

ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY

PÉČE O ZDRAVÍ A ZDRAVOTNICTVÍ

- Laická péče
- Odborná zdravotnická péče

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

ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY

ODBORNÁ ZDRAVOTNICKÁ PÉČE

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

INDIVIDUÁLNÍ PÉČE

Léčebně – preventivní péče, poskytovaná jednotlivcům obvykle ve ZZ

Dělení podle stádia nemoci:

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

KOLEKTIVNÍ PÉČE

Hygienická služba

- Zdravotní ústavy, KHS
- Hygienické obory a Epidemiologie infekčních nemocí
- Péče o životní a pracovní prostředí, protiepidemická opatření

Výchova obyvatelstva ke zdraví

- Velice efektivní preventivní opatření
- Probíhá v rámci individuální i kolektivní péče o zdraví
- Jde o výchovu zdravých lidí, o edukaci pacientů i o vzdělávání zdravotnických pracovníků

ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY

Podle komplexnosti poskytované péče:

- **Primární péče**

- PL, ZL, praktický gynekolog, lékárny, domácí péče

- **Sekundární péče**

- Ambulantní specialisté, krajské a obecní nemocnice

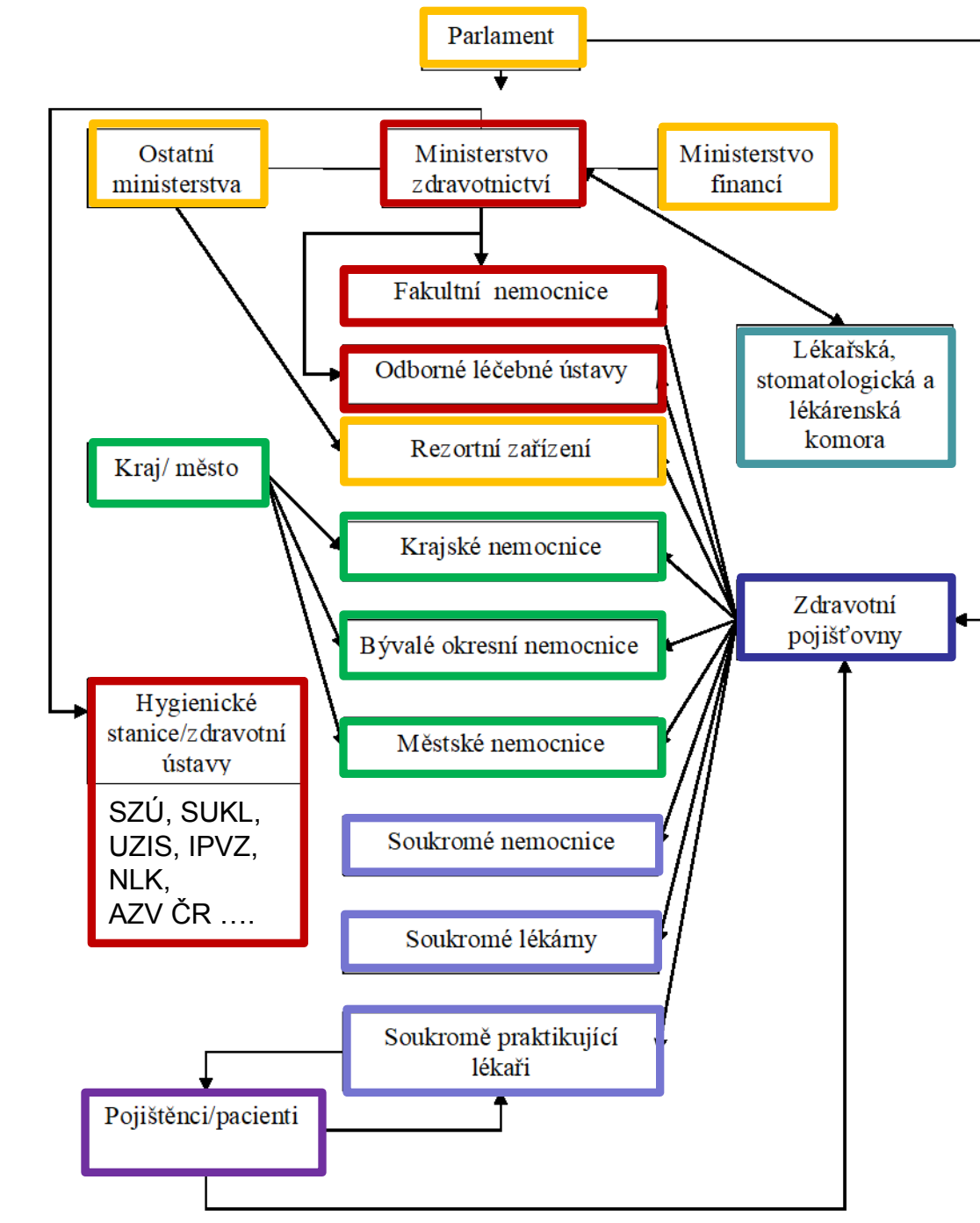
- **Terciární péče**

- Nejkomplexnější péče - FN, IKEM ...

**ZDRAVOTNÍ
POTŘEBA
A
ZDRAVOTNICTVÍ**

ZDRAVOTNICTVÍ

- Poskytování zdravotnických služeb s cílem uspokojit zdravotní potřeby lidí.
- Je tvořeno soustavou institucí a zdravotnických zařízení – tzv. subjektů zdravotnictví a vztahy mezi nimi.



Sít' zdravotnických zařízení

- **31 200 zdravotnických zařízení**
 - 21 800 samostatných ordinací (PL a ambulantní specialisté)
- **250 000 zaměstnanců**
- 31 200
 - **190** státní
 - **230** krajských
 - **160** městských/obecních
 - **30 600** zřizuje fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba

Zdravotniční pracovníci

- 48 867 lékařů
- 107 441 samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů – ZPBD
- V průměru v České republice: na 1 lékaře 216 obyvatel.

Státní ZZ

- 20 % všech lékařů
- 25 % všech ZPBD

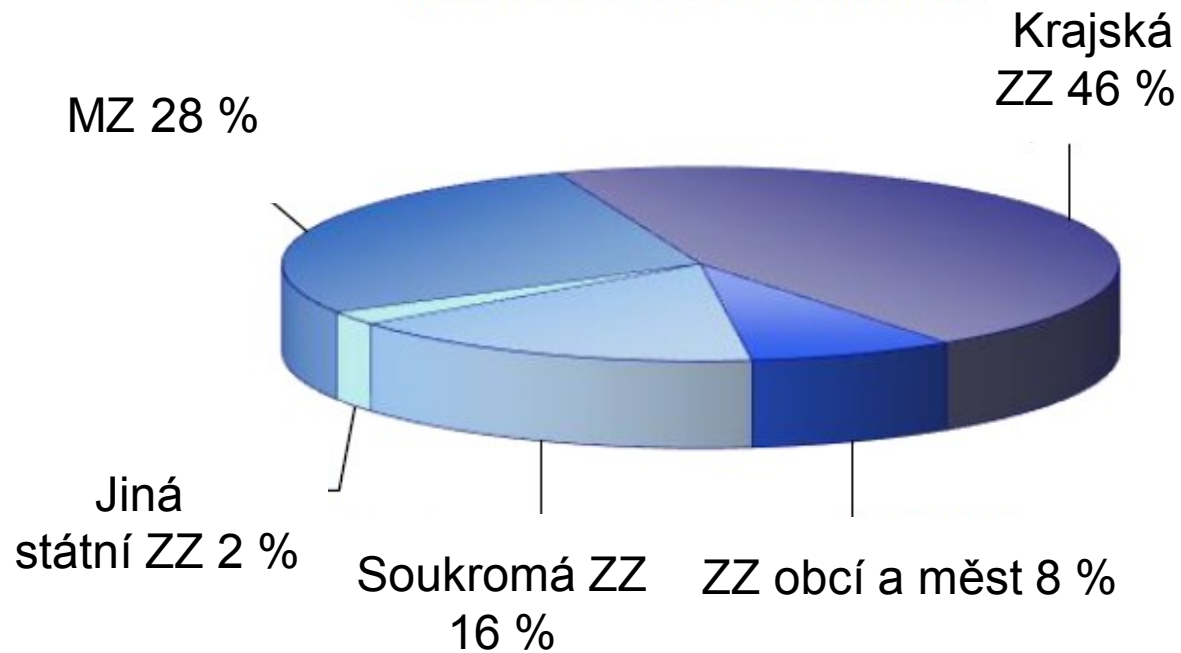
ZZ krajů, měst a obcí

- 23 % všech lékařů
- 32 % všech ZPBD

Soukromá ZZ

- 57 % všech lékařů
- 43 % ZPBD.

Struktura lůžek v nemocnicích podle zřizovatele
Structure of hospital beds by founder



ABSOLUTNĚ

Kraj	lékaři	ZL	F
Hl. m. Praha	8 670,2	1 532,2	966,7
Středočeský kraj	3 835,9	629,4	570,5
Jihočeský kraj	2 224,8	397,0	334,0
Plzeňský kraj	2 252,3	420,9	311,1
Karlovarský kraj	1 126,4	160,2	180,7
Ústecký kraj	2 594,9	422,5	370,9
Liberecký kraj	1 456,7	280,0	244,0
Královéhradecký kraj	2 095,5	429,3	421,6
Pardubický kraj	1 759,7	289,1	325,0
Kraj Vysočina	1 621,8	311,9	276,7
Jihomoravský kraj	5 125,0	990,1	898,5
Olomoucký kraj	2 615,5	459,1	364,4
Zlínský kraj	1 855,4	393,5	339,2
Moravskoslezský kraj	4 372,3	780,4	697,4
Celkem ČR	41 606,3	7 495,4	6300,8

NA 10 000 OBYV.

Kraj	lékaři	ZL	F
Hl. m. Praha	68,12	12,04	7,60
Středočeský kraj	28,77	4,72	4,28
Jihočeský kraj	34,85	6,22	5,23
Plzeňský kraj	38,99	7,29	5,39
Karlovarský kraj	37,89	5,39	6,08
Ústecký kraj	31,56	5,14	4,51
Liberecký kraj	33,09	6,36	5,54
Královéhradecký kraj	38,02	7,79	7,65
Pardubický kraj	34,07	5,60	6,29
Kraj Vysočina	31,85	6,13	5,43
Jihomoravský kraj	43,54	8,41	7,63
Olomoucký kraj	41,25	7,24	5,75
Zlínský kraj	31,76	6,74	5,81
Moravskoslezský kraj	36,09	6,44	5,76
Celkem ČR	39,38	7,09	5,96

ZDRAVOTNÍ POTŘEBA

- Tři typy
 - **subjektivně pocítovaná** potřeba
 - **profesionálně definovaná** potřeba
 - **normativní (objektivizovaná)** potřeba

Zdravotní potřeba může

- existovat objektivně,**
- být subjektivně vnímaná**
- a řešená, např. poskytnutím zdravotnické služby.**

8



ZDRAVOTNÍ POTŘEBY OBYVATELSTVA

Mění se – odrážejí demografické
a epidemiologické změny v populaci.

Roste ekonomická náročnost uspokojování
zdravotních potřeb obyvatelstva.

**PŘÍČINY
NÁRŮSTU
VÝDAJŮ NA
ZDRAVOTNÍ PÉČI**

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.

7. Očekávání lidí

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

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)

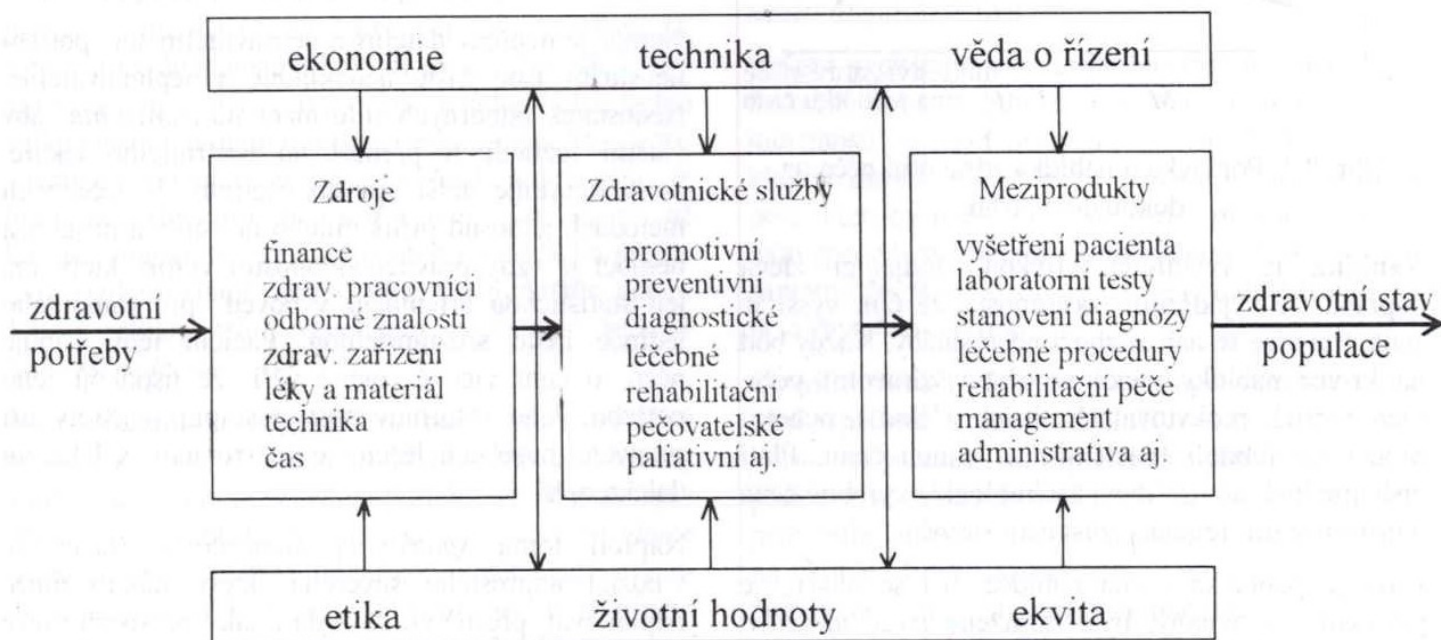
10. Defenzivní medicína

MOŽNOSTI ŘEŠENÍ

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

EKONOMIKA ZDRAVOTNICTVÍ

Ekonomie a etika v péči o zdraví



- Jádrem zdravotnického systému (zdroje, aktivity, meziprodukty) je vystaveno působení dvou základních (jakoby protichůdných) společenských sil, kterými jsou:
 - ekonomie, technologie a věda o řízení (*management*)
 - etika, hodnotové postoje a ekvita (*společenská spravedlnost*)

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.**

Ekonomie

- 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.

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.

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 zařízení,
- analýza efektivnosti různých zdravotnických systémů,
- ekonomické vyhodnocování medicínských intervencí.

**TRH
A ZDRAVOTNÍ
PÉČE
(tržní selhání)**

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- vysvětlení a zdůvodnění vládních zásahů, ve všech zdravotních systémech
- základní příčina: **selhání trhu zdravotní péče:**
 1. asymetrie informací
 2. povaha poptávky po zdravotních službách
 3. očekávané chování lékařů
 4. nejistota výsledku
 5. podmínky na straně nabídky zdravotních služeb
 6. tvorba cen
 7. externality
 8. Riziko inekvity ve zdraví

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 zdravotnické 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

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Povaha poptávky**
 - **spotřebu zdr. služeb nelze plánovat nebo odložit:**
 - Nemoc je nepředvídatelný a nepravidelný jev
 - Potřeba zdravotnických služeb je často nezbytná a neodkladná
 - Je spojena s rizikem úmrtí, omezení funkčnosti (vč. snížení schopnosti vydělávat peníze)
 - Nemoc = velmi nákladné riziko

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Očekávané chování lékařů - omezená soutěž**
 - Ani v ryze tržních společnostech mezi lékaři zdravotnickými zařízeními prakticky nedochází ke konkurenci prostřednictvím reklamy a cen
 - Lékař = informovaný expert, jím navrhovaná léčba je odrazem objektivní potřeby pacienta, nikoli finančními potřebami lékaře (důvěra).
 - Nutnost spolupráce (konzultací) mezi lékaři
 - Přirozená spádovost nemocnic (bydliště, záchranka)

Problémy aplikace tržního mechanismu v péči o zdraví

- **Podmínky na straně nabídky**

- Vstup do profese je omezen (nákladné vzdělání = omezený počet studentů)
- Vede to k omezení nabídky a k růstu nákladů (x zajištění kvality)

- **Tvorba cen**

- administrativní tvorba cen = nepružnost nabídky
- existence zdravotního pojištění omezuje cenovou konkurenci pouze na částku, kterou pacient hradí přímou platbou.

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.

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

Finance

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

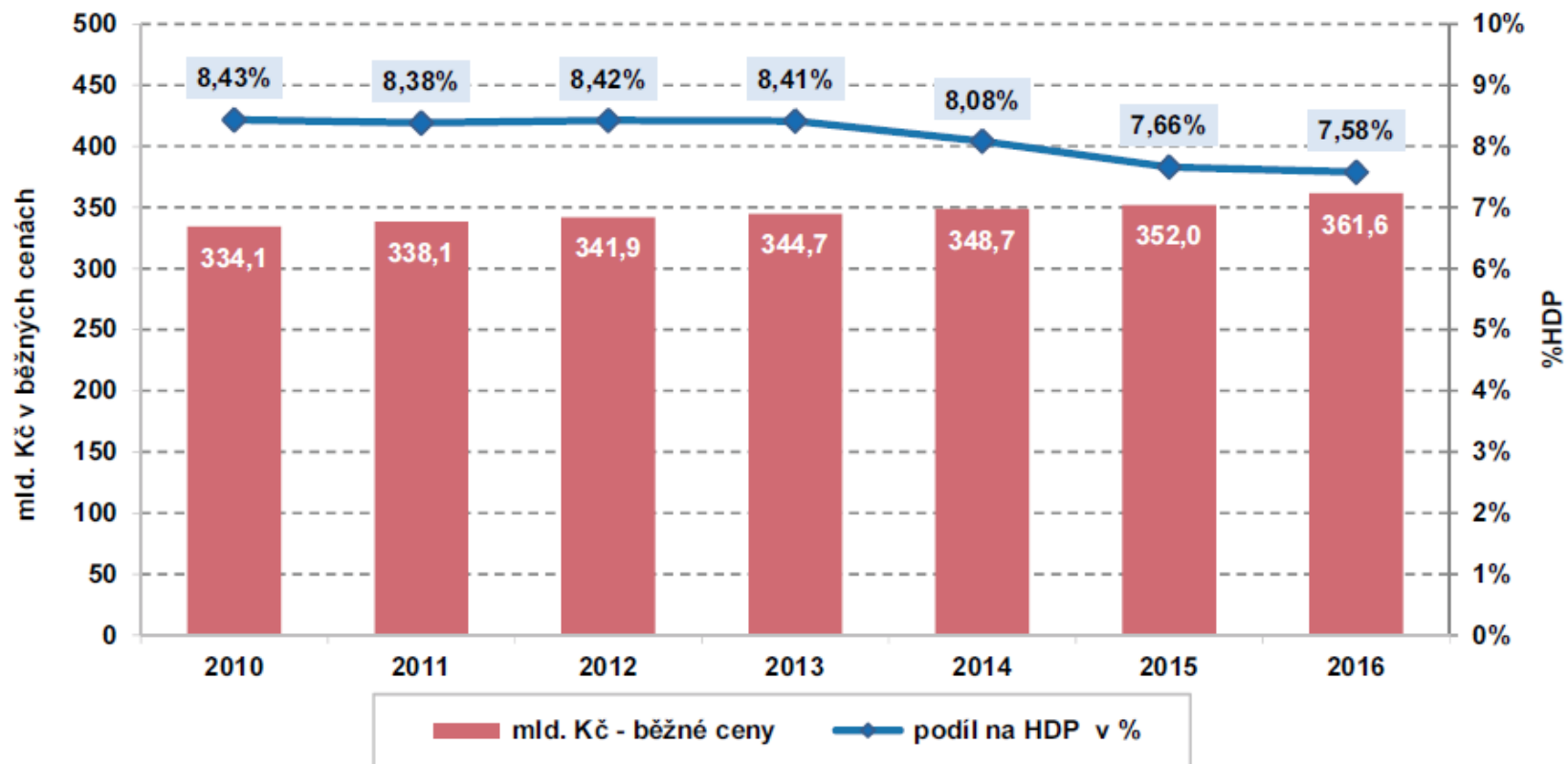


- **Co to přineslo?**
- **Jak lépe?**

FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

- ČSÚ: Výsledky financování zdravotnických služeb ČR v letech 2010 - 2016
 - Mezinárodní metodika: OECD, WHO, Eurostat

Graf č. 2.1 Celkové výdaje na zdravotní péči v Česku, 2010 - 2016 (mld. Kč; podíl na HDP)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Tab. 2.1 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle zdrojů financování, 2010 - 2016 (mil. Kč)

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Index 2016/2015
Veřejné zdroje celkem	282 166	284 847	288 564	292 053	291 572	293 359	300 210	102,3
veřejné zdravotní pojištění	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 460	237 700	101,4
státní rozpočet	45 187	44 582	44 638	47 499	50 721	52 622	55 895	106,2
krajské a obecní rozpočty	5 091	5 928	5 998	6 200	6 250	6 277	6 614	105,4
Soukromé zdroje celkem	9 217	9 205	9 110	9 202	10 668	9 322	10 222	109,7
soukromé zdravotní pojištění	427	477	520	475	537	478	484	101,3
neziskové instituce	7 888	7 820	7 719	7 726	7 757	7 929	8 479	106,9
podniky - závodní preventivní péče	901	908	871	1 001	2 374	915	1 259	137,6
Přímé platby domácností¹⁾	42 705	44 028	44 239	43 465	46 490	49 358	51 215	103,8
Výdaje na zdravotní péči celkem	334 088	338 080	341 913	344 720	348 730	352 039	361 647	102,7

1) údaje za rok 2016 jsou předběžné

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

České domácnosti zaplatily za zdravotní péči v roce 2016 poprvé více než 50 miliard korun

Tabulka č. 2.2 Výdaje na zdravotnictví v Česku podle druhů péče, 2010 - 2016 (mil. Kč)

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Index 2016/2015
Léčebná péče celkem	137 302	137 826	137 987	140 948	137 311	141 600	142 437	100,6
lůžková	55 948	55 740	54 422	53 489	52 473	51 431	50 938	99,0
ambulantní (bez stomatologické)	59 101	59 364	61 826	65 040	61 609	66 461	67 361	101,4
 stomatologická	16 829	17 402	16 378	16 900	17 491	17 781	18 230	102,5
denní	5 238	5 137	5 185	5 333	5 561	5 735	5 720	99,7
domácí	186	183	177	186	179	192	187	97,7
Rehabilitační péče celkem	12 808	13 696	13 652	13 753	13 738	14 764	15 018	101,7
lůžková	5 886	6 485	6 266	6 255	6 407	6 911	7 483	108,3

Od roku 2012 roste objem výdajů na **stomatologickou péči**, kterou si z velké části hradí domácnosti samy. V roce 2016 šlo na ambulantní stomatologickou péči celkem 18,2 mld. Kč, z nichž si **domácnosti hradily** více jak polovinu (52,9 %; 9,6 mld. Kč). V porovnání s rokem 2012, kdy podíl domácností na financování zubařské péče činil 41,5 %, tak vzrostly jejich výdaje na tuto péči o 2,8 mld. Kč (41,9 %).

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, závodní preventivní péče)

Výdaje na zdravotní péči

- **40 % z celkových výdajů na ZP jdou na léčebnou péči (cca 140 mld. Kč)**
 - 55 % z toho jde na péči ambulantní (85 mld. Kč)
 - 41 % z toho jde na péči lůžkovou (50 mld. Kč)
 - 4 % ostatní léčebná péče (denní, domácí)
- **19 % výdajů jde na léčiva a ostatní zdravotnické pomůcky**

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 (48 – 54 Kč) + 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 jinými formami

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 – 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

„Železný kancléř“
Otto von Bismarck



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

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 (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 (komory, profesní organizace)
 - 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.

ZÁKLADNÍ TYPY ZDRAVOTNICKÝCH SYSTEMŮ

Základní typy zdravotnických systémů

- Různost zdravotnických systémů
- Možnost **klasifikace podle**:
 - míry regulačních zásahů 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.

**SOUHRNNÉ HODNOCENÍ
ČINNOSTI
ZDRAVOTNICKÝCH
SYSTÉMŮ**

JAKÝ SYSTÉM HODNOTIT?

World Health Report 2000

Health System Improving Performance

- **System (health system) - celek sestávající ze všech organizací, institucí a zdrojů, které jsou určeny k výkonu zdravotnických činností.**
- **Zdravotnické činnosti jsou takové aktivity, jejichž primárním účelem je zlepšení zdraví.**

JAKÉ ASPEKTY HODNOTIT? CÍLE A KRITÉRIA

Kritéria cíle	Průměrná úroveň	Rozložení
Zlepšení zdraví	✓	✓
Responzivnost	✓	✓
Slušnost financování		✓

NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ NOVÉ POJMY

A. Performance

B. Responzivnost

C. Stewardship

D. Slušné financování

NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ NOVÉ POJMY

A. PERFORMANCE

- Jak jsou využívány zdroje
- Performance – činnost a její výsledek, výkon, výkonnost
- Schopnost systému dosáhnout co nejlepších výsledků v daných podmínkách
- Co jsou nejlepší výsledky?
 - Co nejlepší zdraví
 - Co nejvyšší responzivnost
 - Co nejslušnější financování

NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ NOVÉ POJMY

B. RESPONZIVNOST

- Projev úcty, vážnosti a odpovědnosti k člověku
- Zachování důvěrnosti osobních informací ve věcech zdraví
- Právo na rozhodování o vlastním zdraví
- Bezodkladná pomoc ve stavech ohrožení života
- Pohodlné prostředí (čistota, prostor, strava apod.)
- Sociální opora pacientů (rodina, přátelé, sociální péče)
- Svobodná volba ve výběru poskytovatele zdravotní péče

NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ NOVÉ POJMY

C. STEWARDSHIP

DOBŘÍ ŘÍZENÍ (pečlivá a odpovědná správa něčeho, co je komu svěřeno do péče)

- 1. Formulace zdravotní politiky (definování vize a záměru zdravotnického systému)**
- 2. Regulace (stanovení spravedlivých pravidel hry v jednotlivých oblastech)**
- 3. Informační a analytická práce (hodnocení výkonnosti a poskytování informací)**

NĚKTERÉ ZÁKLADNÍ NOVÉ POJMY

D. SLUŠNÉ FINANCOVÁNÍ

(fair financing)

- Rizika velkých nákladů na zdravotní výdaje jsou odvozena spíše od schopnosti placení, než od rizika onemocnění.
- Slušný systém poskytuje finanční ochranu.
- Řešení může přinést zdravotní pojištění odvozené od výše příjmu.