



Sistem koordinacije integrisane zaštite

Veza između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite

Dr Árpád Tóth

Okružna bolnica "Csolnoky Ferenc", Veszprém - Mađarska

*"Ljudski resursi za efikasno pružanje usluga na
nivou primarne zdravstvene zaštite" regionalna
konferencija*

08. oktobar 2007., Banja Luka



Uvod – Mađarska I.

Populacija: 10 076 581 (2006.)

muškarci 4 784 579

žene 5 292 002

Stopa rađanja: 9,9 (na 1 000) (2006.)

Stopa smrtnosti: 13,1 (na 1 000)
(2006.)

Stopa priraštaja: -3,1 (na 1 000)
(2006.)

Stopa dojenačke smrtnosti:
6,6 (na 1000 rođenih)

Starost - medijana: (2006.)

muškarci 38,2 years

žene 42,4 years

Očekivana dužina života: (2006.)

muškarci 69,0 years

žene 77,3 years





Uvod – Mađarska II.

Bolnički sektor

Broj bolnica: 164 (2006.)

Broj bolničkih kreveta: 80 252 (2006.)

akutni 59 901

hronični 20 351

Broj slučajeva: 2 800 000 (2005.)

akutni 2 607 000

hronični 193 000

Broj bolničkih dana: 21 574 558
(2005.)

akutni 15 318 300

hronični 6 256 258

Prosječna dužina ležanja: 7,93 (2005.)

akutni 6,07

hronični 32,17

Primarna zdravstvena zaštita

Broj ambulanti: 6 847 (2006.)

odrasli, mješovite 5 257

pedijatrijske 1 590

Broj pregleda: 70 911 000 (2006.)

odrasli, mješoviti 59 129 000

pedijatrijski 10 670 000

pozivi u toku noći 2 111 000

Broj ljekara opšte prakse: 6 768
(2006.)

*Prosječan broj stanovnika po
ambulanti :*

1 487 (2006.)





Uvod – Mađarska III.

Finansiranje

- *socijalno osiguranje sa gotovo sveobuhvatnim i univerzalnim obuhvatom, zdravstvena zaštita se finansira i pruža u javnom sektoru*
- *razlika između kupca i davaoca usluga (plaćanje treće strana)*

Pružanje usluga

PZZ: sistem pružanja usluga u pretežno privatnom vlasništvu (opšta praksa)

SZZ: sistem pružanja usluga pretežno u vlasništvu lokalnih zajednica

[Posljedice]

PZZ - SZZ: nezavisno, izolovano, pa stoga loše koordinisano pružanje zdravstvene zaštite





Uvod – Mađarska IV.

Budžet (2006., EUR)

Ukupno: 4 500 M€ PZZ: 280 M€ SZZ: 2 010 M€

Načini finansiranja

PZZ: fiksno i putem kapitalacije. (30-70%)

SZZ – ambulantne usluge: plaćanje po usluzi

SZZ – usluge za akutne ležeće pacijente: DRG

SHC – usluge za hronične ležeće pacijente: per diem

[Posljedice]

PZZ: sve veći broj upućenih na SZZ

SZZ: sve veći broj pregleda, hospitalizacija





Glavni ciljevi sistema zdravstvene zaštite

- **efikasnost**
- **efektivnost** (*kvalitet usluga*)
- **pravičnost** (*dostupnost usluga*)
- **održivost**





Značajni problemi

1. neefikasnost

Moralni rizik (zloupotrebe)

Potražnja indukovana od strane dobavljača

Pružanje nepotrebnih usluga

Loša koordinacija

2. efektivnost (*kvalitet usluga*)

Nedostatak izbora "staromodnih" usluga

Decentralizovana prava na pružanje usluga

3. pravičnost (*dostupnost usluga*)

Nehomogena infrastruktura

4. održivost

Sve veća potražnja ali i nedostatak finansijskih resursa.





Opcije u reformi

- 1. Jačanje kupovne funkcije u *Nacionalnom fondu zdravstvenog osiguranja***
- 2. Uvođenje modela kompetitivnog osiguranja**
- 3. *Optimizacija oglednog projekta na koordinaciji zdravstvene zaštite***





Glavni ciljevi ICCP

- **Povećati efikasnost** (*kontrola troškova*)
- **Održati ili povećati efektivnost** (*kvalitet usluga*)
- **Održati ili povećati pravičnost** (*dostupnost usluga*)
- **[obezbijediti i garantovati dodatne resurse za kontinuirani razvoj]**





Ogledni projekat na koordinaciji integrisane zdravstvene zaštite

Karakterizacija

1. Organizacija za koordinaciju zaštite (CCO) – samo davalaca zdravstvenih usluga.
2. Ugovor sa ambulantama opšte prakse – na dobrovoljnoj osnovi. (Definisati populaciju CCO)
3. Optimizacija *Integrated Care Coordination Pilot*
4. Globalni budžet na osnovu korigovane kapitacije (dob, pol)
5. Novi podsticaji – sredstva iz ušteda za sve aktere
6. Jaka informatička podrška – pristup medicinskim evidencijama





Posljedice novih podsticaja

1. Težište na prevenciji

CCO se zalaže za održavanje zdravlja populacije – dobri finansijski rezultati stoje u pozitivnoj korelaciji sa zdravstvenim statusom. (dati prihod od kapitacije u odnosu na manje troškove)

2. Svi akteri (PZZ, SZZ) se zalažu za brz i efektivan oporavak – ispunjavanje očekivanja pacijenata.

3. Svi akteri se zalažu za liječenje pacijenata na nižem nivou zdravstvene zaštite. (PZZ, ambulante)

4. Svi akteri **reaguju na troškove.**

5. Veliki napori da se svi procesi učine jasnim i transparentnim





Instrumenti ICCP

- **Prevenција** (primarni - prosvjeđivanje, sekundarni – programi skrininga, tercijarni – saniranje bolesti)
- **Prilagođavanje interesa** (finansijski podsticaji u pogledu glavnih ciljva, bez kažnjavanja)
- **Uvođenje EBM protokola**
- **Upravljanje slučajevima**, analiza kretanja pacijenta
- **Praćenje rezultata rada** (davaoci usluga, primjena protokola, efekti programa prevencije, itd.)
- **Stalno usavršavanje** (samostalno, sa ljekarima opšte prakse u središtu pažnje)
- **KOMUNIKACIJA**





Izvori ušteda u ICCP

1. **Optimizacija kretanja pacijenta** – ukidanje paralelnih ili ponovljenih postupaka.
2. Optimizacija i harmonizacija dijagnostičkih i terapijskih postupaka – **opšti EBM protokoli**
3. Smanjenje broja (troškova) usluga usljed efektívne prevencije

Najveće uštede ostvaruju se na bolničkim troškovima i troškovima za lijekove.

Uštede se moraju usmjeriti ka zdravstvenoj zaštiti kako bi se poboljšao kvalitet usluga.





Veza između PZZ i SZZ

Izrada opštih EBM protokola

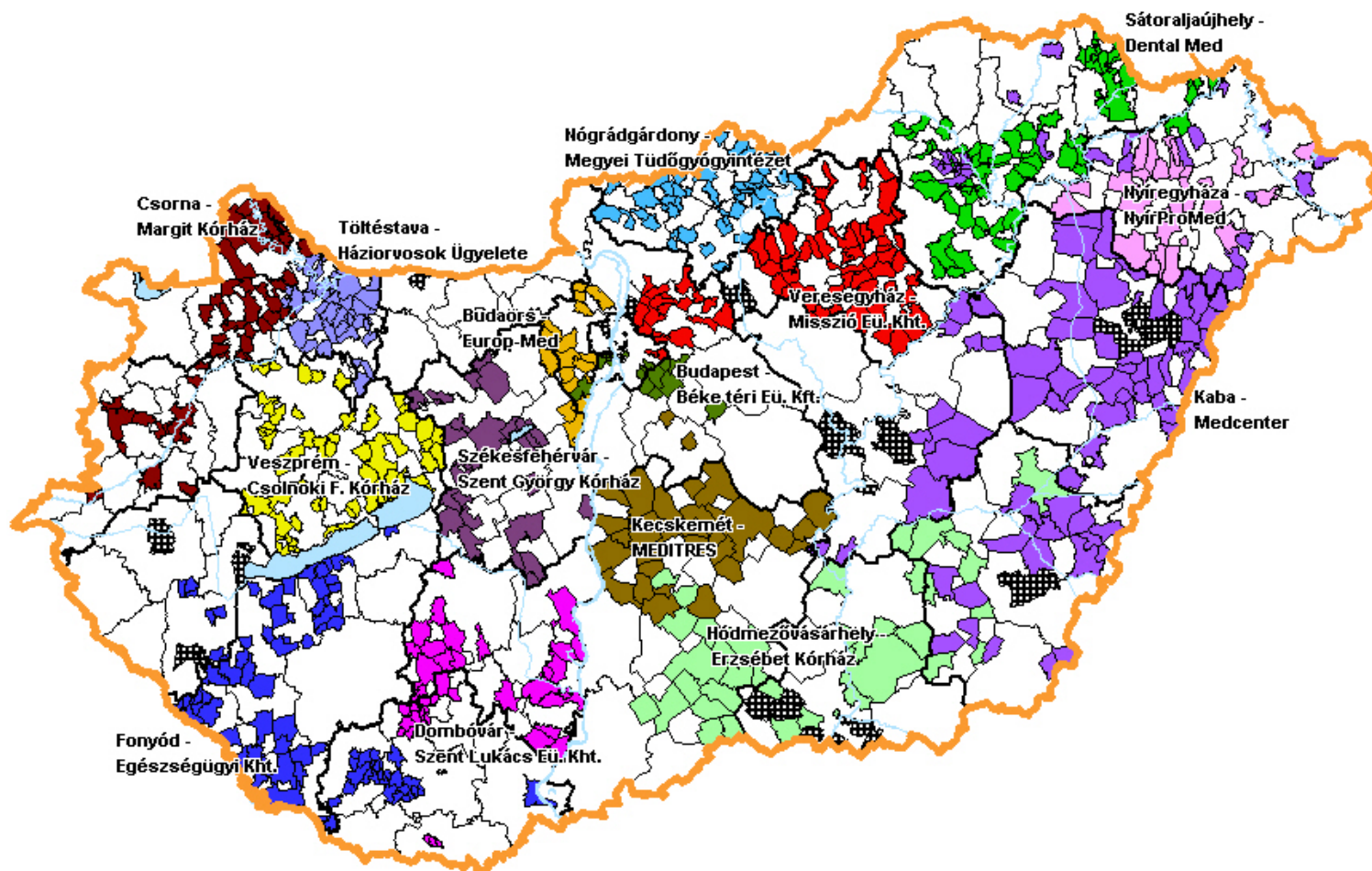
Posljedice

1. Definicija nivoa nadležnosti
2. Standardizovani kriterijumi upućivanja (medicinski/geografski)
3. Definicija mjerenja kvaliteta usluga
4. Redovni zajednički programi edukacije
5. Dobri lični odnosi između zdravstvenih radnika na PZZ i SZZ
6. Širenje najboljih praksi.





ICCP mapa





Okružna bolnica Csolnoky Ferenc Veszprém

- **622 kreveta za akutne bolesnike** [2 817 slučajeva, 15 217 bolničkih dana (65%), prosječna dužina ležanja 5,4 dana – mart 2007]
- **74 kreveta za hronične bolesnike** [6 254 bolničkih dana (76,1%) – mart 2007]
- **108 ambulantnih usluga** [3 392 radnih sati u sedmici, 41 329 pregled u martu 2007]



- **1 500 zaposlenih**
- **prihod 32 milion €/godišnje (2006.)**
- **Bilans: -960 000 € (2006.)**





Sistem podsticaja

Odnos iz godišnjih ušteta

Opšta praksa.....30%

Ambulante.....15%

Bolnice.....30%

CCO.....25%

(CCO obezbeđuje administraciju, IT infrastrukturu, sisteme praćenja, itd.)





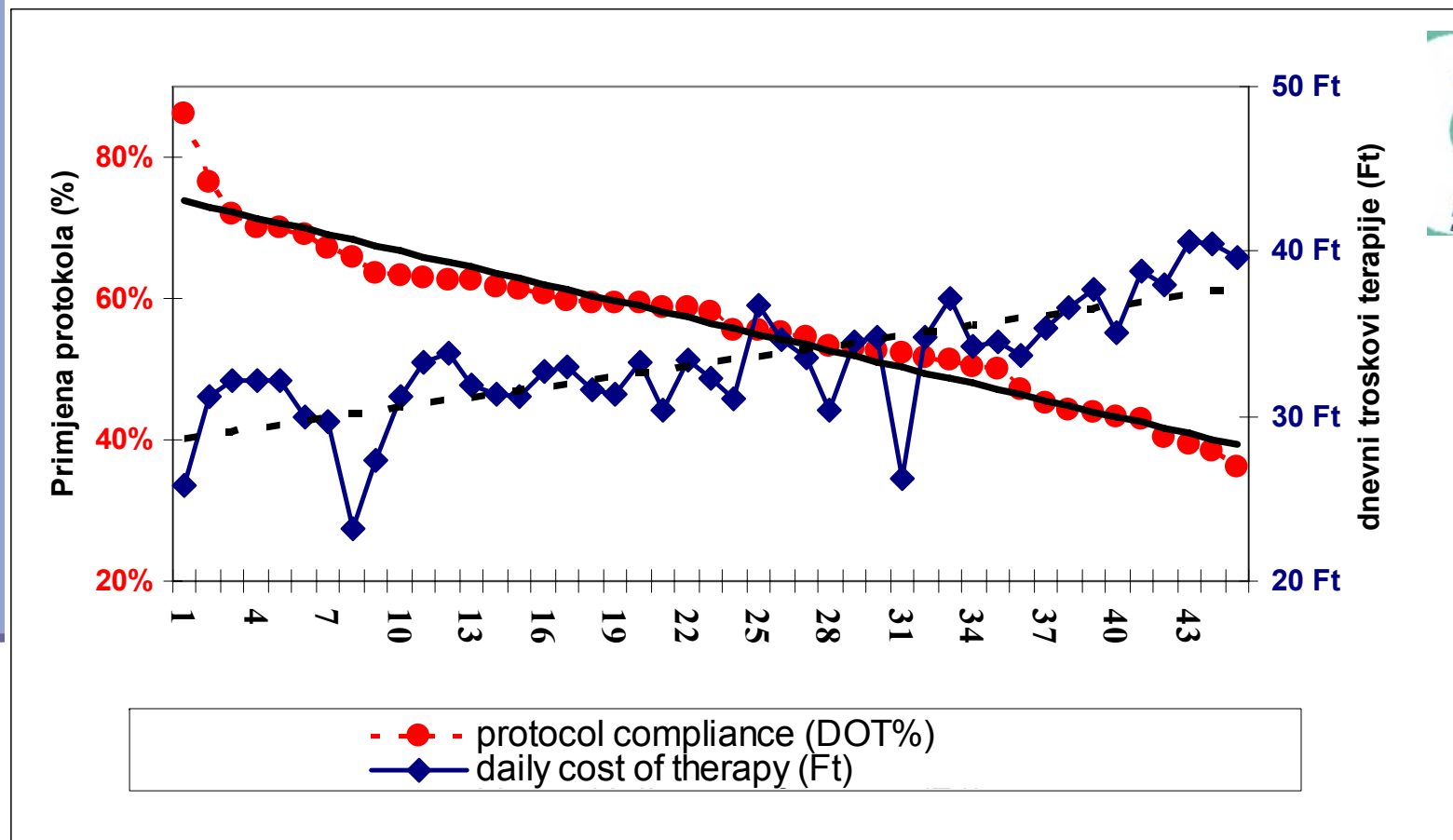
Rezultati ICCP 2003-2005.

Indikator	2003.*	2004.	2005.**
<i>Broj ambulanti opšte prakse</i>	81	77	89
<i>Populacija</i>	126 665	123 218	143 026
<i>Ukupan prihod - kapitalacija (€)</i>	9 342 911	42 646 338	?
<i>Ukupni rashodi €</i>	9 066 706	40 609 311	?
<i>Bilans (€)</i>	276 204	2 037 027	1 113 147
<i>Udio MCM €</i>	220 963	1 629 622	392 420
<i>Odnos bilansa (%)</i>	2,96%	4,78%	?





Primjena protokola u opštoj praksi i troškovi terapije





Slabosti i opasnosti ICCP

Slabosti

- Podsticaj za nedovoljno liječenje
- Podsticaj za „ubiranje kajmaka”, „selekciju rizika”

Sve slabosti se mogu pratiti, prepoznati i eliminisati – pitanje je volje.

Opasnosti

- Podrivanje od strane farmaceutskih kuća, bolničkih udruženja.
- Otpor specijalista – strah od gubitka slobode u medicinskom odlučivanju.
- Otpor aktera koji profitiraju iz mutnih situacija.





Rezime

ICCP u Mađarskoj dokazao je da je saradnja između zdravstvenih radnika na nivou PZZ i SZZ plodna i u medicinskom i finansijskom smislu.

Preporučuje se koherentan, integrisani sistem podsticaja.

Stvarna funkcija “vratara” ljekara opšte prakse je od najvećeg značaja za pružanje efektivne i efikasne zdravstvene zaštite.

Sve veća stručnost ljekara opšte prakse – potrebno samostalno doživotno učenje.





Zahvaljujem na pažnji!

Dr. Árpád Tóth

„Csolnoky Ferenc” County Hospital

Email: totth.arpad@vmkorhaz.hu

Phone: +36 88 556 556

2007/01/20



Dr. Árpád Tóth

**„Csolnoky Ferenc” okružna bolnica,
Veszprém - Mađarska**

Email: totth.arpad@vmkorhaz.hu

Telefon: +36 88 556 556