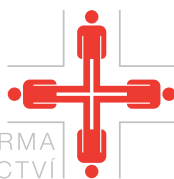


08

ANNUAL REPORT



REFORMA
ZDRAVOTNICTVÍ
FORUM
CZ

4 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O SDRUŽENÍ

6 ÚVODNÍ SLOVO PŘEDSEDY SPRÁVNÍ RADY

8 ČINNOST SDRUŽENÍ V ROCE 2008

10 SHRNUÍ REFORMNÍHO NÁVRHU

14 PHARMACY-BASED COST GROUP MODEL

16 FINANČNÍ VÝKAZY SDRUŽENÍ ZA ROK 2008

18 PLÁN AKTIVIT SDRUŽENÍ NA PŘÍŠTÍ OBDOBÍ

HODNOTY SDRUŽENÍ

NEZÁVISLOST

naše návrhy nejsou ovlivněny
žádnou politickou stranou či zájmovým uskupením

PROFESIONALITA

jsme odborníci se špičkovým vzděláním, rozhledem a zkušenostmi,
včetně zahraničních

ZODPOVĚDNOST

ke své práci přistupujeme pečlivě, s rozvahou
a s vědomím její důležitosti pro české pacienty
a poskytovatele

OTEVŘENOST

máme odvahu říkat to, co si myslíme,
a neskrýváme nic z naší činnosti

OCHOTA NASLOUCHAT A ÚČTA K NÁZORŮM JINÝCH

vážíme si všech fundovaných názorů
a vytváříme prostor pro diskusi o možných cestách
reformy českého zdravotnictví

SDRUŽENÍ REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ – FORUM.CZ JE DOBROVOLNÝM SDRUŽENÍM OBČANŮ, JEJICHŽ SPOLEČNÝM CÍLEM JE PŘÍPRAVA NÁVRHŮ ZLEPŠENÍ SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE, REALIZACE TĚCHTO NÁVRHŮ A DALŠÍ ČINNOSTI SMĚŘUJÍCÍ KE ZVYŠOVÁNÍ EFEKTIVITY A KVALITY ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ.



MUDr. Tomáš Macháček
zakládající člen Sdružení
předseda Správní rady

MUDr. Pavel Hroboň, M.S.
zakládající člen Sdružení

PhDr. Lucie Bryndová
členka Sdružení

MUDr. Tomáš Julínek, MBA
zakládající člen Sdružení

Mgr. Henrieta Maďarová, M.S.
členka Sdružení

MUDr. Ing. Daniel Hodyc, PhD.
člen Sdružení

Simona Vormová
členka Sdružení

JUDr. Jaroslav Svejkovský,
člen Správní rady

Mgr. Lenka Novotná
členka Sdružení

Bc. Petr Kocian
člen Sdružení

PhDr. Kateřina Pavlová
členka Sdružení

Mgr. Petr Stryk
člen Správní rady

PharmDr. Mgr. Pavel
Šroub člen Sdružení

Tomáš M. | Lékař, absolvent medicíny na Karlově univerzitě v Praze a jeden z autorů návrhu reformy zdravotnictví v ČR prosazovaného ministrem Julínkem. Je odborníkem na zdravotní pojištění a systémy financování zdravotnictví, které studoval v USA a v JAR. Jeho společnost Klient PRO administruje pro zdravotní pojišťovny a skupiny lékařů integrované systémy řízené péče založené na kapitáčním kontraktu. Zorganizoval 4 mezinárodní konference International Health Summit.

Pavel H. | Lékař a ekonom, jeden z autorů návrhu reformy zdravotnictví v ČR prosazovaného ministrem Julínkem. Na Ministerstvu zdravotnictví ČR působil 3 roky jako náměstek pro zdravotní pojištění, léky a zdravotnické prostředky. Vystudoval řízení zdravotnictví na Harvard University. V letech 1998–2002 pracoval pro McKinsey&Company jako konzultant ve zdravotnictví a financích. Poté působil 3 roky jako poradce a ředitel strategie ve Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR.

Lucie | Ekonomka a studentka postgraduálního studia se zaměřením na veřejné finance a ekonomii zdravotnictví na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze. V letech 2006–2009 byla poradkyní ministra zdravotnictví ČR. V roce 2004 působila jako poradkyně pro strukturální reformy veřejných rozpočtů na Ministerstvu financí ČR. V roce 2005 pracovala ve Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR na odboru strategie a koncepce.

Tomáš J. | Lékař, senátor, spoluautor návrhu reformy zdravotnictví, kterou v letech 2006–2009 prosazoval ve funkci ministra zdravotnictví. Je absolventem Fakulty všeobecného lékařství Masarykovy univerzity v Brně. Pracoval v plicní léčebně v Jevíčku, v nemocnici ve Svitavách a na Anesteziologicko-resuscitační klinice Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. Od roku 1991 byl primářem ARO v Nemocnici s poliklinikou Ivančice a pak v letech 1994–1998 jejím ředitelem.

Henrieta | Ekonomka, absolventka programu Masters in Health Policy and Management na Brandeis University v Bostonu. V letech 2007–2009 působila na Ministerstvu zdravotnictví ČR jako poradkyně ministra. Je jednou z autorek návrhu zákona o zdravotních pojišťovnách a Úřadu pro dohled. V letech 2002–2005 byla členkou reformního týmu na Ministerstvu zdravotnictví SR. Je spoluzakladatelkou think tanku zaměřeného na zdravotnictví Health Policy Institute v SR.

Daniel | Lékař a ekonom, absolvent 2. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a Fakulty managementu Vysoké školy ekonomické. Pracuje jako asistent na Ústavu fyziologie 2. LF UK. V letech 2007–2009 byl konzultantem pro úhradové mechanismy na Ministerstvu zdravotnictví ČR a připravil projekt rozvoje Health Technology Assessment v ČR. Ve společnosti Klient PRO administruje skupinové kontrakty mezi praktickými lékaři a zdravotní pojišťovnou.

Simona | Vedoucí kanceláře Sdružení, odpovědná za logistiku seminářů a konferencí. Absolventka Střední zdravotnické školy v Liberci. Pracovala jako zdravotní sestra na dětském lůžkovém Anesteziologicko-resuscitačním oddělení ve FN Motol a v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí. V roce 2000 byla u vzniku společnosti Klient PRO a projektů „Střešovický plán řízení zdravotní péče“ v Praze a „Plán Medipartner“ v Ostravě.

Jaroslav | Advokát, absolvent Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. V roce 1990 založil v spolu s JUDr. Evou Kabelkovou advokátní kancelář, kterou od roku 2003 provozují ve formě veřejné obchodní společnosti v Plzni s pobočkou v Praze. Jaroslav je členem Kontrolní rady České advokátní komory a od září 2007 je členem Legislativní rady vlády.

Lenka | Právnička, absolventka Právnické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Jako členka reformního týmu působila více než dva roky na Ministerstvu zdravotnictví ČR v sekci zdravotního pojištění. Je spoluautorkou návrhu zákona o veřejném zdravotním pojištění. Specializuje se na zdravotnické právo, které v období 2005–2006 studovala i na Právnické fakultě v Uppsale. V letech 2003–2005 pracovala v personálně poradenských společnostech ARH+ a Alexander Hughes CE.

Petr K. | Ekonom, absolvent Ekonomicko-správní fakulty Masarykovy univerzity v Brně a kurzu Management ve zdravotnictví nadace H.O.P.E. Specializuje se na řízení zdravotnických zařízení, úhrady a nakupování zdravotní péče, efektivitu ve zdravotnictví a zdravotnický marketing. V letech 1994–1999 spoluzakládal Městskou nemocnici v Neratovicích. Poté 4 roky působil v Klient PRO a 8 let na Oční klinice Lexum. Od roku 2008 řídí Oční kliniku NeoVize v Brně, kterou založil.

Kateřina | Ekonomka, studentka postgraduálního studia ekonomie na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze. Od roku 2007 působí jako analytik a poradce na Ministerstvu zdravotnictví. Je spoluautorkou modelů finanční bilance systému zdravotnictví do r. 2050 v rámci projektu Kulatého stolu. Pracovala jako analytik ve společnosti e-Merit consulting services (2004–2005) a v občanském Sdružení Private Health Insurance pro Českou asociaci pojišťoven (2006).

Petr S. | Právník, absolvent Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně. V letech 2007–2009 byl ředitelem Kabinetu ministra na Ministerstvu zdravotnictví ČR. Během studia se specializoval na alternativní řešení sporů a mezinárodní právo soukromé, které studoval také u Alberta Arbitration and Mediation Society, Calgary, Kanada. V letech 1998–2003 působil jako asistent senátora Parlamentu ČR a navázal čtyři roky jako advokátní koncipient.

Pavel Š. | Farmaceut a právník, absolvent Právnické a Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy. Od roku 2006 řídí odbor farmacie na Ministerstvu zdravotnictví ČR. V období 1992 až 1999 pracoval v odboru ekonomiky léčiv a zdravotnických prostředků ve Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, kterou zastupoval v Komisi pro kategorizaci léčiv MZ ČR v letech 1993–1997. Poté byl odborným zástupcem Lékáren Lloyds. V období 2003–2006 byl členem představenstva České lékárnické komory. ■

KONTAKTY A DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE

DATUM REGISTRACE: 16. 6. 2004
REGISTRACE Č.: VS/1-1/57 672/04-R
SÍDLLO: Na Zlatnici 7, 147 00, Praha 4
TELEFON: +420 241 432 113
FAX: +420 241 432 111
E-MAIL: info@healthreform.cz
WEB: www.zdravotnireforma.cz
IČ: 26667975
DIČ: CZ26667975
BANKOVNÍ SPOJENÍ:
Raiffeisenbank, č.ú.:
1734202001/5500
(od 7. 7. 2008 fúze s eBankou)

ÚVODNÍ SLOVO PŘEDSEDY SPRÁVNÍ RADY

Příběh reformy

VÁŽENÍ PŘÁTELÉ REFORMY ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ, MÁM RADOST, ŽE TATO VÝROČNÍ ZPRÁVA JE JIŽ PÁTOU V ŘADĚ. ČAS LETÍ A NAŠE SDRUŽENÍ OSLAVILO PĚT LET PRÁCE PRO ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ.

Příběh reformy začal někdy na začátku roku 2003, kdy jsem se poprvé potkal s **Tomášem Julínkem**. Ten právě vsadil svou politickou kariéru v ODS na reformu zdravotnictví a ta volba samozřejmě byla všechno jiné, jen ne účelový politický kalkul. Tomáš Julínek hledal v té době výraz pro svůj instinkt, že zdravotnictví může fungovat dobře jen na přirozených ekonomických principech, které přináší účelnost a prosperitu do všech ostatních oblastí lidského konání: na svobodě, tvořivosti a odpovědnosti lidí.

Potkali jsme se, protože jsem měl hotový koncept kombinace zdravotního spojení a spořičích zdravotních účtů dotovaných podle rizika z veřejných zdrojů, zakomponovaný do systému konkurujících si zdravotních pojišťoven. Díky slušné znalosti amerických realit jsem rovněž věděl, že cesta k zdravotnictví založenému na svrchovanosti jeho uživatelů bude pěkně dlouhá, a že vede přes éru řízené péče.

Měli jsme principy a základní obrys řešení, ale k jeho uchopení nám zřejmě chyběla dostatečná profesionalita. Chyběl nám **Pavel Hroboň**. Pavel byl v té době nejlepší konzultant a analytik se zaměřením na zdravotnictví v Česku, v Česku ale zrovna moc nepobýval. Oslovil jsem ho na základě naší staré

Zdravotnictví může fungovat dobře jen na přirozených ekonomických principech, které přináší účelnost a prosperitu do všech ostatních oblastí lidského konání.

známosti. Pamatuju se, jak jsme po jedné z prvních společných schůzek chodili v noci po Průhonících a diskutovali náš rodící se koncept reformního návrhu. Myslím, že Pavel, jak je jeho dobrým zvykem, právě tam velmi pečlivě zvažoval všechna pro a proti našeho podniku. Díky jeho rozhodnutí vznikl náš think tank.

Za tím, co jsme v průběhu následujících let dokázali udělat, je opravdu spousta práce.

Už od roku 2004 s námi spolupracuje Jim Rice z Governance Institutu (USA) a společně jsme uspořádali čtyři

mezinárodní konference pod názvem International Health Summit, na který zveme přednášející s mezinárodní reputací, aby publiku přinášeli nejmodernější koncepty a modelová řešení z oblasti financování a poskytování zdravotních služeb. Poslední konference proběhla právě na jaře minulého roku pod názvem „Nakupování zdravotní péče – cesta k efektivitě“, a byla počtem zastoupených zemí a účastí delegátů největší, a také nejúspěšnější, soudě alespoň podle ohlasů. Našich konferencí se již pravidelně účastní i zástupci patientských organizací, čemuž jsme velmi rádi.

Téměř rok a půl jsme pracovali na reformním návrhu a v roce 2005 jsme ho, hlavně zásluhou Pavla, pod názvem „Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století“ také publikovali. Publikace již obsahuje v konzistentním celku všechny principy našeho návrhu, zdůvodňuje nutnost radikální reformy financování a reformy institucionální, a nabízí koncepty konkrétních řešení pro úspěšné fungování regulovaného trhu veřejného zdravotního pojištění a zdravotních služeb. Na publikaci už s námi spolupracovala i **Lucie Bryndová**, která se pak v červnu 2006 stala členskou našeho Sdružení, stejně jako **Simona Vormová**, která se stará od začátku o provoz kanceláře a vděčíme jí za bezproblémový chod Sdružení.

V roce 2006 jsme uspořádali sérii „protirathovských“ seminářů, které se nakonec konaly téměř ve všech krajích. Na nich jsme se potkali s JUDr. Svejkovským, kterého jsme tehdy poznali jako brilantního kritika Rathova amatérismu. **Jaroslav Svejkovský** je členem našeho Sdružení od podzimu 2007.

Od roku 2006 náš think tank pracuje na modelu, který kvantifikuje bilanci osobních zdravotních účtů dotovaných podle rizika v plánech s vysokou spoluúčastí, a v roce 2007 jsme dokončili první fázi tohoto relativně komplikovaného projektu. V jeho rámci jsme lokalizo-

Náš think tank pracuje na modelu, který kvantifikuje bilanci osobních zdravotních účtů dotovaných podle rizika v plánech s vysokou spoluúčastí.

vali holandský PCG model kompenzace struktury rizika a provedli první optimalizaci schématu spoluúčasti.

Dokázali jsme, že jednotlivci skutečně mohou sociálně bezpečným způsobem získat bezprostřední kontrolu nad více než třetinou (!) nákladů systému veřejného zdravotního pojištění.

Dokázali jsme, že jednotlivci skutečně mohou – prostřednictvím osobních zdravotních účtů spojených s úvěrovým rámcem – sociálně bezpečným způsobem získat bezprostřední kontro-

lu nad více než třetinou (!) nákladů systému veřejného zdravotního pojištění. Na projektu se významně podílel člen Reformy **Radovan Chalupka**, který ale v roce 2007 naše Sdružení opustil, aby mohl naplno pracovat pro jednu z mezinárodních konzultančních firem.

V roce 2006 se stal Tomáš Julínek ministrem zdravotnictví, Pavel Hroboň jeho náměstkem a oba přestali být činní ve Sdružení. Celý náš tým začal pracovat ve prospěch vládní agendy reformy zdravotnictví.

Naše občanské Sdružení tím dosti utrpělo, stalo se obětí tvrdé a ne vždy férové politické hry o reformu, kterou se, jak všichni víme, nakonec nepodařilo prosadit. Reformu jsme sice napoprvé neprosadili, naše Sdružení však nakonec velmi posílilo o skvělé osobnosti, které k nám přitáhly reformní étos a vzrušující pracovní atmosféra. **Henrieta Maďarová** vstoupila díky dlouholetému přátelství a spolupráci do našeho Sdružení v r. 2007. Získali jsme tím skvělou zdravotní ekonomku, která má spolu s Lucií hlavní podíl na zpracování problematiky statutu zdravotních pojišťoven a dohledu nad veřejným zdravotním pojištěním v reformních zákonech. Našimi členy jsou od podzimu 2007 také **Lenka Novotná** a **Daniel Hodyc**. Lenka na ministerstvu zdravotnictví vyrostla ve skvělého

legislativce, má neocenitelnou zásluhu na zpracování zejména reformního zákona o veřejném zdravotním pojištění. Daniel, vzděláním lékař a ekonom, významně přispěl k doplnění reformních konceptů v oblasti informační infrastruktury. A nesmím zapomenout na precizní analytičku, která je členkou našeho Sdružení od léta 2008. Je to **Kateřina Pavloková**.

Náš příběh se konečně ocitá v roce 2008, o kterém podrobně pojednává tato výroční zpráva. Ale i tento rok je už minulostí. V době, kdy píšu toto úvodní slovo, má Holandsko za sebou již třetí poreformní rok a je pro celý vyspělý svět příkladem, zatímco ve Spojených státech se rozbíhá ostrý politický boj o Obamovu reformu, která však

základní problémy největšího zdravotního průmyslu na světě bohužel neřeší. My zpracováváme, editujeme a redigujeme rozsáhlé výstupy našeho působení na MZ v podobě paragrafových znění návrhů reformní legislativy, a víme, že náš návrh je schopen posunout dále holandský koncept i nabídnout mnohé americké reformě. Náš think tank je součástí myšlenkového světa,

který pracuje na strategickém řešení fundamentálních problémů zdravotních systémů všech vyspělých zemí. Jsem na to hrdý.

Závěrem chceme poděkovat všem, kteří nám pomáhali po celou dlouhou dobu pěti let pracovat pro české zdravotnictví, samozřejmě zejména našim partnerům a sponzorům, bez kterých by patrně mnohé z toho, co může Reforma dnes nabídnout, nevzniklo. Děkujeme jim zejména za to, že nám věří a že nám poskytují luxus úplné svobody v definování našich cílů. ■

Díky.

Tomáš Macháček

V Praze, v červenci 2009

ZVLÁŠTNÍ PODĚKOVÁNÍ:

Velmi děkujeme MUDr. Stanislavu Vachkovi a Ing. Hance Boxanové, za jejich skvělou práci na projektech našeho Sdružení.

Činnost Sdružení v roce 2008

V ROCE 2008 SE AKTIVITY SDRUŽENÍ REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ – FORUM.CZ SOUSTŘEDILY NA INFORMAČNÍ PODPORU REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ V ČR VZEŠLÉ Z NÁVRHU PŘIPRAVENÉHO NAŠÍM THINK TANKEM.

Za tímto účelem bylo v roce 2008 zorganizováno několik jednodenních seminářů, které byly uspořádány jako vysoce interaktivní pro omezený počet účastníků (zpravidla 20 osob) vždy k aktuálnímu tématu.

Semináře 2008

První ze série seminářů byl věnován základním pilířům reformy veřejného zdravotního pojištění a pro velký zájem byl uspořádán hned dvakrát, v březnu a v červnu 2008. Účastníci měli možnost se seznámit se základními koncepty připravované reformy zdravotního pojištění, rozboru zákonných nároků pojištěnce a zajištění jejich vymahatelnosti, postavení zdravotních pojišťoven a specifík zdravotních plánů, a v neposlední řadě s novou koncepcí dohledu nad provozováním veřejného zdravotního pojištění.

Druhý seminář nabídl důkladný vhled do fenoménu řízené péče, včetně jeho historie, používaných modelů, ekonomických principů, praktických příkladů a jejich rozboru z pohledu efektivity a kvality, i návrhů pro legislativní úpravu v ČR. Z důvodu velkého zájmu a zároveň našeho cíle držet semináře pouze v omezeném počtu účastníků byl i tento seminář opakován, konal se v červnu a září 2008.

Třetí z tematických seminářů, pořádaný v listopadu 2008, se věnoval zdravotním plánům se spoluúčastí a spořicími účty. Nabídl informace o novém trendu ve financování zdravotních služeb, který má šanci během příštího desetiletí zásadně změnit pohled na roli pacienta a zároveň

strukturu a formu poskytování zdravotních služeb. Účastníci semináře měli možnost seznámit se s ekonomickými koncepty aktuálních problémů spojených s tradičním vztahem lékař-pacient, s úhradou zdravotní péče prostřednictvím třetích stran (informační asymetrie, morální hazard a konflikty zájmů), a proti tomu s konceptem zdravotní péče řízené spotřebitelem. Demonstrovali jsme praktické příklady fungující ve světě, včetně nástrojů nezbytných pro dobré fungování takových systémů (strukturování rolí a odpovědností, nezbytná infrastruktura, atd.).

Součástí semináře byla také prezentace technického návrhu vypracovaného naším think tankem, včetně legislativního ukotvení zdravotních plánů s vysokou spoluúčastí, a modelu, který ukazuje praktickou proveditelnost zavedení osobních zdravotních účtů v ČR do praxe.

IHS 2008

Největší akcí pořádanou Sdružením v roce 2008 však zůstává již tradiční International Health Summit, jehož čtvrtý ročník s názvem „Nakupování zdravotních služeb: cesta k efektivitě“ se konal v Praze ve dnech 6. až 8. dubna. Tato mezinárodní konference, na kterou se sjelo 215 účastníků z dvaceti zemí, byla stejně jako předchozí ročníky organizována s cílem zprostředkovat domácímu publiku kontakt s uznávanými experty ze zahraničí, poskytnout konkrétní a aktuální informace z celé řady zemí s vyspělými systémy zdravotnictví a vytvořit prostor pro mezinárodní výměnu zkušeností. Na konferenci se sešli odborníci na vytváření, vyjednávání a administraci smluvních vztahů z obou stran jednacího stolu, jak

”

Jedním z klíčových poslání Sdružení je šíření a sdílení informací a vědomostí o současných trendech ve vývoji systémů zdravotnictví ve střední Evropě i jinde ve světě a informační podpora reformě zdravotnictví v ČR.

plátců, tak poskytovatelů. Jedním z nejočekávanějších přednášejících byl George Halvorson, ředitel Kaiser Permanente, který se zařadil mezi podobně významné řečníky minulých konferencí, jako byli např. sir Alan Langlands, bývalý výkonný ředitel britské Národní zdravotní služby, nebo profesor John R. Kimberly z americké Wharton Business School. Součástí konference byl tradičně i speciální seminář věnovaný situaci ve vybraných zemích střední Evropy, a to se zaměřením na dostupnost informací o ceně a kvalitě zdravotních služeb, stavu regulace kontraktů mezi plátcem a poskytovatelem a postavení pacienta.

Další oblasti zájmu

V dalších oblastech zájmu se činnost Sdružení soustředila například na kultivaci námi navrženého systému rizikového oceňování pojištěnců podle chronických stavů, založeného na spotřebě léčivých přípravků jednotlivými pacienty (tzv. pharmacy-based cost group model). Tento model je využitelný například k vylepšení současného mechanismu přerozdělování příjmů mezi zdravotními pojišťovnami, nebo pro zdravotní pojišťovny samé pro lepší nastavení kapitačních plateb poskytovatelům zdravotní péče. ■

215
účastníků na čtvrtém
ročníku konference International
Health Summit 2008

5
úspěšných
seminářů
k aktuálním tématům
zdravotnictví

20
akreditovaných zemí
na konferenci International
Health Summit 2008

Shrnutí reformního návrhu

Většina členů sdružení Reforma zdravotnictví – forum.cz působila v roce 2008 na půdě Ministerstva zdravotnictví jako členové reformního týmu. Reformní návrhy tedy byly připravovány zejména pod hlavičkou Ministerstva zdravotnictví.

» **ZÁKLADNÍM CÍLEM NÁMI NAVRHOVANÉ REFORMY JE ZAJISTIT OBČANŮM DLOUHODOBĚ DOSTUPNOST VEŠKERÉ POTŘEBNÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE. CHCEME TOHO DOSÁHNOUT ZAJIŠTĚNÍM FAKTICKÉ VYMAHATELNOSTI NÁROKŮ PACIENTA – POJIŠTĚNCE – PŘESNOU ADMINISTRACÍ TĚCHTO NÁROKŮ ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI. REFORMA ZACHOVÁVÁ PRINCIP VEŘEJNÉHO (STATUTÁRNÍHO) ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ, KTERÝM JE POVINNÁ ÚČAST A VŠEOBECNÁ POVINNOST PŘÍSPÍVAT DO SYSTÉMU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ DLE SCHOPNOSTI PLATIT. NÁVRH PRINCIPIÁLNĚ ŘEŠÍ PROBLÉMY S DOSTUPNOSTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB TYPICKÉ PRO VEŘEJNÉ SYSTÉMY TAKTO:**

1 Důslednou institucionální reformou a návrhem inovací v oblasti informační infrastruktury, které mají zajistit vyšší technickou efektivitu zdravotní péče (koncept nakupování zdravotních služeb na regulovaném trhu). Transformace zdravotních pojišťoven na standardní právní formu s jasným majitelem umožní posílit soutěž mezi těmito subjekty a přinášet tak větší hodnotu pojištěncům. Vytvořením specializovaného a nezávislého Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovkami dojde k oddělení kontrolní a vlastnické funkce státu (Ministerstvo zdravotnictví přímo řídí několik zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb) a rozšíření finančního dohledu o dohled nad zajišťováním nároků pojištěncům z veřejného zdravotního pojištění.

2 Důslednou reformou na úrovni zdrojů systému veřejného zdravotního pojištění, která ruší dogma rozpočtově uzavřeného systému zavedením nominálního pojistného, což dovolí zdroje systému přizpůsobovat zdravotním potřebám populace, a nikoli naopak, jak je tomu dnes. Nominální pojistné otevře prostor pro cenovou konkurenci zdravotních pojišťoven. Postupné a přirozené navyšování zdrojů systému v závislosti na rostoucích zdravotních potřebách populace pak povede k přirozenému a relativně rychlému růstu sektoru zdravotnictví, což pokládáme za mimořádně prospěšné. Zdravotnictví totiž vnímáme nikoli jako nákladovou položku veřejných rozpočtů, ale jako jeden z nejperspektivnějších sektorů ekonomiky s vysokou přidanou hodnotou, vysokým podílem inovací a kvalifikované práce a s vysoce synergickými efekty do ostatních sektorů.

3 Strategickým otevřením prostoru pro volbu tzv. plánů s vysokou spoluúčastí, kombinujících zdravotní pojištění se spořicími účty a úvěrovým rámcem, tedy postupnou reformou financování, která do systému uvede zodpovědného konzumenta, čerpajícího zdravotní péči podle svých preferencí. To povede k minimalizaci morálního hazardu v systému a podstatnému zvýšení alokační efektivity (hodnoty za vynaložené peníze).

” Postupné a přirozené navyšování zdrojů systému v závislosti na rostoucích zdravotních potřebách populace povede k přirozenému a relativně rychlému růstu sektoru zdravotnictví, což pokládáme za mimořádně prospěšné.

VÝSLEDKEM PRVNÍ FÁZE REFORMNÍHO ÚSILÍ JSOU KONKRÉTNÍ PARAGRAFOVÁ ZNĚNÍ DVOU NOVÝCH ZÁKONŮ – ZÁKONA O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ A ZÁKONA O ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVNÁCH A O ZŘÍZENÍ ÚŘADU PRO DOHLED NAD ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI. ZATÍMCO ZÁKON O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ JE ZAMĚŘEN ZEJMÉNA NA ZLEPŠENÍ POSTAVENÍ PACIENTŮ A POJIŠTĚNCŮ A DEFINOVÁNÍ PROSTORU PRO REGULOVANÝ TRH S PRODUKTY VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ, ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVNÁCH A ÚŘADU PRO DOHLED PŘINÁŠÍ ZEJMÉNA ZMĚNY V ČINNOSTI A POSTAVENÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN.

Stručný popis návrhu zákona o veřejném zdravotním pojištění

Návrh zákona o veřejném zdravotním pojištění odstraňuje dosavadní rozříštění právní úpravy v oblasti zdravotního pojištění. Logická struktura návrhu sleduje posloupnost finančních toků v systému veřejného zdravotního pojištění. Zákon se nejprve věnuje příjmové stránce veřejného zdravotního pojištění – zde podrobně definuje zejména kdo je pojištěncem, kdo za pojištěnce platí odvody a v jaké výši se mají odvody platit. Zásadní, i když na první pohled pouze terminologická, změna spočívá v opuštění pojmu „pojistné“ jakožto označení povinného příspěvku do systému veřejného zdravotního pojištění. Částka, kterou pojištěnec (nebo za něj plátce) odvádí, se odvíjí od výše příjmu pojištěnce, popřípadě je odvozena od jiné, plošně stanovené částky, je de facto druhem daně, je proto nazývána „odvod na veřejné zdravotní pojištění“. Pojem „pojistné“ je vyhrazen právě až pro částku, kterou získává zdravotní pojišťovna z přerozdělení takto vybraných zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Tato částka je rizikově oceněna, má tedy charakter pojistného a je výnosem zdravotní pojišťovny. Tento návrh zákona nezavádí nominální pojistné, avšak jeho zavedení předjíhá a je s ním kompatibilní.

K zásadním změnám dochází ve druhé velké části zákona, která se věnuje výdajové stránce systému veřejného zdravotního pojištění a je těžištěm reformy. Spočívá zejména v nové definici nároku pojištěnce na věcné dávky hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o obecnou definici, která stanoví podmínky pro úhradu věcné dávky z veřejného zdravotního pojištění, jako je přiměřenost zdravotnímu stavu pojištěnce, důkazy o obecné účinnosti a ekonomičnost při zachování požadovaného efektu poskytnuté dávky. Obecná definice je dále v přílohách zákona doplněna pozitivním i negativním výčtem. Nově se pojištěncům umožňuje připlatit si na nadstandardní zdravotní službu, pokud se pojištěnec rozhodne čerpat zdravotní službu v dražší než „ekonomické“ variantě. Novinkou je též konkretizace povinnosti zdravotních pojišťoven zajistit pro své pojištěnce poskytování zdravotních služeb s úmyslem dosáhnout vymahatelnosti ze strany pojištěnců. Reformní zákon ukládá zdravotním pojišťovnám povinnost zajistit dvojí dostupnost zdravotních služeb: místní – definovanou jako vzdálenost místa pobytu pojištěnce od místa poskytování zdravotních služeb (tedy od ordinace lékaře či od nemocnice) a časovou – stanovenou jako maximální objednávací doby pro jednotlivé typy zdravotních služeb.

SHRNUTÍ REFORMNÍHO NÁVRHU (POKRAČOVÁNÍ)

Nový zákon dále umožňuje diferenciaci pojistných produktů – tzv. zdravotních plánů. Každý zdravotní plán má několik základních vlastností – kromě rozsahu úhrady a případného režimu řízení péče jsou to oblast působnosti (tj. území, na kterém zdravotní plán působí), smluvní síť zdravotního plánu (tj. seznam poskytovatelů, kteří poskytují zdravotní služby pojištěncům v daném zdravotním plánu) a v neposlední řadě specifické podmínky zdravotního plánu, které jsou jakýmsi všeobecnými smluvními podmínkami a jsou nedílnou součástí smlouvy uzavírané při registraci pojištěnce ke zdravotnímu plánu. Zdravotní plány se rozdělují do dvou typů podle rozsahu, ve kterém jsou v nich uhrazeny zdravotní služby, a to na standardní zdravotní plány se standardním rozsahem úhrady a zdravotní plány se spoluúčastí se základním rozsahem úhrady (viz dále). Zdravotní plány obou typů mohou být provozovány v režimu řízení péče, tj. mohou ovlivnit přístup pojištěnce ke zdravotním službám. Návrh zákona velmi přesně pro účely dohledu specifikuje atributy plánů řízení péče (selektivní smluvní síť, vysoký podíl kontraktů přenášejících finanční riziko na poskytovatele a preautorizace nároku pojištěnce) a pojištěncům, kteří se pro takový produkt rozhodnou, poskytuje vyšší ochranu. Tím účinně minimalizuje možná rizika řízení péče a umožňuje profitovat klientům z vyšší efektivity plánů řízení péče. Zásadní inovací, jejímž smyslem je postupně do systému vnést kontrolu nad výdaji samotnými pojištěnci, je zavedení možnosti zvolit si plán s vysokou spoluúčastí v kombinaci s účtem zdravotního spoření. Volba ve prospěch takového produktu je koncipována jako zcela dobrovolná, každý pojištěnec má dále možnost setrvat v plánu, který mu poskytuje zdravotní péči – s výjimkou marginální spoluúčasti v podobě regulačních poplatků – zcela zdarma. Je důležité zdůraznit, že návrh zároveň na úrovni přerozdělení obsahuje účinnou ochranu systému před fenoménem zaujatého výběru rizika.

Stručný popis návrhu zákona o zdravotních pojišťovnách a o Úřadu pro dohled nad ZP

Nový zákon odstraňuje dosavadní dichotomii regulace subjektů provádějících veřejné zdravotní pojištění v českém prostředí: jak VZP, tak i ostatní zdravotní pojišťovny mají nadále podléhat stejné právní úpravě. Stejně jako dnes, tak i v novém systému zákon svěřuje zodpovědnost za provozování veřejného zdravotního pojištění třetím stranám, zdravotním pojišťovnám. Protože veřejné zdravotní pojištění zajišťuje občanům ústavní nárok na bezplatnou zdravotní péči, zákon chrání tento nárok účinným dohledem nad provozováním zdravotního pojištění. Vznik, činnost, jakož i zánik zdravotních pojišťoven je oproti stávající právní úpravě mnohem přesněji a přísněji regulován. V neposlední řadě zákon podrobně definuje kontrolu nad činností zdravotních pojišťoven. K tomuto účelu má být založen specializovaný dohledový orgán – Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Cílem reformy je zvýšit efektivitu zdravotnictví, tedy přinést pojištěncům vyšší hodnotu za peníze veřejného zdravotního pojištění, a to cestou ověřenou a v posledních 20 letech postupně zaváděnou ve všech vyspělých zemích, tedy cestou regulované konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče a mezi zdravotními pojišťovnami. Z pohledu konceptu konkurujících si zdravotních pojišťoven je jednoznačným problémem stávající úpravy neexistence vlastníka zdravotní pojišťovny a chybějící odpovědnost členů orgánů zdravotní pojišťovny za jejich rozhodnutí. V první řadě je proto potřeba nalézt pro zdravotní pojišťovny odpovědné a transparentní majitele a zajistit kontrolu nad činností managementu zdravotních pojišťoven vlastníkem. V českém právním systému tyto požadavky nejlépe splňuje standardní právní forma akciové společnosti, která je podrobně upravena v obchodním zá-

” Ze zkušeností se zaváděním změn v holandském zdravotnictví vyplývá, že zavedení této výrazné reformy potřebuje čas a úsilí s jejím vysvětlením všem zainteresovaným subjektům.

koníku, prošla dlouholetým vývojem a mnoha zatěžkávacími zkouškami, na rozdíl od stávající nejasné situace a od požadované, ale neexistující právní úpravy neziskové společnosti. Nový zákon o zdravotních pojišťovnách vymezuje oproti stávající vágní právní úpravě přesněji a přísněji podmínky pro vznik a fungování nových zdravotních pojišťoven. Nová právní úprava navrhuje podobně jako u jiných finančních institucí povinnost prokazovat původ finančních prostředků použitých na složení základního kapitálu a důvěryhodnost zakladatelů zdravotní pojišťovny a členů jejich orgánů. Členové orgánů musí být navíc odborně způsobilí, nesmí porušovat zákaz konkurence podle obchodního zákoníku a nesmí vykonávat další činnosti stanovené zákonem o zdravotních pojišťovnách. Nově tak bude zakotveno, že z důvodu střetu zájmů nikdo nemůže být členem orgánů více zdravotních pojišťoven, což dnes neplatí. Zákon dále stanoví, že akcie zdravotní pojišťovny se vydávají v zaknihované podobě a znějí na jméno. Změna v osobě člena statutárního orgánu či akcionáře je přitom v zákonem definovaných situacích podrobena předchozímu souhlasu Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Tak by měla být zachována transparentnost vlastnické struktury a řízení zdravotní pojišťovny a vyloučen nedůvěryhodný původ základního kapitálu. Nový zákon přesněji vymezuje kontrolu činnosti zdravotních pojišťoven, a to nejen z hlediska jejich finančního zdraví, jako doposud, ale i z hlediska plnění povinností vůči jejich pojištěncům. Nová právní úprava jasně stanovuje požadavky na minimální míru solventnosti zdravotní pojišťovny tak, aby byla schopna vlastními zdroji trvale plnit své závazky zejména vůči poskytovatelům zdravotních služeb. Obdobně jako ve stávající právní úpravě, nový zákon omezuje objem prostředků, který může zdravotní pojišťovna spotřebovat na provozní činnost a motivační program. Z důvodu vyšší administrativní zátěže

zdravotních pojišťoven při provozování několika zdravotních plánů, a tím i pod větším tlakem konkurence, zákon počítá s mírným navýšením objemu prostředků na provozní činnost na úroveň obvyklou v evropských veřejných systémech. V neposlední řadě zákon stanovuje pravidla rozdělení zisku za jednotlivé zdravotní plány mezi zdravotní pojišťovnu a pojištěnce registrované v těchto zdravotních plánech, a to v poměru 15:85. Dohled nad plněním povinností stanovených tímto a předešlým zákonem bude vykonávat nově zřízený Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Dojde tak ke sjednocení dohledových kompetencí nad zdravotními pojišťovnami, které jsou dnes roztrženy mezi Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo financí ČR. Úkolem Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami bude jak dohled nad finančním zdravím zdravotních pojišťoven, tak i dohled nad plněním jejich závazků vůči pojištěncům. Jako nástroje na vymáhání plnění uložených povinností bude mít Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami k dispozici celou řadu sankcí a opatření. Za účelem prevence nežádoucích stavů zákon navíc stanoví řadu situací, kdy je vyžadován předchozí souhlas Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Nevydá-li Úřad předchozí souhlas, zdravotní pojišťovna nesmí svůj záměr provést pod sankcí neplatnosti. V neposlední řadě bude Úřad dohlížet též nad vznikem nových zdravotních pojišťoven prostřednictvím vydávání licence k provozování veřejného zdravotního pojištění (pro zdravotní pojišťovnu) a vydávání povolení k provozování zdravotního plánu (pro každý zdravotní plán zdravotní pojišťovny). ■

PŘEDSTAVENÍ NÁVRHU NA ZLEPŠENÍ PŘEROZDĚLOVÁNÍ ZDROJŮ VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Pharmacy-based cost group model

JAK POZNAT CHRONICKY NEMOCNÉHO POJIŠTĚNCE V DATECH ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY A ODHADNOUT JEHO NÁKLADY V PŘÍŠTÍM OBDOBÍ? ODPOVĚĎ NA TUTO OTÁZKU DÁVÁ PCG MODEL (PHARMACY-BASED COST GROUP MODEL), KTERÝ NA ZÁKLADĚ ROČNÍ SPOTŘEBY LÉČIV ODHADNE CHRONICKÝ ZDRAVOTNÍ STAV POJIŠTĚNCE A NA ZÁKLADĚ DAT O NÁKLADECH POJIŠTĚNCŮ S PODOBNÝM ZDRAVOTNÍM STAVEM ODHADNE JEHO NÁKLADY V PŘÍŠTÍM OBDOBÍ.

Můžeme tak například zjistit, že oproti pojištěnci stejného pohlaví a věku bez chronické nemoci vydá zdravotní pojišťovna na pojištěnce trpícího epilepsií ročně průměrně o 34 000 Kč více, na pojištěnce s diabetem I. o 50 000 Kč více, na nemocného HIV/AIDS o více než 100 000 Kč více a na pojištěnce s chronickým renálním selháním o více než 150 000 Kč více.

Historie a princip modelu

Poprvé použil informaci o preskripci léků pro identifikaci chronického stavu pacienta Von Korff et al. v USA v roce 1992. Chronické stavy zjištěné na základě preskripce léků se významně shodovaly s diagnózami, které indikovali lékaři, a dokázaly predikovat náklady pacientů HMO (organizace řízené péče) v následujících šesti měsících. Pozdější studie ukázaly stabilitu tzv. CDS (chronic disease status), souboru 28 proměnných popisujících 28 chronických diagnóz, v čase. Cílem modelu není primárně určení diagnózy, ale nalezení nákladově podobných případů v datech zdravotní pojišťovny. K čemu je získaná informace užitečná v českém systému veřejného zdravotnictví? Hodnocení rizika pojištěnců má své místo všude tam,

kde chceme porovnávat náklady poskytovatelů zdravotních služeb nebo zdravotních pojišťoven. Nelze porovnávat náklady registrovaných pojištěnců u praktického lékaře, u kterého jsou registrováni převážně zdraví pojištěnci, s náklady registrovaných pojištěnců praktického lékaře, který pečuje o chronicky nemocné. Každý soubor pacientů má jinou potřebu zdravotní péče, jinými slovy riziko. Pokud ale ohodnotíme riziko kmene obou lékařů, takové srovnání již smysl má.

Využití modelu

Model proto můžeme využít pro zpřesnění kapitačních plateb nebo pro systémy bonifikace praktických lékařů. V bonifikačním systému bychom kladně hodnotili lékaře, jehož registrovaní pojištěnci by dosahovali nižších nákladů, než odpovídá jejich diagnózám a věku (v našem příkladu bychom kladně hodnotili praktického lékaře, u kterého by diabetici systematicky dosahovali nižších nákladů než diabetici stejného pohlaví a věku u všech praktických lékařů celkem). Svě místo má PCG model také v přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťov-

” Ve spolupráci se společností Klient PRO jsme lokalizovali holandský PCG model a úspěšně ho použili k ocenění rizika v modelu kombinace zdravotního pojištění a zdravotního spoření.

15

nami. Je-li zdravotní stav pojištěnců jedné zdravotní pojišťovny horší než pojištěnců ostatních zdravotních pojišťoven, potřebuje zdravotní pojišťovna na péči pro své klienty více prostředků. Současný systém přerozdělování pojistného zohledňuje pouze věk a pohlaví pojištěnce, tato zdravotní pojišťovna proto nebude moci svým klientům poskytnout stejně kvalitní péči jako ostatní zdravotní pojišťovny. Zohlednění chronických stavů pojištěnců v systému přerozdělování umožní využití prostředků veřejného zdravotního pojištění na léčbu těch, kteří zdravotní péči potřebují více než ostatní – chronicky nemocných. Po zavedení modelu PCG do přerozdělování by v praxi dostala zdravotní pojišťovna na zdravého muže ve věku 20 let méně než dnes (například 5000 Kč), na stejně starého muže s chronickým renálním selháním by ovšem dostala mnohonásobně více (například 155 000 Kč). Model PCG byl v roce 2002 zahrnut do nizozemského systému přerozdělování. Díky modelu lze vysvětlit až třikrát více rozptylu v nákladech na pojištěnce, než tomu je v současném systému přerozdělování.

Sdružení a PCG model

Občanské Sdružení Reforma zdravotnictví – forum.cz lokalizovalo holandský PCG model ve spolupráci se společností Klient PRO s.r.o., již v roce 2006 a úspěšně ho použilo k ocenění rizika v modelu kombinace zdravotního pojištění a zdravotního spoření. V roce 2008 jsme model aktualizovali a navrhujeme ho zahrnout do přerozdělení odvodů na veřejné zdravotní pojištění. V současnosti náš model používají k analytickým účelům čtyři zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. ■

Finanční výkazy Sdružení za rok 2008

VÝKAZ ZISKU A ZTRÁTY

(zaokrouhлено na tisíce)

VÝNOSY	5 017 000 Kč
Příjmy z vlastní činnosti celkem	4 155 000 Kč
účastnické poplatky z International Health Summit 2008	1 642 000 Kč
reklamní služby v souvislosti s International Health Summit 2008	1 055 000 Kč
kurzovní zisk inkasovaných plateb ze zahraničí	2 000 Kč
účastnické poplatky intenzivních odborných seminářů	966 000 Kč
prodej PCG modelu	285 000 Kč
analýzy a konzultační činnost	150 000 Kč
ostatní	55 000 Kč
Peněžní dary celkem (od soukromých subjektů)	862 000 Kč
na podporu činnosti Sdružení *	512 000 Kč
na uspořádání International Health Summit 2008 **	350 000 Kč

* Firmy, které podpořily v roce 2008 činnost Sdružení (max. 150 000 Kč / kalendářní rok): Roche s.r.o., Boehringer Ingelheim, spol. s r.o., Alfa-Helicopter, spol. s r.o., Medicover

** 4. International Health Summit podpořily v roce 2008: Roche s.r.o., Svaz zdravotních pojišťoven

VÝKAZ ZISKU A ZTRÁTY

(zaokrouhлено na tisíce)

NÁKLADY	4 577 000 Kč
Náklady projektů	3 864 000 Kč
Konference International Health Summit 2008	3 003 000 Kč
Příprava konference International Health Summit 2010	37 000 Kč
Model rozsahu základního zdravotního pojištění – II. fáze	47 000 Kč
Komunikace reformy	185 000 Kč
Intenzivní odborné semináře	511 000 Kč
Aktualizace PCG modelu	81 000 Kč
Ostatní náklady:	713 000 Kč
Zajištění chodu Sdružení	591 000 Kč
Analytické práce	117 000 Kč
Ostatní	5 000 Kč

ROZVAHA

AKTIVA	627 000 Kč
Krátkodobý majetek celkem	627 000 Kč
PASIVA	627 000 Kč
Vlastní zdroje celkem	355 000 Kč
Cizí zdroje	272 000 Kč

Plán aktivit Sdružení na příští období

NAŠE SDRUŽENÍ HODLÁ V ROCE 2009 OBNOVIT SVOJI POZICI NEZÁVISLÉHO THINK TANKU A POKRAČOVAT V PRÁCI NA KULTIVACI A PROSAZOVÁNÍ REFORMY ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ.

► PORTÁL PRO PREZENTACI A KOMUNIKACI REFORMNÍHO NÁVRHU

Jedná se o velmi komplexní projekt, náročný technologicky i finančně, rozvržený do několika etap. Cílem projektu je vytvořit komplexní interaktivní prezentační a komunikační nástroj v podobě webového portálu, na kterém chceme strukturovaným způsobem prezentovat náš reformní návrh a komunikovat jeho obsah. Portál nám umožní jednak získávat pro náš návrh relevantní veřejnost, jednak kultivovat náš návrh na základě podnětů získaných z komunikace. První etapu tohoto projektu chceme mít hotovou na podzim 2009. ■

► REFORMY A SYSTÉMY V ZAHRANIČÍ

Tento projekt slouží k doplnění obsahu vzniklého portálu o užitečný přehled zdravotních systémů a probíhajících změn ve vybraných vyspělých zemích světa. Cílem je poskytnout veřejnosti – s využitím naší originální metodiky komparace – možnost uchopit náš návrh v širším kontextu na základě analogií a paralel existujících nebo chystaných v zahraničí. ■

► PŘÍPRAVA 5. MEZINÁRODNÍ KONFERENCE INTERNATIONAL HEALTH SUMMIT

Konání jubilejního pátého International Health Summit jsme naplánovali až na druhou polovinu dubna 2010. Zvolili jsme náročné téma sdružující problematiku managementu chronických chorob a dlouhodobou zdravotně sociální péči v závěru života, pod názvem „Finanční hrozba stárnutí populace a chronických onemocnění: Výzva pro zdravotní reformy“. Pokusíme se z této konference udělat nejvýznamnější událost svého druhu v kontextu celé střední Evropy. ■

► ČESKÁ EDICE „ZDRAVÝ ZISK“

Hodláme pro českou veřejnost připravit české vydání slovenské publikace Zdravý zisk, která nás nadchla svým obsahem a schopností srozumitelně vysvětlit základní ekonomické koncepty a problémy spojené s fungováním dnešních zdravotních systémů. Spolu se slovenskými autory z think tanku INESS se pokusíme publikaci aktualizovat, doplnit a lokalizovat pro české prostředí. Publikace by měla vyjít na konci roku 2009. ■

”
Připravili jsme řadu zajímavých projektů,
které vyjadřují kontinuitu našich vizí
a naplnění našeho poslání.

► MODEL OSOBNÍCH ZDRAVOTNÍCH ÚČTŮ – III. FÁZE

V následujícím roce dopracujeme náš model o analýzu zdravotních účtů jednotlivců, kterým model přisuzuje neúspěch v podobě deficitu v dlouhém období (cca 3 % populace), s cílem nalézt systematické faktory vedoucí k tomuto výsledku. Výstupem by měl být návrh na zpřesnění kompenzace struktury rizika použitého v dotování osobních zdravotních účtů z veřejných zdrojů. ■

► SPRÁVA A AKTUALIZACE PCG (PHARMACY-BASED COST GROUP MODEL)

Provedeme pravidelnou aktualizaci PCG modelu. Je možné, že na základě výstupů z předchozího projektu přehodnotíme strukturu našeho PCG. ■

► RATING ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

V následujícím roce chceme připravit metodiku komplexního hodnocení zdravotních pojišťoven, jejímž výstupem má být strukturovaná informace v podobě každoročně vydávané zprávy. Zpráva by měla napomoci pojištěncům k jejich rozhodování při výběru zdravotní pojišťovny a měla by být užitečná i pro patientské organizace, poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny. Výstupy budou publikovány v roce 2010. ■

► ODBORNÉ SEMINÁŘE

Také v roce 2009 uspořádáme řadu intenzivních odborných seminářů se zaměřením na konkrétní aplikace a problémy v kontextu našeho reformního návrhu. Budeme se věnovat regulaci léčiv, uspořádáme seminář prezentující aplikace v oblasti managementu chronických chorob a seminář věnovaný srovnávacím analýzám efektivity zdravotních intervencí (health technology assesment). ■

08

www.zdravotnireforma.cz

