

Ekonomika a pojišťovnictví

11. Základní typy zdravotnických systémů

12. Financování zdravotnictví

13. Soukromoprávní pojištění

14. Veřejnoprávní pojištění

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

FORMY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Nepřímé

- veřejné rozpočty (státní, krajské, městské)
- povinné (veřejnoprávní) pojištění
- dobrovolné (soukromoprávní) pojištění
- zaměstnanecké pojištění
- charita
- zahraniční pomoc

Přímé

- přímé platby od příjemců služeb

Hlavní zdroje financování zdravotnictví

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

FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

- ČSÚ: Výsledky financování zdravotnických služeb ČR v letech 2010 - 2015
- Mezinárodní metodika: OECD, WHO, Eurostat

System (konečný zdroj) financování zdravotní péče - HF	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2014
1 Vládní systémy a povinné příspěvkové systémy zdravotní péče (veřejné zdroje)	288 768	291 272	294 861	297 412	296 641	299 362	100,9
1.1 Vládní systémy (veřejné rozpočty)	56 879	56 935	56 934	59 058	62 039	64 656	104,2
1.1.1 Státní rozpočet	48 835	47 692	47 079	49 360	52 546	54 889	104,5
1.1.2 Místní rozpočty	8 044	9 243	9 855	9 698	9 493	9 766	102,9
1.2 Zdravotní pojišťovny	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 706	100,0
2 System dobrovolných plateb na zdravotní péči (soukromé zdroje bez přímých plateb domácností)	9 217	9 205	9 110	9 202	10 668	9 322	87,4
2.1 Soukromé pojištění	427	477	520	475	537	478	89,1
2.2 Neziskové organizace	7 888	7 820	7 719	7 726	7 757	7 929	102,2
2.3 Podniky	901	908	871	1 001	2 374	915	38,5
3 Domácnosti	42 705	44 028	44 239	43 465	46 490	45 043	96,9
Celkový součet	340 690	344 506	348 210	350 079	353 799	353 727	100,0

Hlavní zdroje financování zdravotnictví

- **Veřejné zdravotní pojištění (67 %)**
 - občané
 - stát
 - zaměstnavatelé
- **Státní a místní rozpočty (18 %)**
 - státní (státní rozpočet)
 - krajské a obecní (krajský, obecní rozpočet)
- **Soukromé platby (15 %)**
 - přímé platby za péči, léky, pomůcky ...
 - regulační poplatky
 - soukromé zdravotní pojištění
 - další soukromé platby (dary, sbírky)

Výdaje na zdravotní péči

- **40 % z celkových výdajů na ZP jdou na léčebnou péči (cca 142 mld. Kč)**
 - 55 % z toho jde na péči ambulantní (84 mld. Kč)
 - 41 % z toho jde na péči lůžkovou (51 mld. Kč)
 - 4 % ostatní léčebná péče (denní, domácí)
- **19 % výdajů jde na léčiva a ostatní zdravotnické pomůcky**

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 (od r. 2006) 50 % příjmu ze SVČ po odpočtu výdajů nutných na jeho dosažení, zajištění a udržení.**
- Je stanovena **minimální měsíční záloha** na zdr. pojištění (v r. 2018 = 2 024 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 12 200 Kč, výše měsíční platby tedy činí **1 647 Kč**.

Osoby, za které je plátcem stát

- Nezaopatřené děti (i PGS studenti nad 26 let)
- 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 **969 Kč** měsíčně (od r. 2018).

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

Kritéria

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

Zdravotní pojišťovny a počet jejich pojištěnců v r. 2017

- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna: **1,24 mil. (11,6 %)**
- Oborová zdr. pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví: 728 tis. (7,1 %)
- Revírní bratrská pokladna: 431 tis. (4,1 %)
- Vojenská zdravotní pojišťovna: 700 tis. (6,8 %)
- Všeobecná zdravotní pojišťovna: **5,91 mil. (57,0 %)**
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda: 142 tis. (1,3 %)
- Zdr. pojišťovna Ministerstva vnitra: **1,30 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?

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 (www.uzis.cz)