

Přednáška 6

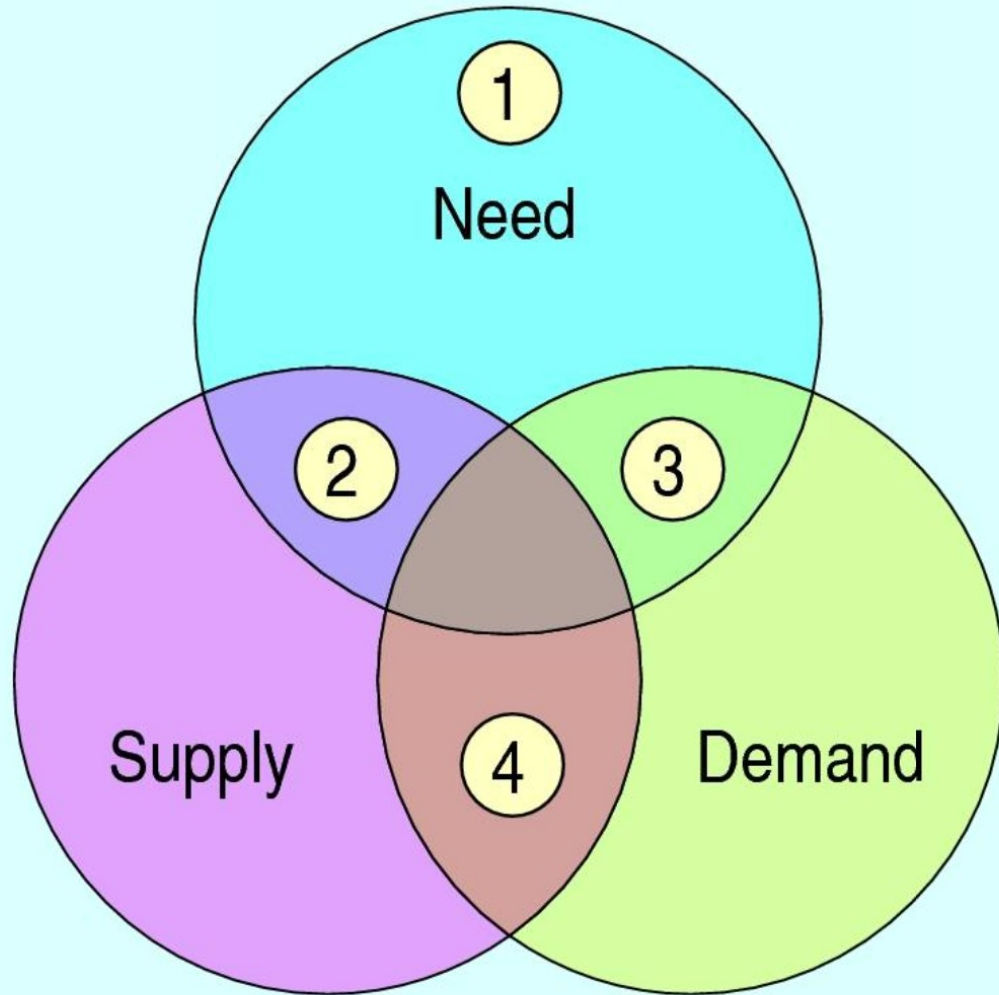
Rovnost a přístup ke zdravotní péči a financování

Financování

Proč je to důležité pro veřejné zdraví

M U N I
M E D

**Zdravotní potřeby, rovnost a přístup ke
zdravotní péči (opakování)**



Examples:

- ① Treatment of child abusers
- ② Health promotion, some screening
- ③ Termination of pregnancy, waiting lists
- ④ Antibiotics for viral upper respiratory tract infections

Pyramida poptávky



MUNI
MED

Všeobecné zdravotní pojištění, rovnost v oblasti zdraví a rovnost v oblasti zdraví



Universal Health Coverage

Overview

WHO's role

2030 Agenda for SDGs

Universal health coverage means that all people have access to the health services they need, when and where they need them, without financial hardship. It includes the full range of essential health services, from health promotion to prevention, treatment, rehabilitation, and palliative care.

Currently, at least half of the people in the world do not receive the health services they need. About 100 million people are pushed into extreme poverty each year because of out-of-pocket spending on health. This must change.

To make health for all a reality, we need: individuals and communities who have access to high quality health services so that they take care of their own health and the health of their families; skilled health workers providing quality, people-centred care; and policy-makers committed to investing in universal health coverage.

Fact sheets



Data



WHA72 resolutions



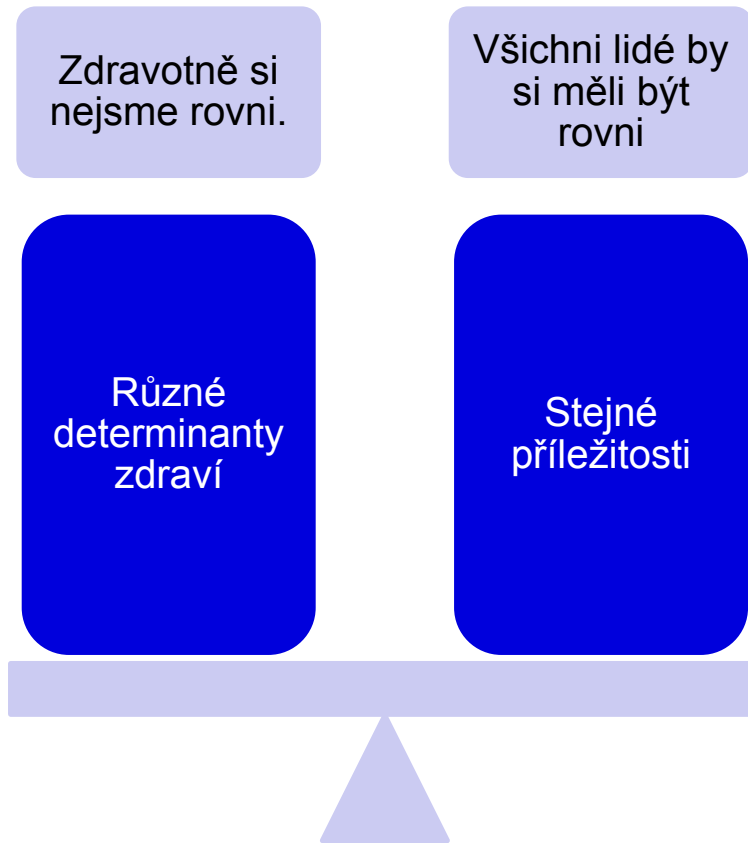
WHO programmes & activities



Progress in countries



Rovnost



Co znamená rovnost?

Rovný přístup ke zdravotní péči

Nemocnice je otevřena pro chudé i bohaté a od každého z nich vybírá stejnou částku.

Stejná zdravotní péče

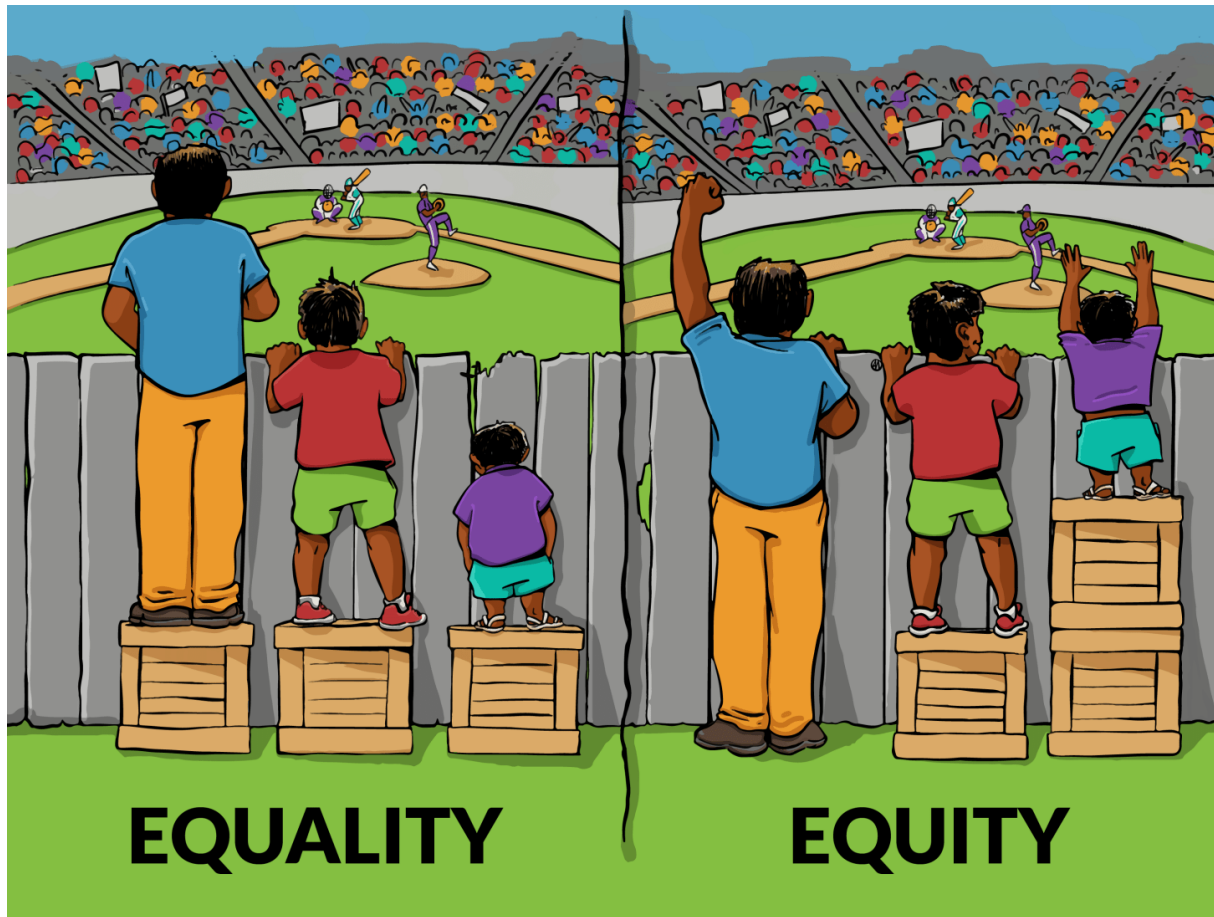
Mám nárok na stejné zacházení jako nevidomá osoba nebo osoba se zdravotním postižením.

Rovné šance v životě

Zdravotní systém musí vyrovnávat biologické nerovnosti

Je to vůbec možné?

Rovnost VS. Rovnost



Spravedlnost je "spravedlivé" rozdělení dávek mezi obyvatelstvo.

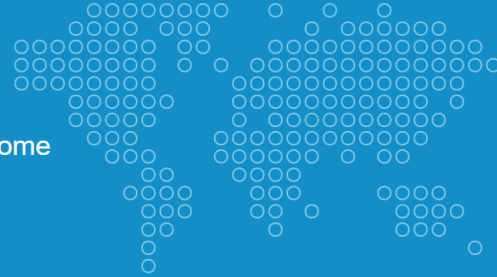
Vertikální spravedlnost: S jednotlivci s různým zdravotním stavem by se mělo zacházet různě v závislosti na morálně relevantních faktorech.

Horizontální rovnost: Rovné zacházení s jednotlivci nebo skupinami, které se nacházejí v podobné situaci.

1. Všeobecné zdravotní pojištění

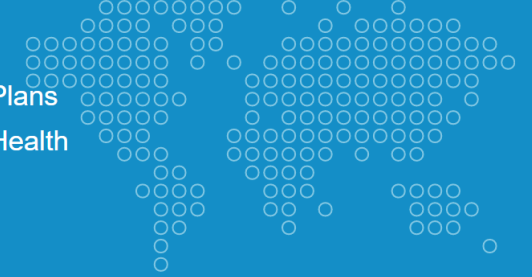
Over 930 million people

spend at least 10% of their household income on health care.



75%

National Health Policies Strategies and Plans are aimed at moving towards Universal Health Coverage

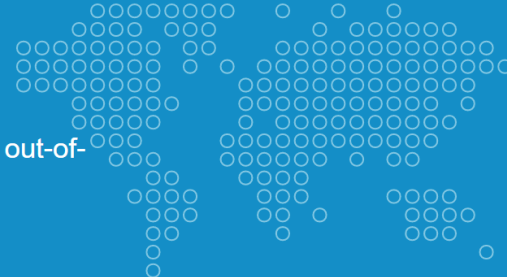


[Learn More](#)



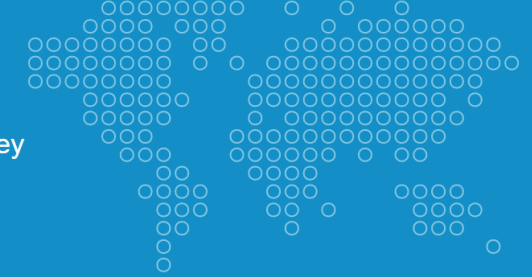
100 million people

are driven into poverty each year through out-of-pocket health spending.



Half of world's population

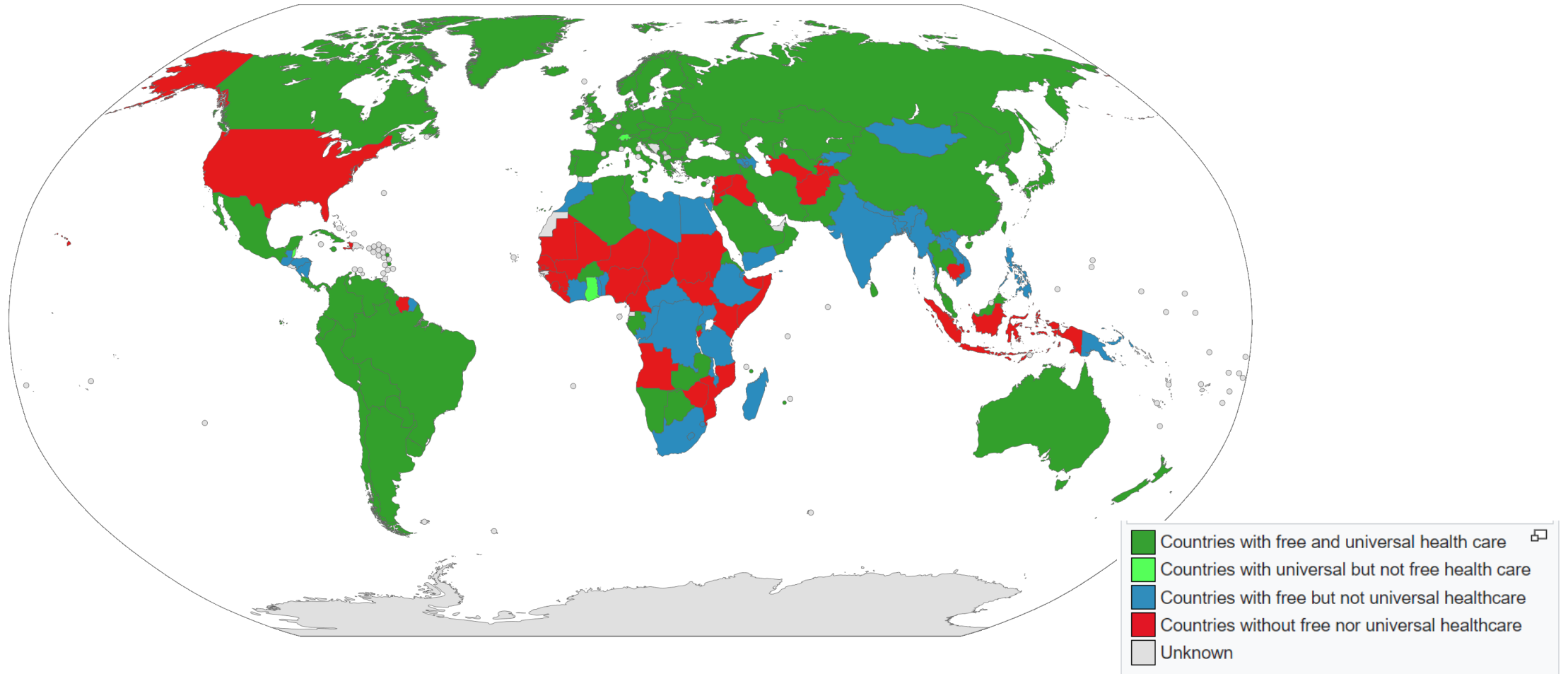
do not have access to the health care they need.



WHO

Všeobecný přístup ke zdravotním službám znamená, že všichni lidé mají přístup ke zdravotním službám, které potřebují, kdy a kde je potřebují, a to bez finančních potíží. Zahrnuje celou škálu základních zdravotních služeb, od podpory zdraví po prevenci, léčbu, rehabilitaci a paliativní péči.

Všeobecná dostupnost zdravotní péče v globálním měřítku

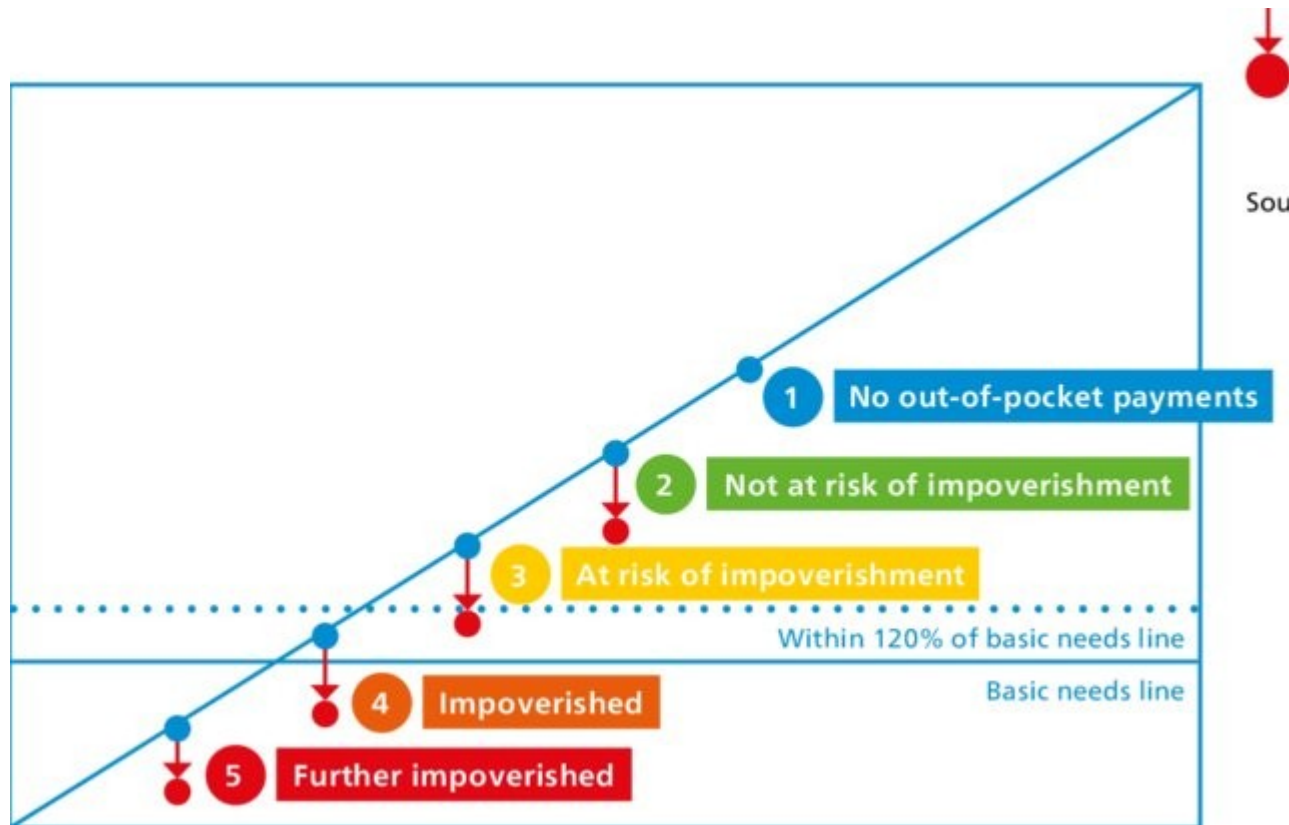


Regional metrics	Global metrics
Impoverishing health spending	
Risk of poverty due to out-of-pocket payments – the proportion of households further impoverished, impoverished, at risk of impoverishment or not at risk of impoverishment after out-of-pocket payments using a country-specific relative poverty line (basic needs line) based on household spending to meet basic needs (food, housing and utilities)	<p>Changes in the incidence and severity of poverty due to household spending on health using:</p> <ul style="list-style-type: none"> • an absolute extreme poverty line: 2011 PPP-adjusted US\$ 1.90 per person per day • an absolute poverty line: 2011 PPP-adjusted US\$ 3.10 per person per day • a relative poverty line: 60% of median consumption or income per person per day
Catastrophic health spending	
The proportion of households with out-of-pocket payments greater than 40% of household capacity to pay for health care	The proportion of the population with large household expenditure on health as a share of total household consumption or income (greater than 10% or 25% of total household consumption or income)

•**Katastrofické výdaje na zdraví** - výdaje na zdraví z vlastní kapsy přesahující 10 % nebo 25 % celkové spotřeby nebo příjmů domácnosti [WHO, 2019].

•**ochuzující výdaje na zdraví** - dopad výdajů na zdraví z vlastní kapsy, které vedou k tomu, že se domácnost dostane pod převažující hranici chudoby nebo prohloubí své ochuzení, pokud již chudá je [Knaul, Wong a Arreola-Ornelas 2012; Xu 2005].

Dopad přímých plateb za zdravotní péči



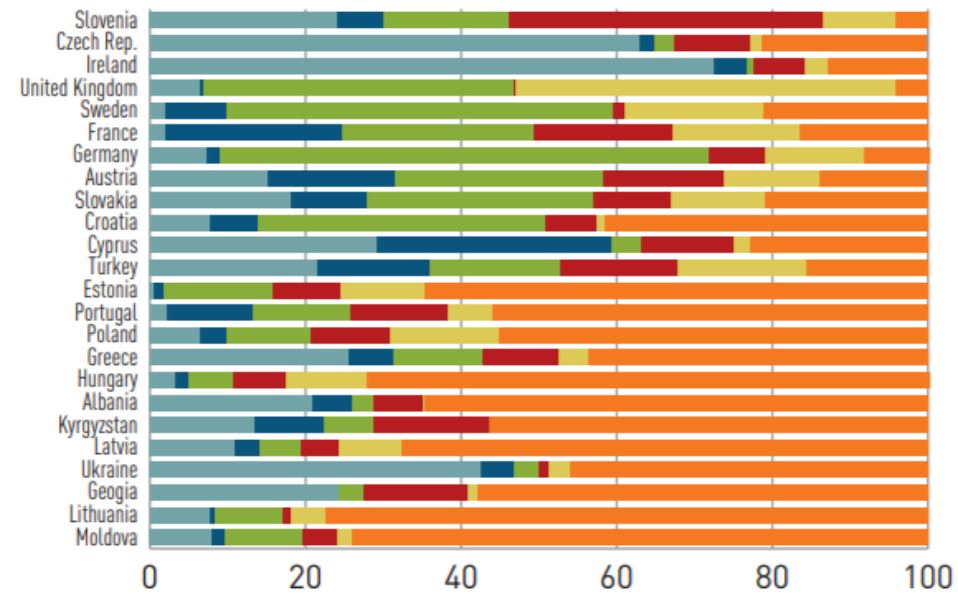
•**Katastrofické výdaje na zdraví** - výdaje na zdraví z vlastní kapsy přesahující 10 % nebo 25 % celkové spotřeby nebo příjmů domácnosti [WHO, 2019].

•**ochuzující výdaje na zdraví** - dopad výdajů na zdraví z vlastní kapsy, které vedou k tomu, že se domácnost dostane pod převažující hranici chudoby

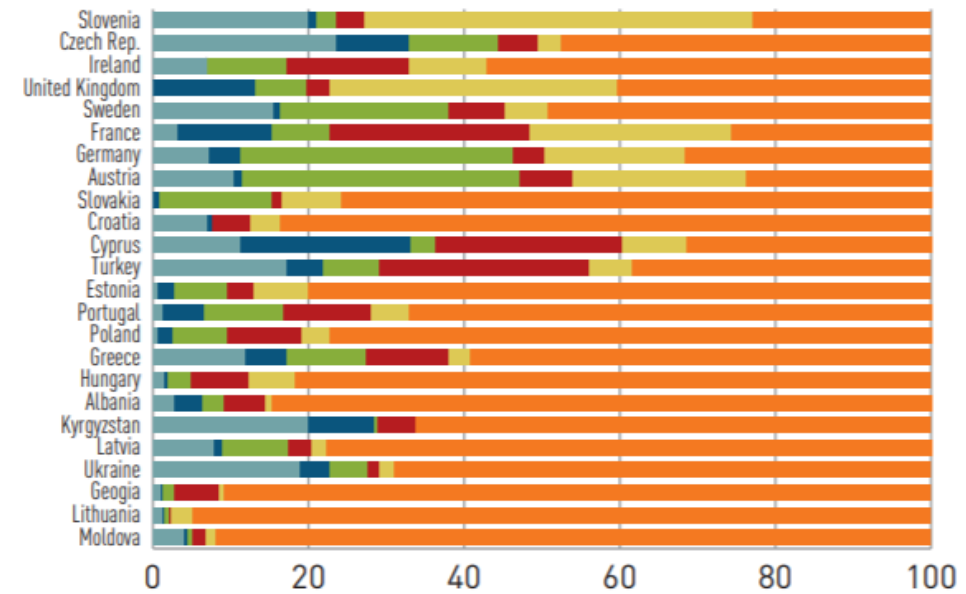
FIGURE 11 In the World Health Organization European Region, households with catastrophic health spending are spending mostly on outpatient medicines

Out-of-pocket payments by health service among households with out-of-pocket payments greater than 40% of household capacity to pay for health care, latest year available

All households with catastrophic health spending

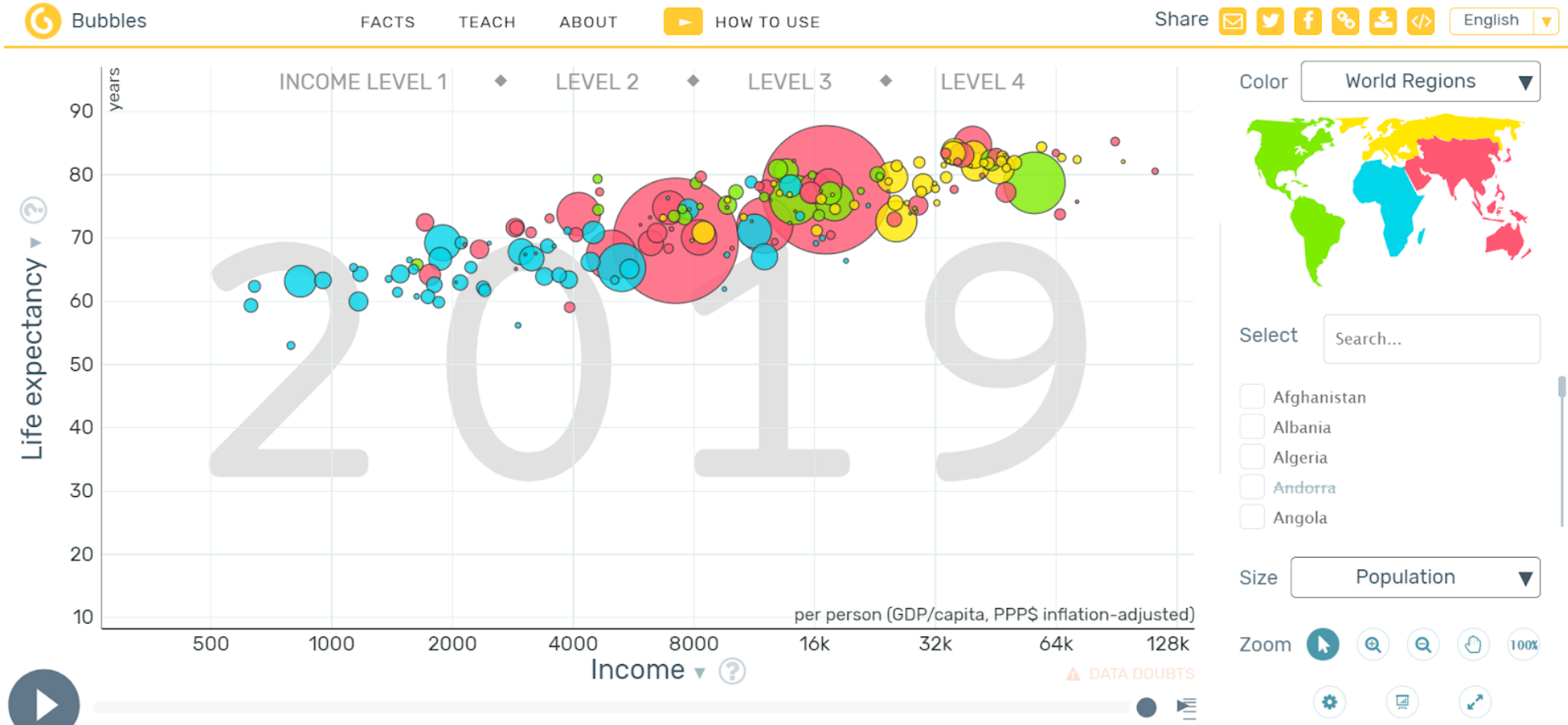


Households with catastrophic health spending in the poorest consumption quintile



Inpatient care
 Diagnostic tests
 Dental care
 Outpatient care
 Medical products
 Medicines

Je to problém třetího světa?



Je to problém třetího světa?

PERSONAL FINANCE

This is the real reason most Americans file for bankruptcy

PUBLISHED MON, FEB 11 2019-11:32 AM EST | UPDATED MON, FEB 11 2019-2:20 PM EST



Lorie Konish
@LORIEKONISH

SHARE [f](#) [t](#) [in](#) [✉](#)

KEY POINTS

- Two-thirds of people who file for bankruptcy cite medical issues as a key contributor to their financial downfall.
- While the high cost of health care has historically been a trigger for bankruptcy filings, the research shows that the implementation of the Affordable Care Act has not improved things.
- What most people do not realize, according to one researcher, is that their health insurance may not be enough to protect them.



3 TV
Squawk on the Street WATCH LIVE
UP NEXT | TechCheck 11:00 AM ET Listen

TRENDING NOW

JOB Weekly jobless claims post stunning decline to 199,000, the lowest level since 1969

Micro Jim Cramer says buy these best-of-breed tech stocks first as Nasdaq gets hit

Cathie Cathie Wood says her firm is testing a more

The reality of medical debt

Medical debt problems can strike anyone: The problem cuts across age groups and educational levels. Even people who would be considered financially responsible can be affected by medical debt. [More than half of Americans with medical debt have no other debts listed on their credit reports](#). Medical debt alone could make it harder for these individuals to buy houses or get a decent rate on a credit card.

- The average age of people who go through a medical bankruptcy is 44.9 years. (*American Journal of Medicine*, 2009)
- Among people who experience a medical bankruptcy, 46.3% are married. (*American Journal of Medicine*, 2009)
- Among people who experience a medical bankruptcy, 60.3% attended college. (*American Journal of Medicine*, 2009)
- The average monthly household income of medical bankruptcy filers is \$2,586/month. (*American Journal of Medicine*, 2009)
- Among families who experience medical bankruptcy, 20.1% are military families. (*American Journal of Medicine*, 2009)
- The average debt for households that experience medical bankruptcy is \$44,622. (*American Journal of Medicine*, 2009)
- About 19.5% of consumer credit reports include one or more medical collections. (Consumer Financial Protection Bureau, 2014)
- The average unpaid medical debt recorded on credit reports is \$579. (Consumer Financial Protection Bureau, 2014)
- 22% of consumers with debts in collection have only medical debts. (Consumer Financial Protection Bureau, 2014)
- 54% of consumers with medical debt have no other debts listed on their credit reports. (Consumer Financial Protection Bureau, 2014)

Lidské náklady na dluhy za zdravotní péči

21 % dospělých ve věku 18-64 let nepodstoupilo lékařské vyšetření nebo léčbu, které jim doporučil lékař, kvůli ceně. (Kaiser Family Foundation / *New York Times*, 2016)

32 % dospělých ve věku 18-64 let odložilo lékařskou péči, kterou potřebují, kvůli nákladům. (Kaiser Family Foundation / *New York Times*, 2016)

Mezi těmi, kteří mají problémy s účty za lékařskou péči, 29 % uvádí, že problémy s dluhy za lékařskou péči začaly způsobovat problémy s placením jiných, nelékařských účtů. (Kaiser Family Foundation / *New York Times*, 2016)

40 % dospělých ve věku 18-64 let se kvůli ceně spoléhá na domácí léčbu nebo volně prodejné léky místo návštěvy lékaře. (Kaiser Family Foundation / *New York Times*, 2016)

Mezi těmi, kteří mají problémy s účty za lékařskou péči, jich 44 % uvedlo, že tyto problémy měly velký dopad na jejich rodinu. (Kaiser Family Foundation / *New York Times*, 2016)

62 % osob, které mají problémy s účty za lékařskou péči, uvedlo, že v době zahájení léčby měli zdravotní pojištění. (Kaiser Family Foundation / *New York Times*, 2016)

Osobní bankrot kvůli účtům za péči (USA)

Průměrný věk osob, které procházejí zdravotním bankrotem, je 44,9 roku. (*American Journal of Medicine*, 2009)

Mezi lidmi, kteří se ocitli ve zdravotním bankrotu, je 46,3 % ženatých a vdaných. (*American Journal of Medicine*, 2009)

Mezi lidmi, kteří prodělali zdravotní bankrot, jich 60,3 % navštěvovalo vysokou školu. (*American Journal of Medicine*, 2009)

Průměrný měsíční příjem domácnosti žadatelů o zdravotní bankrot činí 2 586 USD měsíčně. (*American Journal of Medicine*, 2009)

Mezi rodinami, které se potýkají se zdravotním bankrotem, je 20,1 % rodin vojáků. (*American Journal of Medicine*, 2009)

Průměrný dluh domácností, které se ocitly v lékařském bankrotu, činí 44 622 USD. (*American Journal of Medicine*, 2009)

Přibližně 19,5 % zpráv o úvěrech spotřebitelů obsahuje jednu nebo více lékařských exekucí. (Úřad pro finanční ochranu spotřebitelů, 2014)

Průměrný nesplacený dluh za zdravotní péči zaznamenaný v úvěrových zprávách činí 579 USD. (Úřad pro finanční ochranu spotřebitelů, 2014)

22 % spotřebitelů s dluhy v exekuci má pouze dluhy ze zdravotnictví. (Úřad pro finanční ochranu spotřebitelů, 2014)

54 % spotřebitelů s dluhy za zdravotní péči nemá ve svých úvěrových zprávách uvedeny žádné jiné dluhy. (Úřad pro finanční ochranu spotřebitelů, 2014)

<https://www.singlecare.com/blog/medical-c>

2. Hledání dobře nastaveného modelu

Žádoucí vlastnosti systémů financování zdravotnictví:

Politika, proces a řízení financování zdravotnictví

- Politiky financování zdravotnictví se řídí cíli UHC, zohledňují systémovou perspektivu a stanovují priority a pořadí strategií pro individuální i populační služby.

Zvyšování příjmů

- Výdaje na zdravotnictví jsou založeny převážně na veřejných/povinných zdrojích financování.

Sdružování příjmů

- Struktura a mechanismy sdružování v rámci celého zdravotnického systému zvyšují potenciál přerozdělování dostupných předplacených prostředků.

Nákup a platby poskytovatelům

- Přidělení zdrojů poskytovatelům odráží zdravotní potřeby populace, výkonnost poskytovatelů nebo jejich kombinaci.

Výhody a podmínky přístupu

- Návrh dávek zahrnuje výslovné omezení uživatelských poplatků a chrání přístup zranitelných skupin.

Řízení veřejných financí

- Formulace a struktura rozpočtu na zdravotnictví podporují flexibilní výdaje a jsou v souladu s prioritami odvětví.

Modely používané po celém světě

Povinné pojištění

System „jedhoho plátce“

Financování na základě daní

Sociální zdravotní pojištění

Soukromé pojištění

Komunitní model (zaměstnanecká pojišťovna)

Komunitní model

Jednotliví členové určité komunity přisívají do společného zdravotního fondu, z něhož mohou čerpat, když potřebují lékařskou péči.

Příspěvky nejsou vázány na riziko.



Povinné pojištění

Občané musí mít soukromé pojištění

Cena a rozsah pojištění nejsou regulovány.

Tento model je zastaralý a nepoužívá se pro "hlavní" populaci.

Obvyklý model - povinný pro zahraniční návštěvníky

Zdravotní péče s jedním plátcem / na základě daní

"Single-payer" označuje pouze mechanismus financování a odkazuje na zdravotní péči financovanou jediným veřejným subjektem.

Jeden subjekt, který hradí většinu zdravotní péče

Financováno především z daní

Daně související se zdravím (spotřební daně) nebo obecné daně

Sociální zdravotní pojištění - Bismarckův model

Příspěvky, nikoli pojistné

Pojistné (soukromé pojištění) se odvíjí od rizika nemoci/úrazu.

Příspěvky se odvíjejí od příjmu

Pojistné vs. Příspěvky sociálního pojištění



Plat - nízký: 1000 EUR/měsíc
Riziko - vysoké, nehody, nemoci z povolání,
čisticí prostředky, životní prostředí

Pojistné na základě skutečných rizik: vysoké
Příspěvky na základě platu: nízké



Plat - vysoký: 1000 EUR/den
Riziko - nízké.

Pojistné na základě skutečných rizik: nízké
Příspěvky na základě platu: vysoké



Plat - nízký: 1000 EUR/měsíc
Riziko - vysoké,

Pojistné na základě skutečných rizik: vysoké
Příspěvky na základě platu: nízké



Plat - vysoký: 1000 EUR/den
Riziko - nízké

Pojistné na základě skutečných rizik: nízké
Příspěvky na základě platu: vysoké

Daňový základ vs. Bismarck v OECD

sociálního zdravotního pojištění oproti financování z daní zvyšuje výdaje na zdravotní péči na obyvatele o 3-4 %, snižuje podíl veřejného sektoru na o 8-10 % celkovou zaměstnanost až o 6 %.

nemá významný dopad na úmrtnos/zdravotní stav obyvatelstva.

WPS4821

POLICY RESEARCH WORKING PAPER

4821

Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems—Evidence from the OECD

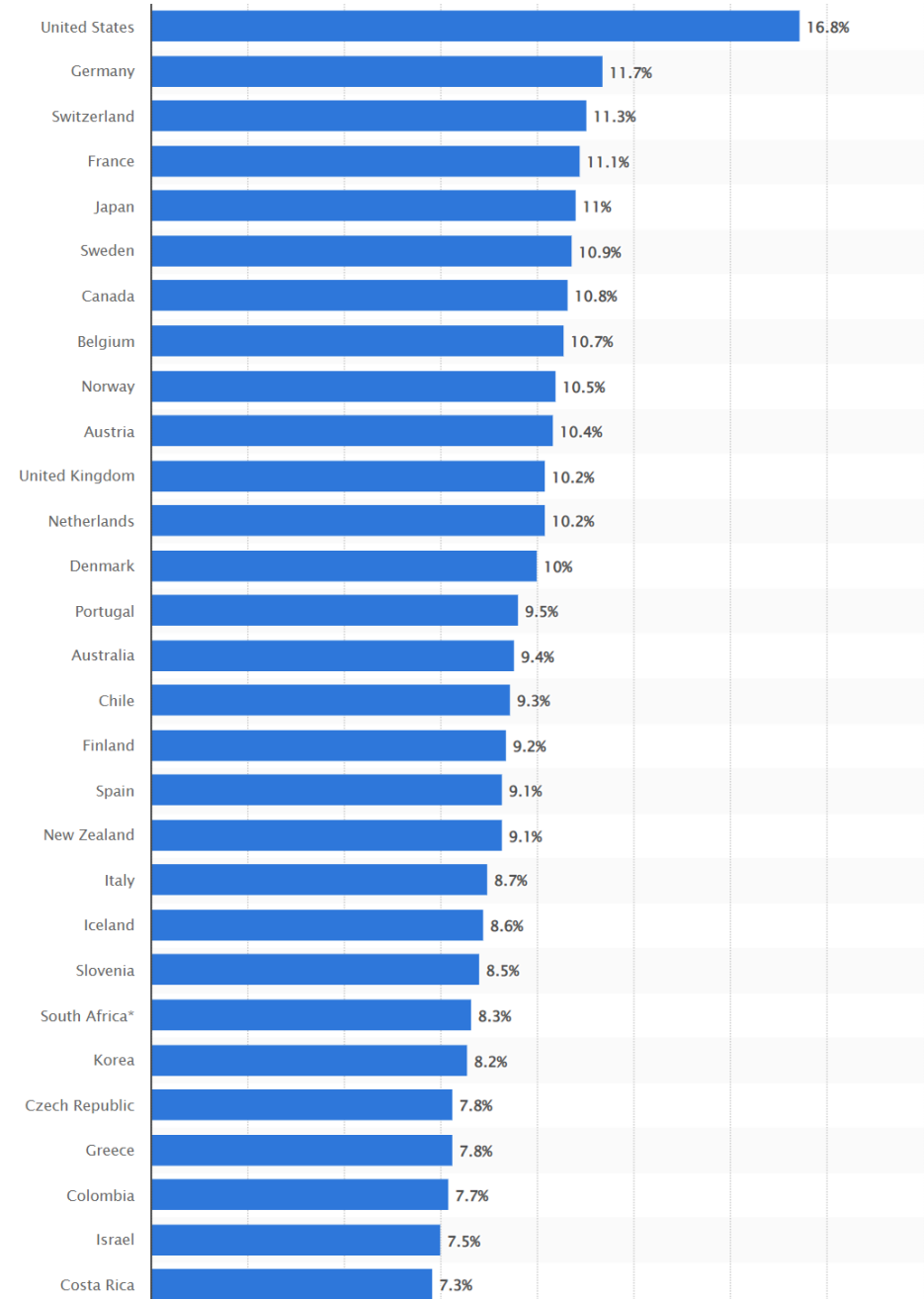
Adam Wagstaff

The World Bank
Development Research Group
Human Development and Public Services Team
January 2009



3. Praktické problémy

Příliš drahé?



Hodnocení efektivity



Analýza efektivity nákladů

- Preferovaná intervence nebo alternativa je taková, která vyžaduje nejmenší náklady na dosažení dané úrovně účinnosti.

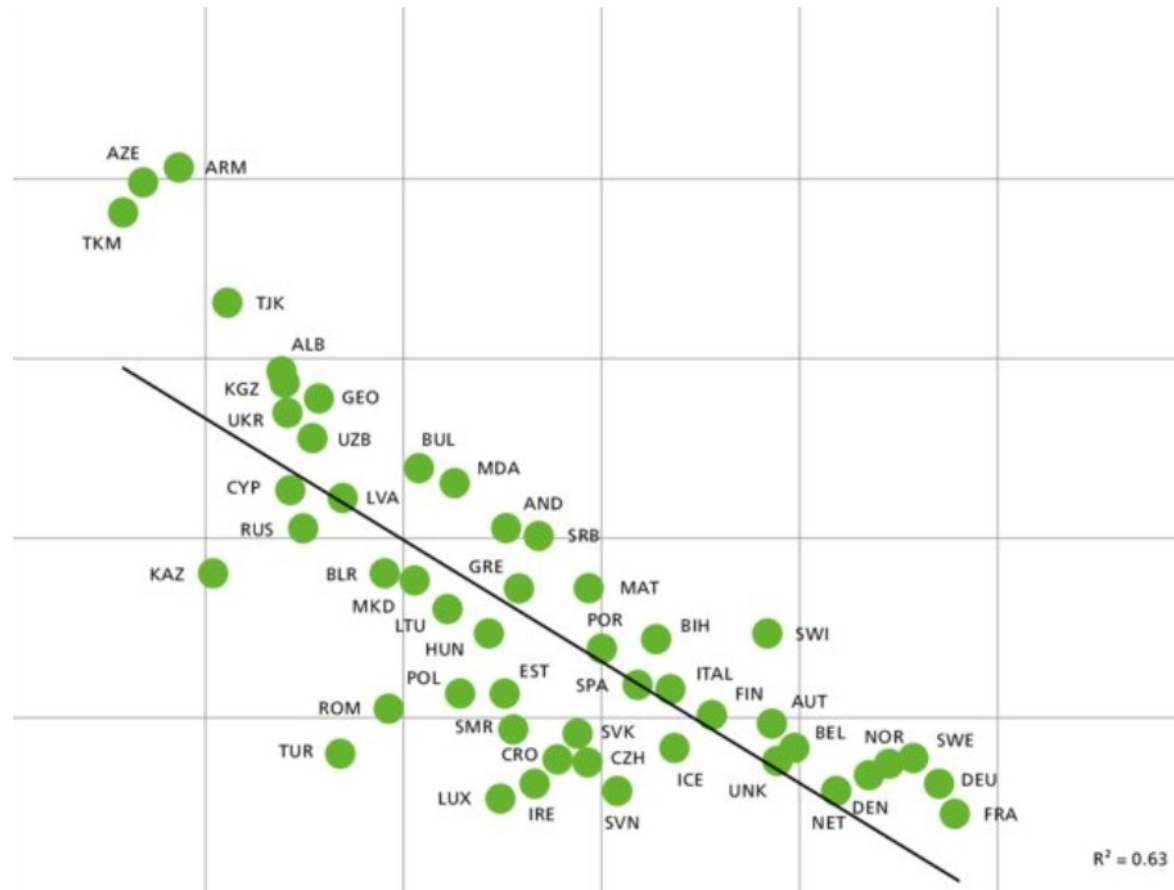
Analýza nákladů a přínosů

- Pokud analýza nákladů a přínosů ukáže, že ekonomický přínos zásahu (nebo přínos prevence dalšího případu) je vyšší než náklady na prevenci, bude zásah ekonomicky výhodný.

Analýzu efektivity nákladů je snazší provést než analýzu nákladů a přínosů, protože míru efektivity není třeba vyjádřit v penězích.

Systemy spoluúčasti

Veřejné výdaje snižují spoluúčast



Obr. 20. Vztah mezi veřejnými výdaji na zdravotnictví jako podílem HDP a platbami z kapes, evropský region WHO, 2016 Poznámky: R^2 : koeficient determinace. Veřejné: povinné systémy financování zdravotnictví. Podíl veřejných výdajů na zdravotnictví na HDP je výsledkem velikosti státního rozpočtu v poměru k HDP a priority, která je při rozdělování státního

M U N I
M E D

**Hrazené služby hrazené ze zdravotního
pojištění**

System financování zdravotní péče ČR

Čl. 31 Listiny základních práv a svobod (dále též „Listiny“)
*„Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění **právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.**“*

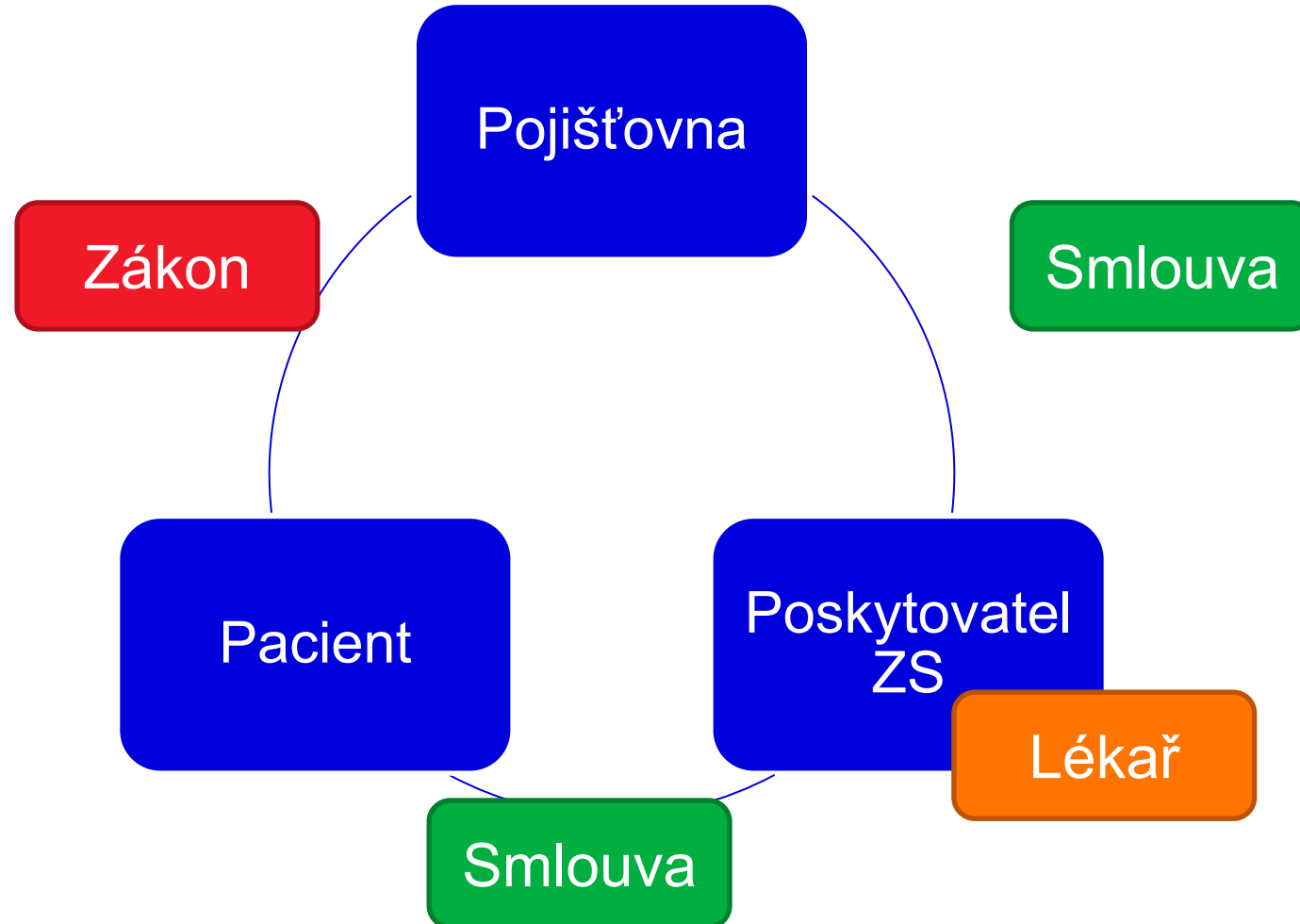
System financování zdravotní péče ČR

Čl. 41 Listiny, tzv. výhrada zákona, práva uvedeného v čl. 31 se lze dovolávat pouze v mezích zákonů, které jej provádí.

Ústavní právo na zdravotní péči nevztahuje na cizince, Listina hovoří „občanech“, tedy občanech České republiky.

To však neznamená, že pojištění nejsou nebo nemohou být
Neznamená že má lékař vždy právo odmítnout pomoc

Hráči na trhu se zdravotními službami



Zdravotní pojišťovna

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

Vznik zdravotního pojištění

Narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky,

Osoba bez trvalého pobytu na území České republiky stala zaměstnancem,

získání trvalého pobytu na území České republiky.

Zánik zdravotního pojištění

Úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,

osoba bez trvalého pobytu na území České republiky přestala být zaměstnancem,

ukončení trvalého pobytu na území České republiky.

M U N I
M E D

Plátci pojistného zdravotního pojištění

- a) pojištěnci
- b) zaměstnavatelé
- c) stát

MUNI

Stát je plátcem pojistného prostřednictvím státního rozpočtu
za tyto pojištěnce

- a) nezaopatřené děti; nezaopatřenost dítěte se posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře,
- b) poživatele důchodů z důchodového pojištění,
- c) příjemce rodičovského příspěvku
- d) ženy na mateřské
- e) uchazeče o zaměstnání včetně
- f) osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi
.... všichni bez příjmu

Výše zdravotního pojištění

Celkem	13,5 %
Zaměstnanec	4,5 %
Zaměstnavatel	9 %

Zaměstnanec s 38 000 „hrubýho“

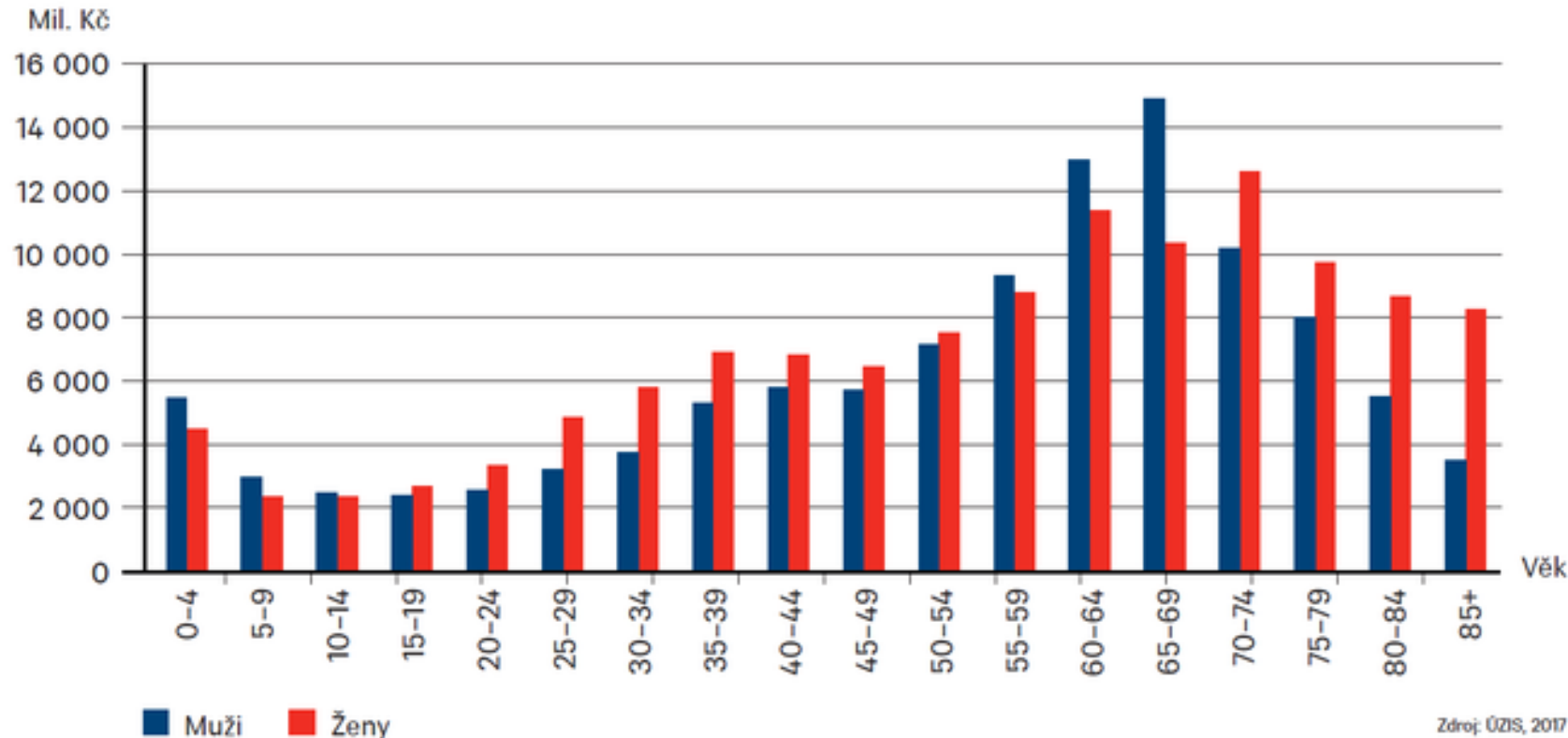
Čistá mzda:	30 440 Kč
Roční čistá mzda:	365 280 Kč
Základ daně:	38 000 Kč
Pojistné zaměstnavatel:	-12 844 Kč
- z toho sociální pojištění	9 424 Kč
- z toho zdravotní pojištění	3 420 Kč
Hrubá mzda:	38 000 Kč
Pojistné:	-4 180 Kč
- z toho sociální pojištění	2 470 Kč
- z toho zdravotní pojištění	1 710 Kč
Daň celkem:	-5 700 Kč
- daň:	5 700 Kč
Daňová sleva:	2 320 Kč
Daňové zvýhodnění na děti:	0 Kč
Záloha na daň po zvýhodnění a slevách:	-3 380 Kč
Daňový bonus:	0 Kč

Zaplatí
5130 Měsíčně
61 560 Ročně

Co za to dostane?

Výdaje na ZP dle věku a pohlaví v roce 2015 (mil. Kč)

Graf 1: Výdaje zdravotních pojišťoven na péči dle pohlaví a věkových skupin v roce 2015



Zdroj: ÚZIS, 2017

Princip solidarity:

Zdravotní pojištění platí
kteří až tolik péče nepotřebují

Co se hradí?

VŠECHNO (?)

M U N I Hrazené služby

M E D

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud

- a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné,
- b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy,
- c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.

M U N I Hrazené služby

M E D

Hrazenými službami jsou v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem

- a) zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách,
- b) poskytování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,
- c) přeprava pojištěnců a náhrada cestovních nákladů,
- d) odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření),

M U N I

M E D Hrazené služby

- e) přeprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů,
- f) přeprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa,
- g) přeprava odebraných tkání, buněk a orgánů,
- h) prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva včetně přepravy,
- i) pobyt průvodce pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče,
- j) zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem; tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušný poskytovatel.

Test

1. Jedná se o pojištěnce?

- §2

Je péče nezbytná vzhledem k jeho stavu?

- §13/1

Spadá zdravotní péče do rozsahu „hrazených služeb“?

- §13/2

Nepadá pod negativní vymezení rozsahu hrazených služeb?

- §15, §22-39, příloha č. 1

M U N I
M E D

Negativní vymezení hrazených služeb

Omezení – prostě ne!:

Ze zdravotního pojištění se dále nehradí výkony akupunktury (§15/2).

Implantace penilních protéz (příloha č. 1 řádek 13)

N	výkon označený ve sloupci KAT symbolem "N" - zdravotní výkon zásadně nehrazený ze zdravotního pojištění, výjimkou může být předchozí povolení revizním lékařem pro konkrétního pojištěnce, vzhledem k jeho závažnému zdravotnímu stavu (nebo k jeho zvláštní zdravotní potřebě)
W	výkon označený ve sloupci KAT symbolem "W" - zdravotní výkon plně hrazený ze zdravotního pojištění jen při splnění určitých podmínek nebo limitovaný maximální hrazenou frekvencí, není nutné schválení revizním lékařem
Z	výkon označený ve sloupci KAT symbolem "Z" - zdravotní výkon plně hrazený zdravotní pojišťovnou jen za určitých podmínek a po schválení revizním lékařem

Omezení: Umělé oplodnění

(3) Ze zdravotního pojištění se zdravotní služby poskytnuté na základě doporučení registrujícího poskytovatele v oboru gynekologie a porodnictví v souvislosti s umělým oplodněním, jde-li o formu mimotělního oplodnění (in vitro fertilizace), hradí

a) ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku,

b) ostatním ženám ve věku od 22 let do dne dosažení třicátého devátého roku věku,

nejvíce třikrát za život, nebo bylo-li v prvních dvou případech přeneseno do pohlavních orgánů ženy nejvýše 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, čtyřikrát za život.

Omezení: Ekonomické důvody

§15 odst. 4: Ze zdravotního pojištění se vždy plně hradí v provedení **nejméně ekonomicky náročném** léčivé přípravky obsahující tyto léčivé látky:

- a) sérum proti stafylokokovým infekcím,
- b) sérum proti záškrtu,
- c) sérum proti hadímu jedu,

....

§15 odst. 5:

Ze zdravotního pojištění se hradí při poskytování **ambulantní zdravotní péče** léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, pokud pro ně Ústav rozhodl o výši úhrady. V každé skupině léčivých látek uvedených v příloze č. 2 se ze zdravotního pojištění vždy plně hradí **nejméně jeden léčivý přípravek** nebo potravina pro zvláštní lékařské účely.

Ze zdravotního pojištění se **při poskytování lůžkové péče** plně hradí léčivé přípravky... v provedení **nejméně ekonomicky náročném**, v závislosti na míře a závažnosti onemocnění, a pojištěnec se na jejich úhradě nepodílí.

Nejméně ekonomicky náročné?

Ambulantní péče (včetně toho, co si pacient vezme domů)

Rozhodnutí o úhradě

Referenční skupiny + doplatek

Úhradové soutěže, Hloubkové revize systému

Lůžková péče

Nejméně ekonomicky náročné provedení

Centra vysoce specializované péče vs. Geografická dostupnost



Hrazené služby – teritoriální rozsah

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté **na území České republiky**.

Ze zdravotního pojištění se pojištěnci na základě jeho žádosti poskytne náhrada nákladů vynaložených na neodkladnou zdravotní péči, jejíž potřeba nastala během jeho pobytu v cizině, a to pouze do výše stanovené pro úhradu takových služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky.

**Překonáno
Vstupem do EU**

MUNI MEU Opačná strana problému – kolik si má poskytovatel „vyfakturovat?“

Výše náhrady nákladů ?

na základě tohoto zákona

vyhlášky

cenového předpisu

opatření obecné povahy

rozhodnutí Ústavu ke dni vyhotovení účetního dokladu, na jehož

základě se náhrada provádí

Úhradová vyhláška

Nedojde-li k dohodě o výši úhrady individuálně smluvně sjednané složky úhrady mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou do 31. března 2017, zdravotní pojišťovna poskytne poskytovateli úhradu ve výši $ÚHR^{ho}$ vypočtené takto:

$$ÚHR^{ho} = \min \left(\sum_{i=1}^n \left\{ PP_i^{ho} * \frac{X * ÚHR_i^{2015}}{PP_i^{2015}} \right\}; \sum_{i=1}^n \{X * ÚHR_i^{2015}\} \right) - EM_{2017}, 9_{2017},$$

kde:

$ÚHR^{ho}$ úhrada poskytovateli v hodnoceném období.

PP_i^{ho} počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v hodnoceném období, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.

PP_i^{2015} počet případů u daného poskytovatele ve vyjmenované bazi v referenčním období, kde $i = 1$ až n , kde n je počet vyjmenovaných bazí.

$$Uhr_{max} = \sum_{i=1}^p \left(12 * \frac{Uhr_{i,2015}}{M_{i,2015}} * UOP_{i,2017} \right) + \sum_{j=1}^q (Uhr_{j,2015} * 1,10) + \sum_{k=1}^r (Uhr_{k,2015} * 1,20) + Uhr_{RS,2015} * 1,24 + Uhr_{nep,2016} * 1,10 + \sum_{l=1}^s (Uhr_{l,2015} * 1,60) + \sum_{m=1}^t (Uhr_{m,2015} * 1,30) + \sum_{n=1}^u (Uhr_{n,2015} * 1,20)$$

kde:

- Uhr_{max} je maximální úhrada v roce 2017.
- i nabývá hodnot 1 až p , kde p je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. a) až i).
- j nabývá hodnot 1 až q , kde q je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. j) až l).
- k nabývá hodnot 1 až r , kde r je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. m) až s).
- l nabývá hodnot 1 až s , kde s je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. v) až aa).
- m nabývá hodnot 1 až t , kde t je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. bb) až oo).
- n nabývá hodnot 1 až u , kde u je počet výše uvedených onemocnění v bodě 2.2.2 písm. pp).
- $Uhr_{i,2015}$ je celková úhrada v roce 2015 za léčbu onemocnění i .