

# **Ekonomie a zdraví**

# **Ekonomie**

- **hospodaření s materiálními zdroji,**
  - vytváření a rozdělování bohatství,
  - výrobu a spotřebu zboží a služeb.

# Ekonomie

- Základní pojmy: „**nedostatek**“ a „**volba**“.
  - V podmínkách **omezených zdrojů** je nutno provádět **volbu (výběr) mezi konkurenčními požadavky** souvisejícími se spotřebou zdrojů.
  - Kdyby všechny zdroje byly v potřebné míře k dispozici, ztratil by ekonomický přístup své opodstatnění.

# Ekonomie a zdraví

- Chceme-li charakterizovat ekonomické aspekty systému péče o zdraví a analyzovat jej jako systém hospodářský, je třeba rozlišit dva základní pojmy:
  - ekonomiku **péče o zdraví** a
  - ekonomiku **zdravotnictví** (jakožto součásti systému péče o zdraví)

# Ekonomika péče o zdraví

- zabývá se **vynakládáním vzácných zdrojů** do širokého systému péče o zdraví a jejich **výnosem**.

# Náklady v ekonomice péče o zdraví

- Souhrn mnoha různorodých **nákladů do všech vstupů** tvořících systém péče o zdraví, tedy i nákladů vložených např. **do životního a pracovního prostředí, do vědy a výzkumu, do vzdělání apod.**

# Náklady v ekonomice péče o zdraví

- Jsou to náklady vynakládané do takových oblastí, které na první pohled nemusí mít souvislost se zdravím populace.
- Náklady vynaložené do péče o zdraví jsou obvykle **dlouhodobými investicemi** bez okamžité či krátkodobé návratnosti.

# Výstupy v ekonomice péče o zdraví

- Při hodnocení výstupu je obtížné dopředu stanovit, kdy a zda se očekávaný přínos dostaví, kdo z něj bude těžit a v jakém rozsahu bude užitečný.



# Výstupy v ekonomice péče o zdraví

- Je obtížné určit pojmy jako „zlepšení zdraví“ či „přínos pro zdraví“.
- Pokud vyjadřujeme výnos péče o zdraví **musí být měřitelný změnou zdravotního stavu** jedince či populační skupiny.
  - Indikátory zdraví vypočítané z údajů o nemocnosti nebo úmrtnosti.
  - Subjektivní míry zdraví / kvality života.

# Výstupy v ekonomice péče o zdraví

- Další ukazatele funkce systému péče o zdraví
  - **Životní a pracovní podmínky** (souhrn ukazatelů vyjadřujících stav a vývoj životního prostředí, životního stylu, životní úrovně apod.).
  - **Zabezpečení obyvatelstva zdravotní péčí** (dostupnost, ekvita).
  - **Zdravotní politika státu** (koncepce, programy a jejich naplňování).

# Ekonomické ukazatele

- Patří ke stěžejním ukazatelům charakterizujícím péči o zdraví obyvatelstva daného státu.
- Nejčastější ekonomický ukazatel je procentuální podíl výdajů na zdravotnictví na HDP.

# Ekonomické ukazatele

- **HDP = hrubý domácí produkt**
  - Souhrnný makroekonomický ukazatel, který se používá pro vyjádření stavu ekonomiky daného státu.
  - Souhrn finálních produktů a poskytnutých služeb vyrobených a poskytnutých na území daného státu v peněžním vyjádření za určitou časovou jednotku.
  - Kladný přírůstek HDP vůči předcházejícímu období vyjadřuje ekonomický růst.
  - Problém s tím, co které země započítávají do výdajů na zdravotnictví.

### 3.6 Srovnání podílu celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu ve vybraných zemích OECD

*Comparison of the proportions of the total health expenditure in GDP in selected OECD countries*

Stát	Country	Podíl v % / Proportion in %				
		Rok / Year				
		2007	2008	2009	2010	2011
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	6,5	6,8	8,0	7,4	7,5
Austrálie	<i>Australia</i>	8,6	8,8	9,0	8,9	.
Belgie	<i>Belgium</i>	9,5	9,9	10,6	10,5	10,5
Dánsko	<i>Denmark</i>	10,0	10,2	11,5	11,1	10,9
Finsko	<i>Finland</i>	8,0	8,3	9,2	9,5	9,0
Francie	<i>France</i>	10,9	11,0	11,7	11,7	11,6
Irsko	<i>Ireland</i>	7,9	9,1	10,0	9,3	8,9
Island	<i>Iceland</i>	9,1	9,1	9,6	9,3	9,0
Itálie	<i>Italy</i>	8,5	8,9	9,4	9,4	9,2
Japonsko	<i>Japan</i>	8,2	8,6	9,5	9,6	.
Kanada	<i>Canada</i>	10,0	10,3	11,4	11,4	11,2
Korea	<i>Korea</i>	6,4	6,6	7,1	7,3	7,4
Lucembursko	<i>Luxembourg</i>	7,1	7,2	8,2	.	.
Maďarsko	<i>Hungary</i>	7,7	7,5	7,7	8,0	7,9
Mexiko	<i>Mexico</i>	5,8	5,8	6,4	6,2	.
Německo	<i>Germany</i>	10,5	10,7	11,8	11,5	11,3
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	10,8	11,0	11,9	12,1	11,9
Norsko	<i>Norway</i>	8,7	8,6	9,7	9,4	9,3
Nový Zéland	<i>New Zealand</i>	8,5	9,3	10,0	10,2	10,3
Polsko	<i>Poland</i>	6,3	6,9	7,2	7,0	6,9
Portugalsko	<i>Portugal</i>	10,0	10,2	10,8	10,8	10,2
Rakousko	<i>Austria</i>	10,3	10,5	11,2	11,0	10,8
Řecko	<i>Greece</i>	9,8	10,1	10,2	9,5	9,1
Slovensko	<i>Slovakia</i>	7,8	8,0	9,2	9,0	7,9
Spojené království	<i>United Kingdom</i>	8,5	9,0	9,9	9,6	9,4
Španělsko	<i>Spain</i>	8,5	8,9	9,6	9,6	9,3
Švédsko	<i>Sweden</i>	8,9	9,2	9,9	9,5	9,5
Švýcarsko	<i>Switzerland</i>	10,2	10,3	11,0	10,9	11,0
Turecko	<i>Turkey</i>	6,0	6,1	.	.	.
USA	<i>USA</i>	16,2	16,6	17,7	17,7	17,7

Zdroj dat: OECD Health Data, červen 2013

Source: OECD Health Data, June 2013

# Ekonomika zdravotnictví - definice

- je jednou z aplikovaných ekonomických disciplín;
- **zabývá se studiem možností optimální alokace omezených lidských, hmotných a peněžních zdrojů s cílem dosáhnout integrace medicínské, organizační a ekonomické racionality v oblasti poskytování zdravotnických služeb.**

# Ekonomika zdravotnictví

- ... řeší problematiku **alokace** (rozhodování komu, kam, kolik bude přiděleno) **nedostatkových zdrojů** (lidé, materiál, peníze) ve zdravotnickém systému...
- ... aby bylo dosaženo lepšího zdravotního stavu (u jedinců i populačních skupin) **při minimálních nákladech**...
- ... jen velmi zřídka jsou rozhodnutí činěna pouze na základě ekonomických úvah, při rozhodování **je třeba brát v úvahu další aspekty** – medicínské, etické, organizační aj.

# Ekonomické ukazatele

- **Výdaje na zdravotnictví (struktura a vývoj)**
  - Veřejné, soukromé, celkové
- **Spotřeba léčiv**
  - Celkový objem, na 1 obyvatele, výdaje na léčiva
- **Náklady, výnosy a hosp. výsledek zdravotních pojišťoven**
  - Struktura nákladů, prům. náklady na 1 pojištěnce
- **Mzdy ve zdravotnictví**



# Ekonomické ukazatele

- Skupina ukazatelů o pracovnících ve zdravotnictví
- Skupina ukazatelů o síti a činnosti zdr. zařízení
- Majetek a hospodářské výsledky zdravotnických zařízení
- Ekon. údaje o soukromých zdravotnických subjektech
- Ekonomické údaje o lékárnách
- Vývoj cen v oblasti zdravotnictví

# Hlavní oblasti ekonomiky zdravotnictví

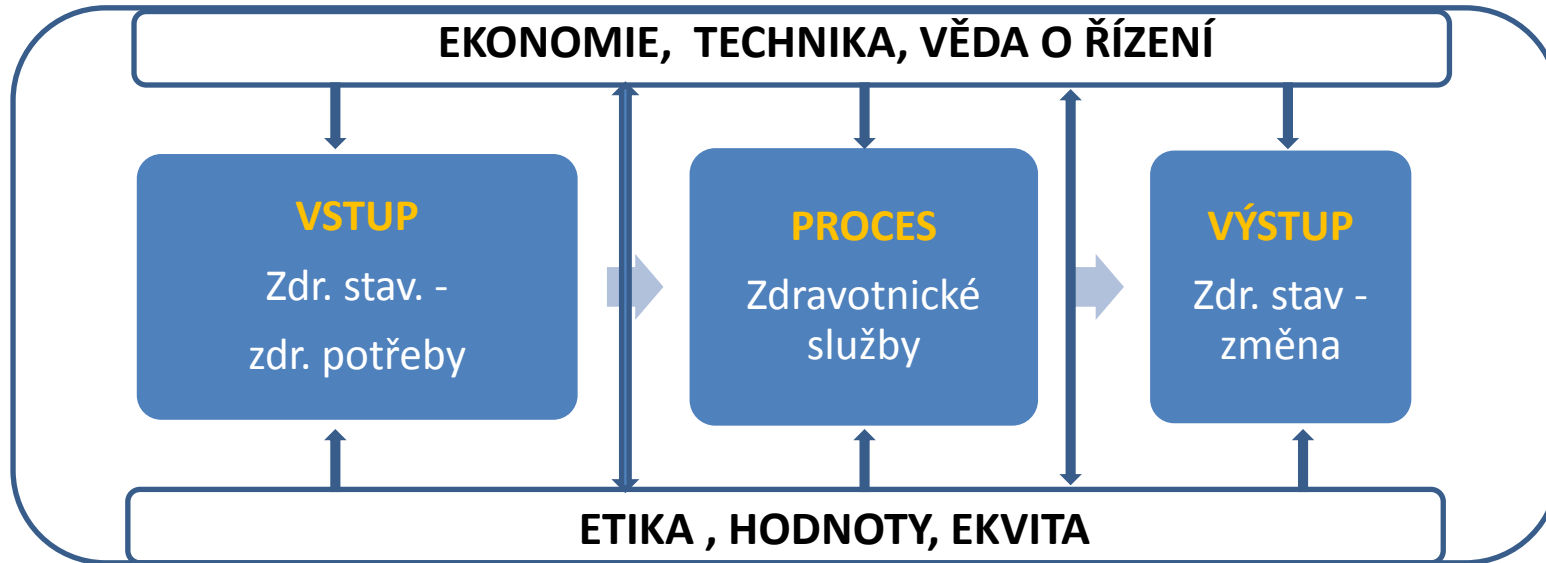
- faktory nabídky a poptávky po zdravotních službách,
- zdravotní potřeby,
- financování zdravotní péče,
- náklady zdravotní péče,
- měření výsledků a výstupů zdravotní péče,

# Hlavní oblasti ekonomiky zdravotnictví

- měření produktivity, účinnosti a ekonomické efektivity zdravotnických služeb,
- vliv ekonomického prostředí na ekonomiku zdravotnických organizací,
- analýza efektivnosti různých zdravotnických systémů,
- ekonomické vyhodnocování medicínských intervencí.

# **Ekonomické a etické aspekty péče o zdraví**

# Ekonomie a etika v péči o zdraví



Jádro zdravotnického systému (zdroje, procesy, výstupy) je vystaveno působení **dvou základních (jakoby protilehlých) společenských sil, kterými jsou:**

- ekonomie, technologie a věda o řízení (*management*)
- etika, hodnotové postoje a ekvita (*spravedlnost*)

# Ekonomická logika a lékařská etika

Konflikt mezi etikou a ekonomickým přístupem k hodnocení zdravotnických služeb.

- **výsledek nepochopení toho, co je smyslem zavádění ekonomického pohledu na poskytování zdravotnických služeb.**

# Ekonomická logika a lékařská etika

- Ekonomie **pomáhá** přijímat závěry, jak **optimálně alokovat zdroje**, a to tak, aby přinesly lidem co největší možný přínos.
- Ekonomie a její metody by měly být **pouze jedním z nástrojů řízení** zdravotnického systému.
- Jejich vhodnost by měla být posuzována podle toho, zda a do jaké míry **pomáhají naplnit zvolené cíle**, hájit a rozvíjet hodnoty a zda respektují stanovené priority.

# Ekonomie a etika

- Ekonomické hledisko je důležité a užitečné, ale jeho role v systému péče o zdraví a ve zdravotnictví je spíše pomocná.
  - **V péči o zdraví není cílem dosahovat co nejlepších ekonomických výsledků jako takových, ale co nejlepších výsledků vzhledem k definovaným cílům a prioritám.**



# Specifika zdravotnických služeb

- V demokratických společnostech s tržním hospodářstvím základní otázka zní:

**Jsou zdravotnické služby běžným zbožím?**

resp.

**Je možné použít pro optimální alokaci vzácných zdrojů ve zdravotnictví volného trhu?**

# Specifika zdravotnických služeb

- Zdravotnické služby:
  - jsou **specifickou komoditou**,
  - nepodléhají čistě tržním zákonitostem nabídky a poptávky,
  - jejich funkce je ovlivněna mnoha etickými a jinými faktory.

# Idea „dokonalého“ trhu

- Vypracována klasickými liberálními ekonomy (Adam Smith)
- Ideální model (myšlenková konstrukce)
  - V dnešních podmínkách je možné se k němu jen přibližovat, musí se překonávat určité překážky.
  - Tyto překážky je možné odstranit jen zásahem státu.
  - V oblasti výroby a ryze komerčních služeb jsou zásahy státu minimální.
  - V některých oblastech jsou překážky tak velké, že se hovoří o „tržním selhání“.
- Dokonalý tržní systém přináší spotřebiteli žádoucí uspokojení (prospěch, užitek), při minimálních nákladech.
  - Podmínkou je, že financování všech činností probíhá cestou volné soutěže, jejímž jádrem je teorie nabídky a poptávky.

# Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Nedostatek a asymetrie informací**

Pacient není ve stejné pozici jako spotřebitel běžných komerčních služeb

- **Pacient neví:**

- Co mu chybí
- Jaké zdravotní služby potřebuje
- Kde, kdy a od koho je má požadovat
- Jakou cenu by měl za služby zaplatit
- Jaký přínos či prospěch může očekávat od poskytnuté péče

- **Navíc spotřebu nelze plánovat nebo odložit:**

- Nemoc je nepředvídatelný a nepravidelný jev
- Potřeba zdravotnických služeb je často nezbytná a neodkladná

# Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Omezená soutěž**

- Ani v ryze tržních společnostech mezi lékaři prakticky nedochází ke konkurenci prostřednictvím reklamy a cen
  - Lékař je informovaný expert, jím navrhovaná léčba je odrazem objektivní potřeby pacienta, nikoli finančními potřebami lékaře.
  - Nízká cena může znamenat, že chce lékař zvýšit poptávku po svých službách, zároveň může nízká cena a malá poptávka avizovat, že se nejedná o příliš dobrého lékaře.
- Existence zdravotního pojištění omezuje cenovou konkurenci pouze na částku, kterou pacient hradí přímou platbou.
- Nutnost spolupráce (konzultací) mezi lékaři
- Přirozená spádovost nemocnic

# Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Morální hazard**

- Mravní poklesek, který zaviňuje plýtvání zdroji.

- **Pacienti**

- zdravotní pojištění zbavuje pacienty šetrnosti, řešením je jistá míra finanční spoluúčasti (růst poptávky)

- **Lékaři**

- Mají tendenci poskytovat více péče než je potřeba, když jsou finančně zainteresováni na objemu služeb nebo na počtu provedených výkonů (tzv. *poptávka vyvolaná nabídkou*).

# Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Externality**
  - Činnosti, které pozitivně nebo negativně ovlivňují jiné subjekty, aniž za to musí platit nebo jsou za tyto činnosti odškodňovány.
  - Péče o zdraví má někdy charakter kolektivního statku (nelze z něj nikoho vyloučit)
- **Negativní externalita**
  - Výrobní podniky znečišťující ovzduší
- **Pozitivní externalita**
  - Prevence nemocí (užitek má celá společnost)
  - Očkování

# Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Zajištění ekvity ve zdravotní péči**
  - Potřebu péče často provází pokles výdělečných schopností.
  - Zajištění výběru vhodných služeb za přijatelné ceny.
  - Některé služby by bez pomoci veřejné správy nebyly dostupné v některých lokalitách.
  - Některé služby by bylo velice nákladné poskytovat v malém měřítku.



# Etické principy

## 1. NEŠKODIT

Nikdo by neměl nikoho poškozovat, ať už tělesně nebo psychicky.

- Jatrogení poškození pacienta (chybná diagnóza, vedlejší účinky léků, zanedbání důležitých informací)

## 2. POMÁHAT

Každý by měl pomáhat komukoli, kdo potřebuje pomoc.

- Odlišné chápání dobra lékařem a pacientem
- Pomoc pacientovi a jeho bližním

## 4. AUTONOMIE

Každý by si měl nade vše vážit lidské bytosti a respektovat svobodné rozhodnutí

- Problém depersonalizace, infantilizace
- Respektování kulturních a náboženských hodnot, jež jsou v rozporu s obvyklým medicínským smýšlením
- Situace, kdy pacient není evidentně autonomní (děti, poruchy vědomí, demence)

## 3. SPRAVEDLNOST

S každým by se mělo jednat podle zákona a stejně slušně

- Vyloučení třetího (infekce, podmínky pro řidičské a zbrojní průkazy)
- V systému péče o zdraví (ekvita)

# Ekvita ve zdravotní péči

- Stejný přístup k dosažitelné péči při stejných potřebách.
- Stejné využívání zdravotnických služeb při stejných potřebách.
- Stejná kvalita péče pro všechny.
- Respektování uznávaných preferencí.

# 5 oblastí etických problémů

## 1. Otázky života a smrti

Antikoncepce, sterilizace a kastrace, umělé oplodnění, potraty, genetické inženýrství, péče o těžce malformované plody, záchrana předčasně narozených dětí, péče o umírající, euthanasie.

# 5 oblastí etických problémů

## 2. Experimentování a aplikace techniky

Pokusy na lidech a zvířatech, zavádění nových léčebných metod a léků, transplantace tkání a orgánů, databanky a lidské soukromí.

# 5 oblastí etických problémů

## 3. Mezilidské vztahy v péči o zdraví

Dehumanizace medicíny, vztah lékař – pacient, vztah lékař a společnost (komora, pojišťovna, občané), etika týmové práce.

# 5 oblastí etických problémů

## 4. Léčba a prevence

Diagnóza a volba terapie, prevence jako zásah do prostředí a jednání lidí, přidávání cizorodých látek do vody a potravin, povinné očkování, povinné preventivní prohlídky.

# 5 oblastí etických problémů

## 5. Funkce systému péče o zdraví jako celku

Zdravotní politika, účast veřejnosti, formy financování, účinnost, efektivita, kvalita, organizační struktura a funkce zdravotnictví, soustava a návaznost zdravotnických zařízení, všeobecná dostupnost kvalitních zdravotnických služeb.

# **Příčiny růstu nákladů na zdravotnictví**



# Zájem ekonomie o zdravotní péči

Systematický zájem o ekonomickou problematiku zdravotnictví od 60. let 20. století.

- Zdravotnictví se stalo významným hospodářským odvětvím
- Růst výdajů na zdravotnictví (začal předstihovat růst HDP)
  - Začaly být analyzovány hlavní příčiny růstu výdajů na zdravotní péči

# Hlavní příčiny růstu nákladů

Nárůst nákladů na zdravotnictví má několik příčin, které lze jen těžko seřadit podle pořadí nebo je navzájem oddělit.

## 1. Demografické změny

- Stárnutí populace není tak závažným faktorem, jak se obecně myslí (roční růst výdajů v ČR je cca 7% a pouze jeden procentní bod připadá na populační stárnutí, zbylých 6 má příčinu jinde).

## 2. Struktura a charakter nemocnosti a úmrtnosti

- Hromadný výskyt chronických nemocí

## 3. Nové a staronové choroby

- AIDS, TBC
- závislosti

## 4. Léčiva a technologie

- drahý výzkum
- odstraňují následky, nikoli příčiny
- odhalování nemocí v časnějších stádiích = delší život s nemocí

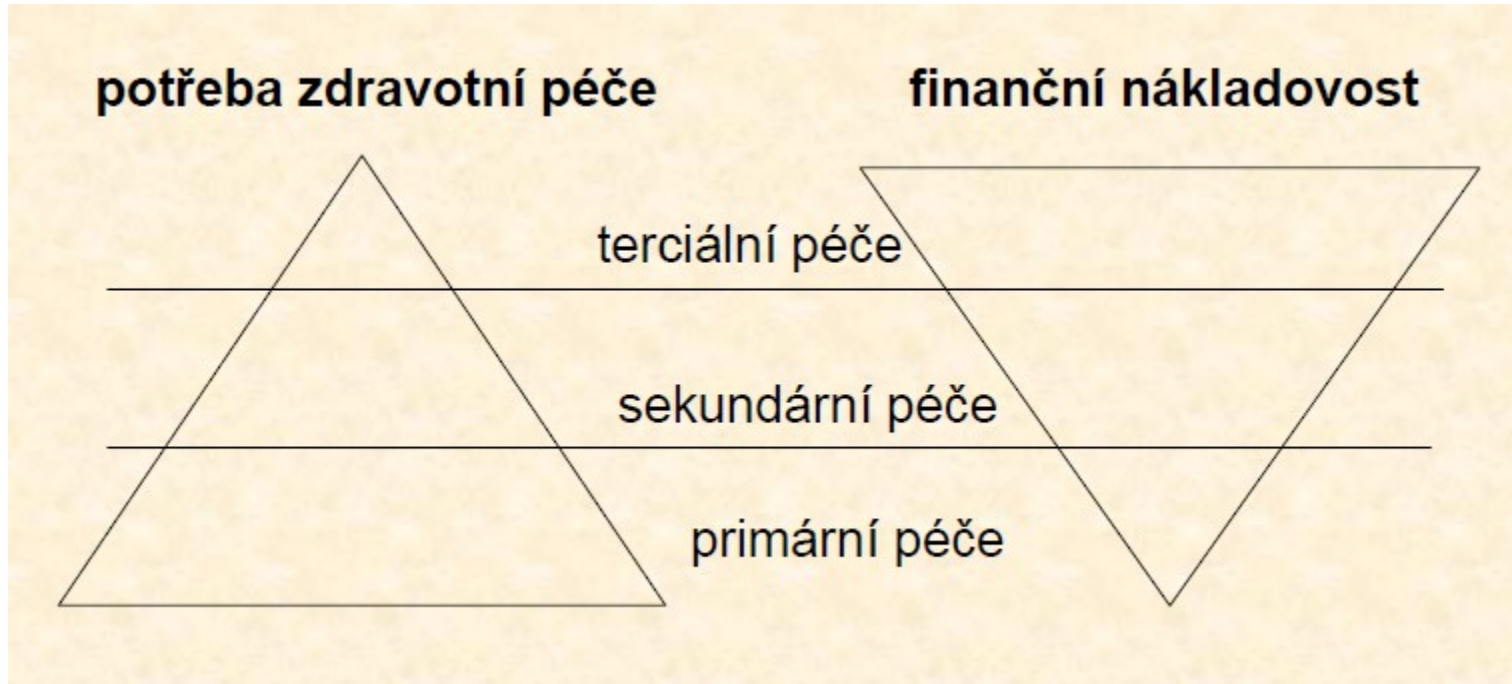
# Hlavní příčiny růstu nákladů

## 5. Nárůst výkonů

- Nové technologie usnadňují výkony a zkracují hospitalizaci (roste nabídka).
- Z rizikových metod se stávají metody relativně bezpečné (roste poptávka).

## 6. Zaměření na nejtěžší stavy a nemoci

- Jsou léčeny stavy a nemoci dříve považované za beznadějně a kde i dnes je poměr šance na vyléčení a selhání velmi nepříznivý.
- Přibližně 22% veškerých nákladů na zdravotnictví spotřebovává 5% populace.
- Chybné zaměření, lepší by bylo zaměřit se na předcházení nemocem (sociální determinanty zdraví).



# Hlavní příčiny růstu nákladů

## 5. Nárůst výkonů

- Nové technologie usnadňují výkony a zkracují hospitalizaci (roste nabídka).
- Z rizikových metod se stávají metody relativně bezpečné (roste poptávka).

## 6. Zaměření na nejtěžší stavy a nemoci

- Jsou léčeny stavy a nemoci dříve považované za beznadějně a kde i dnes je poměr šance na vyléčení a selhání velmi nepříznivý.
- Přibližně 22% veškerých nákladů na zdravotnictví spotřebovává 5% populace.
- Chybné zaměření, lepší by bylo zaměřit se na předcházení nemocem.

## 7. Očekávání lidí

- V informačním věku roste „informovanost“ a očekávání lidí, kteří požadují stále více (z hlediska kvantity i kvality).

# Hlavní příčiny růstu nákladů

**8. Chybějící kontrolní mechanismy**

**9. Komeracionalizace**

- vstup komerčních zájmů a podnikatelských aktivit za účelem zisku (výrobci a obchodníci s technikou, materiály, léky, službami)

# MOŽNOSTI ŘEŠENÍ

1. Další peníze do systému zdravotnictví
2. Zvýšení hospodárnosti zdravotnictví
3. Omezení dostupnosti zdravotnických služeb
4. Všeobecné zlepšení zdraví lidí

# 1. Další peníze do systému zdravotnictví

- Množství peněz vkládané do zdravotnictví nelze neustále zvyšovat:
  - ***Žádný stát na světě nedokáže vyprodukovat tolik zdrojů, kolik by lékaři dokázali utratit v dobré víře, že pomáhají pacientům.***
  - Růst výdajů má své hranice, které jsou jednak dány výkonností ekonomiky a jednak naléhavostí nákladů v jiných rezortech.
  - Pouhým navýšením peněz plynoucích do zdravotnictví se zmíněné problémy nedají vyřešit.
  - Když chybí peníze, může se na první pohled zdát, že je to ekonomický problém. Ale i když ekonomické poznatky a metody hrají v oblasti péče o zdraví důležitou roli, zdaleka to není problém, na jehož vyřešení stačí ekonomie.



## 2. Zvýšení hospodárnosti zdravotnictví

- Snahy o zvýšení hospodárnosti nelze omezovat na jedno zdravotnické zařízení, výsledky bývají zpravidla horší, než se očekávalo.
  - Nejde totiž o to, aby všechny zdravotnické služby, které nemocnice zvládá, byly poskytovány hospodárně. Důležité je, aby zbytečné zdravotnické služby nebyly poskytovány vůbec.
- Pokud se např. peníze v nemocnici vynaloží na zvládnutí zdravotního problému, na který by stačil praktický lékař nebo ambulantní specialista, pak jde o **plýtvání**. Proto je tak důležité, aby zdravotnická zařízení byla skloubena do funkčního systému a aby nebyla jen „samostatnými“ a „konkurujícími“ subjekty.

### 3. Omezení dostupnosti zdravotnických služeb

- Omezenost dostupných finančních prostředků vs. nové léky a technologie (a tedy i tlak na vyšší výdaje).
- Všude na světě pokulhává zdravotnictví za medicínou a jejími možnostmi.
- Otázka: Co z dostupných lékařských metod chceme a můžeme obyvatelstvu poskytnout, kolik na to chceme vynaložit a kde tyto prostředky vzít?

### 3. Omezení dostupnosti zdravotnických služeb

- Je to krok nepopulární a nebývá deklarován ve volebních programech politických stran. Ve všech státech však k tomu dochází a jsou používány nejrůznější metody.
  - Bývají např. určovány ekonomické limity, jejichž překročení je provázeno sankcemi, zdůvodňováním a přijetím „nápravných“ opatření. Jsou aplikovány **metody řízeného poskytování služeb** (*rationing*), jehož podstatou je **přidělování vzácných prostředků v případě nouze**.
- **Rationing** v oblasti zdravotní péče:
  - Nalézání a ospravedlňování důvodů pro přidělování a nepřidělování vzácných zdrojů (nákladných zdravotnických služeb) některým lidem, kterým by mohly přinést užitek.

## 3. Omezení dostupnosti zdravotnických služeb

### Implicitní rationing zdravotní péče

- Je spojován se „svobodou“ lékařů rozhodovat z čistě odborného hlediska o tom, jaké zdravotnické služby poskytnou svým pacientům:
  - preference život ohrožujících stavů,
  - odkládání neakutní zdravotnické služby (vznik čekacích listů),
  - rozmlouvání služby (zákroku) – rizika, komplikace, nejisté prognózy.
- Rozhodování lékaře však může být ovlivňováno i něčím jiným, např. finančními pobídkami nebo pokutami:
  - odpírání léčby (odměna od pojišťovny, když pacient nebude odeslán ke specialistovi; pokuta za přečerpání limitu za léky).
  - medicínsky nepodložená preference pacientů (na základě úplatků).
- Jeho nevýhodou je, že veřejnost není o míře takového počínání informována. Implicitní rationing je často ovlivněn vnějším ekonomickým tlakem (např. ze strany manažerů), **odpovědnost** však nesou jednotliví lékaři.

# 3. Omezení dostupnosti zdravotnických služeb

## Explicitní rationing

- je obvykle založen na rozhodnutí, **které služby budou běžně poskytovány** (např. hrazeny ze zdravotního pojištění) **a které budou spojeny s určitým omezením** (budou např. hrazeny pacientem, budou poskytovány jen v několika málo zdravotnických zařízeních, popřípadě jejich poskytování bude zastaveno, a to třeba jen dočasně).
- dobrý podklad pro **stanovení priorit zdravotní péče na populační úrovni**, ale v individuálních případech vždy záleží na konkrétních okolnostech indikace určité zdr. služby.
- **odpovědnost** nese ten, kdo sestavil a schválil seznam omezující poskytování některých zdravotnických služeb. Takový seznam nebývá veřejností dobře přijímán, a proto se politické strany této metodě vyhýbají, a to přesto, že jsou tomu zdravotnickou veřejností čas od času vyzývány.

## 4. Všeobecné zlepšení zdraví lidí

### Ideální řešení

- méně lidí by v důsledku chronických nemocí požadovalo zdravotnické služby,
  - zdravotnictví by se orientovalo převážně na akutní zdravotní problémy.
- 
- Takový záměr úzce souvisí s determinantami zdraví
    - mnohé však leží vně tradiční působnosti zdravotnictví.
    - Jestliže je např. v České republice dvojnásobná spotřeba alkoholu a cigaret než ve Švédsku, pak je vhodné připomenout, že neexistuje medicínská technologie, která by tak velký rozdíl dokázala vykompenzovat.

## 4. Všeobecné zlepšení zdraví lidí

- Své zdraví mohou do značné míry ovlivnit **jednotliví lidé**. Proto se občas správně připomíná, že každý má pečovat o své zdraví.
- Poněkud se pomíjí skutečnost, že každá **organizace a instituce i každá úroveň veřejné správy** přijímá rozhodnutí, které mají větší nebo menší dopad na zdraví lidí.
- I když je nesporné, že zdravotnictví má v tomto ohledu výrazné úkoly (výzkum, motivace a vzdělávání, koordinace, kontrola a hodnocení) je zřejmé, že **těžiště realizačních aktivit se přesouvá do široce pojímané společenské praxe**.

# **Základní typy zdravotnických systémů**



# Základní typy zdravotnických systémů

- Různost zdravotnických systémů
- Možnost **klasifikace podle**:
  - míry regulačních zásahů do struktury a funkce zdravotnictví ze strany státu;
  - míry sociální solidarity;
  - způsobu financování zdravotní péče.
- **Základní typy** zdravotnických systémů:
  - Komerční
  - **Liberalistický**
  - **Pojišťovnický (pluralitní, smíšený)**
  - **Národní zdravotní služba**
  - Státní
  - Totalitní

# Základní typy zdravotnických systémů

- Ani jedna z vyspělých zemí dnes není čistým typem
- Dochází ke konvergenci jednotlivých typů zdravotnických systémů:
  - Důvodem je prostý fakt, že řeší v zásadě stejný problém, a tím je potřeba zajistit zdravotní péči stále rostoucímu počtu potřebné populace v podmínkách omezených zdrojů.

## Komerční typ

- Lékaři jsou samostatní podnikatelé, kteří přímo prodávají odborné služby pacientům (spotřebitelům).
- Cenu péče určuje trh, na kterém soutěží privátní poskytovatelé a financující subjekty (privátní pojišťovny).
- Zdravotní péči si mohou obstarat ti, kdo ji potřebují a současně na ni mají.
- Zdravotní péče je záležitostí jedince, jeho rozhodnutí a svobodné volby.
- Absence prvku sociální solidarity.

**Narůstající komplexita a návaznost služeb i potřeba týmové práce takový typ zdravotnictví prakticky znemožňuje.**

## Liberalistický typ

- Zdravotní péče je pokládána jednak za zboží a jednak za veřejnou službu.
- Převládají tržní vztahy přizpůsobené místním podmínkám a zvyklostem.
- Péče je hrazena složitou směsicí veřejných plátců (federální, státní, místní rozpočty), soukromého pojištění a přímé platby.
- Ze státního rozpočtu je garantováno poskytnutí vymezené péče pouze vybraným skupinám (lidé nad 65 let, zdravotně postižení, sociálně slabé rodiny s dětmi apod.).
- Do vztahu pacient-lékař vstupuje stát, aby alespoň částečně vyrovnal příkré sociální nerovnosti (programy pro úhradu péče za nepojištěné pacienty).
- USA

## Pojišťovnický typ

- Zdravotní péče je hrazena z fondu povinného zdravotního pojištění, který je vytvářen z příspěvků zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu.
- Funguje na principu solidarity, platby do fondů podle příjmů, čerpání podle potřeb. Za určené skupiny osob hradí pojistné stát.
- Různá míra finanční spoluúčasti pacientů (léky, pomůcky, regulační poplatky).
- Jde o nestátní zdravotnictví se státními zárukami. Stát garantuje všeobecnou dostupnost a kvalitu (standard) péče.
- Jde o souběžnou činnost veřejného a soukromého sektoru.
- Základem jsou soukromé individuální praxe ambulantních lékařů, kteří uzavírají smlouvy se zdravotními pojišťovnami.

# Národní zdravotní služba

- Vyznačuje se silnou účastí státu, který vlastní většinu zdravotnických zařízení a menším podílem soukromého sektoru.
- Většina specializovaných ambulantních zařízení, laboratoře a rtg pracoviště jsou součástí nemocnic.
- Drtivá většina nemocnic je součástí Národní zdravotní služby, soukromá lůžka existují v omezené míře.
- Lékaři a zdravotničtí pracovníci jsou státní zaměstnanci, případně soukromými subjekty působícími v soukromém sektoru.
- Bezplatná zdravotní péče, stát sleduje a garantuje všeobecnou dostupnost zdravotní péče.
- Princip sociální solidarity - zdravotnické služby jsou převážně hrazeny z daní. Míra finanční spoluúčasti je velmi nízká (léky, protetika, optika). Neexistuje veřejné zdravotní pojištění. Možnost soukromého pojištění a připojištění pro nadstandardní péči.
- Velká Británie, Norsko, Španělsko

## Státní typ

- Zdravotníci jsou státní zaměstnanci se stálým platem.
- Veškeré náklady jsou hrazeny ze státních fondů.

## Totalitní typ

- Celý systém podléhá vlivu jedné politické strany.
- Ideologická kritéria mohou být důležitější než kritéria odborná.

# **12. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ**



### **3.1 Celkové výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč)**

*Total health expenditure (in mill. CZK)*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>1)</sup>
Z veřejných prostředků	206 563	218 719	244 754	243 281	242 410	246 918	246 562
<i>Public expenditure</i>							
v tom: ze státního a místních	22 851	21 439	26 034	20 781	16 863	15 648	
rozpočtů							
<i>incl: state and territorial</i>							
<i>budget</i>							
ze zdravotního pojištění	183 713	197 280	217 658	222 500	225 547	231 270	
<i>health insurance</i>							
Soukromé výdaje na zdraví	35 370	45 801	47 954	45 754	45 358	46 388	
<i>Private expenditure on health</i>							
Celkem	241 935	264 520	292 708	289 035	287 768	293 306	
<i>Total</i>							

<sup>1)</sup> Předběžný údaj

<sup>1)</sup> *Preliminary data*

Zdroj dat: Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí, ČSÚ, ÚZIS ČR

*Source: Ministry of Health, Ministry of Finance, CZSO, IHIS CR*

### 3.1 Celkové výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč)

*Total health expenditure (in mill. CZK)*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>1)</sup>
Z veřejných prostředků <i>Public expenditure</i>	206 563	218 719	244 754	243 281	242 410	246 918	
v tom: ze státního a místních rozpočtů <i>incl: state and territorial budget</i>	22 851	21 439	26 034	20 781	16 863	15 648	
ze zdravotního pojištění <i>health insurance</i>	183 713	197 280	217 658	222 500	225 547	231 270	
Soukromé výdaje na zdraví <i>Private expenditure on health</i>	35 370	45 801	47 954	45 754	45 358	46 388	
Celkem <i>Total</i>	241 935	264 520	292 708	289 035	287 768	293 306	

<sup>1)</sup> Předběžný údaj

<sup>1)</sup> Preliminary data

Zdroj dat: Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo financí, ČSÚ, ÚZIS ČR

Source: Ministry of Health, Ministry of Finance, CZSO, IHIS CR

# Hlavní zdroje financování zdravotnictví

- **Veřejné zdravotní pojištění (79%)**
  - občané
  - stát
  - zaměstnavatelé
- **Státní a místní rozpočty (5,7%)**
  - státní (státní rozpočet)
  - krajské a obecní (krajský, obecní rozpočet)
- **Soukromé platby (15,3%)**
  - přímé platby za péči, léky, pomůcky ...
  - regulační poplatky
  - soukromé zdravotní pojištění
  - další soukromé platby (dary, sbírky)

### **3.3 Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví na 1 obyvatele (v Kč)**

*Growth of total health expenditure per 1 inhabitant (in CZK)*

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 <sup>1)</sup>
Veřejné výdaje <i>Public expenditure</i>	20 011	20 971	23 329	23 132	23 094	23 495	23 458
Soukromé výdaje <i>Private expenditure</i>	3 426	4 391	4 571	4 350	4 321	4 414	4 223
Celkem	23 437	25 362	27 900	27 482	27 415	27 909	27 681
<i>Total</i>							

<sup>1)</sup> Předběžný údaj

<sup>1)</sup> *Preliminary data*

Zdroj dat: výpočet ÚZIS ČR

*Source: calculation IHIS CR*

# 14. VEŘEJNOPRÁVNÍ POJIŠTĚNÍ

# Veřejné zdravotní pojištění

- **Povinné** (dáno zákonem) pro každého
- **Garance zdravotní péče** pomocí povinně předplacených služeb
- **Odstranění finančních bariér** v dostupnosti ZP
- Souvisí s pojetím **úlohy státu** v péči o zdraví
- Základním principem je **solidarita**

# Veřejné zdravotní pojištění – jde o solidaritu:

- bohatých s chudými
- zdravých s nemocnými
- mladých se staršími
- jedinců s rodinami
- ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními
- mužů se ženami
- zodpovědných s nezodpovědnými ...

# Veřejné zdravotní pojištění

- Bismarckovský model financování
- Vychází z křesťanských hodnot
- Výraz sociálního cítění a humánních hodnot
- Zdravotní péče jako jedno ze základních lidských práv, jehož garantem je stát



# Veřejné zdravotní pojištění jako výraz sociální solidarity

- Odděluje poskytování zdravotní péče od schopnosti za ni platit.
- Příspěvky na zdravotní péči stanovuje podle finančních možností (procentuální částka z příjmu, nikoli pevná částka).
- Přerozděluje shromážděné finance ve prospěch sociálně slabých a nemocných.

# Veřejné zdravotní pojištění

- Zavedeno **v roce 1992**
- Na počátku 90. velký počet zdravotních pojišťoven
- V současnosti je v ČR **7 zdravotních pojišťoven**

# Z povinného zdravotního pojištění se hradí:

- Nezbytné lékařské úkony
- Zdravotnický materiál
- Některé léky

# Hlavní plátcí veřejného zdravotního pojištění

- Zaměstnavatelé a zaměstnanci
- Osoby samostatně výdělečně činné
- Stát

# Zaměstnanci a zaměstnavatelé

- **Zaměstnanec** platí **4,5%** z hrubé mzdy.
- **Zaměstnavatel** platí **9%** z hrubé mzdy – lze to brát jako část nevyplacené mzdy.

# OSVČ

- **13,5% z vyměřovacího základu**
- Vyměřovacím základem je (již od r. 2006) 50% příjmu ze SVČ po odpočtu výdajů nutných na jeho dosažení, zajištění a udržení.
- Minimální měsíční záloha na zdravotní pojištění je 1797 Kč.

# Osoba bez zdanitelných příjmů (OBZP)

- Osoba, která má na území ČR trvalý pobyt,
  - není však zaměstnancem,
  - nemá příjmy ze samostatné výdělečné činnosti,
  - ani nepatří do kategorie, za kterou platí pojistné stát, a uvedené skutečnosti trvají celý kalendářní měsíc.
    - Např. žena v domácnosti, student školy, která neposkytuje soustavnou přípravu na budoucí povolání, člen náboženského řádu bez příjmu, nezaměstnaný neevidovaný na ÚP, absolvent SŠ, který ihned po prázdninách nenastoupí do zaměstnání + neeviduje se na ÚP + nezačne podnikat.
- OBZP platí **13,5% z minimální mzdy** v měsíci, za které se platí pojistné.
- Aktuálně je minimální mzda 8500 Kč výše měsíční platby tedy činí **1148 Kč**.

# Osoby, za které je plátcem stát

- Nezaopatřené děti
- Poživatelé důchodů
- Osoby na mateřské a rodičovské dovolené
- Uchazeči o zaměstnání
- Osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřeby
- Osoby převážně nebo úplně bezmocné
- Osoby pečující o blízkou osobu
- Osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu

Stát za vyjmenované osoby platí zálohu na zdravotní pojištění ve výši **845 Kč** měsíčně



# Zdravotní pojišťovny v ČR

- **veřejnoprávní neziskové organizace**
- mají za úkol:
  - a) vybírat zdravotní pojištění v zákonem stanovené výši
  - b) a zajišťovat za vybrané prostředky úhrady zdravotní péče tak, aby vybrané pojistné bylo vynakládáno účelně a fektivně.
- uzavření/neuzavření smlouvy se zdravotnickým zařízením
- výše a forma úhrad (kapitace, výkon, paušál, DRG )
- financování zdravotní péče se stanovuje na základě tzv. dohodovacího řízení
  - mezi zdravotními pojišťovnami
  - Českou lékařskou komorou
  - příp. vládou (MZ)

# Výběr zdravotní pojišťovny

## Volba zdravotní pojišťovny

- výběr ze 7 zdravotních pojišťoven
- novorozenec se stává automaticky pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u níž je pojištěna jeho matka

## Změna zdravotní pojišťovny

- ze zákona lze 1x za 12 měsíců, a to vždy k 1. lednu následujícího kalendářního roku (změna se musí avizovat 6 měsíců min. dopředu).

## Kritéria

- dostupnost smluvní lékařské péče pojišťovny
- praktická využitelnost nabízených výhod z fondu prevence

# Zdravotní pojišťovny a počet jejich pojištěnců v lednu 2015

• Česká průmyslová zdravotní pojišťovna:	1,21 mil.	(11,6%)
• Oborová zdr. pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví:	735 tis.	(7,1%)
• Revírní bratrská pokladna:	430 tis.	(4,1%)
• Vojenská zdravotní pojišťovna:	708 tis.	(6,8%)
• Všeobecná zdravotní pojišťovna:	5,93 mil.	(57,0%)
• Zaměstnanecká pojišťovna Škoda:	139 tis.	(1,3%)
• Zdr. pojišťovna Ministerstva vnitra:	1,26 mil.	(12,1%)

# **13. SOUKROMOPRÁVNÍ POJIŠTĚNÍ**

# Co lze pojistit?

## Typy soukromého zdravotního pojištění:

- Pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti
- Pojištění pobytu v nemocnici
  - Ušlý příjem
  - Nadstandard
- Pojištění stomatologické péče
- Pojištění vážných onemocnění a invalidity
  - Dlohodobá pracovní neschopnost
  - Výdaje spojené s léčením, výdaje na nadstandardní péči, na jednorázové splacení závazků např. úvěr, leasing nebo na úpravu prostředí (bezbariérový byt).
- Pojištění dlouhodobé péče (potřeba pečovatele)
- Léčebné výlohy při cestách do zahraničí

# Charakteristiky soukromého zdravotního pojištění

- Nedochozí ke spoření, celou vloženou částku pojišťovna používá na **pokrytí rizik**.
- Výše plnění se zpravidla stanovuje v závislosti na **počtu dní pracovní neschopnosti**, nikoli na základě bodového ohodnocení jako u úrazového pojištění.
- Pojišťovna zpravidla plní na žádost o plnění až po uplynutí **čekací (karenční) doby**.
- **Nelze se pojistit na smrt**, pro případ smrti je nutné využít jiné produkty (např. rizikové, životní nebo kapitálové životní pojištění).

## Cizinci odkázáni na komerční zdravotní pojištění

- **Občané ze „třetích zemí“** se účastní veřejného zdravotního pojištění, pokud pracují jako zaměstnanci u zaměstnavatele se sídlem v ČR. Ostatní cizinci ze zemí mimo EU s dlouhodobým pobytem v ČR si musí zdravotní pojištění obstarat jiným způsobem.
- Týká se to cizinců, kteří v ČR:
  - působí jako živnostníci či podnikatelé (OSVČ) a nemají trvalý pobyt
  - jsou rodinnými příslušníky (děti, a to včetně zde narozených dětí, manželé, starší rodiče) všech cizinců ze třetích zemí, tj. i cizinců s trvalým pobytem; dokonce sem spadají i rodinní příslušníci českých občanů, pokud ještě nemají trvalý pobyt (do dvou let po sňatku) a nejsou v ČR ani zaměstnanci
  - studenti

## Cizinci odkázáni na komerční zdravotní pojištění

- Jedná se odhadem o 150 000 cizinců s legálním pobytem
- Minimální pojistné krytí je do 30 000 EUR
- Jsou povinni si sjednat komerční zdravotní pojištění, které však není nijak regulováno
  - uzavření smlouvy o komerčním zdravotním pojištění totiž cizinci nikterak negarantuje, že mu příslušná pojišťovna zdravotní péči skutečně proplatí. Oproti veřejnému zdravotnímu pojištění jsou pro všechny druhy komerčního pojištění charakteristické **četné výluky** z pojištění a limity pojistného plnění, které účelnost tohoto pojištění velmi zpochybňují.
- 2 typy balíčků: Základní péče nebo Komplexní péče
- Od r. 2010 je možnost pojištění omezena na pojišťovny se sídlem v ČR
- Problémem jsou zejména **následující omezení**:
  - výluky z pojištění vztahující se k druhům onemocnění a k druhům lékařské péče
  - výluky z pojištění vztahující se k příčinám či jiným okolnostem vzniku pojistné události, tj. onemocnění
  - maximální limit pojistného plnění (na 1 událost vs. celkový roční limit – malý rozdíl)
  - podmínka dodržení dalších povinností vyplývajících ze smlouvy
  - možnost pojišťoven **kdykoliv** odstoupit od smlouvy.



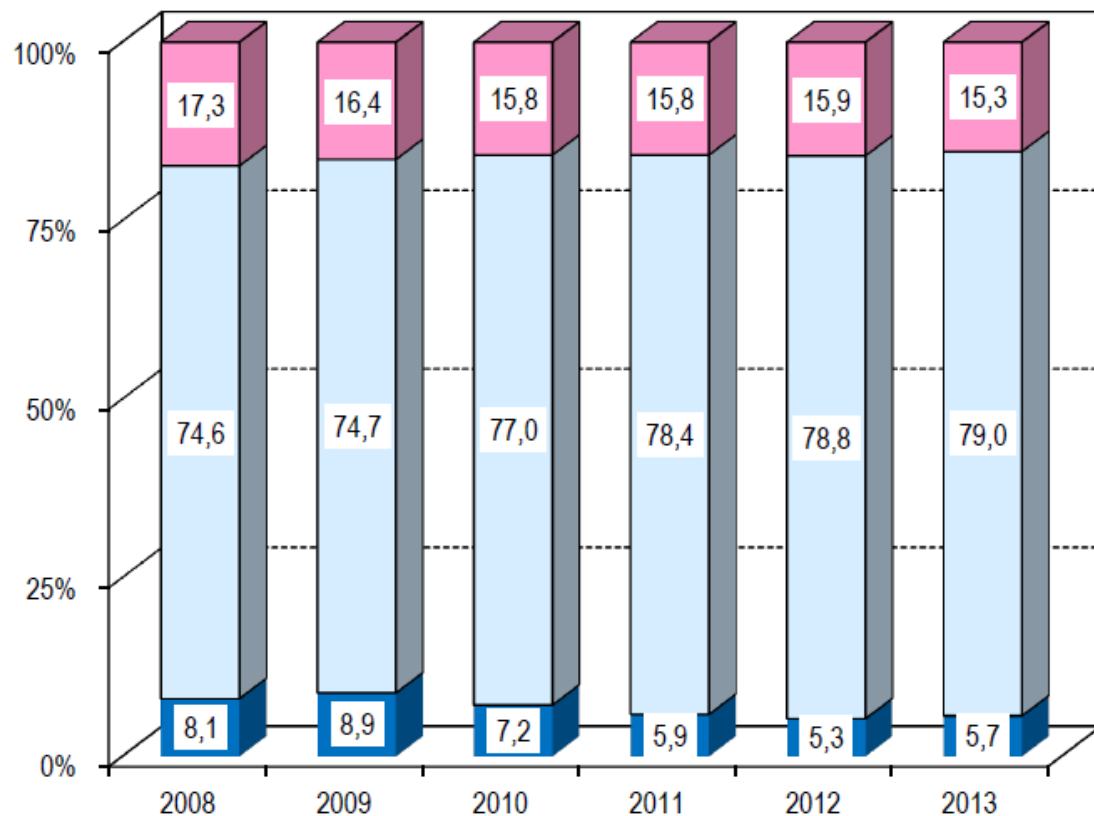
# Finance

- Kolik?
- Kdy?
- Kam?
- Komu?
- Za co?
- Jak (formy čerpání)?



- Co to přineslo?
- Jak lépe?

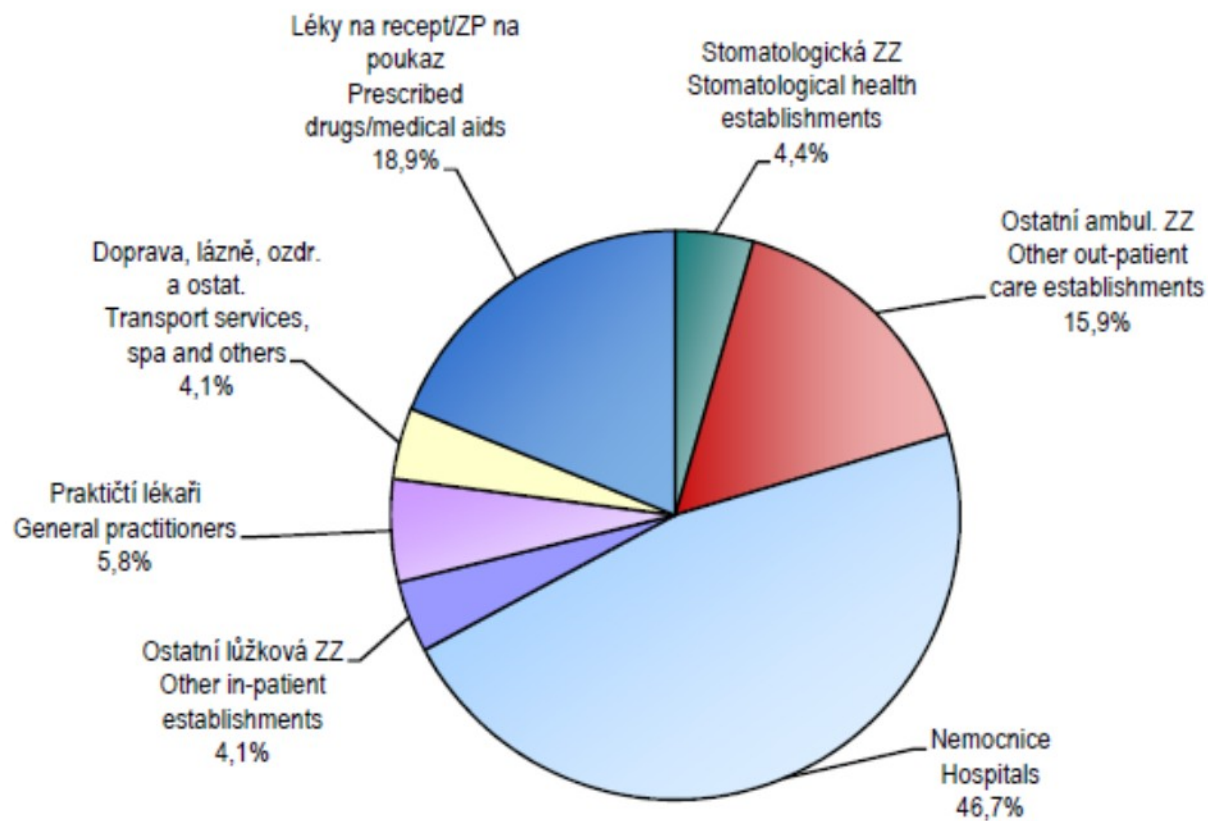
**6. Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v %)**  
*Health care expenditure by sources of financing (in %)*



2005: **218,8 mld.**  
 2006: **226,8**  
 2007: **241,9**  
 2008: **264,5**  
 2009: **292,7**  
 2010: **289,0 (7,7% HDP)**  
 2011: **287,8 (7,5% HDP)**  
 2012: **293,6**  
 2013: **290,9 (7,12% HDP)**

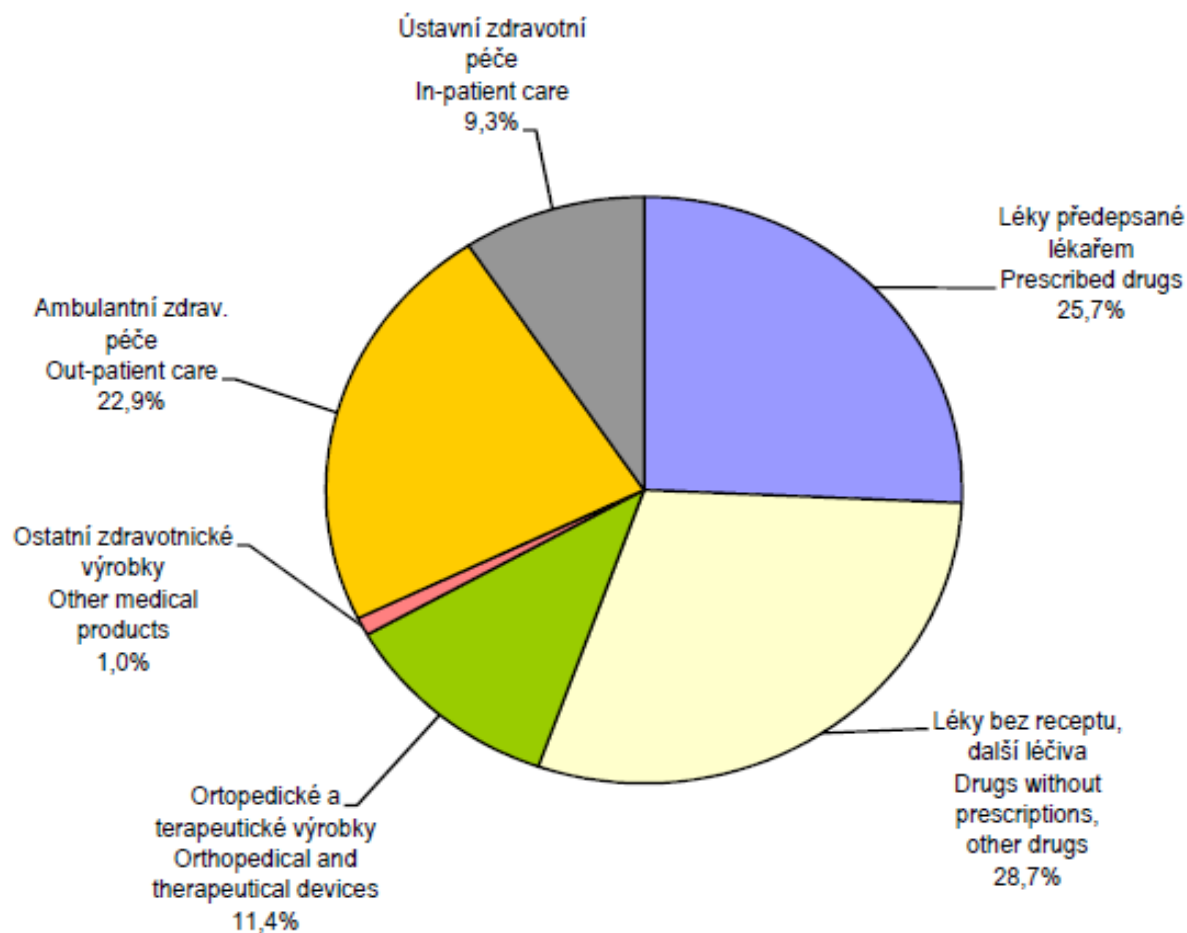
■ Soukromé zdroje / Private sources	44,4 mld.
□ Veřejné zdravotní pojištění / Public health insurance	229,9 mld.
■ Veřejné rozpočty / Public budgets	16,6 mld.

**4. Struktura nákladů zdravotních pojišťoven  
na zdravotní péči podle segmentů péče v roce 2012 (v %)**  
*Structure of health care costs covered by health insurance  
companies by types of health care in 2012 (in %)*



Zdroj dat: Ministerstvo zdravotnictví ČR  
 Source: Ministry of Health

**3. Struktura peněžních vydání na zdravotní péči přímo placených obyvatelstvem v roce 2012 (v %)**  
*Structure of out-of-pocket health care expenditure paid in 2012 (in %)*



Zdroj dat: ČSÚ Statistika rodinných účtů  
Source: CZSO Household Budget Survey

# Formy úhrady

- **Kapitace**
  - Platba za registrovaného pacienta
- **Platba za výkon**
  - Bodové hodnoty výkonů v sazebníku „Seznam zdravotních výkonů“
  - Hodnota bodu je výsledkem dohodovacího řízení mezi ZP a ČLK, stanovuje se pro nadcházející čtvrtletí
- **Paušál**
  - Stanovený pro daný typ zdr. zařízení na základě veškeré vykázané a uznané péče v předcházejícím roce
- **DRG**

# Formy úhrady:

## Ambulantní zdravotní péče

### Praktičtí lékaři

- kapitace + platba za výkon

### Stomatologové

- platba za výkon (zvláštní sazebník, výkony v Kč, ne v bodech)
- přímé platby (definice nadstandardu)

### Ambulantní specialisté

- platba za výkon (hodnota bodu dle specializace)
- maximální úhrada na jednoho ošetřeného pacienta

### Laboratoře a RTG

- paušální sazba (odhad potřeby financí na základě referenčního období), výjimečně platba za výkon

# Formy úhrady Nemocnice

- Od roku 2012 postupný přechod na systém DRG
  - Definování skupin s klinicky a nákladově shodnými případy.
  - Platba za odléčeného pacienta, nikoli za provedené výkony.
- Systém DRG je špatně nastaven, nutnost platby podle DRG korigovat - nepřehlednost
- Dnes: plán restartu DRG (cca 2 roky)