	2.4
Primary care facilities		
Percentage of primary care physicians in single handed practices	9%	0%
Average No of primary care physicians per office	5-Mar	20-40
Percentage of primary care physicians with laboratory, imaging, or pharmacy on site	25%-pharmacy (few with other services)	>95%
Percentage of primary care physicians connected to clinical IT system	100% by 2002	>95% today
Use		
Average acute length of stay (days)	5	3.9
Acute bed days per 1000 per year	1000	270

Porovnání efektivity - výsledky

Comparison of quality in the NHS and Kaiser, 1999		
Measure	NHS	Kaiser, California
Vaccination		
Children who received various immunisations by age 2 years	DTP=95%; MMR=88%; Hib=94%	DTP=91%*; polio=93%*; MMR=94%*; Hib=91%*; hepatitis B=86%*; chicken pox 83%*
Cancer screening		
Breast	69% of women aged 50-64 years had mammogram in past 3 years ^{dagger}	78% of women aged 52-69 years had " src="/math/12pt/normal/ges.gif" align=bottom>1 mammograms in past 2 years*
Cervical	84% women aged 25-64 years screened at least once in past 5 years ^{Dagger}	80% of women aged 21-64 years screened at least once in past 3 years*
Diabetic care		
People with diabetes who received annual retinal examination	60%	70% for <65 years; 80% for " src="/math/12pt/normal/ges.gif" align=bottom>65 years
Cardiovascular care		
Patients with acute myocardial infarction who received beta blockers	42% ^{Dagger}	93%
Coronary revascularisation procedures per 100 000:		
Angioplasty	38 ^{\$}	116
Bypass graft	47 ^{\$}	127
Transplantation per 100 000		
Heart	0.5	0.5
Kidney	2.7	4.8

Jaký systém pro ČR?

- Není třeba se bát soukromého poskytování zdravotních služeb
- Soukromý sektor má správné podněty, pokud jsou pacienti dostatečně vybaveni
- Centrální řízení nefunguje ani ve zdravotnictví!

Jaký systém pro ČR?

- ČR je v unikátní pozici: velké hrozby (demografie), ale i velké příležitosti -další efekty efektivního zdravotnictví v ČR
 - Zdravotnictví je „hi-tech“ sektor, má pozitivní vliv na své okolí přitahováním kvalifikované práce
 - Zdravotnictví je také náročné na práci, je schopné přebírat zaměstnance odjinud
 - ČR a celá střední Evropa má konkurenční výhodu v poskytování zdravotnických služeb v rámci EU
 - Poskytovatelé péče budou orientováni na efektivitu přirozeně, vlastním zájmem