



2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

Systemy zdravotnictví a alokace vzácných zdrojů, druhy pojišťoven, způsoby hodnocení nemocnic a lékařů.

RNDr. Mgr. Stanislav Palša, Ph.D.

Základní modely zdravotnických systémů

1. Zdravotní systémy založené na pojištění

2. Státní zdravotnictví



Zdravotní systémy založené na pojištění:

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

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



Státní zdravotnictví

(zdravotní péče hrazená z veřejných prostředků,
daní – národní zdravotní služba)

a) Beveridgeův model

b) Semaškův 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



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)

Mezi ekonomy běžný termín v ekonomii

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



Alokace

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)



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*)



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

-finanční instituce, která pojišťuje, tj. na základě smlouvy o pojištění (pojistné smlouvy) s pojišťujícím subjektem (pojistníkem) a placení (pojistného) finančně kryje pojištěná rizika pojištěného subjektu (pojištěnce), tj. proplácí v případě škodní události (pojistné události) pojištěnému subjektu (pojištěnci) náhradu škody nebo její určenou část.



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!