



# Reforma nizozemského systému zdravotní péče

Gelle Klein Ikkink  
Oddělení zdravotního pojištění  
Ministerstvo zdravotnictví, sociálních  
věcí a sportu  
Nizozemsko

# Přehled prezentace

- Nizozemí – základní údaje
- Organizace zdravotnictví
- Reforma zdravotní péče
- Nový systém
- Výzvy a další kroky

# Nizozemí, základní údaje

- 16 milionů obyvatel
- 89 všeobecných nemocnic
- 8 univerzitních nemocnic
- 16.000 lékařů
- 8.000 všeobecných lékařů
- 21 zdravotních pojišťoven
- €60miliard/ročně utraceno za zdravotní služby = 10% HDP

# Tři úrovně.....

1



## Zákon o mimořádných zdravotních výlohách “Péče”

- Starší jedinci
- Chronici
- Zdravotně postižení
- Celoživotně mentálně nemocní

kolem 20 miliard €

2



## Zákon o zdravotním pojištění “Léčba”

- Lékaři
- Nemocnice
- Léky
- Vybavení / Přeprava

kolem 30 miliard €

3

## Doplňkové soukromé zdravotní pojištění

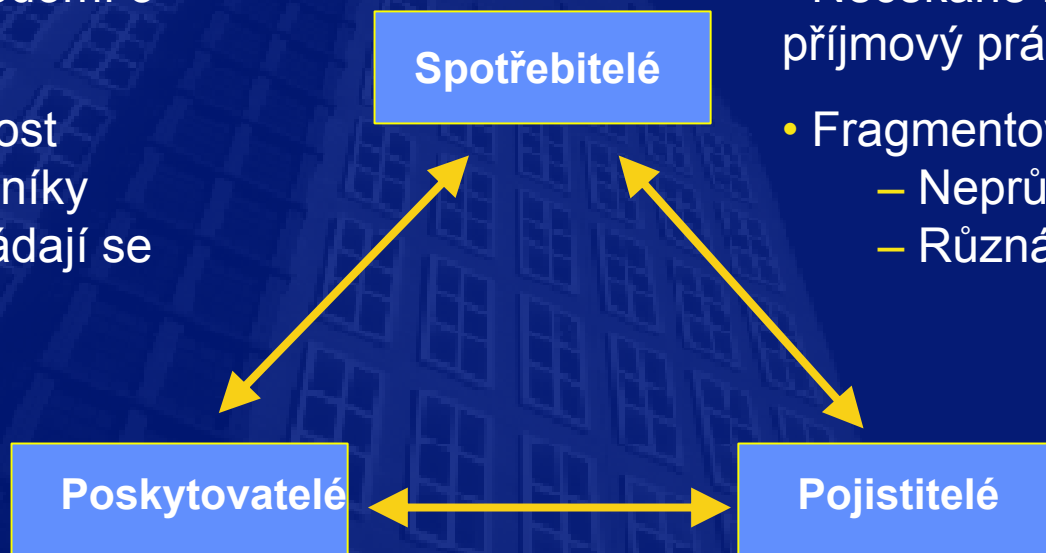
kolem 4 miliard €

# Tradice soukromé iniciativy

- Nemocnice a ošetrovatelská zařízení jsou v soukromých rukou (neprofitní forma)
- Lékaři jsou ve velké většině soukromí podnikatelé v rámci nemocnic
- Primární lékaři jsou soukromí podnikatelé
- 30% populace mělo soukromé pojištění v předešlém systému
- Vláda je zodpovědná za dostupnost, finanční dostupnost a kvalitu (accessibility, affordability and quality)

# Zdůvodnění reformy

- Chybí povědomí o nákladech
- Neefektivnost
  - Pořadníky
  - Postrádají se inovace



- Nečekané finanční dopady na příjmový práh
- Fragmentovaný pojišťovací trh
  - Neprůhlednost
  - Různá pravidla hry

Mimořádná naléhavost s ohledem na rostoucí bohatství, pokroky v lékařských technologiích a stárnutí populace.

# Více trhu, lepší řízení

- Ceny definované výstupy (náklady) a
- Ceny tvořené volně – na některých trzích
- Více transparentnosti v kvalitě / nákladech
- Deregulace plánování kapacit a smluv s poskytovateli
- Nové profese – substituce do nižších úrovní (down the chain)
- Reforma regulátorů a supervizorů (Health Authority)
- Vyrovnání „hřiště“ zdravotního pojištění

# Podstata reformy v roce 2006

**Rovnost  
Zdravotní  
fondy (2/3)**

- Povinnost se pojistit (spotřebitel)
- Povinnost akceptovat pojištěnce (pojistitel)
- Ze zákona definované pojistné krytí (pojistitel)
- Pojistné není diferencováno (pojistitel)
- Podstoupení vyrovnání rizik (pojistitel)
- Příjmem podmíněné pojistné (spotřebitel)

Zákon o  
zdravotním  
pojištění

**Soukromé  
pojištění (1/3)**



**Řízená soutěž**

**Efektivnost**

**Veřejné pojištění  
státních zaměstnanců**

- Povinná franšíza (spotřebitel)
- Svoboda stanovení nominálního pojistného (pojistitel)
- Svoboda poskytování různých pojistek (pojistitel)
- Libovůle při poskytování doplňkové franšízy (pojistitel)
- Libovůle při uzavírání skupinových kontraktů (pojistitel)

# Řízená soutěž

*Pojištěnci* mohou svobodně volit pojistitele; mají možnost každým rokem jej změnit



*Pojistitelé* soutěží o pojištěnce ve výši pojistného, kvality a úrovně služeb



*Poskytovatelé* zdravotní péče soutěží o smlouvy co se týče ceny a kvality poskytované péče.

# Tok finančních prostředků



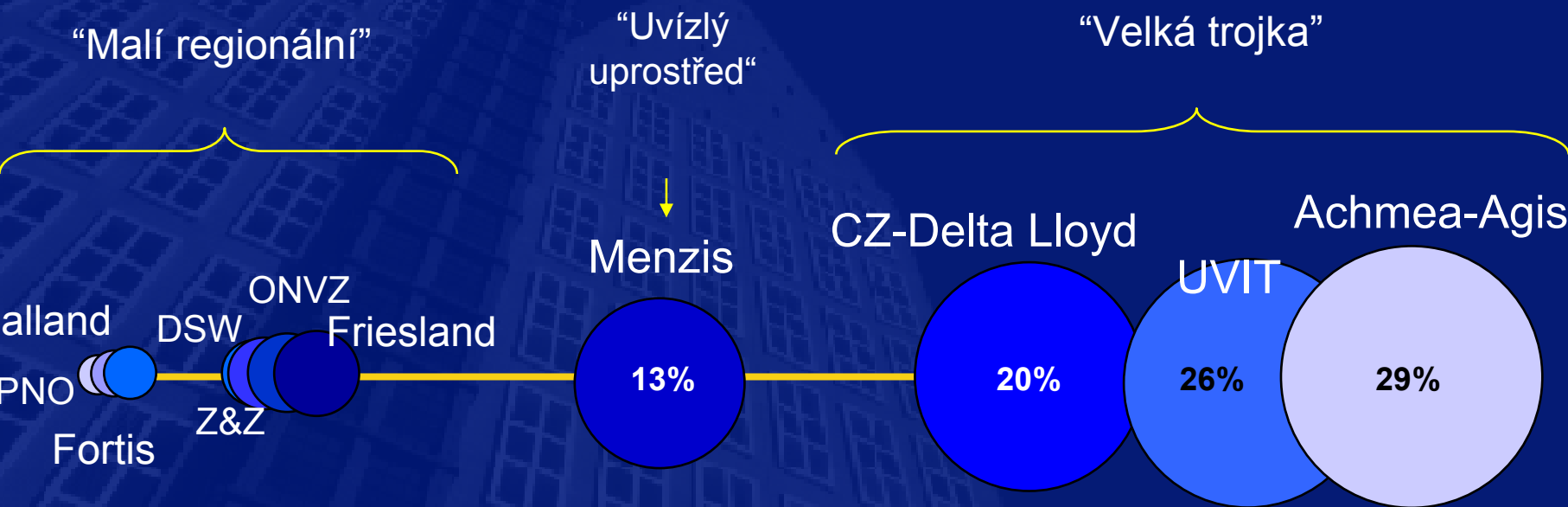
# Fond k vyrovnání rizika (REF)

<b>V € / rok</b>	Žena, 40 let, nezaměstnaná, s invalidním důchodem, městský region, hospitalizovaná v uplynulém roce pro osteoartritidu.	Muž, 38 let, zaměstnaný, prosperující oblast, v minulém roce nebral léky ani nebyl hospitalizován, netrpí žádným chronickým onemocněním.
Věk / pohlaví	934 €	872 €
Příjem	941 €	-/- 63 €
Region	98 €	-/- 67 €
Farmaceutická nákladová skupina	-/- 315 €	-/- 315 €
Diagnostická nákladová skupina	6202 €	-/- 130 €
<b>Z fondu REF</b>	<b>7800 €</b>	<b>297 €</b>

# Trendy ve zdravotním pojištění (Zvw)

- Slučování zdravotních pojišťoven
- Pojišťovny více orientované na národní úroveň
- Procento lidí měnící pojišťovnu klesá
- Procento lidí ve skupinových pojištěních roste
- Malé nadstavby pojistek – zubní péče, antikoncepce (2008)
- ...a velká doplnění: duševní zdraví (2008)
- Rostoucí spolupráce pojišťoven – poskytovatelů – patientských organizací

# Změna na pojišťovacím trhu



Zpočátku:

- Mobilita pojištěnců (kolem 20%)
- Ztráty a koncentrace pojistitelů

# Prozatímní potíže



- Kvalita (zatím) neovlivňuje jednání aktérů
- Nedostatek transparentnosti v informacích o kvalitě
- Nedostatek důvěry v pojišťovny jako nákupce dobré zdravotní péče
- Protože pojišťovny si nechtějí zkazit reputaci, uzavřou smlouvu s každým poskytovatelem
- Nedostatek smluvní volnosti (10% cen v nemocnici jsou volně tvořeny)
- Tranzitivní problémy v systému financování

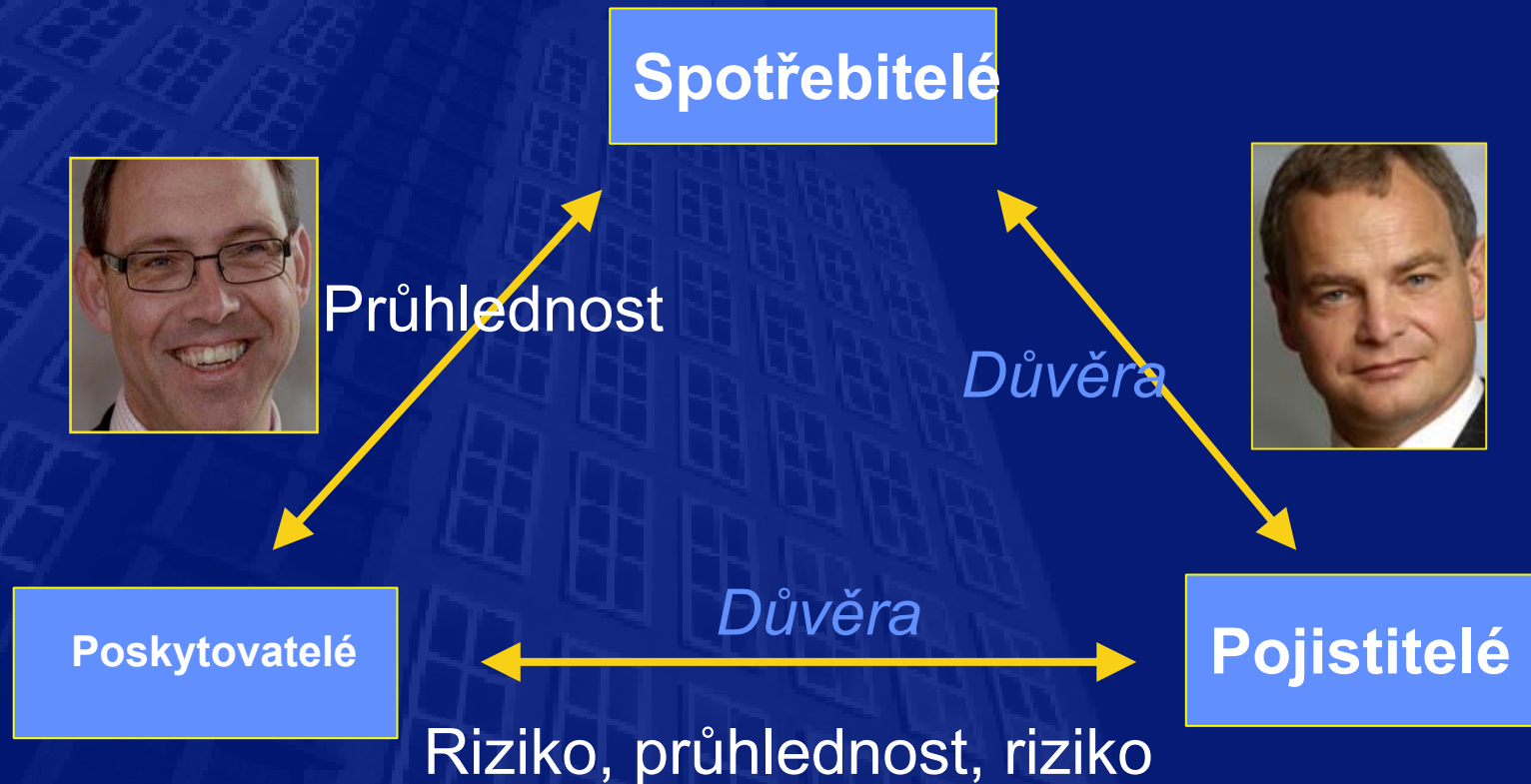
# Problém transformace: „Vždy dostanete to, za co zaplatíte“

- Minulost: Dosažitelnost
- Tehdy: Čekací seznamy
- Současnost: Produkce
- Budoucnost: Zdraví

# Příležitosti, zatím

- Změna klimatu: více podnikání
- Iniciativy dostupnosti informací pro spotřebitele, indikátory výkonnosti založené na hodnocení zkušeností pacientů
- Uvědomování si témat kvality roste
- Úroveň smluvní volnosti roste krok za krokem
- Povinná akceptace pojištěnců je potenciální nástroj pro směřování pacientů

# Proměny politických akcentů ....



# Agenda 2007 - 2011

- Zlepšit transparentnost kvality
- Navýšit riziko poskytovatelů zdravotní péče
  - Skoncovat s rozpočtovým financováním – volná tvorba cen
- Navýšit riziko zdravotních pojišťoven
  - Omezit následné korekce fondu vyrovnání rizika
- Věnovat větší pozornost prevenci
  - Programy řízení nemoci (Disease management)
- Omezit černé pasažéry systému (free riders)
  - Nepojištění
  - Dlužníci