

HROZÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ CENOVÁ EXPLOZE JAKO DŮSLEDEK LIBERALIZACE TRHU?

DAROVÁ, 5.4.2008

Ing. Miroslav Zámečník, BostonVenture Central Europe

JE ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ KAPACITNĚ PODDIMENZOVANÉ?

Základní fakta:

1. Je v českém zdravotnictví nedostatek kapacit?
 1. Praktikujících lékařů na 1000 obyvatel je v ČR 3,6, tj. více než v Rakousku (3,5)
 2. SZP je to 8,1/1000 v ČR vs. 9,4 v Rakousku
 3. Akutních lůžek v nemocnicích 5,7/1000 vs. 6,1 v Rakousku, ale 2,9 v Dánsku
 4. CT více než v Kanadě, zhruba stejně jako ve Finsku nebo Dánsku, ale mnohem méně než v Rakousku
2. Čeho se tedy bojíme, když kapacit je dostatek? Je to koncentrace trhu?

JE KONCENTRACE NA TRHU POSKYTOVATELŮ TÍM, CO VZBUZUJE OBAVY?

1. V oblasti primární péče je trh naprosto fragmentován, vyjednávací pozice poskytovatelů je ovšem zesilována zastupováním profesními sdruženími (letos velmi silná inflace v kapitační platbě), podíl na výdajích velmi malý (praktici 4,9%, 2006, zubaři 5,1%). Hrozba do budoucna: registrační funkce PL a boj pojišťoven o přerozdělení trhu = pojišťovny si mohou kazit trh samy navyšováním kapitační platby výměnou za přeregistrování atp.
 2. U ambulantních specialistů trh opět fragmentován, úhrada výkonovou platbou (podíl na výdajích 13,7%)
 3. V segmentu akutních lůžek je fragmentován, kapacit nadbytek, problémem jsou fixní náklady a vlastnická struktura - racionalizace je vysoké politikum (podíl na celkových výdajích 49,9%)
 4. V lékárnách se koncentruje, ale z nízkého základu (největší hráč pár procent trhu z hlediska počtu, nikoli obratu), konkurence značná a Lékárnická komora se pokouší bránit konsolidaci (LP a PZT 23,2%)
 5. Ani v komplementu není trh dramatickým způsobem zkoncentrován
- Obecně je na trhu poskytovatelů ve srovnání s jinými obory velmi nízká koncentrace, ergo liberalizace by měla vést k intenzivnímu konkurenčnímu boji

STRUKTURA TRHU ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

- ❑ Struktura trhu zdravotního pojištění je charakterizována dominancí VZP v systému zdravotního pojištění, která přes setrvalý, mírný odliv klientely stále reprezentuje cca 2/3 pojištěnců. První tři největší ZP představují asi 80% trhu, což je v konkurenčních modelech mimořádné, **avšak naprostá dominance VZP fakticky znamená, že ceny určuje VZP, která má jako jediná podstatnou „market power“, a zároveň si její firemní kultura nechce připustit žádoucnost pokles tržního podílu (dokonce i pro ní samotnou)**
- ❑ Zaměstnanecké pojišťovny posilují pozice, ale „switching“ je relativně velmi malý.
- ❑ Na Slovensku k 1.1.2007 změnilo pojišťovnu 13% populace, ale tam tvrdé akviziční metody- v ČR zaúčtování marketingových nákladů do běžného roku. Bez dotování z jiných zdrojů (mimo příjmů z pojistného) nelze očekávat masivní pohyb, ale „jiné zdroje“ budou. Proč? Protože budou akcelarovat vertikální integraci nebo market power finančních skupin
- ❑ Očekávatelné trendy:
 - Vertikální integrace (celkové úspory na nákladech v rámci vertikálně integrovaného řetězce – rok 2008)
 - Horizontální integrace- doplnění portfolia finanční skupiny o zdravotní pojišťovnu s cross-sellingem
 - Fúze a integrace s vertikálními či horizontálními konsolidátory trhu (2009)
 - Selektivní kontraktace (2009)
 - Alternativní plány včetně řízené péče (2009)

KONKURENČNÍ SITUACE NA TRHU ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN ČR

Počty pojištěnců ZP v roce 1999 - 2006

Rok/ZP	ZPŠ	HZP	OZP	RBP	ZPMV	ZP MA	ČNZP	VoZP	VZP
1999	104 647	265 520	334 202	239 798	731 951	209 270	313 430	521 529	6 769 483
2000	113 909	293 675	357 533	255 913	808 062	228 854	315 894	544 322	6 744 957
2001	117 565	303 293	398 579	281 513	870 639	252 270	312 847	563 738	6 724 998
2002	119 295	323 365	460 214	303 785	916 799	279 040	310 272	574 770	6 704 595
2003	121 584	332 953	536 628	323 595	956 675	300 049	308 231	578 826	6 685 375
2004	125 214	333 878	592 482	341 242	997 158	311 453	308 102	575 742	6 672 744
2005	127 439	342 886	628 189	353 366	1 014 628	323 497	310 945	567 290	6 622 347
2006	130 093	349 174	647 071	359 404	1 038 402	337 201	313 408	564 244	6 573 609
2006/1999	1,24316	1,315057	1,936167	1,498778	1,418677	1,61132	0,99993	1,081903	0,971065
2006/2005	1,020826	1,018338	1,030058	1,017087	1,023431	1,042362	1,007921	0,994631	0,99264

Zdroj: tabulky přerozdělení

DOPADY OČEKÁVANÝCH TRENDŮ NA CENOVOU HLADINU

1. Vertikální integrace bude mít v počátečním období na cenovou hladinu spíše tlumící účinek v důsledku snahy o získání tržního podílu spolu s lepší produkční efektivností
2. Horizontální integrace: konsolidace fragmentovaného trhu v jednotlivých segmentech je dosud ve velmi rané fázi- největší soukromý řetězec reprezentuje cca 5% trhu (z celkového počtu 192 nemocnic), ale na krajské úrovni rovněž vznikly holdingy, resp. krajské akciové společnosti s odštěpnými závody, které mohou fungovat jako lokální monopoly se silnou market power a snahou pokrýt vysoké fixní náklady
3. Řízená péče: potenciálně významný nástroj na kontrolu nákladů, otázkou je, nakolik se rozšíří a zda tedy povede ke konsolidaci trhu
4. Léky- nižší tempo inovací a nástup generik u blockbusterů oslabuje pozici originálních producentů; generická substituce zdaleka nevyčerpala svůj potenciál v kombinaci s řízenou péčí, preferovanými sítěmi atd.)
5. eHealth a sdílení medicínských informací- velké naděje vkládány zejména na Západě (USA, Británie, Španělsko- Andalusie etc.), v kombinaci s řízenou integrovanou péčí slibný potenciál úspor

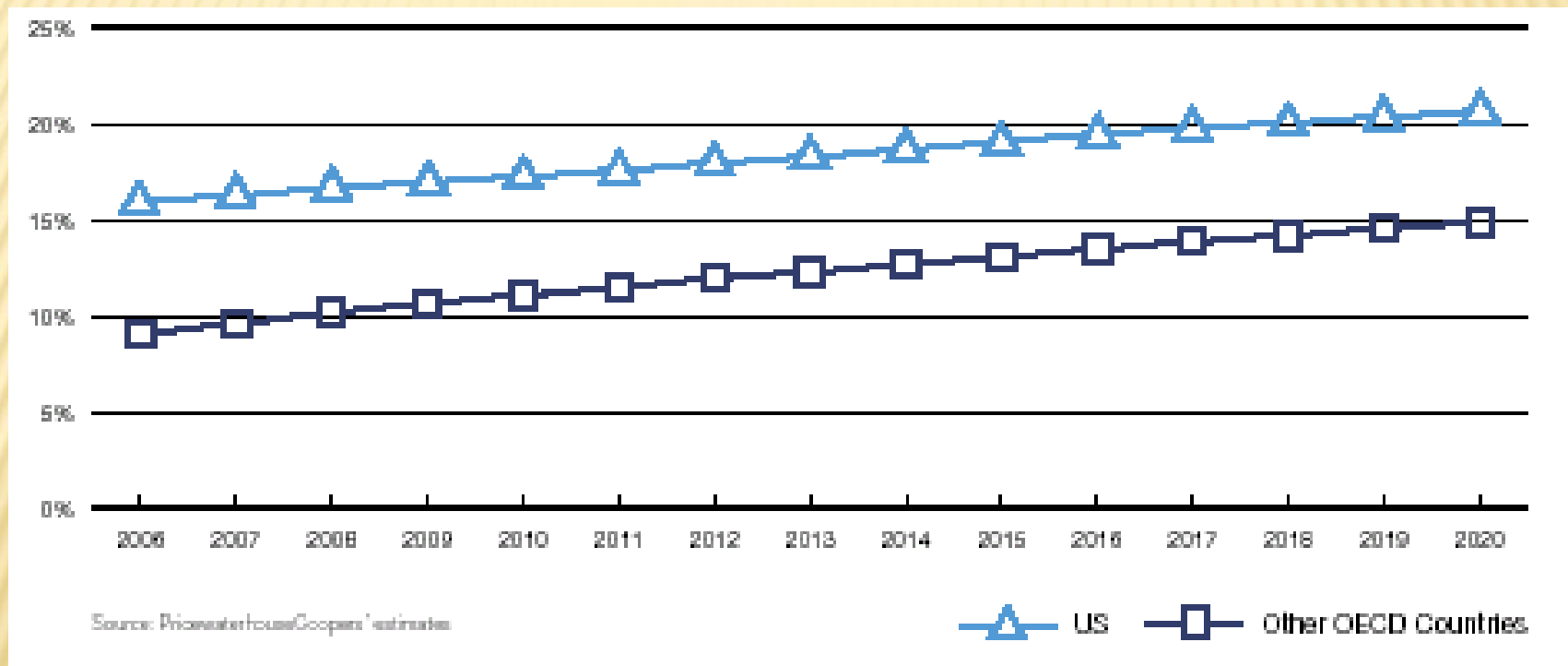
TAK ČEHO SE TEDA BÁT?

1. Vysoký stupeň koncentrace na trhu zdravotního pojištění by neměl vliv na cenovou inflaci poskytovatelů, kdyby market leader měl stejnou motivaci a pravidla správy korporace jako ostatní hráči na trhu. Má ji? Pakliže nemá, tak je sám hrozbou pro cenovou inflaci ve zdravotních službách (příliš zpolitizovaný, závislý na politickém cyklu, Kornaiovské měkké rozpočtové omezení).
2. Vysoké fixní náklady na držení předimenzované sítě akutní lůžkové péče (nemocnice- velcí zaměstnavatelé a navíc se schopností mobilizovat elektorát proti restrukturalizačním opatřením= významná vyjednávací pozice; tomu se nezabrání ani inkorporací, a v podstatě ani pronájemem- nájemce bude tlačěn k nižší dynamice restrukturalizačních změn a nakonec skončí v koluzi s těmi nemocnicemi, jež mají vlastníka vystaveného negativní politické externalitě)
3. V delším horizontu demografie, nejdříve napětí na příjmové straně (odchod poválečných ročníků nám začíná), potom růst výdajů daný vyšší morbiditou stárnoucího kmene a nevytvářením odpovídajících rezerv na aging

ČTYŘI TRENDY VE SVĚTĚ A JEDEN SPOLEČNÝ PROBLÉM

- ✘ Podle mezinárodních studií (např. PWC HealthCast 2020, OECD atd.) budou zdravotní systémy ve světě přes všechny existující rozdíly trpět jedním společným problémem: budou neufinancovatelné, pokud nebudou zásadně změněny
- ✘ Čtyři silné trendy
 - + Růst poptávky
 - + Růst cen s inflací významně přesahující dynamiku indexu spotřebitelských cen i nominálního růstu HDP
 - + Problémy s řízením kvality
 - + Špatně nastavené stimuly jednotlivých aktérů

OČEKÁVANÝ RŮST VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ V OECD (PWC)



Medián výdajů na zdravotnictví členských zemí OECD kromě USA v roce 2020 je prognózován na 16% HDP.

V USA, které má relativně k HDP zdaleka nejvyšší výdaje na zdravotnictví (cca 16%), se očekává další růst až na 21% HDP.

Předpokládá se rychlý růst i ve střední a východní Evropě.

STÁRNUTÍ OBYVATELSTVA A VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ

- ✘ Stárnutí obyvatelstva není ve studii PWC HealthCast 2020 označováno za hlavního viníka růstu výdajů na zdravotnictví podstatně rychlejším tempem než nominální růst HDP
- ✘ Stárnutí není ani takový problém na výdajové stránce, jako na stránce příjmové, zejména v zemích, které financují zdravotnictví ze zdravotní daně-méně přispěvatelů do systému při pomalejším růstu mezd (a na ně navěšených zdravotních daní) než růstu výdajů znamená rostoucí napětí mezi zdroji a výdaji a nutnost krýt deficity buď zvyšováním pojistného (růst celkových mzdových nákladů a s tím související dopady na zaměstnanost a konkurenceschopnost) anebo hledání jiných doplňkových zdrojů včetně spoluúčasti.
- ✘ Od jisté hranice růst výdajů generuje jen relativně malé přínosy na zdravotním stavu populace
 - + Klasický příklad USA, které dává na zdravotnictví zdaleka nejvíc, ale v očekávané délce dožití je až 22.místě v OECD!
 - + V letech 1996-2004 vzrostly výdaje na zdravotnictví v Irsku o 136%, ale velká část z toho byla spotřebována na platech a administrativních nákladech, nikoli na zdravotní péči

KDYŽ TO NENÍ DEMOGRAFIE, TAK CO ŽENE NÁKLADY? NEDOSTATEK KONKURENCE, SEPARACE SPOTŘEBITELE OD PLÁTCE, ATD.

Country	Type of Competition Encouraged	Result
Australia	In 2000, government encourages consumers to buy health insurance by offering 30% tax rebate, and mandating pricing system in which premiums are cheaper to early buyers.	Number of insured Australians increased from 30% in 1998 to 45% in 2002.
Canada	In 2005, the Canada Supreme Court ruled to allow private insurance because waiting lists had become so long that they violated patients' "liberty, safety and security" under the Quebec charter.	Enforcement of the ruling delayed until June 2006 while issue under debate.
England	In 2004, NHS outsourced a variety of surgical procedures to South African companies.	Waiting lists are reduced.
Germany	Some public hospitals are privatized resulting in greater efficiency and equivalent quality outcomes.	Reduction in costs, competition among private hospital groups.
Republic of Ireland	National Treatment Purchase Fund set up in 2002 to arrange for patients to be treated in private hospitals in Ireland, the United Kingdom or other countries. Government providing tax relief for private hospitals in a bid to increase capacity quickly.	Reduction in waiting lists. Rapid increase in number of private hospitals.
The Netherlands	Insurance companies will contract with providers independently, forcing providers to differentiate themselves.	Begins in 2006.
Singapore	MediShield Plus, a government plan that paid for hospital care, is privatized.	Under way.
U.S.	Medicare outsources its new drug benefit to prescription drug plans, which compete for beneficiaries.	Benefit starts in 2006.

ŘÍZENÍ POPTÁVKY PŘES SPOLUÚČASTI- IMPLIKACE

- ✘ Velká móda consumer driven health plans (CDHP) v USA, kde zaměstnavatel umožňuje volbu zdravotního plánu zaměstnanci (dosud jen 4 miliony účastníků), kterým je na běžné výdaje zřizován individuální účet, jehož volné zůstatky přecházejí do dalšího období
- ✘ Podmínkou funkčnosti je mj. dostatečná informovanost samotného pojištěnce (který má fakticky vysokou spoluúčast) o cenách a kvalitě jednotlivých poskytovatelů, aby byl schopen efektivně alokovat poptávku (přehlednost a porovnatelnost konkurenčních nabídek)
- ✘ Jestli zvítězí McCain, bude to velmi zajímavé, neboť McCain chce fakticky vyvázat zaměstnavatele ze zdravotního pojištění (v případě, že bude přijato, podnikové plány během několika let zaniknou) a transferovat výběr zdravotního plánu (spolu s penězi) na zaměstnance/občany- očekává se velký nárůst CDHP plánů s vysokou spoluúčastí
 - + Co s chudými- subvence na nákup plánů
 - + Co s vyššími předdůchodovými ročníky (nemá kdo financovat, systém není založen na community ratingu), ale na vytvoření národního trhu plánů po celých USA (dnes velmi rozdílné systému například v Pennsylvánii a New Yorku s velmi vysokými cenovými diferenciacími pro jednotlivé kohorty)

NOVÉ FORMY ÚHRAD ZA POSKYTNUTOU PÉČI

- ✘ DRG systémy se vyvíjejí, neexistují dva, které by byly stejné
- ✘ Zajímavý nápad ze Španělska (Valencie)- kapitační platba soukromé organizaci za zajištění komplexní péče o obyvatelstvo v dané spádové oblasti- od primární až po akutní kliniky- faktické zřízení lokálního monopolu pro jeden subjekt- fígl je v tom, že pacienti mohou jít jinam, a pak je pojišťovna místní vládě povinna refundovat náklady na jinde poskytnutou péči (smysl je v tom, aby pojišťovna nešetřila omezováním kvality a dostupnosti péče-potřeba zveřejňování indikátorů kvality, standardů dostupnosti etc.), obdobně má Capio koncesi na předměstí Madridu (Valdemoro), podobný systém je zkoušen v Portugalsku

HOLANDSKO

- ✘ Systém veřejného pojištění zaveden v roce 1941 nacistickou okupací – povinné zdravotní pojištění chudých prostřednictvím Zákona o zdravotním pojištění
- ✘ Holandsko se léta drželo principu, že kdo se může pojistit soukromě, pak ať tak učiní (na rozdíl od Německa, kde si příjmově silná část populace může vybrat)
- ✘ Vznikl tak zajímavý hybrid mezi Bismarckovským modelem pro sociálně slabší a americkým modelem nepovinného soukromého zdravotního pojištění pro bohaté.
- ✘ 90 % nemocnic bylo v 90. letech soukromých neprofitních (minimum státního vlastnictví, a žádné veřejné neziskové českého typu!)
- ✘ Dumání o reformě v rámci „polder modelu“ (všeobecný konsensus) od roku 1986
- ✘ Řešení našli v silném akcentu tržních mechanismů a posílení konkurenčního prostředí mezi pojišťovnami, mezi poskytovateli péče, a v kontraktaci mezi pojišťovnami a poskytovateli
- ✘ Dualita systému zdravotního pojištění zrušena
- ✘ Rok 2006 spustil zásadní reformu, která je založena povinném veřejném zdravotním pojištění s dvousložkovým pojistným, sofistikovanou ekvalizací rizik a administrací veřejného pilíře soukromými pojišťovnami bez limitů provozních nákladů a s možnou distribucí zisku. Duchovní otec: Alain Enthoven

HOLANDSKO- TRH ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

- ✘ 5 velkých hráčů má 85% celého pojistného trhu: Achmea 20% +Delta Lloyd-Agis 12% (fúze 6/2007), UVIT 24%, COZ 18 %, MENZIS Group 11%,
- ✘ Koncentrace již probíhá, ale výhledově se počítá s 3-4 velkými ZP- úspora režijních nákladů (v ČR první tři pojišťovny cca 80% trhu!)
- ✘ Začíná cenová konkurence- nabízeny diskonty na kolektivní (zaměstnavatelské) pojištění až 10% oproti standardní sazbě, která je dvousložková 1.100 EUR+ 6.5% ze mzdy (50:50 zaměstnanec a zaměstnavatele)
- ✘ Vratky za nečerpání nahrazuje je přímá cenová konkurence na nominální složce 1.100 EUR (cenový diferenciál cca 50 EUR)
- ✘ Očekává se vznik multiproduktových pojišťoven (nemocenská, úrazovka) a spolupráce se zbytkem finančního sektoru (cross-selling)
- ✘ Omezená spolupráce s providery- není dosud vertikální integrace s nemocnicemi (nic na způsob AGEL), ale počítá se s postupnou integrací
- ✘ Nemocnice placeny na bázi DRG (90%), elektivní péče smluvní ceny
- ✘ Po roce 2008 se zvýší objem výkonů s deregulovanými cenami
- ✘ První privatizace nemocnice Slotervaart- koupil Meromi Holdings
- ✘ Dosud nepůsobí žádný zahraniční chain, ale ani žádný národní chain (Capio?, Němci?)- bude zajímavé to sledovat
- ✘ Více než 2/3 pojištěnců si vybralo pojistku „natura“ (smluvní síť za cenu slevy na pojistném cca 50 EUR, ale Holanďané byli zvyklí na gatekeeping)

SWITCHING V PRVNÍM ROCE REFORMY 18%!!!

ŠVÝCARSKO- MODELY ŘÍZENÉ PÉČE

- ✘ 1990- založeno první švýcarské HMO
- ✘ 1996 – HMO zakotveno v zákoně (KVG)
- ✘ 2006 stav:
- ✘ HMO = organizace řízené péče s odpovědností za náklady
- ✘ 19 HMO se 100 000 pojištěnců
- ✘ Potenciál úspor 20 - 40 %
- ✘ IPA modely založené na praktickém lékaři plnícím roli gatekeepera, bez odpovědnosti za rozpočet, ale s bonifikací za úspory
- ✘ IPA plány zahrnují 390 000 pojištěnců
- ✘ **Potenciál úspor IPA: 7 – 20 %**

Závěry :

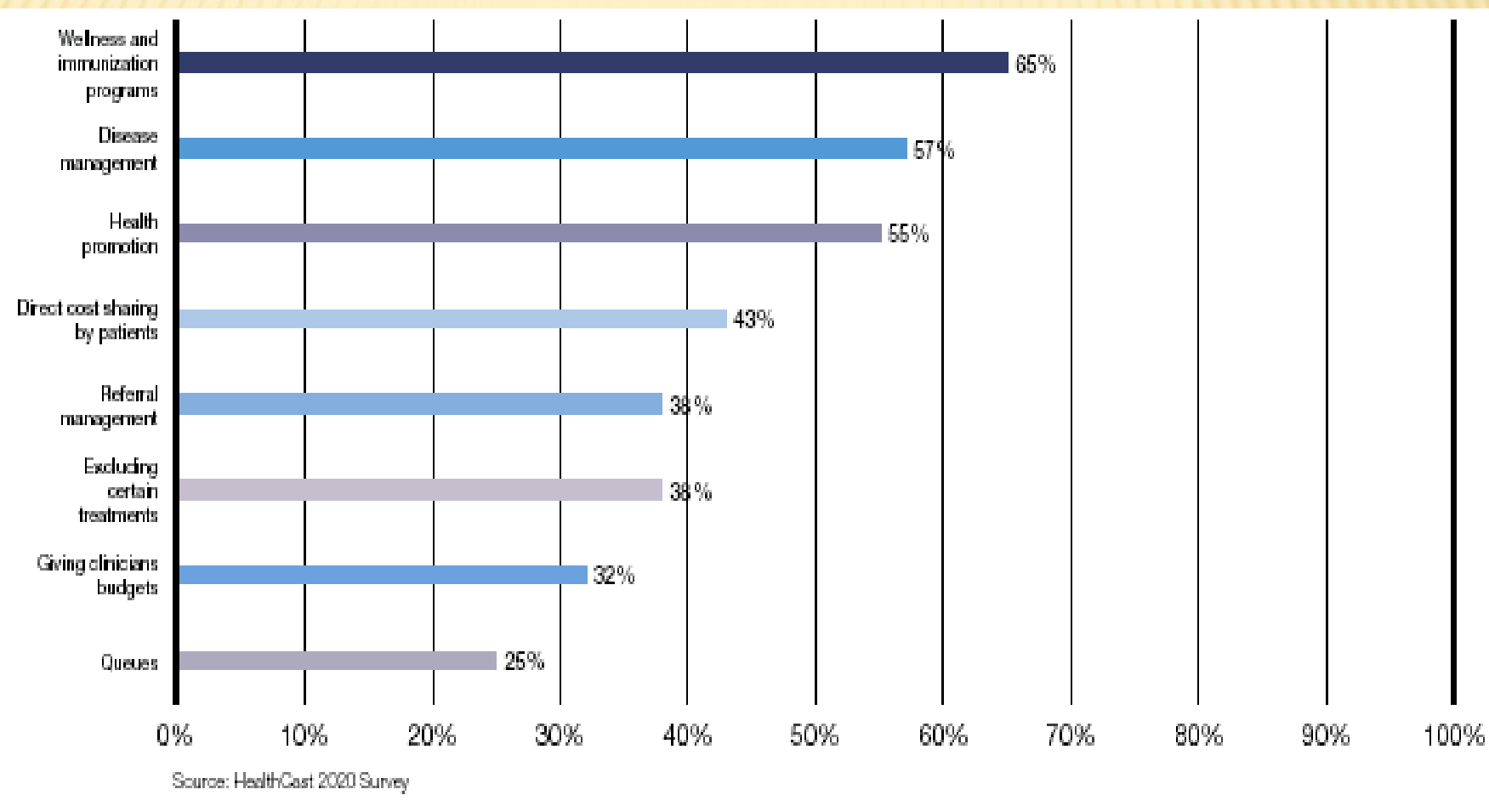
- ✓ v Evropě modely řízené péče existují, ve Švýcarsku již 17 let, byť zdaleka nejsou tak rozšířeny jako v USA
- ✓ Tvrdé HMO verze (vertikální integrace)- přes velký potenciál úspor nejsou ve Švýcarsku mezi pojištěnci příliš oblíbeny, byť nabízejí slevu na pojistném
- ✓ IPA má nižší potenciál úspor než HMO, ale ve Švýcarsku má 4krát tolik členů a je pojištěnci přijímána jako podstatně méně kontroverzní
- ✓ V HMO a IPA je ve Švýcarsku pouze 8% pojištěnců, pro ČR to však nebude směrodatné (předpokládáme vyšší cenovou elasticitu u některých klientských segmentů, zejména v případě, kdy účast v plánu řízené péče bude znamenat, že praktický lékař jako gatekeeper fakticky bude rozhodovat o uplatnění regulačních poplatků u pojištěnce- vyžádaná vyšetření osvobozena od poplatků)

CAPIO- TYPY KONTRAKTŮ

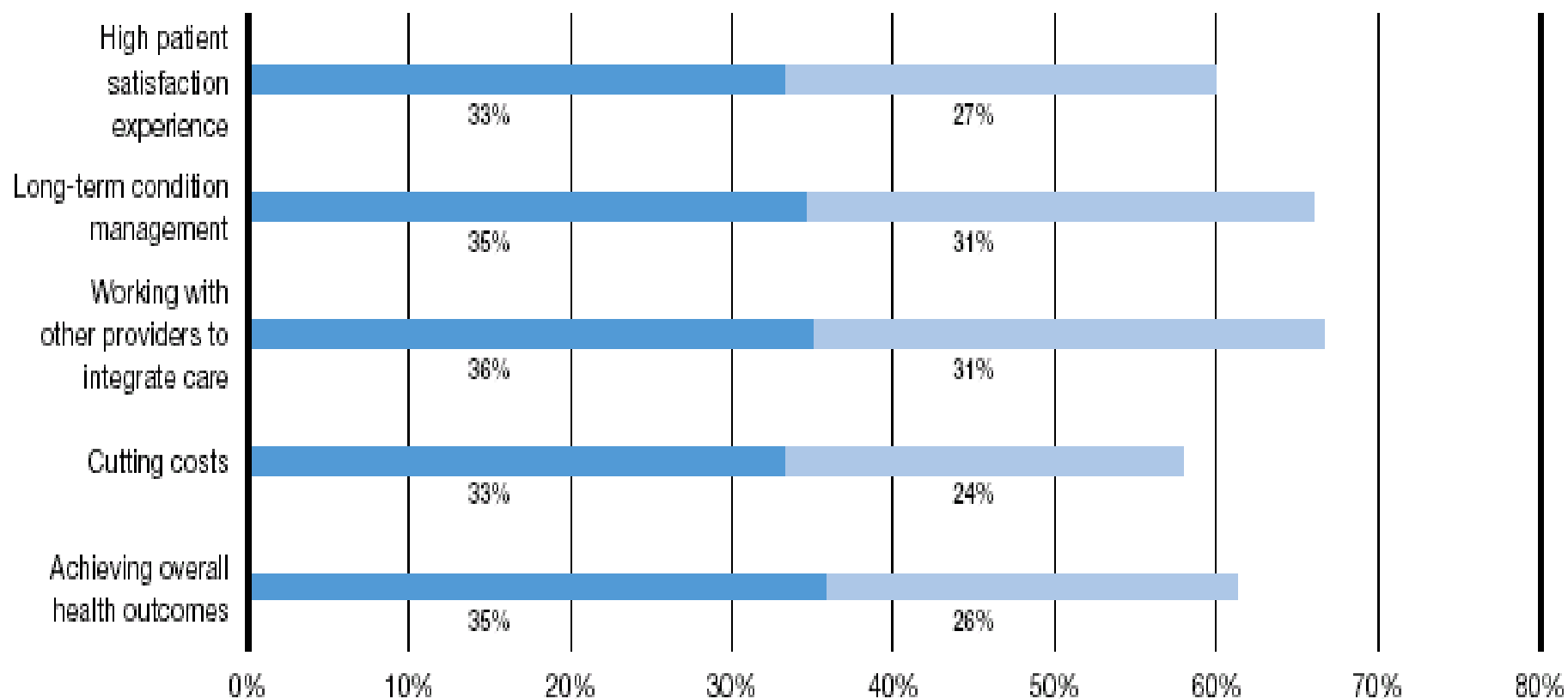
- ✘ **Capio St.Goran** uzavřelo kontrakt se Stockholmskou oblastní radou do roku 2012, úhrada DRG a limity pro elektivní výkony
- ✘ Kontrakt je uzavřen včetně put a call opce, uplatnitelné v případě ukončení kontraktu v roce 2009, kdy jej Rada může vypovědět.
- ✘ Cena převodu na Radu je předem definovaná
- ✘ Tendry na zdravotní péči podle zákona o veřejných zakázkách
- ✘ Potíže se sociálně demokratickou vládou („Stop Law“)

- ✘ **Capio ve Španělsku**- zajímavý je kontrakt na 30let na výstavbu a provozování nemocnice ve Valdemoro (předměstí Madridu) v hodnotě investice 60 mil.Euro
- ✘ Kompletní akutní lůžková a specializovaná ambulantní péče pro obyvatele spádové oblasti
- ✘ **Úhrada ve formě fixní kapitační platby za obyvatele spádové oblasti**
- ✘ Kapitace je indexována; 5 % úhrady je vázáno na kvalitativní parametry
- ✘ Hodnota kontraktu v dnešních cenách 1,3 mld Euro, po 30 letech bezúplatný převod na město
- ✘ Kontrakt udělen na základě vítězství v mezinárodním tendru, selekční kritéria- kvalita péče, technická expertíza a finanční síla

PRŮZKUM MEZI ZDRAVOTNICKÝMI MANAŽERY PWC HEALTHCAST 2020- EFEKTIVITA NÁSTROJŮ ŘÍZENÍ POPTÁVKY



VÝZNAM FINANČNÍCH STIMULŮ PRO DOSAŽENÍ VYBRANÝCH CÍLŮ



Source: HealthCast 2020 Survey

■ Important ■ Very important

FUNGUJÍ POPLATKY A SPOLUÚČAST? DOPADY ZAVEDENÍ V NĚMECKU NA POPTÁVKU (NÁVŠTĚVY 2004-2005)

General practitioner	-7.9%
Surgeon	-11.6%
Gynecologist	-15.1%
Dermatologist	-17.5%
Orthopedist	-11.3%
All physicians	-8.7%

Source: German Resident Doctors Association