



2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

Systemy zdravotnictví a alokace vzácných zdrojů, druhy zdravotních pojišťoven.

RNDr. Mgr. Stanislav Palša, Ph.D.

Společenské systémy

- Sociální (společenské) systémy sestávají z plurality aktérů, kteří jsou při své interakci vedeni snahou optimálně uspokojovat své potřeby. Zároveň však jsou nuceni respektovat danosti prostředí a zejména celý systém kulturních strukturovaných symbolů.
- Každý společenský systém se skládá z podsystémů, mikro, makro a mega systémů

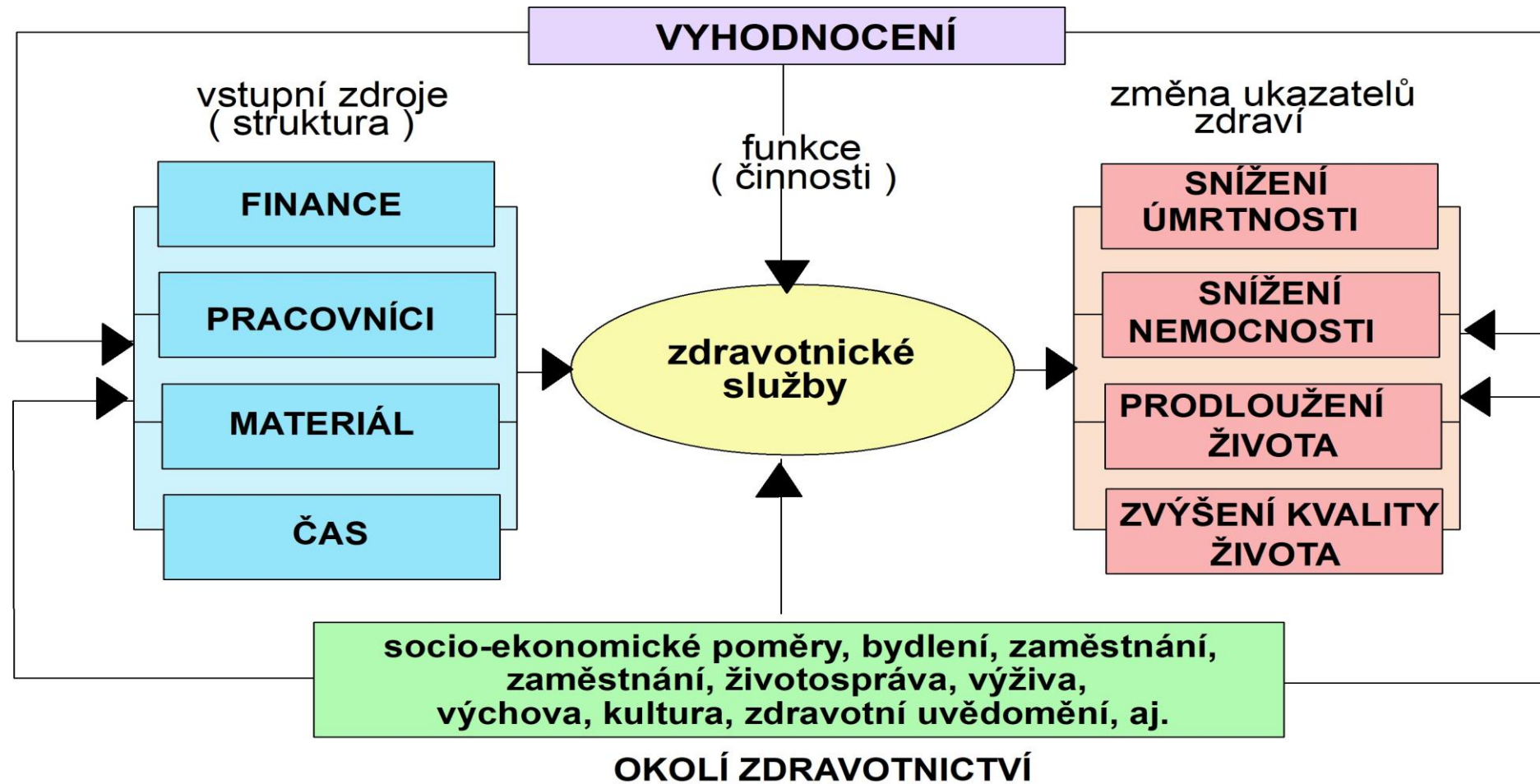


Zdravotnictví - společenský systém

- Zdravotnickým systémem je označována ta část společenského systému, která tvoří opatření, institucí, organizací a činností, kterými usiluje o léčení nemocí, o jejich prevenci i o posilování zdraví.



Zdravotnický systém se svými vstupy, činností a výstupy:



Tendence zdravotnických systémů

- **Konvergence** – zvyšování vzájemné podobnosti
- **Divergence** – rozmanitost a rozdílnost jednotlivých kultur, tradic, hodnotových soustav, sociálních struktur, politických a ekonomických přístupů, pojetí spravedlnosti – tj. uspořádanosti čerpání zdrojů
- Oba přístupy se prosazují současně
- *Nejdůležitějším dělícím kritériem je způsob distribuce zdravotnických služeb mezi ty, jež je potřebují*



Základní modely zdravotnických systémů

1. Státní zdravotnictví

2. Zdravotní systémy založené na pojištění



Státní zdravotnictví

Zdravotní péče hrazená z veřejných prostředků- daní
Národní zdravotní služba

- a) Semaškův model
- b) Beveridgeův model



Semaškův model

- v zemích sovětského bloku, nyní na Kubě
- zdravotnictví financováno z daní, tj. prostřednictvím státního rozpočtu
- zdravotnictví je politicky determinováno
- stát garantuje určitý balík služeb



Semaškův model

- stát vlastní většinu zdravotnických zařízení, zejména nemocnice
- jedná se o státní (centralizované) zdravotnictví
- patří sem hlavně dostupnost zdravotní péče a rovný přístup ke všem obyvatelům.



Beveridgův model

- Velká Británie, Kanada, Nový Zéland, Austrálie, Švédsko, Norsko, Finsko, Dánsko, Španělsko, Portugalsko, Řecko, Itálie
- soukromé zdravotní služby , doplňkový charakter, obvykle tvoří 15–20 % zdravotní péče, soukromé **pojištění**
- existuje spoluúčast (léky, zubní péče, hospitalizační a ambulantní poplatky);
- trend k decentralizaci rozhodování dle regionu



Výhody

- garance dostupnosti veškeré potřebné zdravotní péče státem
- rovnost v přístupu k péči
- všeobecná dostupnost základních služeb
- úspornost, nižší celkové náklady
- menší administrativní zatížení lékařů
- snadnější makroekonomická regulace
- důležitý prvek národní ekonomiky, stát poskytuje zaměstnání zdravotnickým pracovníkům



Nevýhody

- dlouhé čekací doby na ambulantní vyšetření
- specializované služby a drahé výkony
- omezená svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení
- různá úroveň nemocnic z hlediska komfortu pacientů



Zdravotní systémy založené na pojištění:

- a) veřejné (povinné) zdravotní
pojištění – Bismarckův model
zdravotnictví

- b) soukromé (dobrovolné) zdravotní
pojištění – liberální model
zdravotnictví (tržní zdravotnictví)



Bismarckův systém

- Zdravotní péče je hrazena z fondů zdravotního pojištění – příspěvky zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu
- Obyvatelé jsou pojištěni u některé z pojišťoven, u které se registrují. V některých státech se pojištění vztahuje i na rodinné příslušníky, kteří nejsou zaměstnání. Pojišťovny jsou nestátní organizace, které spravují pojišťovací fondy.
- Ambulantní zdravotnické služby jsou vykonávány soukromými lékaři na základě smluv se zdravotními pojišťovnami
- Ambulantní lékaři jsou placeni kapítací nebo podle výkonů



Bismarckův systém

- Nemocnice jsou v převážné míře veřejné nebo soukromé založené na neziskovém principu. Jen menší část nemocnic má komerční charakter. U fakultních nemocnic je zřizovatelem stát.
- Přímé platby obyvatel nepřekračují 15% - jde o příplatky za léky, stomatologické služby, pomůcky, pobyt v nemocnici
- Účast státu je legislativní, při finančním usměrňování ZP, při kontrole a dalších veřejně zdravotnických činnostech
- Konkrétní formy tohoto systému jsou v různých státech odlišné



Tržní zdravotnictví :

- Zdravotnický systém založený na individuální odpovědnosti občanů
- Stát negarantuje zdravotní péči pro všechny, pouze pro některé sociální skupiny, a to formou státních zdravotnických programů



Tržní zdravotnictví:

Garance:

- týkají se důchodců nad 65 let,
- chudých lidí, tj. těch, jejichž příjem je nižší než oficiálně stanovená hranice životního minima a některých dalších skupin



Tržní zdravotnictví

- náklady na zdravotnictví jsou hrazeny z komerčního (soukromého) zdravotního pojištění
- veřejné (povinné) zdravotní pojištění neexistuje



Výhody tržního zdravotnictví

- Vysoká kvalita péče (za podmínky dostatečného rozsahu pojistky)
- více peněz pro vědu a medicínský výzkum
- rychlé uplatňování nových technologií a výsledků výzkumu v praxi
- sledování kvality péče, tlak na její zvyšování
- vysoké příjmy lékařů.



Nevýhody tržního zdravotnictví

- sociální nerovnost a nedostatečná dostupnost zdravotní péče
- podpojištění – jenom částečné pojištění, které v praxi nestačí na krytí nezbytné péče (střední třída)
- nákladnost a vysoká cena: náklady na zdravotnictví



Nevýhody tržního zdravotnictví

- poskytování nadbytečné péče lidem se sjednaným pojištěním;
- soudní spory
- vysoké administrativní náklady

- závažná nemoc vnímána jako ekonomické ohrožení jednotlivce i rodiny, je to nejčastější příčina osobních bankrotů



„Tím, že učíme jiné, učíme sebe“

Seneca



Alokace

Mezi lékaři pojem:

(*ad* = k; *locare* = umísťovat, lokalizovat)

Alokace je *nakládání s nedostatkovými zdroji*, volně přeloženo: **přidělování**



Alokace vzácných zdrojů ve zdravotnictví

- Je proces rozhodování o tom, jak rozdělit omezené zdroje mezi jednotlivce, programy a populace s cílem zajistit co nejefektivnější a nejspravedlivější zdravotní péči.
- Tento proces je neustále přítomný a stává se obzvláště kritickým v krizových situacích, jako jsou pandemie



Co jsou vzácné zdroje ve zdravotnictví?

- **Personál:** Počet lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků je omezený.
- **Technologie a vybavení:** Dostupnost diagnostických přístrojů, operačních sálů, lůžek na jednotkách intenzivní péče a plicních ventilátorů.
- **Léky a vakcíny:** Zejména v době nedostatku.
- **Finance:** Rozpočty na zdravotnictví jsou limitované.



Kritéria a principy alokace

- **Lékařská potřeba a prognóza:** Prioritu by měli mít pacienti, kteří léčbu nejvíce potřebují a u nichž je největší naděje na úspěšný výsledek a prodloužení života (prognóza).
- **Spravedlnost (ekvita):** Zdravotní péče by měla být rozdělována spravedlivě, aby se zamezilo diskriminaci na základě věku, sociálního postavení nebo jiných faktorů, které s léčbou nesouvisejí. Některé přístupy zvažují i princip "nejhůře postaveného", který upřednostňuje nejvíce znevýhodněné skupiny



- **Náhodný výběr (loteriový princip):** Může být použit v situacích, kdy jsou pacienti srovnatelní podle ostatních kritérií, aby se zajistila nestrannost.
- **Instrumentální hodnota:** Zohledňuje společenský přínos pacienta, například priorita pro zdravotnické pracovníky, aby mohli nadále pomáhat ostatním. Tento princip je však velmi kontroverzní.
- **Zásluhovost a chování jedince:** Zda by mělo být bráno v potaz, jak se pacient zasloužil o společnost, nebo jak se podílí na svém zdraví (např. kouření), je eticky sporné.



Alokační rozhodnutí je odpovědí na otázky:

- Jak umístit?
- Kam přidělit?
- Komu kolik?
- Komu nejdřív?

Ta nejobtížnější zní: *Komu ano a komu ne?*



Alokační rozhodování

Alokační rozhodování je podmíněno resp. vynucováno samotným faktem :

- *nedostatkovosti* určitých zdrojů
(prostředků, kapacit)



Etická dilemata a výzvy

- **Rovnováha mezi individuálním a kolektivním dobrem:** Lékaři se často ocitají v konfliktu mezi zájmy jednotlivých pacientů a potřebami celé populace.
- **Transparentnost a nestrannost:** Je důležité, aby rozhodovací procesy byly transparentní a bránily potenciálnímu konfliktu zájmů. V některých případech by měli o alokaci rozhodovat nezávislé komise, nikoli ošetřující lékaři.
- **Právní a psychologická zátěž:** Rozhodnutí o životě a smrti v krizových situacích



Nedostatkové prostředky

Kromě vzduchu k dýchání všechno ostatní ve zdravotnictví vyžaduje náklady a může se stát *nedostatkovým* :

- prostory, pracovní síly, odbornost, možnosti diagnostických i terapeutických zákroků a neposlední řadě čas
- psychická kondice personálu včetně lékařů je *do určité míry* závislá na vynaložených nákladech, organizaci provozu, míře zátěže a zotavení, na finančním ohodnocení



Nedostatek a jeho následky

- potřebnou pomoc nemůžeme poskytnout všem, vyvstává *otázka alokačního rozhodování*:

Komu ano a komu ne? Představuje mravní dilema, neboť se tu střetává *princip **beneficence** s principem **spravedlnosti*** a není jiného racionálního řešení než omezení prvního druhým.



Nedostatek a jeho následky

- Etická relevance alokačního rozhodování spočívá v imperativu: *rozhodnutí má být spravedlivé*
- V tomto případě jde o hledání a nalézání vyššího dobra (oproti nižšímu).
- Zásady tohoto počínání vytvářejí to, co klasická etika :
(*philosophia moralis*) **distribuční spravedlnost** (*justitia distributiva*)



Metody čtyř rovin – principialistické metody

Beneficence – dobročinění

Non- maleficence - neublížování

Respekt k autonomii

Spravedlivost



Alokace vzácných zdrojů – triáž

- Cílem třídění je určení časové naléhavosti ošetření, místa ošetření a složení ošetřujícího týmu
- Součástí třídění je i způsob vyhodnocení intenzity bolesti
- Tři skupiny pacientů – přežijí pravděpodobně bez ventilátoru, přežijí pravděpodobně při užití ventilátorů, pravděpodobně nepřežijí ani při užití ventilátorů



Zodpovědnost rozhodujícího

-ten, kdo rozhoduje, bývá někdy vystaven psychologickému tlaku své vlastní nejistoty nebo nespokojenosti té strany, jejíž potřeby nebylo vyhověno

(Nechybějí ani obvinění typu „vy jste ho zabili“.)



Zodpovědnost rozhodujícího

- alokační rozhodnutí nejsou popřením principu **nonmaleficence**, ale neuplatněním principu **beneficence** u někoho a jeho uplatněním u někoho jiného – ve jménu principu spravedlnosti.
- rozhodnutí je podle nejlepšího vědomí a svědomí, pocity viny nejsou na místě.



Úrovně rozhodování

Alokační rozhodování může probíhat na
dvou úrovních:

- a) **mikroalokační úrovní**
(rozhodujeme *mezi jednotlivci*)

- b) **makroalokační úrovní**
(rozhodujeme *mezi skupinami*)



Makroalokační rozhodování

- Makroalokační rozhodování probíhá na úrovni ředitelské, komunální, ministerské nebo vládní.
- Mikroalokační rozhodování je pro každého lékaře samostatné.



Kritéria mikroalokačního rozhodování

- 1) Diagnostické hledisko
- 2) Hledisko prognostické
- 3) Hledisko vlastní odborné kompetence



Faktory v rozhodování

- 1) Medicínské faktory
- 2) Hledisko zasloužilosti
- 3) Osobní náklonnost



Medicínské faktory

- a) ryze medicínská kritéria
- b) mimomedicínská kritéria
- c) hledisko závažnosti
společenské role-postavení



Medicínské faktory

d) Budoucnost alokačního rozhodování

e) Informovanost pacienta o situaci



Druhy zdravotních pojišťoven

- 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
- 201 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- 207 Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav.
- 209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- 211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
- 213 Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna



Pojišťovna

- Zdravotní pojišťovna je **finanční instituce, která spravuje systém veřejného zdravotního pojištění** a zajišťuje financování zdravotní péče pro své pojištěnce.
- V České republice je účast na veřejném zdravotním pojištění povinná pro všechny občany a také pro cizince, kteří tady pracují.



Přehled pojištěnců

Všeobecná zdravotní pojišťovna -

5 946 000

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra

České republiky -

1 242 000

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna -

1 208 000



Přehled pojištěnců

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců
bank, pojišťoven a stavebnictví - 736 000

Vojenská zdravotní pojišťovna
České republiky - 709 000

Revírní bratrská pokladna - 431 000

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda - 140 000



Způsoby hodnocení nemocnic a lékařů

- vyhlášení žebříčku českých nemocnic dle pravidel soutěže
- kvalita očima pacientů
- hodnocení dle dané zdravotní pojišťovny
- dle projektů ministerstva zdravotnictví
- celostátní průzkum





2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

Doporučená literatura:

Křížová, E.: Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání

Děkuji za pozornost!