

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

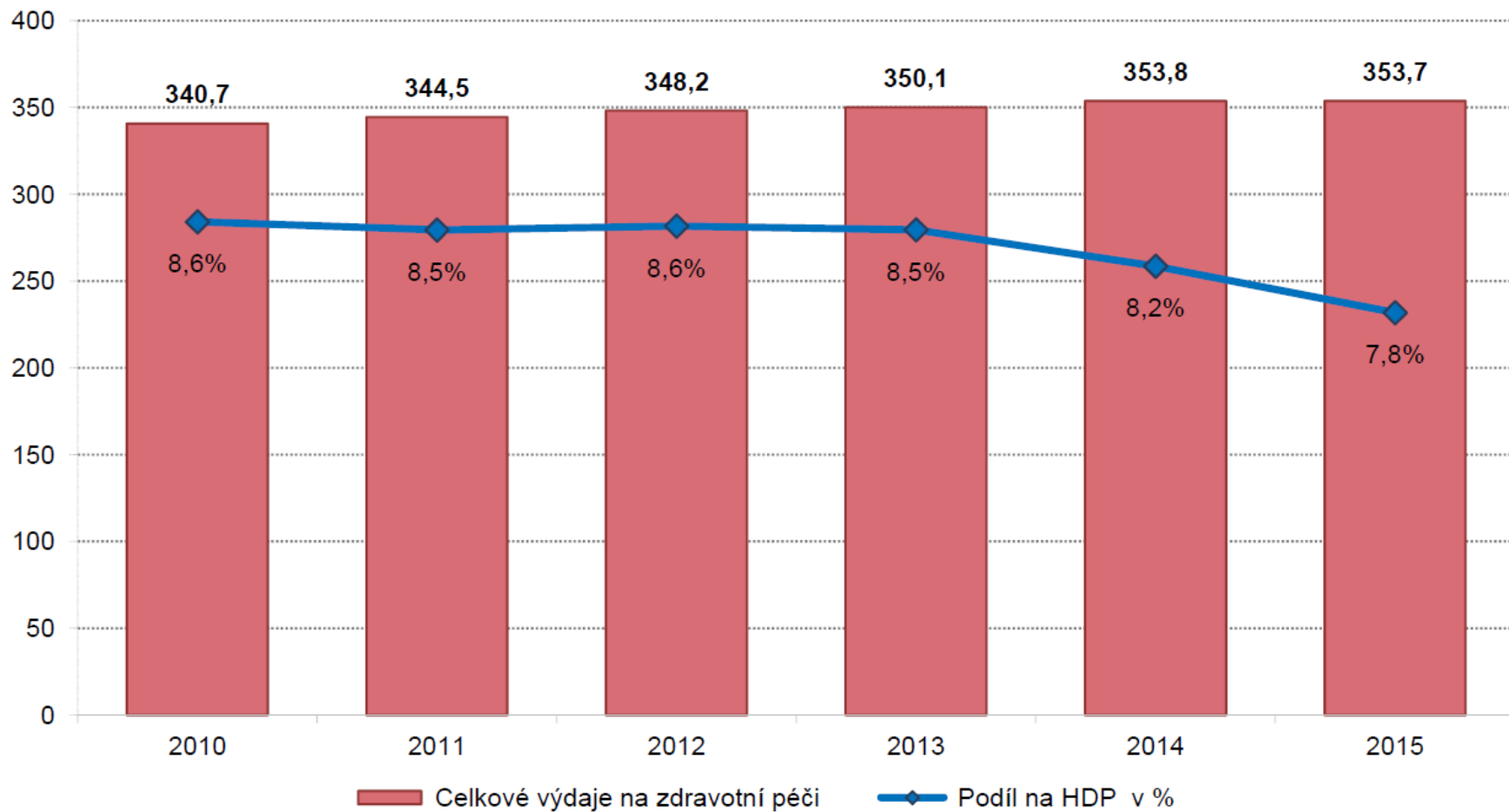
Hlavní zdroje financování zdravotnictví

- **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

Graf č. 2.1 Vývoj celkových výdajů na zdravotní péči v ČR a jejich podílu na HDP, 2010 - 2015 (mld. Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

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

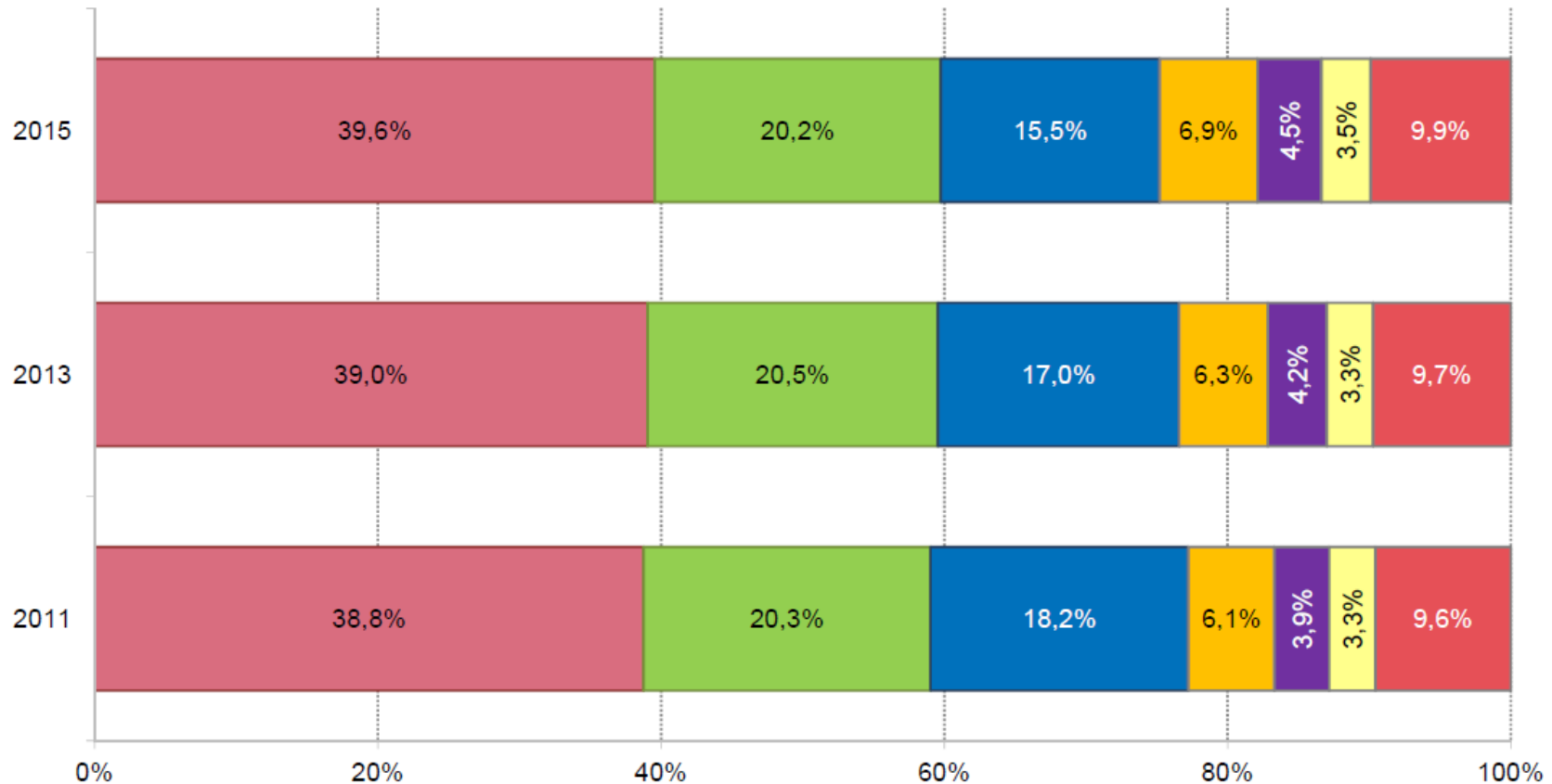
Hlavní zdroje financování zdravotnictví

- **Veřejné zdravotní pojištění (68 %)**
 - občané
 - stát
 - zaměstnavatelé
- **Státní a místní rozpočty (17 %)**
 - státní (státní rozpočet – výzkum a vývoj, vzdělávání zdr. prac., provoz MZ, dotace pro ZZ, odbory zdravotnictví jednotlivých krajů, SZÚ, ÚZIS, SÚKL, hlavní hygienik)
 - krajské a obecní (krajský, obecní rozpočet – ZZ, preventivní a výchovné programy, dotace pro ZZ ...)
- **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 zdr. péči jdou na léčebnou péči (142 mld. Kč)**
 - 60 % z toho jde na péči ambulantní (84 mld. Kč)
 - 36 % z toho jde na péči lůžkovou (51 mld. Kč)
 - 4 % ostatní léčebná péče (denní, domácí)
- **19 % výdajů jde na léčiva a ostatní zdravotnické pomůcky (68 mld. Kč)**
 - 86 % léčiva a jiné zdravotnické výrobky
 - 14 % výdaje na pomůcka (brýle, naslouchadla, berle, invalidní vozíky apod.)
- **12 % výdajů jde na dlouhodobou zdr. péči (42 mld. Kč)**
 - 82 % dlouhodobá lůžková zdr. péče
 - 14 % dlouhodobá domácí zdr. péče
 - 4 % denní dlouhodobá zdr. péče

Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele



■ Nemocnice

■ Zařízení ambulantní péče

■ Lékárny a výdej PZT

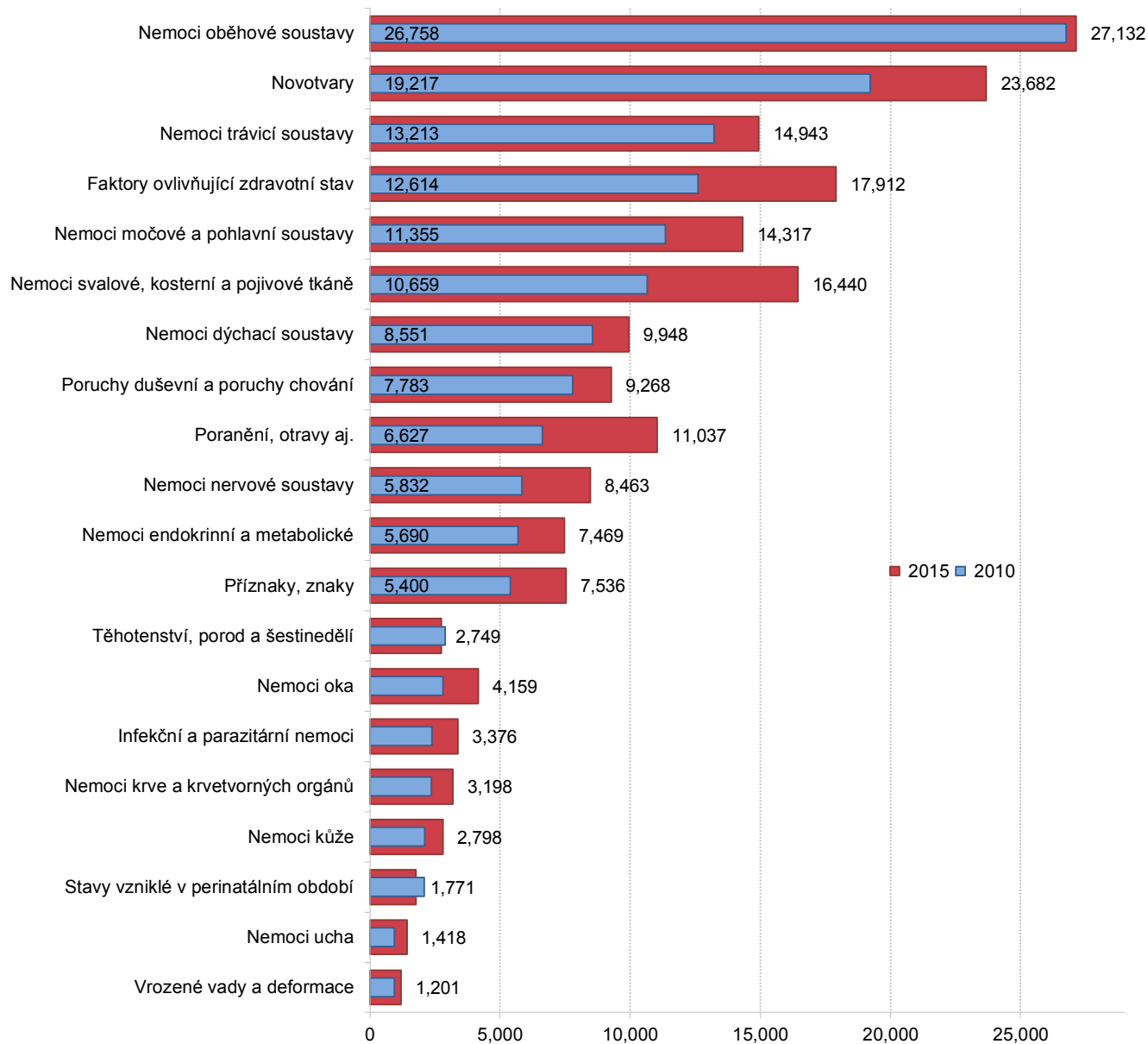
■ Lůžková zařízení dlouhodobé péče

■ Domácnosti jako poskytovatelé ZP

■ Poskytovatelé doplňkových služeb

■ Ostatní poskytovatelé

Výdaje pojišťoven na zdravotní péči podle diagnóz MKN-10



Porovnání průměrných výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví v letech 2010 a 2015 (v Kč)

Celkově byly v roce 2015 průměrné výdaje zdravotních pojišťoven na jednu pojištěnou ženu (23 326 Kč) o 7,6 % vyšší než průměrné výdaje na jednoho pojištěného muže (21 677 Kč).

Věková skupina	2010			2015		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
Do 4 let	17 666	14 361	32 027	19 113	16 672	35 785
5-9	11 156	9 514	20 670	10 089	8 520	18 609
10-14	11 014	11 822	22 836	10 280	10 357	20 637
15-19	9 667	11 659	21 326	10 219	12 329	22 548
20-24	8 345	11 412	19 757	8 409	11 554	19 963
25-29	9 618	15 907	25 525	9 271	15 103	24 374
30-34	10 281	17 854	28 135	10 318	16 860	27 178
35-39	10 922	14 566	25 488	11 794	16 307	28 101
40-44	15 088	17 168	32 256	13 352	16 630	29 982
45-49	15 761	18 675	34 436	16 261	19 279	35 540
50-54	23 815	25 436	49 251	20 960	22 598	43 558
55-59	28 516	26 057	54 573	28 125	26 195	54 320
60-64	39 756	30 036	69 792	37 220	30 109	67 329
65-69	45 612	40 172	85 784	47 511	28 332	75 843
70-74	54 245	47 241	101 486	47 879	45 525	93 404
75-79	62 624	50 086	112 710	63 113	51 353	114 465
80-84	65 217	53 670	118 887	65 115	57 337	122 452
85+	68 462	60 030	128 492	65 975	63 088	129 063
Celkem	21 267	23 445	44 712	21 677	23 326	45 003

Veřejné zdravotní pojištění

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

Veřejné zdravotní pojištění

„Železný kancléř“
Otto von Bismarck



„Moje myšlenka si klade za cíl získat pracující třídu. Můžu dokonce říct – uplatit ji státem.“

ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

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 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 – 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

- Zavedeno v roce **1992**
- Na počátku 90. velký počet zdravotních pojišťoven (až 27)
- V současnosti je v ČR **7 zdravotních pojišťoven**

Plátcí veřejného zdravotního pojištění

- Zaměstnavatelé a zaměstnanci
- Osoby samostatně výdělečně činné
- Stát

Z povinného zdravotního pojištění se hradí:

- Nezbytné lékařské úkony
- Zdravotnický materiál
- Některé léky

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 %)**

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
 - Dlouhodobá 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 ZP

- **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 ZP

- 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.

FORMY ÚHRAD ZE ZP

Formy úhrady

- neměly by motivovat poskytovatele k nabídce „nadbytečných“ zdravotnických výkonů
- neměly by motivovat poskytovatele k "nedostatečnému„ poskytování zdravotní péče (systém paušálních plateb)
- měly by garantovat úhradu oprávněných (nutných) nákladů poskytnuté zdravotní péče

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**
 - Definování skupin s klinicky a nákladově shodnými případy.

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.
- Platby: cca 80 % péče placeno DRG, 20 % hrazeno paušálem