

NOVÝ REGULAČNÍ RÁMEC:

Vyvážená ochrana pacientů, poskytovatelů a plátců

V dubnu 2007 se v Praze sešlo přes 200 delegátů zastupujících klíčové hráče ve zdravotnictví v několika zemích a diskutovali o stále silnějším trendu spotřebitelských aspektů v oblasti poskytování zdravotní péče ve střední Evropě. Delegáti tohoto třetího Mezinárodního Summitu IHS byli požádáni, aby definovali kroky, které by mohly přispět k vyvážené a spravedlivé ochraně jednotlivých aktérů v sektoru zdravotnictví, tedy:

- pacientů
- poskytovatelů (lékaři a nemocnice.)
- plátců (instituce poskytující zdravotní pojištění)

Jednotlivé jmenované kroky jsou uvedeny níže:

1. Legislativní rámec chránící práva pacientů

1. ochrana proti nepatřičnému ocenění rizika u citlivých skupin obyvatelstva;
2. minimální standardy kapitalizace platné pro všechny pojišťovny;
3. zlepšení kvality orgánu dohlížejícího na pojišťovny, čerpání hrazených výkonů a právní jazyk pojistných smluv;
4. definování seznamu základních plně hrazených výkonů, který bude finančně udržitelný;
5. vytvoření inovativního prostředí motivující plátce, aby motivovali k nabízení osvětových zdravotních programů;
6. motivace pojišťovnam, aby umožnily veřejnosti přístup k informacím o poskytovatelích, kteří poskytují dobrou klinickou péči;
7. motivace k lepší sebereprezentaci rizikových skupin, jako např.: seniorů, chronicky nemocných;
8. starost o vzdělávání v oblasti sebezpěče a preventivní programy pro účastníky pojistných plánů (např.: cukrovka, kouření ...);
9. více pravomocí pro dohledový orgán, neměl by mít vliv pouze na poskytovatele (Maďarsko), ale také na pojišťovny;
10. podpora takového systému úhrad, který by umožnil rozumnou standardní péči (s ohledem na síť poskytovatelů);
11. možnost větší volby při výběru zdravotních plánů (produktů zdravotního pojištění);
12. podpora plánů s vyšší možností volby a vyšší spoluúčastí;
13. více informací o kvalitě péče pro veřejnosti i odborníky;
14. vytvoření kompetentní a nezávislé instituce dohlížející na přístup ke zdravotní péči;
15. přiměřená, nikoli přemrštěná, regulace systému zdravotnictví;
16. akceptování významu asociací sdružujících pacienty;
17. rychlé, bezpečné a snadné zavádění inovací na trh (jak v oblasti léčiv, tak léčebných prostředků).

2. Legislativní rámec chránící práva poskytovatelů

1. Sledování a publikace indikátorů kvality;
2. podpora úhradových mechanismů zohledňujících výkonnost poskytovatele;
3. větší smluvní svoboda mezi poskytovateli a plátcí;
4. lepší a spravedlivější seznam základních plně hrazených výkonů;
5. podpora vývoje a využívání moderních způsobů sdílení klinických informací;
6. garance úhrady poskytovatelům za poskytnutí neodkladné akutní péče;
7. diferenciacce ceny podle indikátorů kvality;
8. otevření trhu jak veřejným, tak soukromým poskytovatelům ve všech oblastech poskytování zdravotní péče (pokud možno žádné vyhrazené oblasti pro poskytovatele vlastněné státem);
9. lepší dohled nad hospodářskou situací pojišťoven a nad dodržováním smluvních závazků;
10. zajištění včasné úhrady poskytovatelům ze strany pojišťoven;
11. zajištění jasné informace o konkrétním nároku na zdravotní péči pacientům;
12. zveřejnění jasných a standardizovaných smluvních podmínek, platných pro všechny kontrakty poskytovatelů s plátcí;
13. vytvoření podmínky pro zajištění dlouhodobé stability poskytovatelů za podmínky poskytování kvalitní a účinné péče;
14. korektní regulace vstupu nových poskytovatelů péče na trh s cílem soutěžit v kvalitě a ceně za léčbu pacientů.

3. Legislativní rámec chránící práva plátců

1. umožnění vzniku soukromých pojišťoven;
2. legislativa umožňující přeměnu veřejné pojišťovny na soukromou společnost, nebo přinejmenším řízení veřejné pojišťovny soukromou společností;
3. umožnit svobodu při uzavírání smluv s poskytovateli za účelem zlepšení efektivity;
4. vysoce kvalitní systém kompenzace struktury rizika;
5. zavedení nových technologií a informačních systémů pro pojištěnce a poskytovatele, aby znali své pojistné krytí a zdravotní služby, na které mají nárok;
6. vytvoření jasného a spravedlivého úřadu dohledu nad pojišťovnami, aby pojišťovny znaly pravidla systému;
7. začlenění nových motivačních programů do produktů zdravotního pojištění (jako v JAR), které podporují zdravý životní styl a motivují ke zlepšení zdravotního stavu pojištěnců;
8. zveřejňování hodnocení kvality, aby lidé mohli při volbě pojišťovny či poskytovatele činit informovaná rozhodnutí;
9. společnosti by měly mít zdroje pro modelování rizika a na nové pojistné pilotní projekty;
10. zveřejnění povinných standardů pojišťovacích smluv.