



ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST

doc. MUDr. LIBUŠE ČELEDOVÁ, Ph.D.



TÉMA 17

Světový den zdraví 2018

- univerzální zdravotní pokrytí
- zdraví pro všechny
- všeobecné zdravotní pojištění

Motto:

*„Nikdo by neměl volit mezi smrtí a finančními problémy. Nikdo by si neměl volit mezi nákupem léků a nákupem jídla.“
(Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, generální ředitel WHO)*

V letošním roce slaví Světová zdravotnická organizace (World Health Organization/WHO) 70. výročí svého vzniku, který si každoročně připomíná 7. dubna vyhlášením Světového dne zdraví. Nejen 7. duben, ale celý letošní rok se ponese v duchu tématu 2018: Universal Health Coverage: everyone, everywhere s podtitulem Health for all (Zdraví pro všechny).

V duchu **Universal Health Coverage** (UHC) – univerzálního zdravotního pokrytí – si WHO klade za cíl po celý letošní rok zajišťovat kvalitní zdravotní služby pro všechny, dosáhnout takové zdravotní péče, která bude pro všechny časově a místně dostupná, aniž by kvůli poskytnutým zdravotním službám měli lidé finanční potíže či se dokonce propadli do chudoby.

Všechny země přistupují k UHC různými způsoby, ale příliš mnoho lidí v současné době nemá zdravotní péči zajištěnou. „Univerzální“ v UHC znamená „pro všechny“ bez jakékoliv diskriminace. Země, které investují do UHC, investují do lidského kapitálu. V posledních desetiletích se UHC stalo klíčovou strategií směrem k dalším rozvojovým cílům souvisejícím se zdravím. Přístup k základní kvalitní péči a finanční ochrana uživatelů zdravotní péče nejen zvyšuje zdraví lidí a délku jejich života, ale také chrání země před epidemiemi, snižuje chudobu a riziko hladu, vytváří pracovní místa, pohání ekonomický růst a posiluje rovnost žen a mužů. Ne všechny země mají všeobecné zdravotní pojištění či jiné zdravotní krytí a až polovina populace světa stále není schopna získat zdravotní služby, které potřebuje. WHO si stanovila za cíl dosáhnout do roku 2023 UHC některou z forem zdravotního pokrytí pro jednu miliardu lidí. Světový den zdraví podtrhuje potřebu UHC a výhody, které může přinést. V průběhu celého roku 2018 se bude proto WHO snažit inspirovat, motivovat a vést vedoucí pracovníky a politiky k tomu, aby se zavázali k přijetí UHC.

DOSTUPNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE

Přinejmenším polovina občanů světa v současné době nemůže získat základní zdravotní služby. Téměř 100 milionů lidí je vytlačeno do extrémní chudoby, nuceno přežít za pouhých 1,90 dolaru nebo méně denně, protože musejí platit za zdravotní služby

„z vlastních kapes“. Více než 800 milionů lidí (téměř 12 % světové populace) vydává alespoň 10 % svých domácích rozpočtů na zdravotní náklady pro sebe, nemocné dítě nebo jiného člena rodiny. Vznikají jim takzvané „katastrofické výdaje“ na zdravotní péči, které nejsou kryty zdravotním pojištěním.

UHC znamená, že všem lidem (komunitám) jsou zdravotní služby, které potřebují, dostupné, aniž se dostali do finančních těžkostí. Umožňuje všem přístup ke zdravotním službám, které se zabývají nejdůležitějšími příčinami onemocnění a smrti, a zajišťuje, aby kvalita těchto služeb byla dostatečně dobrá pro zlepšení zdraví lidí, kterým jsou poskytovány. Cílem není volné pokrytí všech možných zdravotních zásahů bez ohledu na náklady, protože žádná země nemůže poskytovat všechny služby zdarma na udržitelném základě. Myšlenka univerzálního zdravotního pokrytí je širší a zahrnuje i veřejné hygienické kampaně – například přidání fluoridu do vody nebo kontrola výskytu komárů, kteří přenášejí viry, jež mohou způsobit onemocnění. UHC neznamená jen zdravotní péči a financování zdravotního systému země. Zahrnuje všechny jeho složky a také poskytovatele zdravotní péče, zdravotnické technologie, mechanismy k zajištění kvality zdravotní péče a potřebnou legislativu.

Systémy zdravotní péče mají různé země různé a klasifikujeme je z hlediska jejich financování a míry regulačních zásahů státu do struktury a funkce zdravotnictví. Rozlišujeme dva základní typy zdravotního pojištění podle míry dobrovolnosti účasti, a to statutární a privátní. **Statutární zdravotní pojištění** je na základě zákona povinné pro všechny občany v dané zemi nebo alespoň pro určité skupiny obyvatelstva. Ty mohou být vymezeny svým zaměstnaneckým statutem, výší svého příjmu nebo věkem. Za statutární zdravotní pojištění lze považovat i národní zdravotní služby provozované státem a poskytující zdravotní péči univerzálně všem občanům.

Privátní zdravotní pojištění je naopak dobrovolné. Jeho účastníkem se stává osoba z vlastního rozhodnutí. Může jít o osoby nespádající pod statutární zdravotní pojištění nebo osoby, které sice jsou jeho účastníky, ale z různých důvodů chtějí zvýšit svoji pojistnou ochranu některou z forem tzv. komplementárního zdravotního pojištění.

Rozdělení zdravotního pojištění na statutární a privátní závisí jen na tom, zda účast v něm je povinná nebo dobrovolná. Statutární zdravotní pojištění mohou provozovat jak veřejné, tak privátní subjekty a stejně je tomu i v oblasti privátního zdravotního pojištění.

Modely statutárního zdravotního pojištění se v jednotlivých zemích od sebe liší, ale lze přes všechny rozdíly rozpoznat dva základní modely: model státního zdravotnictví, tzv. Beveridgeův, a model sociálního zdravotního pojištění, tzv. Bismarckův. Současný model zdravotního pojištění v ČR se řídí Bismarckovým modelem národního zdravotního pojištění, který je založen na zákonné povinnosti každého občana platit zdravotní pojištění jako definovaný podíl ze svého příjmu. Za občany, kteří nejsou ekonomicky aktivní, hradí pojistné podle zákonem stanovených pravidel stát.

VEŘEJNÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V ČR

V České republice má každý právo na ochranu zdraví. Na základě veřejného zdravotního pojištění mají občané právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní po-





můcky za podmínek, které stanoví zákon. Toto právo je ukotveno v ústavním pořádku ČR textem článku 31 Listiny práv a svobod (zákon. č. 2/1993 Sb.). Tato péče má však své limity, tj. rozsah a způsob zdravotních služeb poskytovaných z prostředků systému veřejného pojištění, které může opět stanovit zákon. Podmínky zdravotního pojištění se řídí zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Mezi hlavní principy zdravotního pojištění patří: povinné pojištění, solidarita, svobodná volba pojišťovny a svobodná volba poskytovatele zdravotní péče. V rámci zdravotního pojištění má pojištěnec právo si vybrat jednu ze sedmi zdravotních pojišťoven. Změnu zdravotní pojišťovny je možné provést jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního pololetí.

DOPLATKY NA LÉKY PRO DĚTI A SENIORY

Od 1. ledna 2018 nabyl účinnosti zákon č. 290/2017, který upravuje zmíněný zákon č. 48/1997 Sb. a jenž přinesl snížení ochranných limitů pro doplatky na léky. Roční hranice pro děti do 18 let a seniory od 65 let se od uvedeného data snižuje z původních 2 500 korun na 1 000 korun. Důchodci nad 70 let by měli dostat peníze zpět už při doplatecích nad 500 korun ročně. Pokud počínaje rokem 2018 celková částka uhrazená pojištěncem za doplatky za předepsané léčivé přípravky částečně hrazené ze zdravotního pojištění překročí v kalendářním roce zákonem stanovený limit, je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci částku, o kterou je tento limit překročen. Tuto částku uhradí do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen. V dalších kalendářních čtvrtletích pak pojištěnci vždy do 60 dnů uhradí částku ve výši součtu regulačních poplatků a doplateků započitatelných do limitu za příslušné čtvrtletí. Přeplatek je vždy převáděn na účet nebo hrazen složenkou.

Do limitu se ale nezapočítává vše, co pacient v lékárně doplatil. Doplatky na léčivé přípravky se započítávají pouze ve výši vypočtené podle doplatku na léčivý přípravek s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání (tzn. ústy, injekčně apod.), u něhož je doplatek na množstevní jednotku této léčivé látky nejnižší. Pacient se může svého lékaře ptát, zda neexistuje levnější varianta předepisovaného léku, případně mu mohou předepsaný lék zaměnit za jiný s menším doplatkem i v lékárně, ale jen s jeho souhlasem a pokud lékař nevyznačil zákaz záměny. V medicínsky odůvodněných případech může totiž lékař na receptu vyznačit, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit jiným; pak se do limitu započítává doplatek v plné výši. Seznam léčivých přípravků včetně výše doplatku započitatelného do limitu zveřejňuje na svých webových stránkách ministerstvo zdravotnictví (www.mzcr.cz) a Státní ústav pro kontrolu léčiv (www.sukl.cz).

U lidí do 65 let se do limitu také nezapočítávají doplatky na předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě. Seznam těchto léčivých látek stanoví MZ vyhláškou.

O podrobné vysvětlení „svého účtu“ si každý může požádat svoji zdravotní pojišťovnu, protože pojišťovna podle údajů ze zdravotnických zařízení eviduje u každého

svého klienta jeho zaplacené poplatky a započitatelné doplatky za léky. Každý pojištěnec si také může u zdravotní pojišťovny vyžádat svůj přehled o výdajích na zdravotní péči a zaplacených regulačních poplatcích a doplatcích, které mu byly uhrazeny.

Autorka článku je přednostkou Ústavu sociálního a posudkového lékařství Lékařské fakulty UK v Plzni.

Zdroje:

Vostatek, J.: Politická ekonomie financování zdravotní péče. Politická ekonomie 2013, 61: 834–851.

Svejkovský, J. a kol. Zdravotnictví a právo. Praha, C. H. Beck, 2016

<https://www.vzp.cz/>

<https://www.mzcr.cz/>

<https://socialnipolitika.eu/>

SOUTĚŽ

Kvíz, který autorka připojila ke svému článku, využijeme jako dnešní soutěžní otázku.

Víte, kolik korun zaplatí pojišťovna u vybraných výkonů? U každé otázky je jen jedna správná odpověď. Otázky pro kvíz byly čerpány z údajů zveřejněných na webu Oborové zdravotní pojišťovny.

1. Jaké jsou průměrné roční náklady na léčbu diabetika?

- a) 5 000 b) 50 000 c) 100 000

2. Kolik stojí porod císařským řezem?

- a) 15 000 b) 25 000 c) 35 000

3. Kolik stojí krevní vyšetření při podezření na choroby štítné žlázy?

- a) 150 b) 600 c) 1 900

4. Kolik stojí koronární bypass?

- a) 5 000 b) 50 000 c) 250 000

5. Kolik stojí laparoskopické odstranění žlučníku?

- a) 5 000 b) 35 000 c) 75 000

6. Kolik stojí den pobytu na ARO?

- a) 8 000 b) 18 000 c) 28 000

7. Kolik stojí 1 den hemodialýzy?

- a) 4 500 b) 9 000 c) 18 000

