

**6. PŘEDNÁŠKA**

# **EKONOMIE A ZDRAVÍ**

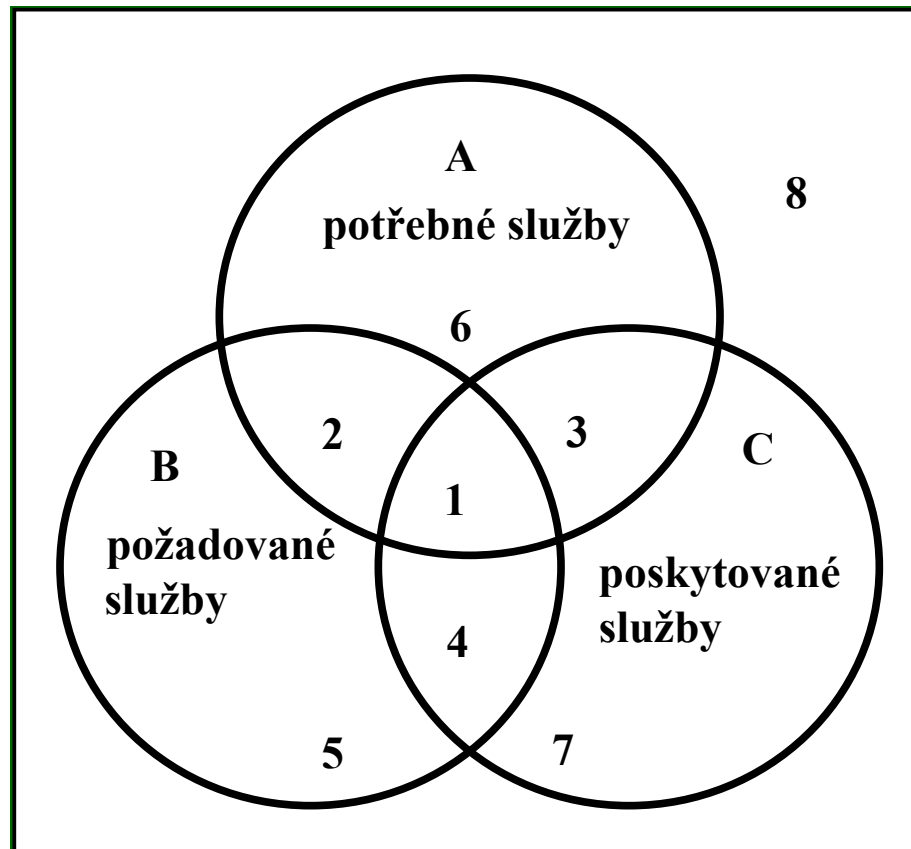
- **ZDRAVOTNÍ POTŘEBA**
- **ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY**
- **EKONOMIE ZDRAVOTNICTVÍ**
  - **TRH A TRŽNÍ SELHÁNÍ**
  - **FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ**
  - **VYHODNOCOVÁNÍ ZDR. SYSTÉMU**

# Potřeba, požadavky a spotřeba služeb

## Zdravotní potřeba

- Pociťovaná
- Profesionálně definovaná
- Normativní (objektivizovaná)

# ZDRAVOTNÍ POTŘEBA



- A. Potřebné služby (normativní potřeba),**
- B. Požadované služby (poptávka),**
- C. Poskytované služby (realizované)**

# OBSAH PÉČE O ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ

- Laická péče
- Odborná zdravotnická péče

# LAICKÁ PÉČE (*lay care*)

- Řešení zdravotních problémů jednotlivci, v rámci rodiny, známých či svépomocných organizací.
- Dělení:
  - **Sebepéče** (aplikace léků, péče o nemocného)
  - **Vzájemná pomoc** (stejná nemoc)
  - **Péče dobrovolníků** (zájmové a charitativní organizace)
  - **Svépomocné skupiny** (pacienti se stejnou nemocí či postižením, kluby zdravé výživy, rodiče odmítající povinné očkování aj.), působí v nich lékaři či jiní zdr. pracovníci
- 60 - 90% objemu zdravotní péče

# ODBORNÁ ZDRAVOTNICKÁ PÉČE

- individuální (*medical care*)
- kolektivní (*public health care*)

# INDIVIDUÁLNÍ PÉČE

Léčebně – preventivní péče, poskytovaná ve ZZ

Dělení podle stádia nemoci:

- Sanogenní činnost
- Protektivní činnost
- Vyhledávací činnost
- Diagnostická a prognostická činnost
- Léčení
- Návratná péče
- Udržovací péče
- Terminální péče



# POPULAČNÍ PÉČE

- Hygienická služba (péče o prostředí a protiepidemická služba)
- Zdravotní výchova
  - Zdravotní výchova
  - Edukace pacienta
  - Vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

# ZDRAVOTNÍ PÉČE PODLE ÚROVNĚ

- Primární péče
  - Praktický lékař, stomatolog, gynekolog, domácí péče, lékárny
- Sekundární péče
  - Ambulantní péče, zdravotní péče ve stacionářích a zdravotně - sociální péče ve ZZ
- Terciární péče
  - Ústavní lůžková péče v nemocnicích, léčebnách a odborných ústavech

# **Ekonomie zdravotnictví**

# Ekonomie a zdravotnictví

- Zdravotnictví – významný sektor NH
  - cca 250 000 pracovníků
  - necelých 8% HDP = 290 mld. Kč
    - (efekt vynakládaných peněz není lineární)
  - sektor, spojený s veřejnými penězi, ve kterém jdou proti sobě zájmy jednotlivých aktérů – to je ideální prostor pro korupci na různých úrovních (otázka plýtvání zdroji).

# Ekonomie

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

- **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.**

# Ekonomie zdravotnictví

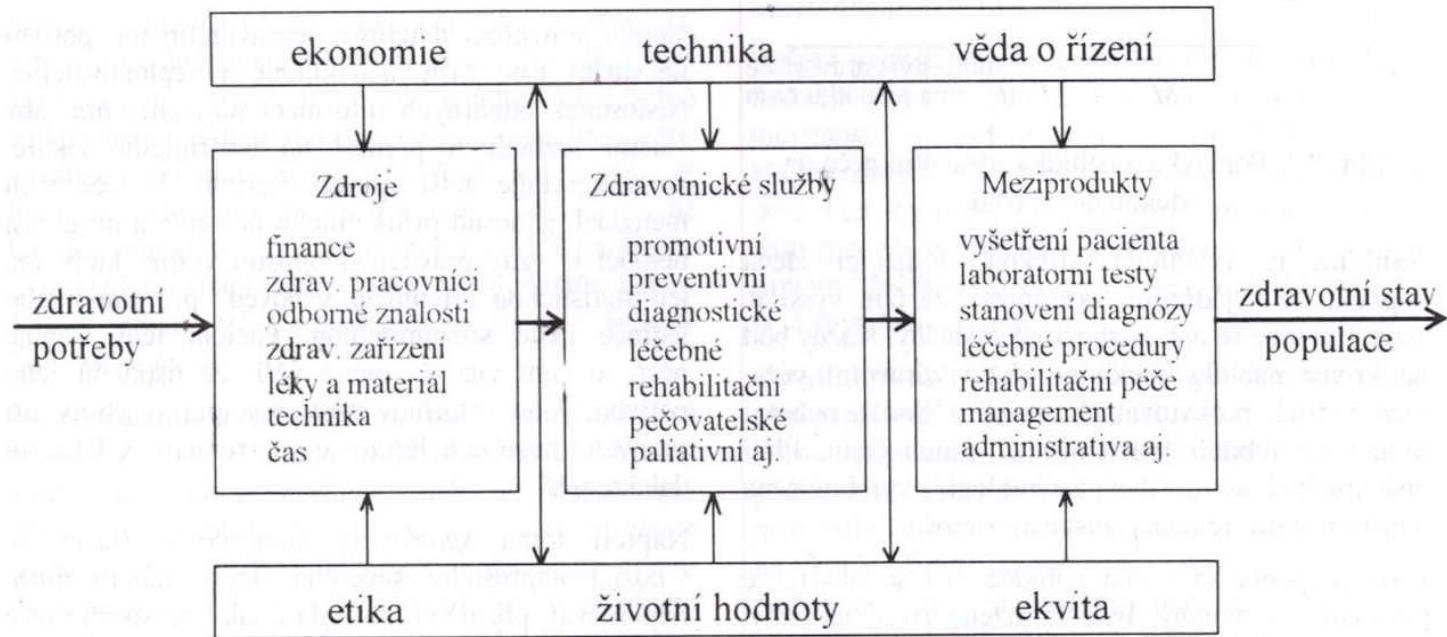
- ... řeší problematiku alokace (rozhodování komu, kam, kolik bude přiděleno) nedostatkových zdrojů (lidé, materiál, peníze) ve zdravotnickém systému...
- ... aby bylo dosaženo lepšího zdravotního stavu (u jedinců i populačních skupin) při minimálních nákladech...
- ... jen velmi zřídka jsou rozhodnutí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

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



# Ekonomie a etika v péči o zdraví



- Jádrem zdravotnického systému (zdroje, aktivity, meziprodukty) je vystaveno působení dvou základních (jakoby protilehlých) společenských sil, kterými jsou:
  - ekonomie, technologie a věda o řízení (*management*)
  - etika, hodnotové postoje a ekvita (*společenská 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.
  - **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 **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.**
- Primárně bychom se měli ptát v jaké společnosti chceme žít, co proto dokážeme udělat, zda a do jaké míry se chceme starat o děti, nemocné a seniory?

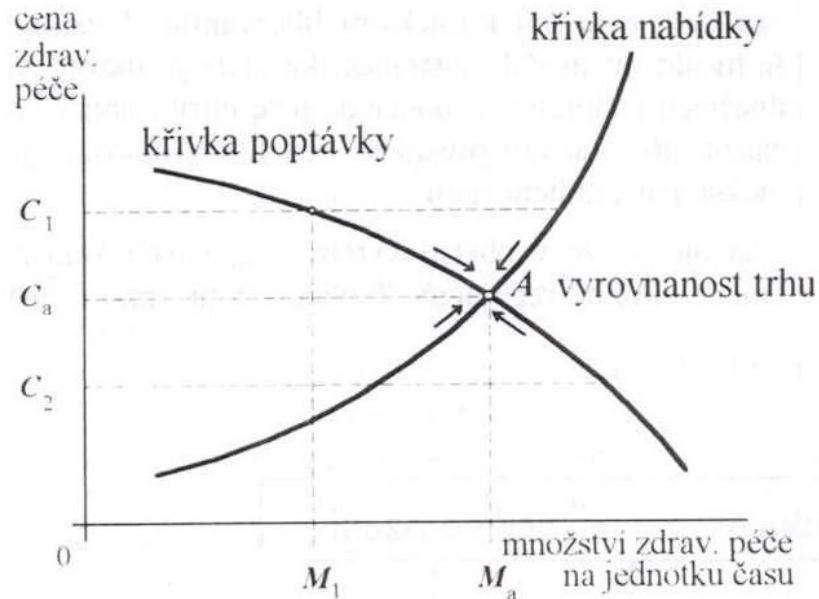
# Specifika zdravotnických služeb

- V demokratických společnostech s tržním hospodářstvím základní otázka zní: **Jsou zdravotnické služby běžným zbožím?**
- 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.

# Teorie nabídky a poptávky



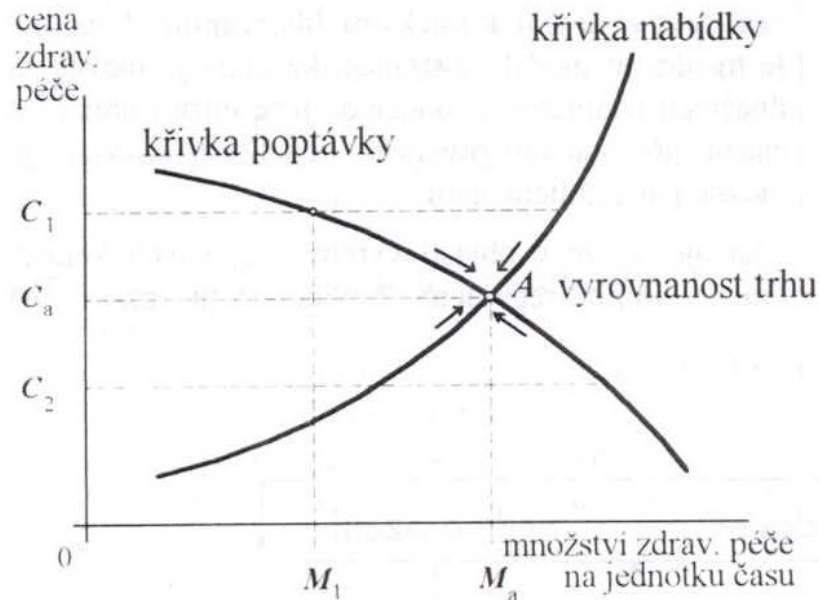
- **Poptávka**

- Roste s poklesem ceny
- Každý bod na křivce představuje, jak mnoho péče jsou spotřebitelé ochotni zaplatit za danou cenu.

- **Nabídka**

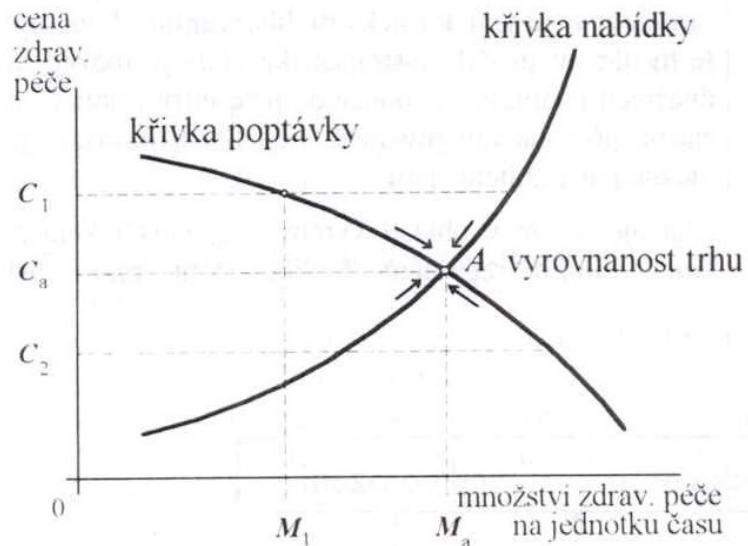
- Čím vyšší je cena, tím více služeb se nabízí
- Každý bod na křivce představuje množství péče, kterou jsou ochotni poskytovatelé prodat spotřebiteli za danou cenu.

# Teorie nabídky a poptávky



- Když se nabídka rovná poptávce, trh se nasytí, je dokonalý, vyrovnaný, bylo dosaženo **meze alokační efektivity** (bod A). Trh je maximálně efektivní, nedochází k žádnému plýtvání.
- Při ceně  $C_1$  je nabídka větší než poptávka, snižování cen, rozdíl se snižuje až dojde k rovnováze.
- Ceny také mohou klesat až do bodu  $C_2$ , kde poptávka převyšuje nabídku. Spotřebitelé jsou ochotni zaplatit více, aby se domohli více služeb. Ceny rostou zase až do rovnovážného stavu.

# Teorie nabídky a poptávky



- Ideální stav na trhu působením zákonitostí nabídky a poptávky není v oblasti péče o zdraví myslitelný:
  - Historický vývoj a socioekonomické a kulturní proměny společnosti vedly k významným zásahům státu v této oblasti, čímž došlo k deformaci trhu.
  - **Důvody k regulaci:**
    - **Nedokonalá informovanost**
    - **Nejistota výsledku**
    - **Etické hodnoty**



# 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 jako informovaný expert, jím navrhovaná léčba je odrazem objektivní potřeby pacienta, nikoli finančními potřebami 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.

# **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**

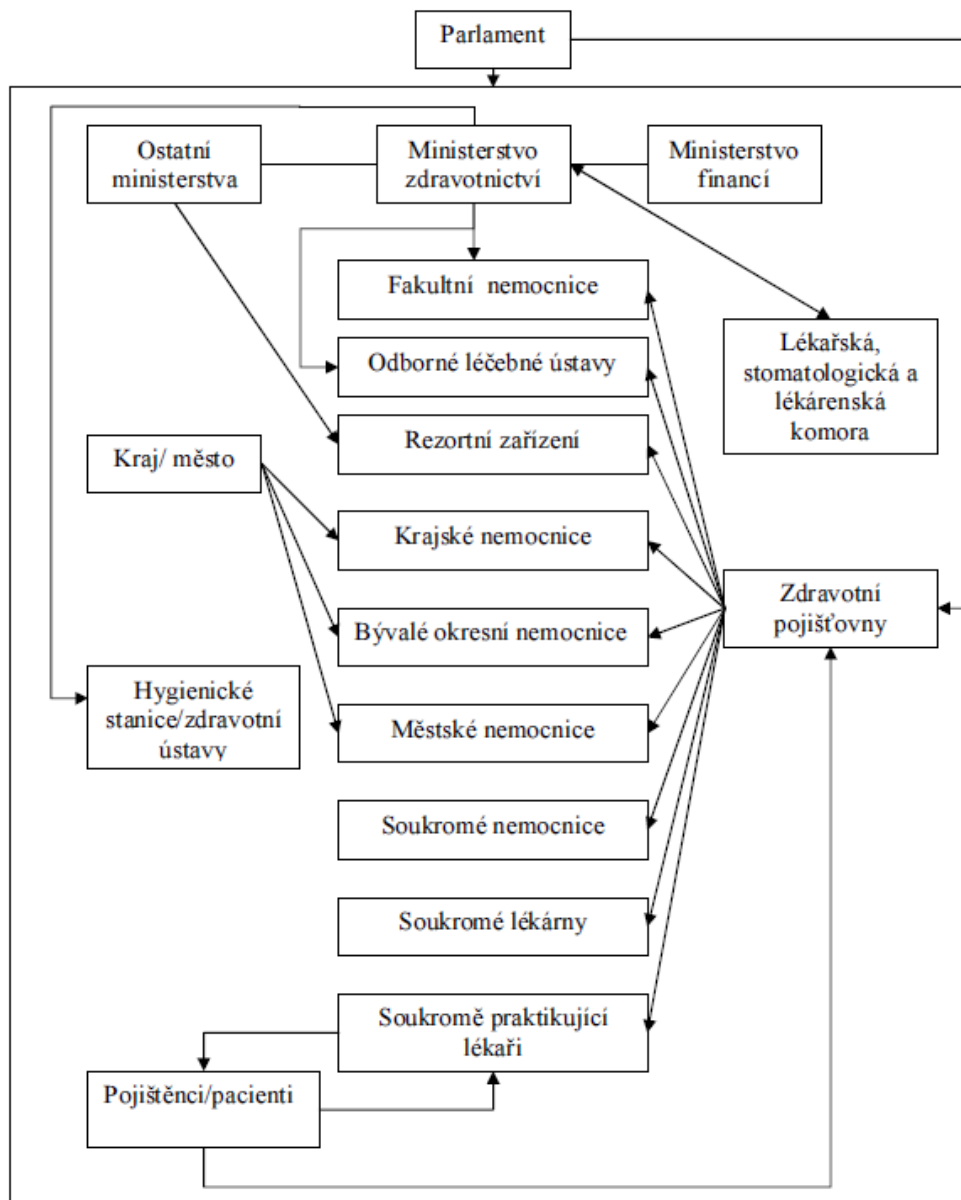
- Zdravotníci jsou státní zaměstnanci se stálým platem.
- Veškeré náklady jsou hrazeny ze státních fondů.

## **Totalitní typ**

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

# **FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ**

# Subjekty zdravotnického systému v ČR



# FINANCE

- **Kolik**
- **Kdy**
- **Kam**
- **Komu**
- **Za co**
- **Formy čerpání a uložení  
(úroky, daně)**
- **Co to přineslo**
- **Jak lépe**



# **ROZHODUJÍCÍ JSOU CÍLE, HODNOTY A PRIORITY**

- **Ekonomie a její metody by měly být nástrojem řízení.**
- **Jejich vhodnost by měla být posuzována podle toho, zda a do jaké míry pomáhají naplnit zvolené cíle, hájit a rozvíjet žádoucí hodnoty a zda respektují stanovené priority.**

# **DŮLEŽITÉ NÁSTROJE FORMOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU**

- **Politika**
- **Ekonomika**
- **Právo a legislativa**
- **Medicínské znalosti a kvalifikace i další odborné poznatky a zkušenosti**
- **Výchova (tradice, hodnoty)**

# Zdroje finančních prostředků

- **Veřejné a státní, všechny úrovně veřejné správy, daně, pojištění (veřejnoprávní)**
- **Soukromé – přímé, nepřímé, připojištění**
- **Zaměstnavatelé**
- **Lokální zdroje**
- **Cizí pomoc (zahraniční)**
- **Další – dary a loterie**

# 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)

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

*Total health expenditure (in mill. CZK)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 <sup>1)</sup>
Z veřejných prostředků <i>Public expenditure</i>	197 027	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>	22 828	22 851	21 439	26 034	20 781	16 863	
ze zdravotního pojištění	174 200	183 713	197 280	217 658	222 500	225 547	
Soukromé výdaje na zdraví <i>Private expenditure on health</i>	29 783	35 370	45 801	47 954	45 754	45 358	
Celkem <i>Total</i>	226 810	241 935	264 520	292 708	289 035	287 768	

<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 (78,8%)**
  - občané
  - stát
  - zaměstnavatelé
- **Státní a místní rozpočty (5,3%)**
  - státní (státní rozpočet)
  - krajské a obecní (krajský, obecní rozpočet)
- **Soukromé platby (15,9%)**
  - přímé platby za péči, léky, pomůcky ...
  - regulační poplatky
  - soukromé zdravotní pojištění
  - další soukromé platby (dary, sbírky)

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

*Total health expenditure (in mill. CZK)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 <sup>1)</sup>
 <i>Public expenditure</i>	197 027	206 563	218 719	244 754	243 281	242 410	
v tom: ze státního a místních rozpočtů <i>incl: state and territorial budget</i>	22 828	22 851	21 439	26 034	20 781	16 863	
ze zdravotního pojištění	174 200	183 713	197 280	217 658	222 500	225 547	
 <i>Private expenditure on health</i>	29 783	35 370	45 801	47 954	45 754	45 358	
 <i>Total</i>	226 810	241 935	264 520	292 708	289 035	287 768	

<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

# 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 citění 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**

# 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.
- **Minimální měsíční záloha** na zdravotní pojištění je 1 752Kč, max. 20 361Kč za rok.

# 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 (50,60 Kč na hodinu), 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 (a od 1. 7. 2014).

Stát platí zdravotní pojištění za cca 6 000 000 obyvatel ČR

# 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 v „úhardové vyhlášce“ na základě výsledku 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 min. 6 měsíců dopředu).

## Kritéria

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

# Zdravotní pojišťovny a počet jejich pojištěnců v roce 2012

- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna: **1,17 mil. (11,2%)**
- Oborová zdr. pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví: 702 tis. (6,7%)
- Revírní bratrská pokladna: 417 tis. (4,0%)
- Vojenská zdravotní pojišťovna: 627 tis. (6,0%)
- Všeobecná zdravotní pojišťovna: **6,25 mil. (59,5%)**
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda: 137 tis. (1,3%)
- Zdr. pojišťovna Ministerstva vnitra: **1,19 mil. (11,3%)**

# **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
  - ti, co pobývají v ČR neoprávněně

# 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.

### 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**

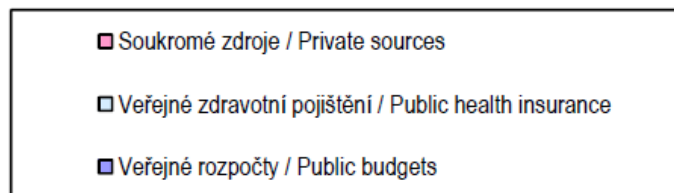
**2008: 264,5**

**2009: 289,6**

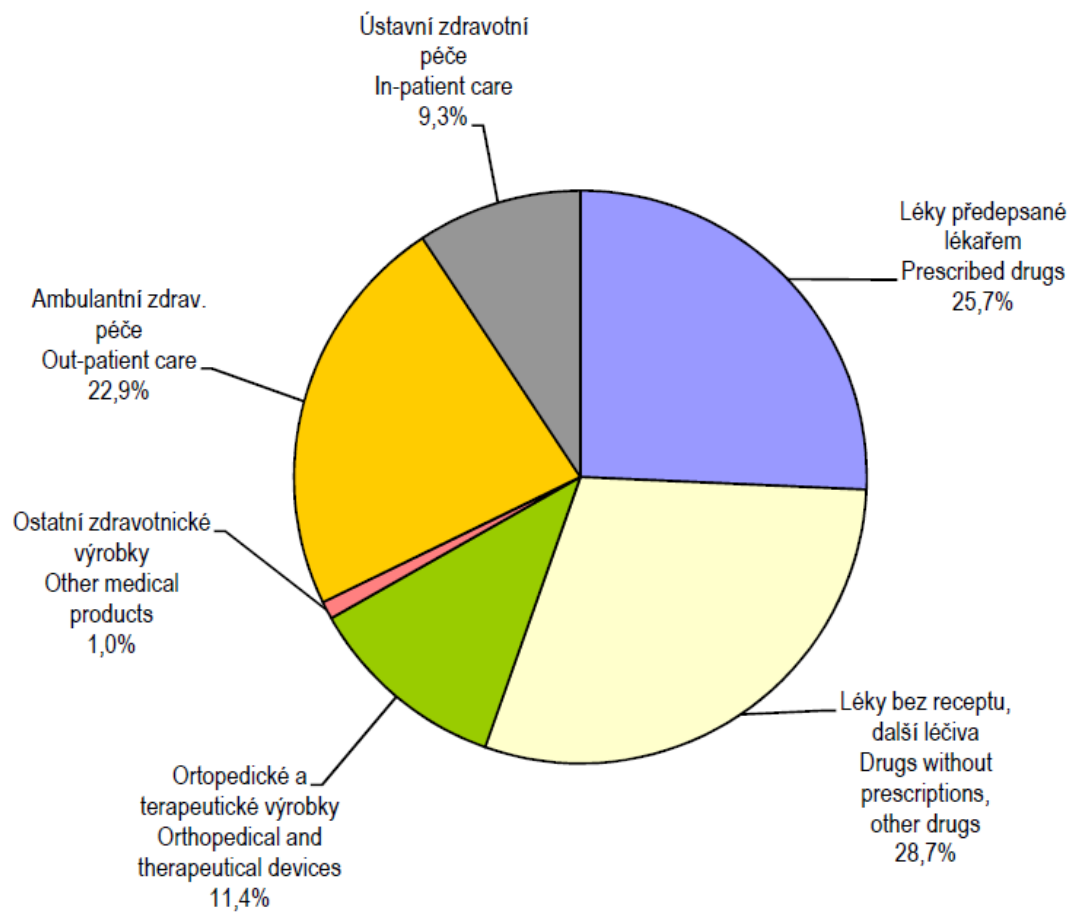
**2010: 290,4 (7,7% HDP)**

**2011: 288,6 (7,5% HDP)**

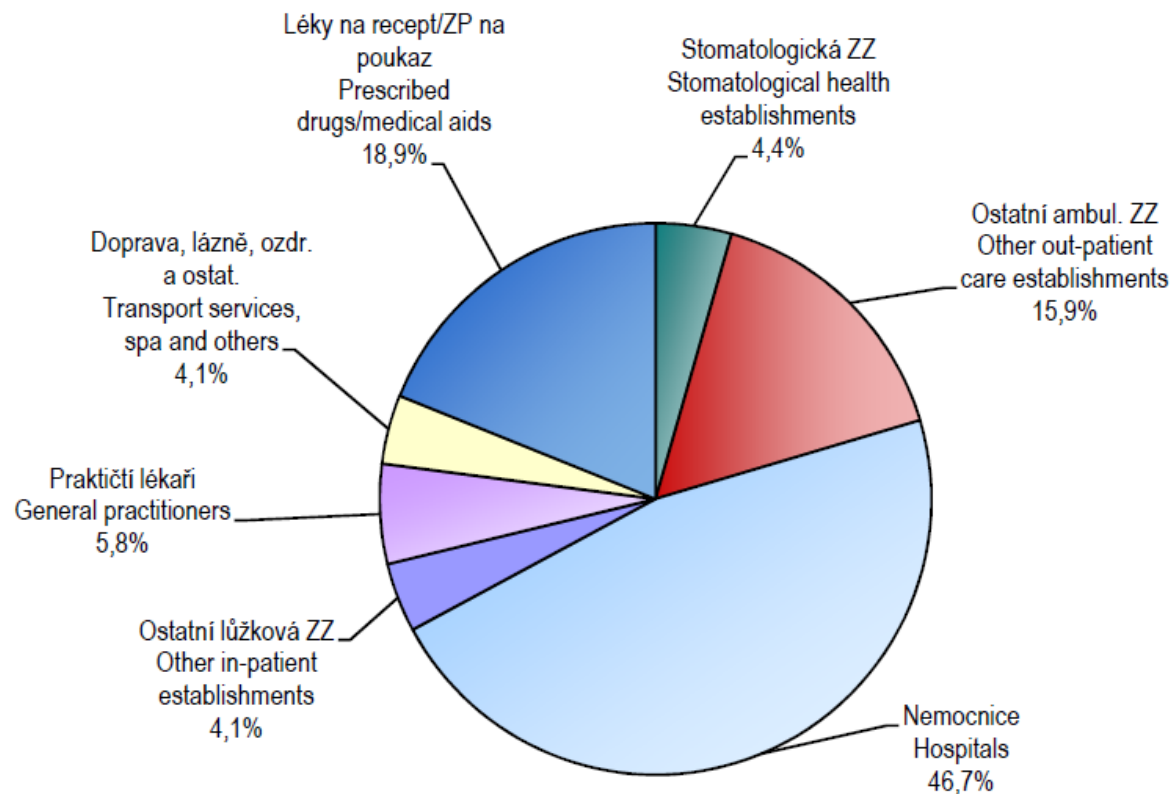
**2012: 293,6**



**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 %)*



**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 %)*



# 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

# **VYHODNOCENÍ FUNKCE ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB**

# Vyhodnocení

- Proces kritického **zvážení míry úspěchu** v dosažení cíle na základě pevně stanovených kritérií.

# Hlavní kritéria

- Nejčastějšími hodnotícími kritérii jsou:
  - Produktivita
  - Účinnost
  - Efektivita
  - Kvalita

# Produktivita

- V ekonomii je definována jako **množství výrobků připadajících v průměru na jednoho pracovníka.**
- **Výrobkem ve zdravotnictví** jsou odborné činnosti, **zdravotnické služby**, léčebné, preventivní, laboratorní výkony apod.
- Produktivita je tedy **výkonnost** – např. **průměrný počet** vyšetřených pacientů, operací, návštěv v rodině **na jednoho lékaře a hodinu.**

# Produktivita

- **Produktivita nemocnice**
  - ukazatele využívání lůžkového fondu (obložnost, obrat lůžka, průměrná ošetrovací doba)
  - počet hospitalizovaných na 1000 obyv. spádové oblasti aj.
- Je nezávislá na účinnosti, efektivitě a kvalitě – musí být hodnocena spolu s těmito ukazateli.

# Ukazatel „cena – výkon“

- Kromě produktivity práce (výkonnosti) je důležitá také cena služeb.
- Ukazatel „cena – výkon“
  - Kolik stojí jeden ošetřovací den v nemocnici.
  - Jaká je cena jednoho vyšetření na počítačovém tomografu apod.
- Snižování nákladů je žádanou součástí hodnocení zdravotnických služeb.



# Účinnost a efektivita

# Účinnost (*effectiveness*)

- Definujeme jako **míru dosažené změny** ve srovnání s výchozím stavem nebo s předem stanoveným cílem.
- Změnou ve zdravotnictví je obvykle **zlepšení zdravotního stavu**
  - **objektivně** (vyléčení, prodloužení života, redukce symptomů, navrácení pracovní schopnosti)
  - **subjektivně** (spokojenost s výsledkem ošetření)

# Účinnost (*effectiveness*)

- **Individuální úroveň – účinnost terapie** (postupy, léky)
- **Populační úroveň – účinnost zdravotnického programu** (preventivní programy)
- **Obtíže s hodnocením účinnosti**
  - zvláště u populačních opatření – mnoho intervenujících faktorů, dlouhá doba od zavedení programu do prvních výsledků

Skutečná účinnost nových léčiv a terapeutických procedur (prověřená dlouhodobými epidemiologickými studiemi) je „neznámá“ ⇒ intuitivní, manipulovatelná polypragmázie ⇒ nízká efektivita léčebné medicíny.

# Efektivita (*efficiency*)

- Efektivita je snaha **s minimálními prostředky** dosáhnout **maximálního prospěchu**.
- Je to **vztah mezi vstupními náklady a výstupním cílem**.
- Ve zdravotnictví jde o to organizovat zdravotní péči tak, abychom dosahovali zlepšení zdravotního stavu a uspokojování zdravotních potřeb s nejmenšími finančními náklady.
- Při hodnocení efektivity se nikdy nesmí ztrácet ze zřetele, že **nejde primárně o zisk, ale o humánní hodnoty**, o zdraví lidí a celé společnosti.

# Metody stanovení efektivity

- Metoda „cena – výkon“
- 

- Metoda „cena – zisk“ (*cost–benefit*)
- Metoda „cena – účinnost“ (*cost–effectiveness*)
- Metoda „cena – utilita“ (*cost–utility*)

# Metoda „cena – zisk“

- Užívá se, pokud lze **výstup zdravotní péče měřit ve stejných jednotkách jako náklady, tj. v korunách**
  - *Zkrátíme-li účinnou léčbou dobu hospitalizace, zisk lze vyjádřit **ušetřenými provozními náklady** v korunách.*
  - *Zkrácení doby pracovní neschopnosti lze přibližně ocenit **přínosem vyléčeného člověka** pro národní hospodářství v korunách.*
- **Analýza:** Cenu a zisk porovnááme pomocí podílu (kolikrát) nebo rozdílu (o kolik) je cena větší nebo menší než zisk.
- **Obtíže:** Převedení výstupu na peníze. (Jak penězi vyjádřit např. záchranu života?)

# Metoda „cena – účinnost“

- **Výstup** zdravotní péče můžeme vyjadřovat **obvyklými biomedicínskými ukazateli**, úmrtností, nemocností apod.
- **Analýza:** Srovnávání několika léčebných postupů (nebo preventivních programů), u kterých se sleduje cena a **účinnost, vyjádřená např. počtem odvrácených úmrtí nebo počtem dnů rekonvalescence.**
- **Obtíže:**
  - Metoda je vhodná, když máme rozhodnout mezi postupy (programy), jsou-li **stejně velké buď ceny, nebo náklady.** Avšak jsou-li cena i náklady srovnávaných postupů (programů) rozdílné, nejde o ekonomické, ale sociálně-etické rozhodnutí.

# Metoda „cena – utilita“

- **Výstupem** je míra subjektivně pocíťovaného zdraví. Používají se standardizované dotazníky. Oblíbenou mírou utility je QALY (*Quality Adjusted Life Years*).
- **Analýza:** Srovnávání efektivity různých operačních výkonů.

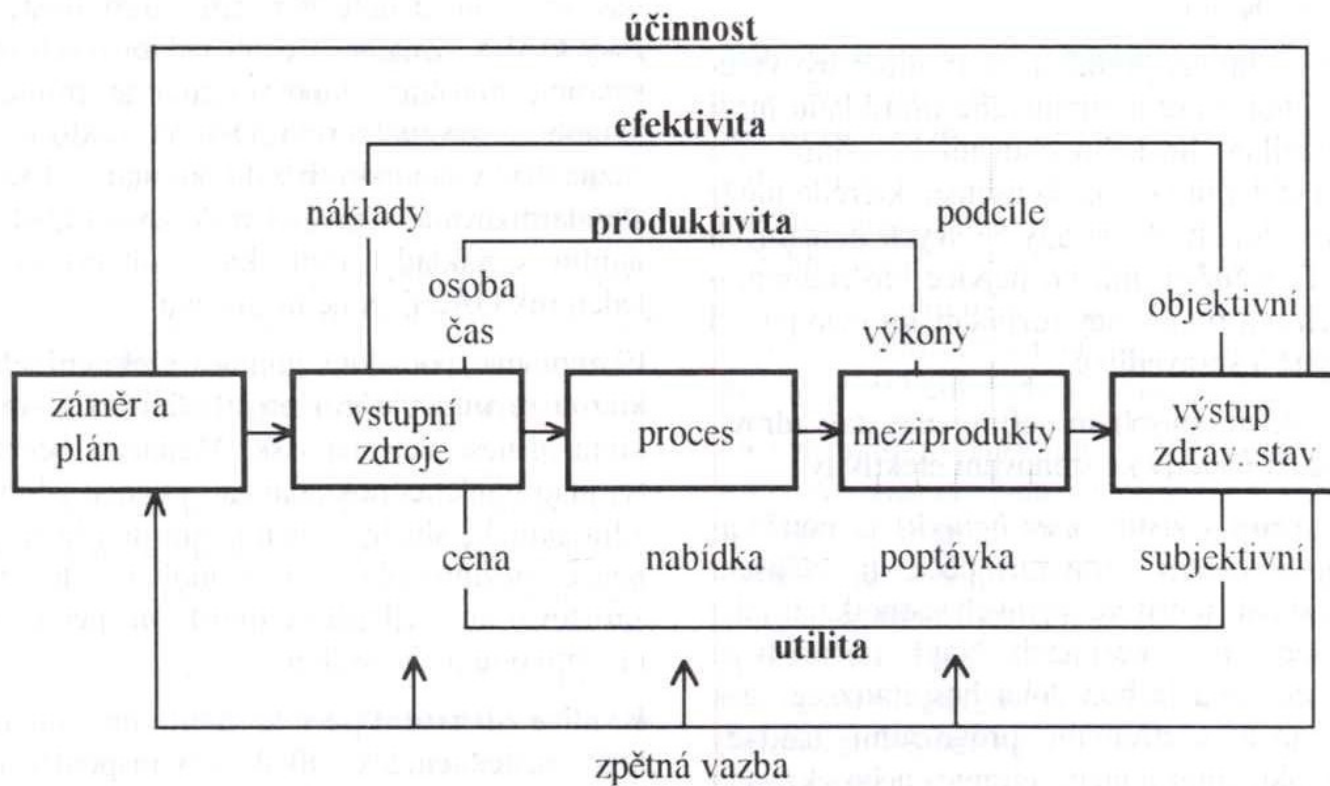
*Po operaci jsou pacienti dlouhodobě sledováni – počítají se dny, po které se cítí bez potíží. Součet dnů se dělí 365, čímž dostaneme upravené roky QALY. Známe-li cenu operačního výkonu, lze stanovit cenu za jeden rok QALY a následně určit, která intervence poskytne jeden rok QALY za nejnižší cenu.*



# Alokační efektivita

- Z ekonomického hlediska je považováno za racionální vkládání prostředků do takových oblastí, které **přinášejí největší zisk.**
  - **Ve zdravotnictví** je tendence pokládat za výsledek zdravotní péče zdravotnické služby – jejich kvantitu a kvalitu. Jsou to však jen meziprodukty – **skutečným výsledkem je zdraví jedince či populace.**
  - Nejlepší účinnost a nejvyšší efektivita dílčích zdravotnických služeb mohou, ale nemusí zaručovat nejlepší účinnost, ani nejvyšší efektivitu zdravotnického systému jako celku.

# Hodnotící vztahy v systému zdravotní péče



# **Kvalita zdravotní péče**

# Kvalita

- Intuitivně chápaný pojem
- Subjektivita
- Z toho plyne i nespočetné množství výkladů a definic:
  - *Dělat správné věci správným způsobem.*
  - *... způsob provedení výkonu podle platných odborně technických norem.*
  - *Souhrn všech možných hodnotících kritérií, jako jsou: odbornost, účinnost, efektivita, utilita, potřebnost, neškodnost, spravedlnost, lidská důstojnost.*

# Kvalita zdravotní péče

- Hodnocení kvality péče znamená měření a posuzování
  - medicínských
  - technických
  - ekonomických
  - interpersonálních
  - psychologickýcha jiných aspektů zdravotnických služeb.

# Kvalita zdravotní péče

Posuzování podléhá všechny 3 články systému:

## 1. struktura

- zařízení a jejich vybavení, odborná způsobilost pracovníků, organizace práce aj.

## 2. proces

- styk pacienta s lékařem, aktivity všeho druhu, řízení aj.

## 3. výsledky

- objektivně měřitelné výstupy, spokojenost pacientů apod.

# Kvalita zdravotní péče z hlediska pacienta

- navrácení zdraví,
- fyziologické, pracovní a jiné sociální funkce,
- spokojenost se službami a zacházením

# Kvalita zdravotní péče z hlediska lékaře

- dobré provedení odborně technické stránky ošetření



# Kvalita zdravotní péče z hlediska řídícího subjektu

- ekonomická stránky provozu a bezkonfliktnost vztahů

# **Dostupnost zdravotní péče**

# Dostupnost

- Je jedním z **důležitých cílů** všech zdravotních systémů.
- Důležité je najít „**správnou**“ míru dostupnosti (včasná pomoc x plýtvání).

# Základní dimenze dostupnosti

- Geografická
- Ekonomická
- Organizační
- Odborně medicínská
- Časová
- Psychosociální
- Sociokulturní

# **PLÝTVÁNÍ VE ZDRAVOTNÍ PÉČI**

# PLÝTVÁNÍ

**Plýtvání je nedbalá, popřípadě bezohledná nebo rozmařilá spotřeba zdrojů provázená nízkou (povětšinou spíše neznámou a podezření vyvolávající) efektivitou.**

# PLÝTVÁNÍ

**Vysoké náklady nemusejí  
znamenat plýtvání.**

**Vysoká efektivita  
zdravotnického zařízení není  
zárukou toho, že k plýtvání  
nedochází.**

# PLÝTVÁNÍ

**Plýtvání může být i výsledkem snahy ušetřit za každou cenu.**

**V širším slova smyslu může být příčinou plýtvání jak nemístná aktivita, tak pasivita.**



# PLÝTVÁNÍ

- **Nevyužité kapacity zdravotnických zařízení,**
- **nedostatečná zdravotní výchova občanů,**
- **neúčinná motivace zdravotnických pracovníků**
- **nebo nezájem o aktuální zdravotní situaci a činnost zdravotního systému**

**může vést ke značným ztrátám, jejichž alespoň částečné zvládnutí se potom stává zdrojem dalších a dalších nadbytečných nákladů.**

# PLÝTVÁNÍ

- **Nejde tedy jen o to, aby veškerá práce ve zdravotnictví byla dělána efektivně,**
- **neméně důležité je, aby zbytečná práce nebyla dělána vůbec a aby práce potřebná byla skutečně vykonána.**

# PLÝTVÁNÍ

**V tomto smyslu je plýtvání úzce spojeno se zdravotní potřebou, potřebou zdravotnických služeb i se systémovým pojetím zdravotní péče a zdravotnictví.**

# PLÝTVÁNÍ

Je zřejmé, že plýtvání se do značné míry týká zdrojů. Je ale vhodné zdůraznit, že nejde jen o ekonomickou kategorii.

Důležitý je rovněž **užitek, který zdroje měly, resp. mohly přinést**. Užitek je v tomto pojetí širokou kategorií sociální, která má bezprostřední vazbu na sociální a individuální hodnoty i zájmy.

# PLÝTVÁNÍ

**To, co se někomu jeví jako plýtvání, může pro jiného znamenat přínos. Není ale sporu o tom, že existují i společná stanoviska skupinová, resp. obecná, která ve snaze omezit plýtvání umožňují získávat širší podporu jak odborné, tak občanské veřejnosti a účinně zvládat plýtvání v systému zdravotní péče jako celku.**

# PŘÍČINY PLÝTVÁNÍ

## POLITICKÁ ÚROVEŇ

- Téměř každé politické rozhodnutí na všech politických úrovních má zdravotní a ekonomické důsledky.
- Řízení orientované na **krátký časový horizont**, provázené podceněním **koncepční práce** i **rozhodování** s velkým dosahem **bez nezbytné informační a výzkumné základny**.
- Podcenění řízení, koordinace činností a kontroly vede k bezostyšnému **prosazování dílčích individuálních a skupinových zájmů**. To je v řadě případů příčinou plýtvání.

# PŘÍČINY PLÝTVÁNÍ 4

## MANAŽERSKÁ ÚROVEŇ

- Rozhodnutí se má týkat **souhrnné funkce jednotlivých komponent zdravotnického systému** a nejen hospodaření s materiálem (zásoby), zajištění dopravy a dalších technických služeb, personální skladby (věková a kvalifikační struktura) apod.
- K plýtvání nemusí vést jen nedbalost, ale např. i nemístná horlivost, nebo dokonce šikovnost manažera, který dokáže **prosadit zájmy určitého zdravotnického zařízení na úkor ostatních článků zdravotnického systému.**

# PŘÍČINY PLÝTVÁNÍ

## ZDRAVOTNIČTÍ PRACOVNÍCI

- určitý systém odměňování vyvolává práci zbytečnou či nákladnou, nebo vede k nízké produktivitě, či dokonce k nečinnosti
- někdy okolnosti vedeou k tomu, že kladou větší důraz na léčbu než na prevenci, anebo že svou pozornost věnují spíše velmi komplikovaným a nákladným postupům a výjimečným případům, než řešení prioritních zdravotních problémů.



# PŘÍČINY PLÝTVÁNÍ

## PŘÍJEMCI

- K plýtvání vede jak snížená dostupnost zdravotnických služeb, tak přehnané požadavky. Někteří nemocní se mohou mylně domnívat, že zdravotní službu nepotřebují, jiní naopak mají tendenci zneužívat zdravotní systém.

# PŘÍČINY PLÝTVÁNÍ

Všechny úrovně a účastníci zdravotního systému by si měli uvědomit, že každé plýtvání je ohrožuje, a měli by hledat cesty, jak plýtvání omezit.

# PŘÍČINY PLÝTVÁNÍ

Citlivým, těžkým a obtížně zvladatelným problémem jsou podvody a korupce spolu s neúčinnou kontrolou a postihy.

# PŘÍČINY PLÝTVÁNÍ

Jakákoli pravidla spravedlivé a hospodárné alokace zdrojů jsou devastována, pokud se zdroje stávají předmětem nepotrestaných podvodů a krádeží.

# NA KOLIK PLÝTVÁNÍ PŘIJDE

- Jsou k dispozici jen odhady.
- Nejsou dostatečně specifikovány pojmy, chybí potřebné informace i věrohodné a srovnatelné metody rozboru.
- Odhaduje se, že plýtvání dosahuje až 50% nákladů na zdravotnictví a že z toho až polovina je způsobena nízkou produktivitou.

# NA KOLIK PLÝTVÁNÍ PŘIJDE

Řada forem plýtvání se jen obtížně kvantifikuje.  
Např., když

- zdravotnický pracovník nemá možnost uplatnit svou kvalifikaci
- je systémem veden k pasivitě,
- popřípadě je frustrován a demotivován - potom klesá nejenom jeho výkonnost, ale i zájem o takové aktivity, které by problémem plýtvání pomohly řešit.

# JAK OMEZIT PLYTVANI

## Léková politika

Odhaduje se, že náležitou lékovou politikou, monitorováním nákladů, průběžnou kvantifikací potřeb, náležitým skladováním, preskripcí a vhodným poučením pacientů by bylo možné ušetřit až 85% nákladů na léky.

# JAK OMEZIT PLYTVÁNÍ

## Posílení informační a výzkumné práce

Sběr, analýza a plné využívání informací patří k poměrně nákladným činnostem. Zkušenost však mnohokrát doložila, že nejnákladnější je neznalost.



# JAK OMEZIT PLÝTVÁNÍ

**Politická rozhodnutí jsou komplikována skutečností, že musí být šita na míru konkrétního systému. Je důležité si uvědomit, že výsledky výzkumu v mnoha oborech medicíny lze převzít ze zahraničí, ale hlavní podíl užitečného výzkumu v oblasti veřejného zdravotnictví se musí udělat doma.**

# JAK OMEZIT PLÝTVÁNÍ

V úvahu přichází např. koncepční práce, (cílevědomá tvorba, realizace i hodnocení zdravotní politiky, a to v návaznosti na veřejnou kontrolu) rozhodování o síti zdravotnických zařízení, změna pravidel pojištění, legislativní práce, některé ekonomické nástroje apod.

# JAK OMEZIT PLÝTVÁNÍ

**Změny v řízení (management) -**  
např. lepší personální práce,  
automatizace provozu laboratoří,  
zlepšení skladového hospodářství,  
organizace dopravy apod. Důležité je  
posílit kompetence manažerů tak, aby  
mohli účinněji zasahovat proti  
plýtvání.

# JAK OMEZIT PLÝTVÁNÍ

- **Odborná příprava zdravotnických pracovníků a jejich vhodná motivace** – bude zřejmě hlavním nástrojem pro navození potřebných změn.
- **Výchova a styk s veřejností** – je vedena snahou zlepšit využívání zdravotnických služeb občany.

# **JAK OMEZIT PLÝTVÁNÍ**

- **Naučit se chránit veřejné peníze**
- **HTA (Health technology assessment)**
- **HIA (Health impact assessment)**
- **Regulace podnikatelského chování v medicíně**
- **Naučit se oceňovat dobrou práci, kvalifikaci a kompetenci**

# PŘÍKLAD – NORSKO (1)

Tím, že zdravotní systém spotřebovává hodně společenských zdrojů, dostává se do úzkého kontaktu s mocí, jejíž průvodní charakteristikou je riziko zneužití, ať už jednotlivcem nebo určitou skupinou. Jedinou možností, jak tomuto riziku čelit, je vystavit zdravotní systém důsledné kontrole a kritice, a to jak zvnějšku, tak zevnitř. Otevřenost a srozumitelnost jsou základními **morálními předpoklady** pro funkci organizací a jednotlivců, kteří moc vykonávají a jsou jejími reprezentanty.