NÁVRH REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ

Motto z amerického tisku:

Existuje země, kde si v případě, že jste nachlazeni, můžete zavolat sanitku, nechat se zavést k doktorovi, nechat se vyšetřit a předepsat si lék a ten si vyzvednout v lékárně - a to vše zdarma. Je to Francie.

V Praze dne 24. října 1996

Vážení,

tento návrh reformy zdravotnictví je pracovní variantou návrhu řešení a je na mnoha místech dozajista neúplný, neučesaný, děravý. Věřím však, že jako se našly desítky známých i neznámých, kteří byli ochotni na tomto materiálu pracovat a kterým tímto velice děkuji, přihlásí se i nyní mnozí, kteří tento materiál pomohou dopracovat v co nejkratší době do ucelené podoby a hlavně jej pomohou prosadit do života.

Základ materiálu tvoří podklady z mnoha evropských i mimoevropských zemí a studie National Economic Research Associates, analyzující současné trendy reformy zdravotnictví ve světě i u nás.

MUDr. Miroslav M a c e k

ÚVOD

Zdravotní politika je v posledních dvaceti létech v Evropě i jinde ve světě sužována rostoucími náklady na zdravotní péči. Stárnutí populace spolu s vyšším výskytem chronických onemocnění a invalidity, zvyšující se dostupnost nových léčebných postupů a technologií spolu se zvyšujícími se nároky a očekáváními veřejnosti neustále zvyšují tlak na zdravotní i sociální výdaje.

Tento zvětšující se prostor mezi morálním imperativem na přetrvávající solidaritu na straně jedné a fiskálním imperativem na nutnou kontrolu výdajů je hlavní hybnou silou všech reformních snah ve světě.

Společnou myšlenkou všech těchto snah je transformovat zdravotní politiku tak, aby financování zdravotních služeb bylo co nejefektivnější při zachování co největší rovnosti přístupu k jejich konsumaci.

Kontexty reformy zdravotní péče

Hlavními determinanty zdravotní péče jsou dva tlaky, přicházející z vnějšku zdravotního sektoru - společné základní hodnoty a makroekonomická realita.

Zdravotní služby, tak jako ostatní humánní služby, jsou zrcadlem hluboce zakořeněných sociálních a kulturních expektací občanů jako celku. Z tohoto důvodu je v Evropě velmi obtížné nahlížet na jakékoliv zdravotní služby jako na zboží, které je možno prodávat a kupovat na volném trhu.

Stejně silným faktorem, ovlivňujícím zdravotnictví, je struktura a stav národní ekonomiky, která zákonitě podléhá schopnosti té které země uspět v globalisujícím se konkurenčním prostředí.

Mimo tyto vnější faktory existuje množství specifických zdravotních a zdravotnických faktorů, které také přispívají k nutnosti zásadních strukturálních změn.

Kardiovaskulární choroby jsou stále nejčastější příčinou smrti v Evropě. Jsou příčinou poloviny všech úmrtí a třetiny trvalých invalidit. Druhou nejčastější příčinou úmrtí jsou zhoubné nádory, způsobující 20% všech úmrtí. Vnější příčiny, jak jsou nehody, vraždy a sebevraždy jsou třetí největší příčinou úmrtí a mají též velký vliv na sociální postavení rodin a produktivitu. Je nutné se také zmínit o nových chorobách jako je infekce HIV a znovuobjevení takových chorob jako je tuberkulosa či záškrt.

Stárnutí populace má také rozhodující vliv na zdravotní potřeby populace, neboť přibývá chronických chorob a invalidit.

Množství těchto faktorů se kombinuje a vytváří zvětšující se tlak na výdaje ve zdravotnictví, a´t už jde o stárnutí populace se zvyšujícím se počtem chronických nemocí a invalidit, rychlost technického pokroku přinášející nové diagnostické techniky a léky, tlak lékařů na co nejrychlejší zavádění nejnovějších lékařských poznatků do praxe či zvětšující se očekávání a požadavky pacientů, potencované navíc rychlým šířením informací o nových možnostech.

K tomu všemu je nutno též připomenout průkazné poznání o neefektivní péči na mikroúrovni - neexistenci koordinace mezi poskytovateli zdravotní péče, nedostatek popudů pro efektivní služby, nedostatek správných informací o nákladech a kvalitě služeb, nedostatečné rozdělování kapitálových zdrojů či

nekvalitní management na všech úrovních. Na druhé straně roste zájem o informace, týkající se kvality zdravotní péče a také pacienti již nadále nebudou chtít být pasivními členy v systému zdravotní péče.

Ze všech těchto faktorů vyplývají dva důsledky: první je nutnost uvědomění si, že ačkoliv zdravotní péče má mít za následek zlepšení zdravotního stavu, ve skutečnosti má na zdravotní stav jen omezený vliv. Celkový zdravotní stav je ovlivňován převážně faktory životního stylu a chování, socioekonomickým stavem a stavem životního prostředí, zrovna tak jako zaměstnáním a společenským postavením. druhým důsledkem je nutnost zaměřit zdravotní služby tímto směrem a to přesunutím prostředků z kurativy do prevence a z druhotné a terciální péče do péče primární.

Současný stav v České republice

Růst podílu hrubého domácího produktu plynoucího do zdravotnictví nebyl v létech 1989 - 1996 přiměřený ekonomickým možnostem České republiky a rostl nepřiměřeně rychle k těmto možnostem.

Rok	běžné ceny v mld Kč	stálé ceny 1984 v mld Kč	index	podíl zdravotnictví v %
1989	524.5	509.9	100.0	5.02
1990	567.3	503.7	98.8	5.30
1991	716.6	432.1	84.7	5.33
1992	791.6	404.5	78.9	5.51
1993	910.6	400.7	78.6	7.61
1994	1037.5	411.2	80.6	7.82
1995	1212.0	431.1	84.5	7.62

Z důvodů dále uvedených se však navíc k těmto omezeným ekonomickým možnostem nepřiměřeně rychle zvyšoval frekvenční a hlavně kvalitativní rozsah zdravotní péče.

Rok	1990	1995	v%
Počet ošetření:			
u praktických lékařů	52,500.879	53,150.668	101.2
u gynekologů	7,748.885	9,516.317	122.8
u stomatologů	22,061.592	22,715.731	103.0
u odborných lékařů	34,461.287	43,495.607	126.2
Počet:			
CT tomografů	22	69	313.0
mammografů	39	87	223.0
sonografů	414	1125	272.0
biochem. analyzátorů	283	540	190.0
laserů	67	515	768.0

Počet:			
radiodiagnos. vyšetření	9,401.575	11,228.480	119.4
hematolog. vyšetření	10,957.569	20,799.184	189.8
dialýz	159.057	392.849	247.0
kardiochirurg.operací a transplantací	1.657	4.008	241.0

Ruku v ruce se zrychleným tokem nových technologií, léčebných metod a léků ovšem zdaleka nedržela krok produktivita práce zdravotnických zařízení a zefektivňování jejich sítě.

Rok	1993	1995	v%
počet lůžek	82.061	74.510	90.7
průměrná ošetřovací doba ve dnech	11.2	10.2	91.1
počet hospitalisovaných	1,934.402	2,136.798	110.4
počet lékařů na 100 lůžek	10.99	11.72	106.6
počet střed. zdrav. na 100 lůžek	38.71	42.11	108.8
délka pracovní neschopnosti	18.4	24.4	133.0
průměrné procento práce neschopných	4.8	6.15	127.0

Tímto otevíráním se nůžek mezi ekonomickými možnostmi a trvale rostoucí spotřebou a kvalitou zdravotnických služeb a stagnující či snižující se produktivitou práce zdravotnických subjektů postupně narostlo dlouhodobé zadlužení zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotní péče na cca 2.7 mld Kč a na zhruba stejnou sumu narostlo zadlužení poskytovatelů zdravotní péče vůči dodavatelům.

K problémům financování zdravotnictví je nutno též přičíst pohledávky pojišťoven vůči plátcům zdravotního pojištění ve výši cca 4 mld Kč.

Důvody, které vedly k této disproporci mezi ekonomickými možnostmi a skutečnou spotřebou byly následující (bez hierarchizace):

- absence jasně stanovené a politicky prosazované koncepce zdravotnictví
- pozůstatky minulého systému v mentalitě a chování lidí
- úniky do nemoci při transformaci ekonomiky (nezaměstnanost, obavy ze ztráty zaměstnání a pod.)
- nedostatečná osvěta zdravotnické i laické veřejnosti s důrazem na prevenci a zodpovědnost každého za své zdraví
- nedostatečné legislativní i exekutivní instrumentarium k efektivnímu řízení zdravotnictví
- v solidaritě zdravých s nemocnými (a bohatších s chudšími) zůstal prvek solidarity odpovědných s neodpovědnými
- snížení rozsahu a kvality zdravotnických informací
- počáteční nastavení kurzu koruny zdražující vstupy z importu

- dvojkolejnost řízení (státní správa x samospráva)
- nedostatečně regulovaný vznik zdravotních pojišťoven s nedostatečně regulovanou nabídkou smluvních vztahů ,nekomlexností pojišťovacích mechanismů spolu s nezkušeností pojišťovací sféry
- dlouhotrvající nejasný vývoj vlastnických vztahů ve zdravotnictví (zvláště u lůžkových zařízení), mající za následek nezodpovědné chování: duplicitu činností, konflikty zájmů, nekvalitní řízení, nekvalitní investiční činnost a pod.
- nezkušenost a nekvalifikovanost managementů nemocnic
- na ekonomické možnosti státu nedostatečně regulovaný
    - trh s léky a zdravotní technikou spolus tlakem farmaceutické a jiné dodavatelské lobby
    - příliv nových léčebných metod způsobený otevřením se světu a snahou vyrovnat se co nejdříve sousedním vyspělým státům
- na ekonomické možnosti státu nedostatečně regulované a nesystémové investice do zdravotnictví
- neexistence standartů a doporučených postupů
- chybějící propojení nemocenského a zdravotního pojištění
- nedostatečná úptava pracovně - právních vztahů umožňující duplicitu některých zdravotních činností a konflikty zájmů (dealeři léků a zdravotní techniky mezi praktikujícími lékaři)
- nedostatek regulačních prvků na straně poptávky (včetně příplatků, poplatků či spoluúčasti pacienta)
- nedostatečná metodická, kontrolní a revizní činnost státu vůči zdravotním pojišťovnám
- nedostatečná metodická, kontrolní a revizní činnost zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotní péče a vůči plátcům zdravotního pojištění
- nedostatečná revizní činnost vůči pacientům
- nevyváženost finančních vstupů do zdravotnictví (zaměstnanci x zaměstavatelé x stát)
- nedostatek politické vůle tyto problémy včas řešit

Množství těchto faktorů se sčítalo, násobilo a překrývalo a mnohé z nich byly příčinou či následkem jiných.

Lze se zajisté shodnout na tom, že nelze jít cestou snižování kvality dnes dosažené zdravotní péče. Pokud tedy nechceme skokově zvýšit podíl hrubého domácího produktu vkládaný do takto nedostatečně regulovaného systému zdravotnictví, zbývají pouze dvě možnosti: co nejrychleji zefektivnit využití finančních prostředků plynoucích do zdravotnictví nebo regulovat nadbytečný rozsah frekvence zdravotní péče, nejlépe však obojí.

K tomu je zapotřebí mít k disposici vhodné legislativní i exekutivní instrumentarium, které by jednak vneslo do systému zdravotnictví co nejvíce autoregulačních prvků, jednak by mohlo včasně a efektivně regulovat (přitahovat a popouštět - a to v závislosti na množství finančních prostředků v systému a vzniku nových léčebných metod, technologií a léků) celý systém tak, aby byl pokud možno bilančně vyvážen.

OBECNÁ STRATEGIE

Existuje samozřejmě množství možných zásahů na různých úrovních systému zdravotnictví. Všechny se však dají rozdělit do dvou skupin.

První skupina se skládá ze čtyř themat: měnící se role státu a trhu ve zdravotní péči, decentralisace na nižší hladinu ve veřejném sektoru a k soukromému sektoru, větší možnost volby občanů a posílení jejich vlivu ve zdravotní péči a rostoucí role veřejného zdraví.

Druhá skupina klasifikuje jednotlivé nástroje podle požadovaného výsledku a podle úspěšnosti jejich použití.

Měnící se role státu a trhu ve zdravotní péči

Populární schema stát versus trh je v praxi mnohem víc komplikovanější, neboť neexistuje jednoduchý koncept jak použít trh v systému zdravotní péče.

Trh může působit v mnoha sektorech zdravotnictví: ve financování zdravotní péče, v nabídce zdravotních služeb, v alokaci zdrojů ,a.t.d.

Konkurenční principy mohou působit na chování lékařů, sester či komplementu. V praxi to ovšem znamená činit řadu menších rozhodnutí a nikoliv strategické rozhodnutí trh či stát. Řada těchto rozhodnutí nesmí mít pouze strategický charakter, ale také praktický a to znamená vždy množství kompromisů. Rozhodování tedy musí slučovat prvky obou modelů -zvyšující se užívání tržních principů v přetrvávajícím veřejném sektoru. Tento hybrid dostal mnoho jmen: vnitřní trh, veřejná konkurence, pseudotrh, plánovaný trh a je používán ve většině zemí Evropy. Jeho užití ovšem naráží na mnoho koncepčních i praktických problémů. Klasická koncepce trhu vyžaduje jasné rozlišení poptávkové strany (kupující) a nabídkové strany (prodávající). Moderní zdravotní péče se ovšem skládá ze čtyř stran: pacientů, lékařů, poskytovatelských institucí a plátců. Tržní principy tedy musí být spíše uplatněny mezi jednotlivými stranami než na celý systém.

Dále: lékaři současně dodávají své služby pacientům a zároveň tyto služby determinují svou nabídkou, což přidává další komplikaci do jednoduché tržní úvahy.

Dále: přerozdělování mezi různými kategoriemi plátců a klientů jsou podle mnoha ekonomů neefektivní a nespravedlivé, avšak sociální funkce zdravotní péče vyžaduje trvalé přerozdělování mezi mladšími a staršími, mezi bohatšími a chudšími i mezi zdravými a nemocnými.

Role státu je nejsilnější v regulacích. I zde se posunuje názor od původního systému příkazů a kontrol k novým, na tržních principech a pobídkových stimulech založených metodách.

Regulace ovšem přicházejí v úvahu jen tehdy, pokud se dá předpokládat, že dosáhnou zamýšleného účinku a tehdy, když se dají zavést bez toho, aby vytvářely velké ekonomické a finanční narušení struktury a kvality zdravotních služeb. Musí být také flexibilní, měly by být přizpůsobeny technickým, geografickým a demografickým možnostem a co nejdůležitější, efektivní regulace by měly monitorovat a zhodnocovat výstupy a ne limitovat vstupy.

Z toho všeho vyplývá, že tržní principy by měly být používány ve zdravotní

péči uvážlivě a tak, aby dosáhly zamýšleného, pro čistý trh je při distribuci sociálního zboží jako je zdravotní péče, poměrně malý prostor.

Pokud se týká tržních principů, ty nevyžadují méně vlivu státu, ale jiný vliv státu - úspěšně působí tržní principy tam, kde stát jen dohlíží na dodržování jejich limitací jednotlivými účastníky na trhu.

Reorganisace systému: decentralisace, recentralisace a privatizace

Decentralisace je hlavní zásadou reformy zdravotnictví ve většině evropských zemí. Je zřejmé, že způsobuje zlepšení služeb, zabezpečuje lepší alokaci zdrojů dle potřeb, vtahuje občany do rozhodovacího procesu a redukuje nerovnost zdravotní péče.

Decentralisované instituce mají mnohé výhody- jsou flexibilnější, reagují rychleji na změnu okolností a potřeb, pracují efektivněji, lépe identifikují problémy a příležitosti, jsou méně zkostnatělé a produktivnější.

Decentralisované instituce také lépe spolupracují na svých rozhodnutích s občany a zvyšují tak demokratičnost rozhodnutí na místní úrovni.

Úspěšná decentralisace ovšem vyžaduje specifické sociální a kulturní prostředí: dostatečnou místní administrativní a manažerskou kapacitu, ideologickou jistotu při provádění úkolů a schopnost vypořádávat se s různými interpretacemi problémů.

Decentralisace má ovšem také svá negativa: fragmentaci služeb, oslabení centrálních úřadů, nejednotnost, větší možnost politické i jiné manipulace a tím oslabování veřejného sektoru.

Z letité praxe jsou známy čtyři oblasti, ve kterých by nemělo dojít k decentralisaci rozhodování: základní rámec zdravotní politiky, strategická rozhodnutí o vývoji zdrojů zdravotní péče,regulace týkající se bezpečnosti občanů a monitorování, analyzování a hodnocení zdravotního stavu obyvatel a zdravotní péče.

Privatisace je vrcholná forma decentralisace nahrazením veřejné autority soukromou firmou. Za hlavní přínos je považována větší efektivita a vyšší kvalita managenentů poskytovatelů zdravotní péče, případně příliv soukromého kapitálu do zdravotnictví.

Nevýhoda privatisace je ovšem zřejmá: tlak soukromých majitelů na návratnost investic může lehce způsobit narušení sociálního charakteru zdravotních služeb a diskriminaci skupin obyvatel, vyžadujících zdravotní péči a vyšší tlak na čerpání veřejných prostředků.

Pokud by tedy privatizace neměla narušit solidární zdravotní politiku, musí být doprovázena silnými centrálními regulačními prvky.

Občanská práva, možnost volby a účasti na rozhodování

K tradičnímu rovnému přístupu se přidává další prvek: posílení role pacienta. Jde o možnost nejen svobodné volby lékaře, nemocnice či pojišťovny, ale i o účast v místním rozhodování o zdravotní politice.

Možnost svobodné volby specialisty a nemocnice je ovšem kontroversní, neboť neumožňuje regulaci praktickými lékaři, zrovna tak jako je kontroversní svobodná volba pojišťovny, neboť je nutno hlídat možné selektivní chování pojišťoven.

Podstatné je ovšem zavedení mechanismů, které poskytují občanům mnohem víc informací o zdravotním systému, zdravotních pojišťovnách, poskytovatelích

zdravotní péče a pod. Jde o informace jak odborné, tak ekonomické.

Co se týká účasti občanů na rozhodování o zdravotní politice, jde o stupeň, na kterém se setkávají občané se zdravotními institucemi a o roli, kterou jejich hlas hraje při rozhodování.

Tento úkol je nutno systémově řešit při tvorbě zákona o vyšších územně-správních celcích.

Vzrůstající role veřejného zdraví

Veřejné zdraví se dá definovat jako podpora zdraví a prevence organisovaným úsilím společnosti. Jde o intersektoriální akce, posilování preventivních aktivit a přeorientování tradičních veřejných zdravotních služeb.

Je obecně známo, že klíčové detrminanty zdraví leží mimo oblast zdravotnictví a že sociální a ekonomické faktory mají jen částečný vliv.

Vzdělání, fiskální politika, doprava a zemědělství mají mnohem větší vliv na zdravotní stav obyvatel než zdravotnictví jako takové.

Z toho vyplývají následující doporučení: vytvářet zdravou politiku, vytvářet zdravé životní prostředí, podporovat komunální akce, vylepšovat osobní postoje a znalosti a reorganisovat zdravotní služby, což vše dohromady by mělo přinést změny chování a návyků a zlepšení zdravotního stavu.

Úroveň veřejného zdraví má také nemalý vliv na efektivitu zdravotnických služeb, které činí přiměřenějšími, účinějšími a humánějšími.

Tradiční veřejné zdravotní služby se týkaly těch, kteří stáli na okraji společnosti - chudých, chronicky nemocných a invalidních. Dnes je nutno tyto služby orientovat na co nejširší proud občanů prostřednictvím podpory primárná péče.

JEDNOTLIVÉ PRVKY STRATEGIE

Strategie se dá popsat různými způsoby: zamýšlenými cíli, strukturou zdravotní péče či popisem účastníků zdravotního trhu. Strategie se též dá popsat tradičními ekonomickými parametry jako jsou např. dopady na poptávkové či nabídkové straně služeb. Následné dělení je založeno na výsledcích jednotlivých reformních kroků.

Nedostatek zdrojů

Příjmy lze řešit zvýšením množství prostředků vynakládaných na zdravotní péči přesunem z jiných oblastí veřejných výdajů nebo zvýšením daní.

Výdaje lze kontrolovat a omezovat a to jak na straně nabídky tak na straně poptávky zdravotních služeb. Výdaje lze omezovat zavedením konkurence mezi zdravotní pojišťovny, redukcí lékařů a nemocničních lůžek, kontrolou platů nebo kontrolou cen léků, limitováním celkových výdajů, ovlivňováním chování lékařů či pacientů, optimalisací užití nových technologií a léků, zaváděním nových, efektivnějších služeb, a.t.d.

Obecně lze však říct, že jediným efektivním způsobem je zavedení takového celkového rozpočtu a rozpočtů na jednotlivé subsektory zdravotnictví, které vycházejí z věcných a personálních limitů systému.

Sdílení nákladů

Jakákoliv přímá platba za zdravotní služby, není-li kompensována sociálními dávkami, vede k nerovnosti ve smyslu finančním i zdravotním a může mít za následek zhoršení zdravotního stavu obyvatel. Navíc, protože existuje poskytovateli služeb indukovaná poptávka, výdaje pojišťoven a pacientů dohromady vždy odpovídají požadavkům poskytovatelů.

Ve většině zemí je nechuť k zavedení spoluúčasti, ať už jako nástroje zvýšení příjmů nebo regulace nákladů. Na druhé straně je běžné užití spoluúčasti u léků a to hlavně z toho důvodu, aby byla část nákladů přesunuta na pacienty, Běžné je též užití platby při první návštěvě lékaře a při speciálních mimoordinačních službách. Většinou jde o platby jednorázové, s velkým počtem výjimek. Ve většině zemí je běžné se na tyto platby komerčně pojišťovat.

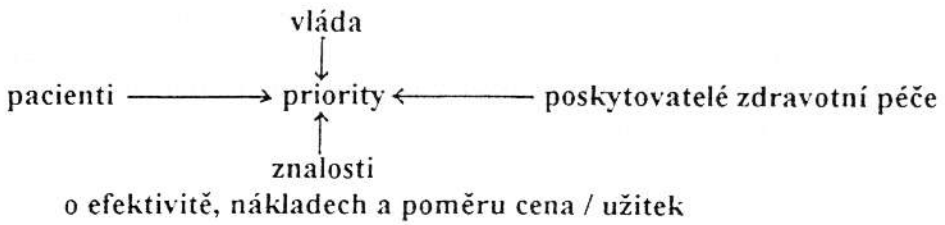
Jak vzhlaedem k teoretickým úvahám tak praktickým zkušenostem je zřejmé, že platby části nákladů nepatří mezi silné regulační nástroje ani nezpůsobují zefektivnění systému. Mohou však úspěšně omezit služby iniciované pacienty, i když ani pak nepřinášejí velké úspory, neboť následkem je okamžité zvýšení intensity léčby poskytovateli.

Určení priorit zdravotní péče

Rozhodování o tom, kam směřovat limitované zdroje je jedním z hlavních úkolů systému zdravotní péče. Nový je dnes veřejný zájem o tento proces a požadavek transparentnosti.

Určení priorit znamená rozhodovat na několika úrovních - a to od celkového financování zdravotní péče až po léčbu individuálního pacienta. To ovšem vyžaduje koordinaci rozhodování na všech úrovních.

Rozhodující vlivy na proces určení priorit zdravotní péče působí následovně:



Systémy financování

Existují v zásadě tři modely financování: Beveridgeův model založený na daních, Bismarckův model založený na sociálním pojištění a Semašenkův model, dnes změněný na směsici sociálního pojištění a průběžných plateb z daní.

Trendy ve světě směřují k modelu s konkurujícími si zdravotními pojišťovnami a vícezdrojovému financování. Výsledným modelem by mělo být cca jednotřetinové financování ze všeobecného zdravotního pojištění, jednotřetinové financování ze státního rozpočtu z různé úrovně státu a jednotřetinové financování z přímých plateb pacientů a komerčního pojištění. (Výsledná suma b y však neměla být vyšší než je dnešní podíl HDP na zdravotnictví, což znamená postupné snížení zdravotního pojištění a větší posun

plateb ke státnímu rozpočtu a k občanům.

Vyvážení míry solidarity a konkurence

Je nutno vždy vyvážit a trvale vyvažovat princip solidarity s principem konkurence mezi pojišťovnami. Solidarita je založena na principu rovného rozdělování fondů dle potřeby mezi mladé a staré, bohaté a chudé a zdravé a nemocné. Konkurence je založena na možnosti zdravotních pojišťoven nabízet svoje pojistné plány a na možnosti občana si z nich svobodně vybrat. Státní regulace by měly vytvářet prostor jak pro solidaritu, tak pro konkurenci. Idea solidárního systému, pokrývajícího většinu zdravotní péče, je ve většině zemí zcela opuštěna, neboť zvyšující se náklady na zdravotnictví se dostávají do konfliktu s tlaky na vládu nezvyšovat daně nebo zdravotní pojištění. Sílí přesvědčení, že zdraví je mnohem víc soukromým majetkem než veřejným zájmem. Rostoucí náklady na zdravotnictví jsou také důsledkem kolektivistické organisace zdravotní péče, morálního hazardu se zdravím , poptávky indukované nabídkou i stárnutí populace.

Nejlepším řešením se zdá být limitované vnesení pojištění individuálních a skupinových rizik do zdravotního pojištění spravovaného konkurujícími si zdravotními pojišťovnami, spolu s citlivým a bezpečným nastavením míry solidarity a dokonalou kontrolou zdravotního trhu.

Efektivní alokace zdrojů

Ve všech evropských zemích dochází k centralisaci alokace zdrojů, aby se tak dosáhlo kvalitní kontroly výdajů na makroúrovni. Klíčovou strategií alokace zdrojů je zefektivnění kontraktačních mechanismů, změna systému plateb a způsob nákupu léků.

Nákup a kontraktace kvalitnější zdravotní péče

Na kontraktace se čím dál tím více pohlíží jako na mechanismus, který nabízí alternativu k tradičnímu příkazově - kontrolnímu systému řízení zdravotní péče.

Jde o mnohem více tržně orientovanou formu alokace zdrojů, založenou na oddělení zákazníka a poskytovatele. Kontraktační mechanismus váže plátce, kterým je třetí strana, a poskytovatele k veřejným závazkům a vytváří ekonomické motivace ke splnění těchto závazků.

Ve zdravotním systému, založeném na zdravotním pojištění fungují takové kontraktace už léta, převážně ovšem jako stabilisátor vztahů mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. V současnosti se kontraktace stávají nástrojem dohod o cenách, kvalitě a plnění závazků poskytovatele a definitivně se tak přerušuje financování poskytovatelů zdravotní péče jen proto, že existují.

Občanský vliv při kontraktacích vede k demokratisaci zdravotních služeb, zvyšuje odpovědnost zdravotníků a lépe přizpůsobuje zdravotní služby skutečným potřebám občanů.

V modelu moderního zdravotního pojištění pojišťovny jednají jako kupci zdravotní péče. Kontraktace probíhají jak mezi pojišťovnami a plátci, tak mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. Doposud se však tyto kontraktace příliš nezabývaly cenou a efektivitou zdravotních služeb. Sofistikované modely kontraktace ceny a objemu či ceny za případ jsou limitovány nedostatečnými informacemi, nutnými k efektivní kontraktační politice. Je tedy nutno jednak

investovat dostatečné prostředky do kvalitního informačního systému, jednak překonat odpor lékařů k vykazování zdravotnických informací a tendence k manipulaci s těmito daty.

Je též nutno počítat s dodatečnými výdaji na analýzy, monitoring, vyjednávání, a.t.d., tyto výdaje jsou ovšem vyrovnávány zvýšením kvality a efektivnosti zdravotní péče.

Systémy plateb poskytovatelům

Žádný systém plateb není dokonalý. Hlavní nevýhodou plateb za výkon (systém s otevřeným koncem) je nabídkou indukovaná poptávka, která enormně zvyšuje náklady. Kontrolní a penalisační mechanismy jsou relativně efektivní na makroúrovni, ale jejich vedlejší účinky jsou relativně neznámé. Kapitace či fixní platba, které by měly vést k preventivní medicině a kontrole nákladů, mají za následek přesuny pacientů ke specialistům a do nemocnic, snahu zbavit se více nemocných a tím dražších pacientů a zmenšenou odpovědnost za pacienty.

Zdá se, že nejúspěšnější je smíšený systém, který kombinuje žádoucí makro- i mikroefekty. Nastavení poměru je ovšem vždy "něco za něco".

Systém platby je ovšem jen jedním určovatelem chování zdravotníků. Standardy, výukové programy, přístup k informacím a profesní expektace jsou též velmi důležité faktory. Jsou-li totiž lékaři placeni méně než se domnívají, že si zaslouží, chovají se vždy k systému neloyálně a tak, aby zvýšili svůj příjem.

Co se týká plateb nemocnicím, ty mohou být placeny buď podle objemu služeb, za lůžkodny, za diagnosy či časovým a objemovým kontraktem, který vychází z aktuálních nákladů, minulých nákladů a demografických a medicinských údajů. Tento systém je postupně zaváděn v mnoha zemích, vždy s důrazem na efektivitu služeb. K tomu je ovšem zapotřebí, aby nemocnice byly mnohem flexibilnější v organisaci, lidských zdrojích i finančních aspektech.

Opatření k omezení spotřeby a růstu nákladů za léky

Trvale se zvyšující náklady na léky jsou způsobeny mnohem více uváděním na trh nových, dražších léků a zvyšováním jejich spotřeby než růstem jejich cen.

Dalším faktorem je trvale se zvyšující podíl léků, hrazených ze všeobecného zdravotního pojištění. Dalším faktorem je nedostatečná kvalita preskribce a problematický efekt některých léků.

Charakteristický systém "doktor předepisuje léky, pacient je užívá a pojišťovna platí" navíc generuje nedokonalé tržní mechanismy a vybuzuje potřebu regulací.

Tyto regulace bývají na straně nabídky zaměřeny vesměs na efektivitu preskribce lékařů, na straně poptávky na částečné hrazení léků pacienty, i když možných regulačních prvků je celá řada, většinou však nepříliš efektivních.

Regulační prvky na straně nabídky:

limitované rozpočty lékařů na léky
indikativní seznamy
metodické pokyny preskribce
kontrola preskribce

disease management
positivní a negativní listy
omezení výrobků na trhu
rozvoj výroby generik
kapitační platba
zastropení růstu nákladů

Regulační prvky na straně poptávky

spoluúčast při platbách za léky
výchovné a osvětové programy
podpora konkurence na trhu
zavedení prodeje mimo lékárny

Regulace celkové

kontrola cen
kontrola zisků
dodatečné zdaňování výrobců
zvýšení paralelního importu
rozvoj trhu generik

Účinná strategie vedoucí k omezení spotřeby růstu nákladů za léky musí být vždy důsledná, s kombinací regulačních prvků jak na straně nabídky, tak poptávky.

Efektivní poskytování služeb

V celé Evropě se věnuje zvýšená pozornost organisaci a ovlivňování chování poskytovatelů zdravotních služeb na mikroúrovni s cílem zvýšit efektivitu jak managementů, tak zdravotní péče. Tato pozornost je zaměřena jak na vznik programů, zvyšujících kvalitu zdravotní péče, tak na restrukturalisaci vnitřní i vnější struktury lůžkových zařízení, na zlepšení primární péče a tam, kde je to možné, na kontrolu přiměřenosti služeb. S tím vším ovšem úzce souvisí problém kvality lidského faktoru.

Zlepšení výsledků a kvality péče

Většina evropských států došla k závěru, že reforma zdravotnictví v sobě musí obsahovat jak zlepšení procesu, tak zlepšení výsledků zdravotní péče.

Vzhledem k nejasnostem o optimálních způsobech léčby u toho kterého pacienta v daném čase se reforma zdravotnictví zaměřuje na tři oblasti: na poznání toho, která léčba má nejlepší zdravotní efekt, která léčba nedosahuje zamýšlených výsledků a konečně , kterak ovlivnit chování zdravotníků tak, aby dosahovali co nejefektivnějších výsledků léčby.

Na to musí navazovat množství aktivit typu : metodika zavádění nové zdravotnické techniky, medicina založená na průkazných výsledcích, výzkum

výsledků léčby a její kvality a pod. Všechny tyto aktivity musí být založeny na multidisciplinárním přístupu. Výhodné se jeví založení organisace či organisací zavádějících nové technologie a léčebné postupy, které shromažďují nové poznatky a důkazy o jejich efektivitě či neefektivitě. Je též nezbytné zavést mechanismy, které tyto poznatky co nejrychleji zavedou do každodenní praxe.

Informace o těchto výsledcích se musí obrážet v neustálém vylepšování standartů a metodických pokynů, ve kterých se musí spojovat nové poznatky jak technologické, tak kvalitativní.

Závazné metodické pokyny a standardy se jeví jako nejslibnější nástroje zvyšování efektivity a kvality zdravotní péče, jejich efekt je však zcela závislý na tom, kdo je vytváří a proto je nezbytně nutné odblokovat či minimalisovat vliv odborných lobby.

Současným evropským trendem jsou programy trvalého zvyšování kvality péče. Tyto obsáhlé programy se týkají všech stupňů zdravotní péče a všech jejích účastníků. Jsou založeny na následujících principech:

- identifikace nejlepších výsledků
- jasná definice cílů
- zavedení samoregulačních prvků
- vtáhnutí pacientů do rozhodovacích procesů

Nezbytným doplňkem musí být finanční a profesionální plány, centrální informační systém, týkající se výstupních informací, klinické informace a legislativní plán.

Výhodné je zapojit se již od počátku do existující mezinárodní spolupráce v této oblasti.

V mnoha zemích se zdravotní politika zaměřuje převážně na financování a struktutu zdravotnictví, v mnoha chybí základní informační systém a infrastruktura klinických výzkumů.

V budoucnu je však nutno spojit zdravotní politiku s praktickými rozhodnutími v jeden celek a mít dostatek výstupních dat o zdravotním systému a vlivu jednotlivých plánovaných opatření ke správnému a včasnému rozhodování.

Decentralisace směrem k managementům zdravotnických zařízení

Toto je jeden z hlavních evropských trendů - zároveň se zlepšováním efektivity managementů posilovat jejich znalosti, zavádět nové informační systémy a zvyšovat jejich finanční autonomii.

Zvýšená autonomie a snížení byrokratických kontrol vede jak k rychlejšímu a snadnějšímu zavádění nových, efektivnějších postupů, tak ke zvýšení odpovědnosti zdravotnických zařízení k pojišťovnám i k pacientům.

Trendy směřují ke vzniku nemocnic s velkou mírou samostatnosti, k jejich kontrole veřejností, k jejich zákonnému zakotvení a k representačnímu a kvalitnímu vedení.

Dalším prvkem je vtáhnutí profesních týmů do rozhodování, neboť mají-li nemocnice pracovat efektivně, musí jejich management a profesní týmy co nejtěsněji spolupracovat. To si žádá vznik nových managerských struktur a přenesení větší zodpovědnosti za ekonomiku nemocnic na týmy jednotlivých oddělení.

Restrukturalisace nemocnic

Vývoj počtu nemocničních lůžek na 1000 obyvatel v létech 1980 - 1993

stát	1980	1993
Holandsko	12,3	11,3
Německo	11,5	10,1
Finsko	15,6	10,0
Rakousko	11,2	9,5
Belgie	9,4	7,7
Švédsko	15,1	7,0 !!!
Italie	9,7	6,9
Velká Britanie	8,1	5,1 !!!
Dánsko	8,1	5,0 !!!
Západní Evropa celkem	10.4	7,7
Česká republika	10,9	12,3 !!!

Redukce počtu lůžek závisí na kombinaci finanční a investiční politiky, na změnách technologie a léčby a na zvýšení role primární a sociální péče.

Redukci počtu lůžek je nutno vždy provádět z pohledu celé sítě, aby se dosáhlo co nejefektivnější konfigurace a co nejvyšší efektivity a přitom se zachovala patřičná dostupnost služeb.

Jako nástroje je nutno užít jak tržní, tak plánovací mechanismy:

Poptávková strana

Nepřímé mechanismy:

- spoluúčast
- pobídkové metody vedoucí k ošetřování pecientů v primární péči

Řízení poptávky:

-disease management
- preventivní opatření
- rozvoj domácí péče a sociální oblasti

Nabídková strana

Nepřímé mechanismy:

- systém plateb
- ovlivňování trhu poskytovatelů
- kontraktační omezení
- změny uvnitř poskytovaných služeb
- programy vedoucí ke zlepšení managementu
- programy vedoucí k efektivnější péči a ke snížení nákladů
- techniky vylepšující kvalitu péče

Plánovací mechanismy:

- uzavírání nemocnic či celých oddělení
- restrukturalisace nemocnic

Průkazně platí, že uzavírání celých nemocnic či celých oddělení je mnohem efektivnější než infrastrukturální omezování či jiné změny.

Posun od nemocniční péče k primární, komunální a domácí péči

Tyto posuny je nutno dělat jak na nabídkové, tak na poptávkové straně zdravotní péče a musí jít o trvalé přeskupování zdrojů tak, aby se dosáhlo jak větší spokojenosti pacientů, tak zlepšení léčebných výsledků, větší efektivity a větší kvality zdravotní péče.

K tomu je ovšem zapotřebí mít k disposici kvalitní analytický systém, kvalitní informace a kvalitní koordinaci těchto služeb.

Nová role primární zdravotní péče

Primární péče musí poskytovat preventivní, kurativní, rehabilitační a podpůrné služby a proto je snahou integrovat některé služby, dříve poskytované více poskytovateli, směrem k primární péči. To je ovšem úspěšné pouze tehdy, existuje-li přiměřená struktura primární péče, její kvalitní koordinace a podpora ostatních zdravotních služeb.

Dalším silným trendem je posílení role praktického lékaře jako gate-keepera, který rozhoduje o odeslání pacienta ke specialistovi či do lůžkového zařízení, zavádění registrace pacientů a nutné zvyšování kvality lékařů primární péče.

Praktičtí lékaři by měli funkčně integrovat řešení zdravotních potřeb a problémů jednotlivců, rodin i komunity. Druhým aspektem jejich činnosti by měla být úzká spolupráce se specialisty, lůžkovými zařízeními, sociálními službami a komunálními úřady, aby tak vzniklo organisační centrum péče o pacienty. Třetím aspektem je nutnost neustálého vzdělávání jak praktiků tak specialistů v týmové práci.

Lidský faktor

Lidské zdroje jsou kritickým faktorem jakékoliv reformy zdravotní péče. Úspěšná zdravotní reforma musí počítat s přehodnocením tradiční definice role lékaře, zrovna tak jako s nutností rozdělení odpovědnosti mezi různé profesionály i s nutností nevyužívat drahé profesionály na méně kvalifikovaných místech.

Nezbytností se jeví kvalitní příprava a vzdělávání odborníků, které si vyžaduje nový systém, neboť jinak hrozí neúspěch reformy.

Dvě základní skupiny profesionálů ve zdravotnictví tvoří praktičtí lékaři a sestry. Sestry hrají ve zdravotnictví signifikantní roli a je obecným trendem přesouvat jejich působení z nemocničních služeb ke službám v primární péči, prevenci a výchově, což přináší zvýšení efektivity zdravotní péče. Tato změna si ovšem nutně vyžádá změnu jejich vzdělávání. Totéž samozřejmě platí i pro praktické lékaře.

STRUČNÝ NÁVRH ŘEŠENÍ

1. První pomoc

Zastavení růstu deficitu a dluhů:
- rychlé vypořádání dluhů likvidovaných pojišťoven
- důsledné vymáhání zdravotního pojištění
- aktivní zásah při slučování zdravotních pojišťoven a důsledná kontrola jejich hospodaření
- okamžité zahájení restrukturalisace nemocnic
- okamžité zahájení redukce nadbytečných služeb a kapacit
- zkvalitnění investiční politiky
- personální. metodická a kontrolní opatření vedoucí ke zlepšení řízení a ke zlepšení efektivity poskytovatelů zdravotní péče
- kontrola účetnictví a hospodaření
- zavedení mezd závislých na výsledcích hospodaření

2. Therapie

Vytvoření efektivních nástrojů řízení:
- kvalitní zákon o všeobecném zdravotním pojištění, o zdravotní péči a další nezbytná legislativa
- vytvoření správy zdravotního pojištění
- trvalá kultivace systému v pořadí důležitosti, odvislém od ekonomických efektů, časové a finanční náročnosti a sociálních a politických konsekvencí

3. Harmonogram

S první pomocí začít ihned, přípravu veškeré nutné legislativy cílit k 1. lednu 1998 od kdy by měl začít působit nový systém zdravotního pojištění, struktury a financování zdravotnictví, zrovna tak jako nové vztahy mezi účastníky zdravotních služeb.

4. Cíl reformy zdravotnictví

Připravit legislativně a věcně takový systém zdravotnictví, který by byl schopen včasně, pružně a kvalitně reagovvat na veškeré změny vnějších i vnitřních podmínek tak, aby byl schopen vždy zabezpečit základní zdravotní péči obyvatel, přiměřenou ekonomickým možnostem země.

Systém zdravotního pojištění

Pojišťovací systém ve zdravotnictví se skládá jednak ze všeobecného zdravotního pojištění, jednak z komerčního pojištění škály individuálních a skupinových rizik.

1. Všeobecné zdravotní pojištění je ze zákona povinné a skládá se z části hrazené zaměstnavateli a části hrazené občany v závislosti na výši příjmů a z části, kterou do zákonem určené maximální částky určuje zdravotní pojišťovna klienta na základě jeho skupinových a individuálních rizik. Tato výše bude ovlivněna jak rizikovými faktory, které nejsou zahrnuty do kalkulace rizika centrálního fondu, tedy faktory, závisejícími na životním stylu pojištěnce (a tedy ovlivnitelnými), tak efektivitou činnosti zdravotních pojišťoven při nasmlouvávání kvalitní a efektivní léčby u poskytovatelů zdravotní péče. (V Nizozemsku, kde se tento systém zavádí, je rozhodnutí následující: 85% pojistného podle příjmu, 15% podle rizik).

2.Maximální výše a poměry částí povinného zdravotního pojištění jsou dány zákonem.

3. Zdravotní pojišťovny musí tedy mít možnost svobodně nastavovat výši pojištění skupinových rizik a nabízet různé balíky služeb za různé výše pojistného, t. zn.vytvářet volitelnost pojistných plánů v rámci veřejného pojištění.
Toto nastavování výše pojistného vyžaduje samozřejmě neustálé dolaďování pojišťovacích rizik vyvažujícími mechanismy.

4. Vlastní náklady pojišťovny by měli platit klienti ve zvláštní položce pojistného.

5. Zvláště nákladné výkony hradí zvláštní fond všeobecného zdravotního pojištění, jehož správcem je správa zdravotního pojištění, která provádí úhrady z tohoto fondu zdravotním pojišťovnám. Variantně do tohoto fondu může přispívat i státní rozpočet nebo může být naplňován ze státního rozpočtu zcela.

6. Další změnou je povinné pojištění všech občanů, tedy i těch, za které dnes platí kvazipojistné stát. Namísto této podpory ve formě kvazipojistného je nutno vyplácet nezbytné podpory sociální. Výhodou tohoto systému je žádoucí indicidualizace sociálních dávek, uvědomění si výše zdravotního pojištění, možnost shora uvedeného rozčlenění výše pojištění podle skupinových rizik i snažší možnost bonifikace, což vše působí mírně regulačně na straně poptávky.

7. Nutností se jeví co nejrychlejší spojení zdravotního a nemocenského pojištění spravované správou zdravotního a nemocenského zabezpečení.

8. Za úvahu stojí otevřít pojišťovnám regulovanou možnost vlastnit zdravotnická zařízení či lékárny, aby měly vlastní informace o nákladech a efektivitě, které by mohly uplatnit při kontraktacích zdravotních služeb.

9. Za úvahu též stojí budoucí zrušení plateb pojistného zaměstnavateli a převedení veškerých plateb na zaměstnance.

10. Zdravotní pojišťovny je záhodno zřídit jako veřejnoprávní samosprávné instituce s kontrolní a regulativní úlohou státu prostřednictvím správy zdravotního pojištění a členů správních a dozorčích orgánů.

Zdůvodnění: při existenci více konkurujících si zdravotních pojišťoven dochází k účinnějším regulačním opatřením (léková politika, politika smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními, politika vůči klientům) i kontrolním opatřením ve výdajové i příjmové části.

Velmi silný je dlouhodobý efekt vytváření nových priorit občanů, ve kterých má své žádoucí místo starost o své zdraví a starost o pojištění možných rizik

Rekapitulace

Stát stanovuje:
- maximální výši pojistného a jeho dělení
- povinný balík služeb, který musí pojišťovny poskytovat a který musí být odvislý od možností ekonomiky a který vytvořením standardů definuje "národní standard zdravotní péče"
- pravidla vzniku a mechanismy kontroly hospodaření pojišťoven

Pojišťovny stanovují:
- výši pojistného do maximálního limitu
- paušál, který jim pojištěnec platí za provozní náklady
- pojistné plány s různou výší pojistného, bonifikace, penalisace, a.t.d.
- cenový rámec, v němž se dohadují s poskytovateli o cenách služeb

10. Komerční pojištění se vyvíjí ve zcela otevřeném konkurenčním prostředí a občané se mohou nechat pojistit na celou škálu individuálních a skupinových rizik i na využívání různých nadstandartních služeb v poloprivátních a privátních zařízeních.

Nabízí se dvě varianty komerčního zdravotního (a nemocenského) pojištění: jedna, při které komerční zdravotní a nemocenské pojištění mohou nabízet komerční pojišťovny, druhá, kdy toto pojištění mohou nabízet zdravotní pojišťovny. Obě řešení mají své výhody i nevýhody.

Definice zdravotní péče hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění

1. -zdravotní péče záchranné zdravotní služby
   -neodkladná zdravotní péče
   -zdravotní péče poskytnutá v případě, kdy hrozí nebezpečí z prodlení

   a to bez ohledu na to, má -li zdravotnické zařízení, které výše zmíněnou péči poskytlo smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou pojištěnce

2. -definovaná preventivní péče poskytnutá registrujícím praktickým lékařem
   -definovaná preventivní péče poskytnutá registrujícím praktickým lékařem pro děti a dorost
   -definovaná preventivní péče poskytnutá registrujícím zubním lékařem
   -definovaná preventivní péče poskytnutá registrujícím ženským lékařem

   a to za podmínky, že zdravotnické zařízení, které výše zmíněnou péči poskytlo, je ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce

3. -zdravotní péče registrujícího praktického lékaře
   -zdravotní péče registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost
   -zdravotní péče registrujícího ženského lékaře
   -zdravotní péče registrujícího zubního lékaře

   a to za podmínky, že zdravotnické zařízení, které výše zmíněnou péči poskytlo, je ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou
   a dále za podmínky dodržení definované preventivní péče poskytované ošetřujícím lékařem

4. -ambulantní specialisovaná zdravotní péče
   -lůžková zdravotní péče

   a to za podmínky, že zdravotnické zařízení, které výše zmíněnou péči poskytlo, je ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce
   a dále za podmínky doporučení registrujícím praktickým lékařem

5. -zdravotní péče v oboru psychiatrie
   -zdravotní péče v oboru sexuologie
   -zdravotní péče v oboru venerologie
   -předpis brýlí

   a to za podmínky, že zdravotnické zařízení, které výše zmíněnou péči poskytlo, je ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou pojištěn

6. -diagnostická a terapeutická zdravotní péče komplementárních oborů
-domácí zdravotní péče

a to za podmínky, že zdravotnické zařízení, které výše zmíněnou péči poskytlo, je ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce
a dále za podmínky doporučení registrujícím praktickým lékařem nebo ošetřujícím lékařem při hospitalisaci

7.-posudková činnost zahrnující posuzování dočasné neschopnosti k práci nebo ke studiu registrujícím lékařem a posuzování skutečností, které jsou podle § 127 zákoníku práce důležitými osobními překážkami v práci a obdobné výkony u žáků a studentů

a to za podmínky, že zdravotnické zařízení, které výše zmíněné úkony poskytlo je ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce

8.-léčivé přípravky na základě předpisu registrujícího či ošetřujícího lékaře
-prostředky zdravotnické techniky na základě předpisu registrujícího či ošetřujícího lékaře
-stomatologické výrobky na základě předpisu registrujícího zubního lékaře
-lázeňská péče na základě doporučení registrujícího praktického lékaře
-výkony dopravní zdravotní služby na základě předpisu registrujícího praktického lékaře nebo ošetřujícího lékaře při hospitalisaci

9.-na základě všeobecného zdravotního pojištění se pojištěncům poskytuje zdravotní péče, jejíž úroveň je dána charakterem postižení zdravotního stavu pojištěnce a objemem finančních zdrojů všeobecného zdravotního pojištění na její úhradu
-uvnitř veřejného pojištění mohou pojišťovny vytvářet garantované balíky služeb, t.j. volitelné pojistné plány v závislosti na stanovenou výši pojistného

Správa zdravotního pojištění

1. Správa zdravotního (a později i nemocenského) pojištění je zákonem zřízená státní instituce.

2. Funkce: výběrčí místo se silnými pravomocemi směrem k plátcům zdravotního pojištění, zdravotním pojišťovnám a poskytovatelům zdravotní péče

správa centrálních fondů

správa a provoz centrálních databází

- registr plateb zdravotního pojištění
- registr pojištěnců
- registr zdravotních pojišťoven (včetně jejich zdravotních plánů)
- registr zdravotnických zařízení
- registr plátců zdravotního pojištění (zaměstnavatelů a osob samostatně výdělečně činných; případně vazba na něj, pokud bude tento registr ve správě jiného úřadu státní správy)
- registr poskytnuté zdravotní péče (výkonů)
- databáze statistických zjišťování resortu (specifikovaných Programem statistických zjišťování ve zdravotnictví)
- další databáze (např. pro potřebu nemocenského, sociálního a důchodového zabezpečení)

analytická činnost

- sběr a zpracování dat, aktualizace
- analytické a statistické vyhodnocování dat
- provádění statistických zjišťování, šetření

metodická činnost

- příprava a vydávání metodických pokynů
- specifikace datových rozhraní
- vydávání publikací a tiskopisů
- disease management (spolu s odbornými společnostmi)

kontrolní, revizní a posudková činnost

- kontrola a revize zdravotních pojišťoven
- kontrola a revize poskytovatelů zdravotní péče
- revizní a posudková činnost směrem k pojištěncům

investiční činnost

- rozděluje investice ze státního rozpočtu z centrální úrovně
- rozděluje investice ze státního rozpočtu z regionální úrovně
- licencuje provoz zdravotní techniky nad určitou hodnotu z regionální úrovně, centrální úroveň slouží jako odvolací stupeň

provozní činnost
- vydávání a personalizace zdravotních(čipových)karet občanům (pojištěncům)

ostatní činnost
- příprava sloučení zdravotního a nemocenského pojištění
- specifikace databází spojeného zdravotního a nemocenského pojištění
- příprava a specifikace společné centrální databáze zdravotního, nemocenského, sociálního a důchodového pojištění
- činnosti spojené s restrukturalizací lůžkových zařízení (spolu se samosprávou a lékařskými komorami)

3. Organizační struktura - centrální instituce: vedení
informační soustava
ekonomický a investiční odbor
provozní odbory
odbor statistiky a analýz
odbor metodiky a kontroly
revizní odbor
- regionální instituce: dtto