

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického managementu

MUDr. Karel Šlais, Ph.D.

**Srovnání systémů zdravotního pojištění v České republice
a vybraných zemích**

Diplomová práce

Vedoucí práce:

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

Olomouc 2010

ANOTACE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Název práce v ČJ:

Srovnání systémů zdravotního pojištění v České republice a vybraných zemích

Název práce v AJ:

The comparison of health insurance systems in Czech Republic and other countries

Datum zadání: 2009-01-05

Datum odevzdání: 2010-04-30

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav zdravotnického managementu

Autor práce: Šlais Karel, MUDr., Ph.D.

Vedoucí práce: Prudil Lukáš, JUDr. Ing., Ph.D.

Oponent práce: Skalický Jaroslav, MUDr. (Psychiatrická léčebna, Húskova 2, 618 32, Brno)

Abstrakt v ČJ:

Cílem práce je porovnat současný stav financování zdravotnictví v České republice se systémy financování zdravotnictví vybraných zemí (Velká Británie, Německo, Francie, Nizozemí a Spojené státy americké) a na základě srovnání nalézt podněty, které by byly vhodné pro zefektivnění současného systému financování českého zdravotnictví.

V teoretické části jsou popsány obecné principy financování zdravotnictví z hlediska systémového, z hlediska zdrojů financování a z hlediska příjemců úhrad zdravotní péče. Dále jsou popsány hlavní charakteristiky systémů zdravotnictví ve vybraných zemích, s důrazem na finanční toky, historické souvislosti i reformní snahy v současnosti. Ve speciální části jsou srovnány nejvýznamnější indikátory zdravotnických systémů vybraných zemí dle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj. Na základě analýzy informací o zdravotnictví vybraných zemí a výsledků srovnání statistických údajů jsou uvedena doporučení pro případnou reformu zdravotnictví v České republice.

Abstrakt v AJ:

The goal of the thesis is to compare healthcare funding system in Czech Republic with healthcare systems in Great Britain, Germany, France, Netherlands and USA and to find suggestions for improvement of Czech healthcare financing on the basis of this comparison.

First, theoretical section describes universal principles of healthcare systems financing from systemic, funding and payment points of view. Main characteristics of healthcare systems in selected countries are stressed, with the aim on funding, history and reforms in particular. In the special section, the most important Organization for Economic Co-operation and Development healthcare indicators of selected countries are compared and following the analysis and statistic indicators comparison, the recommendations for Czech healthcare system reform are determined.

Klíčová slova v ČJ:

zdravotní pojištění, financování, zdravotnictví, reforma, Česká republika, Velká Británie, Německo, Francie, Nizozemí, USA

Klíčová slova v AJ:

health insurance, funding, healthcare, reform, Czech Republic, Great Britain, Germany, France, Netherlands, USA

Rozsah: 81 s., bez příl.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené informační zdroje.

Olomouc 30. 4. 2010

Děkuji JUDr. Ing. Lukáši Prudilovi, Ph.D. za vstřícný přístup a odborné vedení diplomové práce. Můj dík patří i všem kolegům ochotným poskytnout mi cenné rady a mé rodině za trpělivost a pochopení při psaní práce.

OBSAH

Úvod	8
1 Financování zdravotní péče	10
1.1 Systémy zdravotnictví	10
1.1.1 Systém založený na povinném pojištění	11
1.1.2 Systém národního zdravotnictví	12
1.1.3 Liberální systém	13
1.1.4 Smíšený systém	14
1.1.5 Státní zdravotnictví	14
1.2 Zdroje financování zdravotní péče	14
1.3 Zdravotní pojištění	15
1.3.1 Veřejné zdravotní pojištění	16
1.3.2 Soukromé zdravotní pojištění	16
1.4 Platby poskytovatelům zdravotní péče	17
1.4.1 Přímá platba	17
1.4.2 Kapitační platba	18
1.4.3 Pevný plat lékaře ze státního rozpočtu	18
1.4.4 Bodový systém (platby za výkon)	19
1.4.5 Platby za ošetrovací den	19
1.4.6 DRG (diagnose related group) systém - platba za diagnózu	20
1.4.7 Celkový (globální) rozpočet na určité období	21
1.4.8 Úhrada za návštěvu lékaře	21
2 Zdravotní pojištění v České republice	22
2.1 Historie zdravotního pojištění na území České republiky	22
2.1.1 Období před rokem 1918	22
2.1.2 Období mezi světovými válkami	22
2.1.3 Období po 2. světové válce	23
2.1.4 Období po roce 1989	24
2.2 Financování zdravotnictví České republiky	25
2.2.1 Právní rámec financování zdravotnictví České republiky	25
2.2.2 Zdroje financování zdravotnictví v České republice	26
2.2.3 Veřejné zdravotní pojištění	27
2.2.4 Státní rozpočet a rozpočty územních orgánů	29
2.2.5 Soukromé výdaje na zdravotní péči	29
2.2.6 Soukromé pojištění	30
3 Systémy zdravotního pojištění vybraných zemí	31
3.1 Velká Británie	31
3.1.1 Historické souvislosti zdravotnictví Velké Británie	31
3.1.2 Primární, sekundární a terciární sféra zdravotnictví Velké Británie	32
3.1.3 Postavení pacientů ve zdravotnictví Velké Británie	33
3.1.4 Postavení zdravotních pojišťoven ve Velké Británii	34
3.1.5 Úloha státu ve zdravotnictví Velké Británie	34
3.1.6 Zdravotnické stavovské organizace ve Velké Británii	35
3.2 Německo	35

3.2.1	Historické souvislosti zdravotnictví Německa	35
3.2.2	Primární, sekundární a terciární sféra zdravotnictví Německa	36
3.2.3	Postavení pacientů ve zdravotnictví Německa	37
3.2.4	Postavení zdravotních pojišťoven v Německu	37
3.2.5	Úloha státu ve zdravotnictví Německa	38
3.3	Francie	39
3.3.1	Historické souvislosti francouzského zdravotnictví	39
3.3.2	Primární, sekundární a terciární péče ve Francii	40
3.3.3	Systém zdravotních pojišťoven ve Francii	41
3.3.4	Soukromé zdravotní pojištění ve Francii	42
3.3.5	Spoluúčast pacienta	43
3.3.6	Úloha státu ve zdravotnictví Francie	43
3.4	Nizozemí	44
3.4.1	Historické souvislosti zdravotnictví v Nizozemí	44
3.4.2	Situace v Nizozemí před zdravotní reformou v roce 2006	44
3.4.3	Reforma zdravotnictví v Nizozemí platná od 1.1.2006	45
3.4.4	Primární, sekundární a terciární sféra zdravotnictví Nizozemí	46
3.4.5	Úloha státu ve zdravotnictví Nizozemí	47
3.5	USA	47
3.5.1	Historické souvislosti zdravotnictví v USA	47
3.5.2	Primární, sekundární a terciární sféra zdravotnictví v USA	50
3.5.3	Postavení pacientů ve zdravotnictví USA	50
3.5.4	Financování zdravotní péče v USA	51
3.5.5	Úloha státu ve zdravotnictví USA	51
3.5.6	Řízená péče - Health Maintenance Organizations	53
3.5.7	Profesní organizace v oblasti zdravotnictví v USA	53
4	Srovnání indikátorů zdravotnictví vybraných zemí	54
4.1	Indikátory financování zdravotnických systémů	54
4.1.1	Celkové výdaje na zdravotnictví	54
4.1.2	Veřejné výdaje na zdravotnictví	56
4.1.3	Soukromé výdaje na zdravotnictví	57
4.1.4	Výdaje na farmaka	58
4.2	Indikátory zdravotního stavu populace	60
4.2.1	Střední délka života při narození	60
4.2.2	Kojenecká úmrtnost	60
4.2.3	Ztracené roky života	61
4.3	Indikátory zdravotní péče	63
4.3.1	Návštěvnost ambulantních lékařů	63
4.3.2	Průměrná ošetrovací doba – akutní lůžka	63
4.4	Analýza vzájemných vztahů vybraných zdravotnických indikátorů	64
4.4.1	Vztah celkových výdajů na zdravotnictví a střední délky života	64
4.4.2	Vztah veřejných výdajů na zdravotnictví a střední délky života	65
4.4.3	Vztah soukromých výdajů na zdravotnictví a návštěvnosti	66
5	Diskuze	67
5.1	Srovnání financování zdravotnictví v ČR a vybraných zemích	67
5.2	Podněty pro reformu zdravotnictví v České republice	70
	Závěr	72

Literatura a prameny	74
Seznam zkratek	80
Seznam obrázků	81

ÚVOD

Motto: Yes, we can!

Heslo Baracka Obamy v kampani prezidentských voleb v USA, 2008

Jak možná poněkud skrytě napovídá motto, smyslem celé práce je zamyšlení při hledání nejlepších cest pro reformu českého zdravotnictví, o jejíž potřebnosti se neustále mluví a jejíž uskutečnění je zatím v nedohlednu. V dnešním globálním světě není nutné vždy vymýšlet vlastní řešení, historie a okolí nám dávají na mnoho otázek dostatek příkladů a odpovědí. Proto se v této práci budu snažit inspirovat historickými i současnými příklady vybraných vyspělých zemí světa a pomocí nich se pokusím najít náměty vhodné pro Českou republiku.

Cílem předkládané práce je analyzovat současný stav financování zdravotní péče v České republice (ČR) s důrazem na financování formou zdravotního pojištění a porovnat situaci v ČR se systémy financování zdravotnictví vybraných zemí. Pro srovnání byly vybrány Velká Británie, Německo a Spojené státy americké (USA) jako tři prototypy odlišných přístupů k financování zdravotnictví. Další srovnávané země jsou Francie, jejíž zdravotní systém bývá považován za jeden z nejlepších na světě, a Nizozemí, kde byl systém zdravotnictví od roku 2006 zásadním způsobem reformován a dnes je Nizozemí dáváno za příklad jako země s úspěšně implementovanou transformací.

Dalším cílem je nalézt v systémech zdravotnictví jednotlivých zemí i po jejich porovnání podněty, které by byly vhodné pro předpokládanou reformu zdravotnictví v ČR.

Diplomová práce je tvořena z teoretické a speciální části, které spolu tvoří jednotný celek. Teoretická část v první kapitole popisuje ze tří hledisek obecné principy financování zdravotnictví ve světě: 1. z hlediska obecně systémového, 2. z hlediska zdrojů financování a 3. z hlediska příjemců úhrad zdravotní péče. Druhá kapitola teoretické části detailně popisuje systém financování zdravotnictví v České republice, a to: 1. z hlediska historického vývoje a 2. z hlediska zdrojů financování zdravotnictví, zvláště formou zdravotního pojištění. Poslední, třetí kapitola teoretické části popisuje hlavní charakteristiky systémů zdravotnictví ve vybraných zemích, s důrazem na finanční toky, a upozorňuje na nejvýraznější znaky každého systému.

V historickém přehledu jsou popsány souvislosti, které vedly k dnešní podobě srovnávaných systémů, jsou zdůrazněny reformní snahy, které se v daných zemích uskutečnily nebo plánují uskutečnit.

Ve speciální části jsou ve čtvrté kapitole srovnány nejvýznamnější indikátory zdravotnických systémů vybraných zemí získané ze statistik Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD). V páté kapitole jsou analyzovány obecné informace o zdravotnictví vybraných zemí i výsledky srovnání statistických údajů, na základě této analýzy jsou uvedena doporučení pro plánovanou reformu zdravotnictví v ČR. Jsou zdůrazněny nejen pozitivní vlastnosti jednotlivých systémů, ale i jejich nevýhody, kterých by bylo vhodné se při plánování reformy v ČR vyvarovat.

1 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

1.1 Systémy zdravotnictví

Cílem zdravotnictví je zlepšovat zdravotní stav obyvatelstva. Tento cíl je uskutečňován v rámci systému zdravotnictví dané země. Durdisová definuje systém zdravotnictví jako „organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče“.¹ Pokud uvažujeme o zdravotnictví jako oboru, jedná se o systém zdravotnických institucí a zdravotnických pracovníků, kteří poskytují odborné zdravotnické služby.² I když je hlavním cílem zdravotnických systémů podpora zdraví, jsou jejich nedílnou součástí i vzdělávání zdravotnických pracovníků, zdravotnická osvěta a výzkum.

Co je systém zdravotnictví lze definovat z několika pohledů. Gladkij³ definuje zdravotnictví z hlediska národohospodářského jako odvětví národního hospodářství, z hlediska organizačně-institucionálního jde o soustavu specifických zařízení a institucí poskytujících zdravotnickou péči a z hlediska funkčního jde o subsystém systému péče o zdraví.

Z ekonomického pohledu se zdravotnický systém odlišuje od standardního ekonomického trhu tím, že místo dvou základních subjektů tvořících nabídku a poptávku existují ve zdravotnictví subjekty tři:

1. poskytovatelé na straně nabídky (zdravotnické instituce)
2. pacienti na straně poptávky
3. plátcí zdravotnických služeb (různí v závislosti na typu systému)

Na základě kulturního a historického vývoje a upřednostňovaných hodnot lze ve společnosti odlišit tři základní způsoby nahlížení na zdraví:⁴

1. Liberální přístup k právu na zdravotní péči předpokládá zodpovědnost jedince za své zdraví, každý je povinen dbát o své zdraví a investovat do něj. Ekonomické možnosti jsou limitujícím faktorem omezujícím přístup ke

¹ DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 91.

² Srov. REKTOŘÍK, J., *Ekonomika veřejného sektoru*, s. 56.

³ Srov. GLADKIJ, I., a STRNAD, L., *Zdravotní politika – zdraví – zdravotnictví*, s. 13.

⁴ Srov. DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 48–49.

zdravotní péči. V dnešní době i tento přístup uznává princip solidarity, ale s důrazem na její využití až po vyčerpání vlastních možností jedince. Zdraví je zboží se svou tržní hodnotou.

2. Egalitární přístup předpokládá právo jedince na zdravotní péči bez ohledu na majetek nebo zdravotní stav. Přístup do systému má každý dle svých potřeb zdravotní péče. Základem je solidarita. Veřejný sektor ve zdravotnictví převažuje a zdravotní péče je sociální službou a základním občanským právem. Stát zajišťuje funkci, odpovědnost a úhradu zdravotní péče.
3. Pojetí utilitární staví na užitku a sociálním prospěchu ze zdravotní péče. Ta je chápána jako zároveň veřejný i individuální zájem, je poskytována v soukromém i veřejném sektoru. Financování zajišťuje stát i soukromé zdroje jedinců.

Odlišnosti jednotlivých typů zdravotnických systémů jsou způsobeny rozdílnou strukturou vlastnických vztahů, různým způsobem financování, různou mírou státní regulace, rozdílnými podmínkami přístupu pacientů ke zdravotní péči a rozdíly ve finanční spoluúčasti pacientů. To, jaký zdravotnický systém ta která země v současnosti používá, je dáno především kulturně-historickým vývojem, hodnotami upřednostňovanými ve společnosti, vládnoucím politickým systémem a hospodářskou vyspělostí země.

I když se zdravotnické systémy jednotlivých zemí liší, existují určité společné prvky. Jsou to:⁵

- snaha o dostupnost zdravotní péče nezávisle na výši příjmů
- současné využívání ziskových i neziskových institucí
- primární péče je většinou poskytována soukromými praktickými lékaři
- většinu zdrojů systému zajišťují pojišťovny
- existují problémy s růstem výdajů na zdravotnictví
- existují snahy o regulaci ze strany státu

1.1.1 Systém založený na povinném pojištění

Jedná se o systém na státu málo závislých pojišťoven vytvořený v Německu v 19. století. Zdravotní péče je pojištěncům financována na základě smluvních vztahů

⁵ Srov. REKTORÍK, J., *Ekonomika veřejného sektoru*, s. 56.

s jejich pojišťovnou. Zdravotní pojištění je povinné. Do fondů zdravotního pojištění přispívají občané, zaměstnavatelé a stát. Významný je princip solidarity, zdravotní péče je dostupná pro všechny občany bez ohledu na jejich majetkové poměry. Stát zasahuje do systému prostřednictvím legislativy, řízení systému je věcí veřejnoprávních institucí.⁶

Praktičtí lékaři a ambulantní specialisté jsou nejčastěji osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ), lékaři v nemocničním sektoru jsou většinou v postavení zaměstnanců. Vlastnit zdravotnickou instituci může soukromý i veřejný subjekt. Úhrada za zdravotní péči je převážně formou platby za výkon kombinovaná s platbou kapitační.⁷

Nabídka zdravotnických služeb je dostatečná, síť zdravotnických zařízení pokrývá rovnoměrně všechny obyvatele. Relativní nevýhodou systému je nákladnost provozu zdravotních pojišťoven a vysoké administrativní náklady celkově. Pojišťovnický systém je nákladný i z důvodu malé motivace k šetření nákladů systému lékaři při úhradách za výkon a z důvodu nadměrného plýtvání léky (morální hazard). Z tohoto důvodu je otázkou udržitelnost čistě pojišťovnického systému v budoucnu.⁸

Tento systém převládá v zemích západní Evropy, např. v Belgii, v Nizozemí, v Lucembursku, v Rakousku, ve Francii a také v postkomunistických státech střední Evropy, např. v České republice a na Slovensku.

1.1.2 Systém národního zdravotnictví

Hlavní úlohu v řízení i financování má stát, případně státem pověřená státní instituce, jedná se tedy o centralizovaný systém. Systém zajišťuje všem občanům zdravotnickou péči na principu solidarity. Zdrojem financování jsou daně, zdravotnictví je financováno z veřejného rozpočtu.⁹

Praktičtí lékaři (rodinní lékaři) jako OSVČ mají smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami nebo s úřadem odpovídajícího samosprávného celku, jsou placeni kapitačně. Lůžková zdravotnická zařízení vlastní převážně stát s úhradou péče za ošetrovací den, ale existují i zcela soukromé instituce (např. „jednodenní“ nebo kosmetická chirurgie apod.). Míra spoluúčasti pacientů je nízká, převážně ve formě

⁶ Srov. DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 144.

⁷ Srov. VURM, V., *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*, s. 36–37.

⁸ Srov. DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 169.

⁹ Srov. VURM, V., *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*, s. 35.

doplatků za léky, za stomatologické ošetření a optické pomůcky. Soukromé připojištění není vyloučeno, ale má okrajový význam. Nabídka zdravotnických služeb je i v tomto systému dostatečná a zdravotní péče je dobře dostupná pro všechny. Velký význam má primární péče ve formě sítě rodinných lékařů. Nevýhodou tohoto systému jsou dlouhé čekací doby na plánované výkony. Jak zdravotníci, tak i pacienti nejsou dostatečně motivováni k individuální odpovědnosti za ekonomické chování a vlastní zdraví. Jako v každém rovnostářském systému bohatší vnímají negativně své vyšší příspěvky na zdravotnictví.¹⁰

V Evropě je tento systém zdravotnictví typický zejména pro některé severské státy (Švédsko, Finsko, Dánsko), Velkou Británii a Irsko, z mimoevropských zemí se využívá na Novém Zélandu a v Kanadě.

1.1.3 Liberální systém

Liberalismus je „systém politických, ekonomických, sociálních hodnot a zásad založený na preferování politické a ekonomické svobody, respektování individua a soukromého vlastnictví“¹¹, zdraví má vysokou společenskou hodnotu, ale zdravotní péče je považována za zboží. Je na každém jedinci, jak s touto hodnotou bude nakládat, stát by měl v péči o zdraví jedince jen omezeně ovlivňovat.¹²

Liberální systém, známý také jako americký systém, je typem nestátního pluralitního zdravotnictví, je založen na komerčním pojištění a je v mnoha parametrech opakem předchozího systému národního zdravotnictví. Ve své čisté podobě se v dnešní době již nevyskytuje (tato krajní, teoretická možnost bývá označována jako komerční systém), zdravotní péče pro starší a nemajetné je dnes i v liberálním systému zajištěna státem. Také velcí zaměstnavatelé zajišťují zaměstnancům jako zaměstnanecký benefit zdravotní pojištění, v tomto případě však hrozí jeho ztráta současně se ztrátou zaměstnání. Stát zdravotní péči není povinen garantovat. Zdravotní péče je služba, kterou si lze koupit a uhradit buď přímo nebo prostřednictvím dobrovolného soukromého pojištění.¹³

Praktičtí a ambulantní lékaři pracují povětšinou jako OSVČ, nemocniční lékaři jsou jako zaměstnanci nebo i spolupodnikatelé. Vlastnictví zdravotnických institucí je

¹⁰ Srov. DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 163.

¹¹ Tamtéž, s. 57.

¹² Srov. tamtéž, s. 57.

¹³ Srov. DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 162.

soukromé i veřejné, instituce mohou být ziskového i neziskového typu. Zdravotní péče je financována platbami za výkon. Profesní organizace mají silné postavení.¹⁴

Liberální systém zdravotnictví nabízí širokou nabídku kvalitní péče, ke které přispívá i vysoce konkurenční prostředí. Tento systém je charakteristický používáním moderních technologií, které přináší poskytovatelům péče konkurenční výhodu. Míra solidarity je nízká a zdravotní péče nemusí být dostupná pro nízkopříjmové skupiny obyvatel. Stát jen omezeně podporuje prevenci. Finanční náklady jsou u tohoto systému nejvyšší, značná je i administrativní náročnost.¹⁵

Tento systém je používán zejména v USA, dále např. v Japonsku a v Jižní Koreji.

1.1.4 Smíšený systém

Smíšený systém je spojením pojišťovnického systému a systému národní zdravotní služby. Tento systém je zaveden např. v zemích jižní Evropy, jako jsou Itálie, Řecko, Španělsko a Portugalsko.

1.1.5 Státní zdravotnictví

Jedná se o extrémní případ systému národní zdravotnické služby. Stát je vlastníkem zdravotnických institucí a výhradním poskytovatelem zdravotnických služeb, lékaři jsou státními zaměstnanci.

Zdravotní péče je dostupná pro všechny jak po finanční stránce, tak z hlediska geografické dosažitelnosti. Mezi výhody tohoto systému patří také zvýšený důraz na prevenci a dobrá návaznost zdravotní péče. Celkově je ale výkonnost systému nízká, systém trpí chronickým nedostatkem financí. Nedostatečné zdroje vedou k pomalému zavádění nových postupů a technologií. Je nízká motivace občanů k péči o vlastní zdraví i motivace zdravotnických pracovníků, neexistuje soutěživé konkurenční prostředí. Profesní organizace mají jen slabou, poradní funkci.¹⁶

1.2 Zdroje financování zdravotní péče

Financování zdravotnictví každého státu závisí na koncepci státní sociální politiky. Zásadou zajištění financování zdravotnických služeb ve vyspělých státech je

¹⁴ Srov. DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 162.

¹⁵ Srov. VURM, V., *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*, s. 34–35.

¹⁶ Srov. tamtéž, s. 35.

dostupnost zdravotnických služeb pro všechny občany. Různé státy však tento úkol řeší různě. To, jaký způsob je zvolen, závisí na mnoha faktorech, např. ekonomické situaci veřejných rozpočtů, rozsahu přímých úhrad pacienty, formě a rozsahu úhrad poskytovatelům zdravotní péče a dalších.

Existuje pět základních způsobů, jak financovat zdravotní péči:¹⁷

1. přímá platba pacienta
2. daně odváděné státu nebo menšímu samosprávnému celku
3. veřejné zdravotní pojištění
4. dobrovolné privátní zdravotní pojištění a zaměstnanecké pojištění
5. dary z dobročinné činnosti, dary jiných zemí (humanitární pomoc)

Většina zemí využívá všech pěti způsobů, avšak jsou zastoupeny v různých poměrech. Jednotlivé způsoby financování lze rozdělit na přímé financování (přímé placení zdravotnických služeb pacientem, včetně spoluúčasti) a nepřímé financování (veřejné pojištění, veřejné rozpočty – financování z daní, dobrovolné privátní pojištění nebo zaměstnanecké pojištění a dary z dobročinné činnosti nebo pomoc jiných států).

Vzhledem k tématu práce bude dále pozornost věnována především financování zdravotní péče formou pojištění.

1.3 Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění (ZP) je stejně jako jiné druhy pojištění způsob, jak lze mezi lidmi rozdělit potenciální riziko, v případě ZP riziko náhlých a nečekaných výdajů na zdravotní péči. V širším pojetí ZP může hradit nejen léčbu onemocnění nebo úrazu, ale i náklady spojené s dlouhodobým postižením a s tím související ošetrovatelskou a opatrovnickou péčí, dávky na mateřské dovolené, preventivní a protiepidemická opatření a další výdaje spojené se zdravotním stavem obyvatelstva. Tyto další náklady bývají v jednotlivých zemích rozděleny různým způsobem mezi systémy zdravotního pojištění a sociálního pojištění, které by se měly vhodně doplňovat a tvořit jednotný celek zabezpečující zdravotní a sociální rizika občana.

Hlavní princip pojištění zdravotnických služeb lze definovat tak, že *„pojišťovací fond v systému funguje jako subjekt, který realizuje sociální ekvitu a organizuje*

¹⁷ Srov. GLIED, S. A., *Health Care Financing, Efficiency, and Equity*, s. 2, <<http://www.nber.org/papers/w13881>>.

směnný vztah mezi lékařem a pacientem“.¹⁸ Účelem zdravotní pojišťovny je přenášet na sebe riziko potenciálních plateb za zdravotní péči.

1.3.1 Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění (nazývané také statutární zdravotní pojištění) je postaveno na principu celospolečenské solidarity a rozdělení rizika mezi všechny pojištěnce. Každému je poskytnuta zdravotní péče dle jeho potřeb. Solidarita je zajištěna tím, že pojistné platí všichni, ale nákladnou péči je potřeba hradit jen malému procentu pojištěnců (označováno jako komprese pojištěnců).¹⁹ Na veřejné zdravotní pojištění přispívají zaměstnanci, zaměstnavatelé a stát, pravidla veřejného zdravotního pojištění jsou zakotvena v legislativě státu.

Veřejné státní zdravotní pojišťovny mohou své náklady snižovat vyjednáváním z pozice vlády. Například vláda může stanovit cenu zdravotní péče, vyjednávat lepší nákupní ceny léčiv a zdravotnického materiálu nebo určovat platy zdravotníků. Příspěvky na zdravotní pojištění nařízené vládou se většinou odvíjí od výše mzdy, tedy pojištěnci s vyšším příjmem platí podstatně více než méně majetní. Tím jsou zdroje redistribuovány od bohatších k chudším. Rozsah pojištění bývá omezen zdola i shora (minimální a maximální pojistné).²⁰

1.3.2 Soukromé zdravotní pojištění

Většina vyspělých států využívá vedle veřejného zdravotního pojištění také pojištění soukromé (privátní). U soukromého pojištění pojištěnec hradí předem dohodnutou fixní částku, která závisí na míře rizika vzniku pojistného plnění u pojištěnce a není závislá na výši příjmu pojištěnce.

Je možné rozlišit tři typy soukromého zdravotního pojištění:

1. Plně soukromé pojištění, které nahrazuje u pojištěných úhrady jejich zdravotní péče z veřejného pojištění (např. v Belgii, v Německu, z části ve Španělsku). Pro přestup z veřejného do plně soukromého pojištění musí pojištěnec splňovat zákonem dané předpoklady, např. dostatečná výše měsíčního příjmu.

¹⁸ PUSTELNÍK, K., a JAROŠOVÁ, D., *Úvod do studia zdravotnických systémů*, s. 7.

¹⁹ Srov. DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 169.

²⁰ Srov. GLIED, S. A., *Health Care Financing, Efficiency, and Equity*, s. 2–3, <<http://www.nber.org/papers/w13881>>.

2. Doplnkové pojištění, ze kterého je hrazena jen část zdravotní péče, ostatní je hrazena z veřejného pojištění.
3. Dodatečné pojištění, které pokrývá úhradu jiných služeb než zdravotní péče, jako kvalitnější ubytování při hospitalizaci, kratší čekací lhůty na ošetření, větší svoboda ve výběru poskytovatele zdravotní péče atd.²¹

Komerční pojišťovny snižují své výdaje spoluúčastí pojištěnců, nastavením omezení a výjimek z pojištění a nastavením limitů maximální úhrady. Také je omezeno pojištění u pacientů s onemocněním existujícím již v době uzavírání pojistky.²²

1.4 Platby poskytovatelům zdravotní péče

Základní způsoby úhrad zdravotní péče jsou následující:

1. přímá platba pacientem
2. úhrada za pacienta (kapitace)
3. pevný plat lékaře z rozpočtu
4. úhrada za výkon (bodový systém)
5. úhrada za ošetřovací den
6. úhrada za diagnózu
7. rozpočet na dané období
8. úhrada za návštěvu lékaře

Jednotlivé systémy úhrad jsou používány společně, některé převažují v primární (ambulantní) péči (přímá platba, kapitace, plat lékaře z rozpočtu, platba za výkon), jiné v péči nemocniční (úhrada za ošetřovací den, úhrada za diagnózu, rozpočet na dané období).

1.4.1 Přímá platba

Přímé platby za zdravotní péči jsou častou formou úhrady u praktických lékařů a ambulantních specialistů. Výše úhrady může být stanovena buď přímo lékařem, nebo je nařízena centrálně (např. v Německu, sektor 1 ve Francii, v Kanadě, v Japonsku)

²¹ Srov. MARTINIČOVÁ, M., Pojišťovny se v nemocnicích nebojí, *Profit*, <<http://www.profit.cz/clanek/pojistovny-se-v-nemocnicich-neboji.aspx>>.

²² Srov. GLIED, S. A. *Health Care Financing, Efficiency, and Equity*, s. 3, <<http://www.nber.org/papers/w13881>>.

Možný je i hybridní model (např. sektor 2 ve Francii, v Austrálii, na Novém Zélandu) kde si praktický lékař účtuje extra částku k částce stanovené zákonem.²³

1.4.2 Kapitační platba

V systémech s kapitační platbou je lékařům placena paušální částka za každého pacienta v jejich péči. Částka kapitace bývá upravena podle věku, někdy i podle pohlaví pacienta. Kapitační platba může být kombinována s platbou za výkon. V případě, že lékař pracuje v geograficky méně výhodném prostředí (málo zalidněná, rozsáhlá území), může být v takovém případě kapitační platba kompenzačně zvýšena.

Podle údajů OECD jsou kapitační platby používány v Itálii, Velké Británii, Rakousku, Dánsku (jedna třetina příjmů, ostatní platby za výkon), v Irsku, Nizozemí (vyjma soukromě pojištěných pacientů a zaměstnanců veřejného sektoru, za které je úhrada poskytována výkonově) a ve Švédsku. Kapitační platby se také objevují v systémech řízené péče v USA.²⁴ V České republice jsou kapitační platby zavedeny od roku 1997.

Systémy kapitačních plateb umožňují lepší kontrolu výdajů za primární péči, ale mají nevýhodu v tendenci k registraci neúměrného množství pacientů s následnými dlouhými čekacími dobami a k selekci „bezproblémových“ pacientů pro registraci. Tyto negativní jevy jsou zmírňovány svobodnou volbou lékaře. Výhodou úhrad kapitací je větší důraz lékaře na preventivní opatření a upřednostňování kvality péče nad kvantitou vykazovaných výkonů.

1.4.3 Pevný plat lékaře ze státního rozpočtu

V některých zemích OECD, jako jsou např. Řecko, Finsko, Island, Norsko (mix mzdy a plateb za výkon), Portugalsko, Španělsko (mix s kapitací) a Švédsko, pracují někteří praktičtí lékaři jako zaměstnanci státu. Tento způsob umožňuje velmi dobrou kontrolu nad výdaji za primární péči, ale lékaři jsou velmi málo motivováni k poskytování péče a často se snaží snížit své pracovní zatížení odesláním pacientů k jiným poskytovatelům. Proto se od hrazení primární péče tímto způsobem v současnosti upouští.²⁵

²³ Srov. DOCTEUR, E., a OXLEY, H., *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, s. 31, <<http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>>.

²⁴ Srov. tamtéž, s. 30.

²⁵ Srov. tamtéž, s. 30.

1.4.4 Bodový systém (platby za výkon)

Úhrada za poskytnutou péči je poskytována zpětně, jedná se tedy o retrospektivní systém platby. Zdravotnické výkony jsou ohodnoceny dle své náročnosti určitým systémem bodů. Toto bodové ohodnocení se nemění (nebo zcela výjimečně), mění se hodnota bodu, která je pravidelně určována v dohodovacím řízení mezi plátcí a poskytovateli zdravotní péče. Bodové ohodnocení výkonu závisí na náročnosti osobních nákladů, přístrojovém vybavení nutném k výkonu, nákladech na léky a další spotřební zdravotnický materiál a nákladech na režii zdravotnického zařízení.

Hlavní nevýhodou bodového systému je nadhodnocování počtu prováděných výkonů a provádění zbytných výkonů. Kvalita zdravotní péče je snížena na úkor kvantity. Výhodou je vysoká flexibilita a motivovanost lékaře k poskytování co nejvíce péče v co největším rozsahu, tedy i komplexních služeb. Tím je zkrácena ošetrovací doba pacienta, zvýšen komfort péče a omezení redundantních výkonů (zbytečné odesílání pacienta od jednoho poskytovatele k dalšímu).

V nemocničním prostředí je problematické posuzovat oprávněnost jednotlivých výkonů, nevýhodou je i vysoká administrativní náročnost, neprůhlednost a motivace k poskytování nadbytečné péče. Z těchto důvodů se platby za výkon v nemocniční péči používají jen výjimečně.

Bodový systém bývá užíván v mnoha zemích pro platby praktickým lékařům (většinou v kombinaci s kapitačním systémem) a především pro platby ambulantním specialistům, pro úhradu nemocniční péče se využívá v Japonsku.²⁶

1.4.5 Platby za ošetrovací den

Tento způsob úhrad je užíván pro nemocniční péči. Je určena maximální úhrada za obsazené lůžko. Výdaje nemocnice jsou omezené maximální lůžkovou kapacitou. Nevýhodou tohoto způsobu je zbytečné prodlužování ošetrovací doby pacientů. Z toho důvodu bývají první dny hrazeny vyšší částkou, navíc intenzita péče bývá na začátku hospitalizace vyšší. Výhodou je průhlednost a administrativní jednoduchost.

Tento systém je užíván v Rakousku, Kanadě, Dánsku, Finsku, Irsku, Norsku, Švédsku a v sektoru veřejných nemocnic ve Francii a Španělsku.²⁷

²⁶ Srov. DOCTEUR, E., a OXLEY, H., *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, s. 31-34, <<http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>>.

²⁷ Srov. tamtéž, s. 31–34.

V některých zemích (Velká Británie, Německo) je systém úhrad za ošetrovací den značně složitý v závislosti na více parametrech zdravotní péče a blíží se systému DRG.²⁸

1.4.6 DRG (diagnose related group) systém - platba za diagnózu

Tento systém je užíván pro výpočet úhrad za nemocniční péči, byl zaveden v roce 1983 v USA k porovnávání cen péče v systému Medicare. Předpokladem systému DRG (diagnose related group) je existence srovnatelných nákladů na léčbu u pacientů s obdobnými diagnózami a závažností jejich stavu. Předpokládá se, že léčebné postupy budou vždy podobné.²⁹ Další faktory určující zařazení daného případu v systému DRG jsou věk, pohlaví, přidružené onemocnění a komplikace. Skupiny DRG (přibližně 500 skupin, určené na základě Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN) jsou sdruženy do 25 skupin MDC (Major Diagnostic Category, hlavní diagnostická třída). Výše úhrady je stanovena tak, že specifická váha DRG skupiny, vyjadřující náročnost skupiny na finanční zdroje, se násobí základní sazbou. Některé odvozené systémy úhrad při výpočtu uvažují část úhrady podle dnů strávených v nemocnici a část úhrady za lékařské výkony. K základní paušální platbě lze přičítat extra body za delší nebo odečítat body za kratší pobyt.³⁰

Výhodou DRG systému je zpřesnění vztahu úhrad a skutečných výdajů na léčbu, zlepšení kontroly výdajů na zdravotní péči, motivuje poskytovatele ke kvalitnější, kratší a přitom méně nákladné léčbě. Avšak ani tento systém není zcela odolný proti účelovému chování poskytovatelů. Příkladem je takzvaný „cream skimming“ pacientů³¹, tedy upřednostňování pacientů s diagnózami s nejvyššími úhradami a nejnižšími náklady. Dalším negativním jevem je předčasné propouštění pacientů s opětovnou hospitalizací (z důvodu vyšších platby v prvních dnech hospitalizace), omezení diagnostiky pacientů jen do výše úhrad v systému apod.

Vedle USA je tento systém implementován nebo se zavádí v Austrálii, v Rakousku, Belgii, Kanadě, Dánsku, Finsku, Francii, Německu, Maďarsku, Irsku, Itálii, Norsku, Portugalsku, Španělsku, Švédsku a ve Velké Británii. V mnoha z těchto zemí

²⁸ Diagnose related group

²⁹ ZLÁMAL, J. a BELLOVÁ, J., *Ekonomika zdravotnictví*, s. 82.

³⁰ LOMÍČEK, M. a MUSÍLKOVÁ, J., Současný stav systému DRG u nás, *VZP ČR*, <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/DRG/ArchivDRG/Clanek_ze_Zdravotnickych_novin/>.

³¹ Problém „cream skimming“ se vyskytuje i u jiných typů úhrad, např. platba za výkon – upřednostňování „drahých“ výkonů, kapitace – upřednostňování „zdravých“ pacientů v registru atd...

se DRG systém zavedl jako indikátor umožňující rozpočtování prostředků na zdravotní péči na základě skutečné potřeby místo rozpočtování na základě údajů z předchozích období.³²

1.4.7 Celkový (globální) rozpočet na určité období

Částka přidělená zdravotnické instituci z rozpočtu (státu, kraje apod.) je stanovena dohodou mezi daným odpovědným orgánem a institucí. Výše příspěvku je stanovena porovnáním s obdobnými zdravotnickými institucemi a náklady v předchozích letech.

Výhodou je administrativní jednoduchost a přímá kontrola výdajů správcem rozpočtového fondu. Instituce zná dopředu výši dotací, proto může lépe a dlouhodoběji plánovat svůj provoz a investice. Nevýhodou je nízká zainteresovanost dotovaných poskytovatelů na zlepšení efektivity a z toho plynoucí značná ne hospodárnost.

Existují komplexnější varianty s přesně dopředu stanovenými objemy a strukturou zdravotní péče (Velká Británie, Německo), které se přibližují systému DRG.

Dotace z rozpočtu jsou využívány v různých podobách v mnoha zemích, např. v Kanadě, Dánsku, Finsku, Irsku, Norsku, Švédsku, ve Velké Británii i v postkomunistických zemích, včetně České republiky.³³

1.4.8 Úhrada za návštěvu lékaře

Jedná se o paušální úhradu za jednu návštěvu lékaře pacientem. Význam má především regulační, typický je příklad poplatků za návštěvu lékaře, které jsou hrazeny buď přímo nebo ze soukromého pojištění, a regulují nadužívání zdravotní péče.

³² Srov. DOCTEUR, E., a OXLEY, H., *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, s. 35, <<http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>>.

³³ Srov. tamtéž, s. 34.

2 ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ

2.1 Historie zdravotního pojištění na území České republiky

2.1.1 Období před rokem 1918

Zavedení zdravotní policie za vlády Marie Terezie lze považovat za první pokus o vytvoření zdravotnického systému na našem území. Hlavním účelem této zdravotní policie byla ochrana obyvatel před nemocemi přenášenými domácími zvířaty. Vydaný zdravotní řád byl platný pro celé území císařství.

V roce 1887 byl po vzoru císařského Německa přijat zákon, který zaměstnavatelům a zaměstnancům ukládal povinnost odvádět nemocenské pojištění u průmyslových dělníků (rozšíření povinnosti nemocenského pojištění na všechny pracující se objevuje až po 1. světové válce). Kromě zákona o povinném nemocenském pojištění byl také přijat zákon o úrazovém pojištění zabezpečující dělníky pro případ pracovního úrazu.

Od roku 1917 zabezpečoval zákon o nemocenském pojištění i rodinné příslušníky plátců pojištění (právo na časově omezenou bezplatnou ambulantní péči, nemocniční ošetření a léky). Některým pojištěncům zákon přiznával také nárok na nemocenskou podporu, která činila 60 % obvyklé mzdy.

Rakousko-Uhersko bylo jednou z prvních zemí, kde bylo nemocenské pojištění takto systematicky uzákoněno.³⁴

2.1.2 Období mezi světovými válkami

Za první republiky byl na našem území zaveden systém nemocenských pojišťoven. Pojištění u okresních pojišťoven bylo povinné pro zaměstnance pracující v jejich spádové oblasti, pokud nebyli pojištěni u jiné pojišťovny. Ostatní zaměstnanci podle oboru činnosti byli povinně pojištěni u nemocenských pojišťoven (zemědělské, závodní, společenstevní a gremiální, spolkové či zapsané pomocné a zajišťovací

³⁴ Srov. NIKLÍČEK, L., Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888–1938, *Moderní dějiny 1*, <<http://www.sasp.cz/novinky/26102001.htm>>.

pojišťovny pracovní v domácnosti). Pojištění zahrnovalo i rodinné příslušníky pojištěnců. Kontrolní činnost nad nemocenskými pojišťovnami zastávala Ústřední sociální pojišťovna, dozorem nad ní byly pověřeny Ministerstvo sociální péče a Ministerstvo financí.

V roce 1918 byly také založeny Státní ústav pro zkoumání léčiv (nyní Státní ústav pro kontrolu léčiv) a Státní zdravotnický ústav republiky Československé. Tyto ústavy zajišťovaly zdravotní správu republiky především po stránce vědecké, epidemiologické a zdravotně osvětové.³⁵

V roce 1924 byl vytvořen systém pojištění, kdy pro každé odvětví byl zřízen systém okresních nemocenských pojišťoven a zemědělské nemocenské pojišťovny. Závodní nemocenské pokladny byly zachovány. Vedle státní zdravotní správy byla zřízena zemská zdravotní správa ve formě zemských zdravotních odborů s funkcí zejména kontrolní. Nejnižší úroveň veřejné zdravotní správy tvořily okresní úřady s úkoly jako dozorování, výkaznictví a sběr informací o zdravotnických zařízeních. Tuto činnost vykonávali okresní lékaři podřízeni okresnímu hejtmanovi.³⁶

2.1.3 Období po 2. světové válce

Nejasná situace v prvních letech po skončení 2. světové války vyústila v roce 1948 znárodněním nemocnic, lázní a farmaceutických závodů. Dřívější systém mnoha zdravotních pojišťoven byl od roku 1948 změněn a vznikla jediná „Ústřední národní pojišťovna“, s národními pojišťovnami a okresními národními pojišťovnami jako územními organizačními složkami.³⁷

V roce 1951 byla převzata sovětská koncepce zdravotnictví. Zákonem č. 103/1951 Sb. o jednotné preventivní a léčebné péči stát definitivně převzal řízení zdravotnictví Československa. Tento zákon zrušil mnohé dosud platné právní normy. Veškerou zdravotní péči hradil stát z prostředků státního rozpočtu. Instrukce zdravotních služeb byly koncentrovány v ústavech národního zdraví (ÚNZ). Dále byly zřízeny krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ), které metodicky vedly a kontrolovaly ÚNZ. Pod přímé řízení KÚNZ spadaly krajské a fakultní nemocnice.³⁸

³⁵ Srov. VURM, V., *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*, s. 11–12.

³⁶ Srov. NIKLÍČEK, L., *Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888-1938, Moderní dějiny I*, <<http://www.sasp.cz/novinky/26102001.htm>>.

³⁷ Srov. GLADKIJ, I., aj., *Management ve zdravotnictví*, s. 33–34.

³⁸ Srov. GLADKIJ, I., a STRNAD, L., *Zdravotní politika – zdraví – zdravotnictví*, s. 58–59.

V roce 1966 byl přijat zákon č. 20/1966 Sb., O péči o zdraví lidu platný dodnes. Ústředním orgánem státní správy bylo Ministerstvo zdravotnictví, na úrovni kraje, okresu a obce pak příslušné národní výbory. Do kompetencí Ministerstva zdravotnictví spadalo plánování zdravotnické péče, výroba a distribuce léčiv a odborná příprava lékařů i nelékařských pracovníků. Národní výbory měly podobné pravomoci, ale na nižší úrovni, a navíc byly správci podřízených zdravotnických zařízení. Tento systém existoval do roku 1991.

2.1.4 Období po roce 1989

Po politických změnách roku 1989 následovaly změny v systému zdravotnictví. V roce 1990 Ministerstvo zdravotnictví připravilo novou koncepci, která byla na konci roku 1990 schválena. Základním východiskem při přípravě nového legislativního rámce systému zdravotnictví byl článek 31 Listiny základních práv a svobod.³⁹ Ústředním orgánem státní správy zůstalo Ministerstvo zdravotnictví. Okresní národní výbory a krajské národní výbory byly podle nové koncepce nahrazeny okresními úřady a Ministerstvem zdravotnictví. (K 31.12.2002 byla ukončena působnost okresních úřadů, jejich kompetence přešla na krajské úřady).⁴⁰

System financování zdravotnictví „sovětského“ (Semaškova) typu byl nahrazen evropským pluralitním systémem. Nový systém financování byl definován zákonem ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění. Nemocenské a zdravotní pojištění byly odděleny, nemocenské pojištění bylo svěřeno do správy Ministerstvu práce a sociálních věcí. V roce 1992 byla dle zákona ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky založena Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP). V následujícím roce vznikají další zdravotní pojišťovny na základě zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.⁴¹

V roce 1997 byl přijat zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, na jehož základě byl definitivně zrušen zákon ČNR č. 550/1991 Sb.

³⁹ Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.

⁴⁰ Zákonem č. 320/2002 Sb., o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů, byly kompetence okresních úřadů přeneseny na krajské úřady.

⁴¹ Srov. Zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Po roce 2000 je z důvodu zvýšení hospodárnosti a kvality zdravotní péče přijat zákon č. 438/2004 Sb.⁴², kterým se mění zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Tento zákon novelizuje čtyři nejdůležitější zákony o zdravotních pojišťovnách a zdravotním pojištění. Mimo jiné zohledňuje uspořádání České republiky na kraje u Všeobecné zdravotní pojišťovny, zavádí vykazování nedoplatků, ruší právo veta státních zástupců ve správních radách a zavádí jednotný schvalovací proces zdravotně pojistných plánů a výročních zpráv Poslaneckou sněmovnou.

V rámci zvyšování podílu financování zdravotní péče ze soukromých zdrojů a ve snaze o regulaci spotřeby zdravotní péče byly podle zákona 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů zavedeny regulační poplatky. Zavedení regulačních poplatků doprovázela nutnost ochrany sociálně slabých skupin obyvatelstva. Výjimky z povinnosti platit regulační poplatek definuje zákon č. 48/1997 Sb.⁴³

2.2 Financování zdravotnictví České republiky

2.2.1 Právní rámec financování zdravotnictví České republiky

Právní systém zdravotnictví České republiky vychází z Listiny základních práv a svobod, jejíž článek 31 praví: „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.“⁴⁴ Toto tvrzení lze vyložit tak, že zdravotní péče i pomůcky jsou sice v České republice bezplatné, ale jen do určité míry, kterou přesně definuje zákon. Bezplatná péče a pomůcky je hrazena pouze občanům (na rozdíl od práva na ochranu zdraví - první věta článku 31), proto například cizí státní příslušníci mají na území České republiky právo na ochranu zdraví, ale již ne na bezplatnou péči.

⁴² Zákon 438/2004 Sb., změna zákona o VZP ČR a souvisejících zákonů.

⁴³ Srov. zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, § 16a odst. 2 písm. a) – d)

⁴⁴ Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.

Podmínky poskytování a způsob financování zdravotní péče v ČR definují v současnosti zejména následující zákony:

- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

2.2.2 Zdroje financování zdravotnictví v České republice

České zdravotnictví je založeno na principu solidarity a na zdravotní péči dostupné pro všechny občany. Celkový objem prostředků pro zdravotnictví státu závisí zejména na množství celkového příjmu zaměstnaných osob a OSVČ. Výběr zdravotního pojištění, který tvoří nejvýznamnější část zdrojů, je definován jako procentní sazba z těchto příjmů. Také výše příjmů státního rozpočtu z daní závisí na příjmech fyzických nebo právnických osob. Zvýšená kupní síla obyvatelstva navíc umožňuje větší zdroje financování formou spoluúčasti nebo přímých plateb.

Velký význam pro financování zdravotní péče mají platby zdravotního pojištění státem za vybrané skupiny pojištěnců. Počet těchto pojištěnců má zásadní vliv na celkové zdroje zdravotnictví, přesun pojištěnce z kategorie státního pojištěnce do kategorie zaměstnance nebo OSVČ zásadním způsobem zvyšuje příjem prostředků do systému zdravotnictví, a to dvojnásobkem. Jednak je úhrada za státní pojištěnce nižší než odvody na ZP zaměstnanců nebo OSVČ, dále se tímto přesunem uvolní prostředky na povinné výdaje ze státního rozpočtu a zvýší příjmy státního rozpočtu z daní. Příkladem takového přesunu je znovuzaměstnání nezaměstnaného nebo navýšení věku odchodu do důchodu. Tento příklad jasně ukazuje úzkou provázanost státní sociální politiky se systémem zdravotnictví a velký význam státních zásahů v makroekonomické a sociální oblasti na zajištění zdrojů pro zdravotnictví. Dobrým příkladem je aktivní politika zaměstnanosti.

Zdroje financování zdravotnictví ČR tvoří:

- všeobecné zdravotní pojištění

- státní rozpočet a rozpočty územních orgánů
- finanční spoluúčast pacientů a přímé úhrady
- soukromé pojištění
- další zdroje (sponzorské dary, nadace apod.)

Tento výčet odpovídá pořadí zdrojů dle finančního objemu, který představují. Vzhledem k tématu práce bude důkladně popsáno financování formou zdravotního pojištění, ostatní zdroje budou popsány jen zevrubně.

2.2.3 Veřejné zdravotní pojištění

Hlavním zdrojem financování v České republice je veřejné zdravotní pojištění. Z hlediska právního zakotvení je veřejné zdravotní pojištění součástí komplexního sociálního systému. Účelem veřejné zdravotní pojišťovny (v ČR VZP) jako veřejnoprávní instituce je veřejná správa věcných dávek zdravotní péče. Zřizovatelem všech zdravotních pojišťoven je Ministerstvo zdravotnictví.

Mezi nejdůležitější úkoly VZP patří výběr pojistného, hospodaření s vybranými prostředky a uzavírání smluv o poskytování dávek zdravotní péče. VZP rozhoduje ve věcech výběru pojistného a o úhradách za poskytnutou péči.⁴⁵ Účastníky dohodovacího řízení, které stanovuje konkrétní výše úhrad, jsou vedle VZP a ostatních zdravotních pojišťoven také příslušná profesní sdružení poskytovatelů zdravotnické péče, profesní organizace zřízené zákonem (Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora), odborné vědecké společnosti a zájmová sdružení pojištěnců.

VZP má na rozdíl od ostatních zdravotních pojišťoven výsadní práva, ale i povinnosti. VZP může žádat stát o zaplacení jejich dluhů, za které stát ručí. Mezi povinnosti VZP patří povinnost automaticky přijmout občany, kteří nejsou nikde pojištěni, např. případy bezdomovců.

Zdravotní pojištění je povinné pro každého občana České republiky. Občan si může zvolit pojišťovnu, ke které se přihlásí, pokud tak neučiní, stává se automaticky pojištěncem VZP. Nezletilým a osobám bez způsobilosti k právním úkonům volí zdravotní pojišťovnu jejich rodiče, jejich zákonný zástupce nebo opatrovník. Po narození se děti stávají automaticky pojištěnci matčiny zdravotní pojišťovny.

Hlavním zdrojem příjmů pojišťoven je pojistné, v menší míře pak zdroje ze zhodnocení fondů, pokuty, poplatky z prodlení, přirážky k pojistnému a dary.

⁴⁵ Srov. zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR

Pojišťovny hospodaří se svěřenými financemi prostřednictvím fondů.⁴⁶ Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní a neziskové organizace, proto uspořené nebo nevyčerpané finanční prostředky by měly použít ke zlepšování zdravotní péče pojištěnců. S prostředky z veřejného zdravotního pojištění v každém případě nesmí podnikat a nesmí zřizovat nebo provozovat zdravotnické zařízení.⁴⁷

VZP sama sestavuje vlastní rozpočet, Ministerstvu zdravotnictví předkládá ke schválení zdravotně pojistný plán na následující rok, za minulý kalendářní rok účetní závěrku a výroční zprávu. Po vyjádření vlády jsou tyto dokumenty schvalovány Poslaneckou sněmovnou.

Zdravotní pojištění je definováno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Veřejné pojištění je postaveno na principu solidarity a rozdělení rizika mezi pojištěnce. Smyslem zdravotního pojištění je získat finanční zdroje od pojištěnců, organizací a státu k zajištění kvalitní zdravotní péče pojištěnců.⁴⁸ Výše pojistného je definována zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

V současnosti je výše pojistného 13,5 % vyměřovacího základu za rozhodné období (rok u OSVČ, jinak měsíc). Za zaměstnance hradí pojistné z jedné třetiny zaměstnanec (4,5%) a ze dvou třetin zaměstnavatel (9 %)⁴⁹. U osob, za které hradí pojistné na zdravotní pojištění stát je vyměřovací základ 25 % všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se vyměřovací základ zjišťuje.⁵⁰ Stát je plátcem pojistného například za nezaopatřené děti, příjemce důchodu z důchodového pojištění, příjemce rodičovského příspěvku, osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřebnosti, osoby ve vazbě či výkonu trestu a další.⁵¹ U OSVČ je vyměřovací základ stanoven jako 50 % příjmů z podnikání po

⁴⁶ Dle § 7 odst. 1 zákona č. 551/1991 Sb, o Všeobecné zdravotní pojišťovně, jsou to: základní fond, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond majetku a fond reprodukce majetku.

⁴⁷ Srov. ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, s. 65.

⁴⁸ VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., a JANDA, J., *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*, s. 123.

⁴⁹ Srov zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, § 9 odst. 2.

⁵⁰ Srov. zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, § 17 odst. 2.

⁵¹ Výčet osob, za něž platí zdravotní pojištění stát je uveden v § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb, o veřejném zdravotním pojištění.

odpočtu výdajů a odvádí jej za kalendářní rok formou měsíčních záloh. U osob, které nemají příjmy ze zaměstnání, ani nejsou osobami samostatně výdělečně činnými a ani za ně neplatí pojistné stát, je vyměřovacím základem minimální mzda.⁵²

Aby byl výběr pojistného spravedlivý a nedocházelo k zvýhodnění určitých pojišťoven na základě struktury jejich pojištěnců, pojistné je každý měsíc přerozdělováno (dle počtu pojištěnců, věku, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin). Přerozdělování zajišťuje VZP pomocí speciálního k tomu určeného účtu. Dále se přerozděluje financování zvláště nákladné péče, pravidla jsou podrobně popsána v zákoně č. 592/1992 Sb.⁵³

2.2.4 Státní rozpočet a rozpočty územních orgánů

Prostředky ze státního rozpočtu jsou financovány zdravotnické instituce přímo řízené ministerstvem zdravotnictví (MZ) a zdravotnické instituce financované z dalších rezortních ministerstev (vnitřní, obrany a pod.). Ze státního rozpočtu jsou financovány především investice v těchto institucích, zdravotní péče by měla být hrazena především úhradou ze ZP a z plateb pacienta. Vedle zdravotnických služeb MZ přímo řídí a financuje odborné zdravotnické školy a resortní výzkumné ústavy.

Zdrojem financí pro zdravotnictví jsou dále místní rozpočty krajských úřadů a obcí. Mimo kraje zřizovaných nemocnic krajské úřady přímo řídí a financují okresní hygienické stanice a léčebny pro dlouhodobě nemocné.

2.2.5 Soukromé výdaje na zdravotní péči

Otázku poskytování zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu upravuje zákon číslo 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Zda bude péče hrazena plně nebo částečně závisí obecně na zdravotním stavu pacienta a objemu dostupných finančních prostředků. Konkrétní výše úhrad udává „úhradová vyhláška“⁵⁴, která stanovuje hodnoty bodu a výši úhrad zdravotní péče poskytované pojištěncům.

Spoluúčast je v ČR uplatňována při úhradách vybraných léků, některých stomatologických zákroků, výkonů nehrazených ze všeobecného zdravotního pojištění

⁵² Nejnižší přípustná výše odměny za práci v pracovněprávním vztahu, která je uvedena v § 3 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.

⁵³ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

⁵⁴ Vyhláška 471/2009 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010.

a zdravotnických pomůcek. Do částky soukromých výdajů jsou však započítány i výdaje na volně prodejné léky (při výpočtu jsou použity tržby lékáren), u kterých je často význam pro zlepšení zdravotního stavu sporný. Proto je reálná spoluúčast pacientů vynaložená cíleně na zlepšení zdravotního stavu mnohem menší.

2.2.6 Soukromé pojištění

Vedle zákonného zdravotního pojištění mohou zdravotní pojišťovny nabízet i smluvní zdravotní pojištění, zakotvené v § 54 zákona o veřejném zdravotním pojištění.⁵⁵ Smluvně zdravotně se může pojistit osoba, která není pojištěncem podle tohoto zákona. Osoba, která je již pojištěna ze zákona, může uzavřít smluvní zdravotní pojištění, které přesahuje rámec hrazené zdravotní péče včetně péče poskytnuté v cizině.⁵⁶

Soukromého pojištění se využívá zejména na připojištění při cestách do zahraničí, na úhradu části stomatologické péče a na úhradu kosmetických zákroků. Z výdajů na zdravotní péči tvoří pouze 0,1 %.

⁵⁵ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souv. zákonů.

⁵⁶ Srov. tamtéž.

3 SYSTÉMY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ VYBRANÝCH ZEMÍ

3.1 Velká Británie

Zdravotnický systém Velké Británie je tvořen relativně samostatnými subsystemy Anglie, Walesu, Skotska a Severního Irsku, pro zjednodušení ale bude popisován jako systém Velké Británie, protože rozdíly mezi jednotlivými státy jsou zanedbatelné. Také pacient jako rezident jedné země unie je bez problémů ošetřen v jiné zemi a následné vyřízení formalit je zajištěno mezi zdravotními službami jednotlivých zemí bez nutné účasti pacienta.

3.1.1 Historické souvislosti zdravotnictví Velké Británie

Současná podoba zdravotnictví Velké Británie vychází z období 2. světové války, kdy z důvodu složitosti systému dávek a administrativní náročnosti bylo rozhodnuto ustanovit výbor, který měl navrhnout zlepšení. Členem výboru byl i William Henry Beveridge, který v roce 1942 navrhl sjednocení všech druhů pojištění do jediného systému sociálního zabezpečení se zapojením zaměstnavatelů, pojištěnců a státu. Každý pracující občan se měl stát součástí tohoto systému.

V roce 1944 byla vládou zveřejněna *Bílá kniha o národní zdravotní péči* („The White Paper: a National Health Service“), kde byly formulovány hlavní cíle reformy, jako rovné příležitosti v přístupu k lékařské péči pro občany nezávisle na věku, pohlaví, množství finančních prostředků nebo zaměstnanosti. V roce 1948 byla zřízena Národní zdravotní služba (National Health Service, NHS).⁵⁷

Od konce 70. let se stal systém NHS předmětem politických sporů a kritiky veřejnosti. Nejvýznamnější důvody kritiky byly zejména dlouhé čekací lhůty na ošetření, nízká efektivita, přebujelá administrativa, neustále rostoucí náklady, málo investic z veřejných zdrojů a neefektivní konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče.⁵⁸

⁵⁷ Srov. SOUKUP, J., Vznik a vývoj britského Welfare State ve 40.–60. letech 20. století, *Euroskop.cz: Věcně o Evropě*, <<http://www.euroskop.cz/8613/839/clanek/vznik-a-vyvoj-britskeho-welfare-state-ve-40--60-letech-20-stoleti-i/>>.

⁵⁸ Srov. KRÍŽOVÁ, E., *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, str. 66–67

Pravicová vláda Margaret Thatcherové uvažovala o zavedení systému zdravotního pojištění (Bismarckovský systém) nebo i o liberalizaci po vzoru USA. Změna však byla nepřijatelná ekonomicky (zvýšení daňových úlev na soukromé pojištění) i politicky (zvýšení příspěvků do NHS).

V r. 1991 vstoupil v platnost nový Zákon o národní zdravotní službě a komunitní péči s cílem vytvořit prostor pro tržní mechanismy zavedením vnitřního trhu uvnitř NHS. Další cíle byly rozšíření oblasti privátních a samosprávných poskytovatelů, posílení úlohy primární a komunitní péče, zlepšení kvality péče o pacienty a zvýšení nabídky služeb. Vnitřní trh v NHS umožnil platby skupinových praxí praktiků systémem „fund-holding scheme“, kdy vedle kapitačních plateb byla u těchto skupinových praxí předem definovaná péče dodatečně financována. Skupinové praxe mohou uzavírat kontrakty s dalšími poskytovateli a odeslat pacienta do zařízení i mimo své bydliště. Tak je možno zkrátit čekací lhůty a nabídnout pacientům kvalitnější péči.⁵⁹ Systém „fund-holding scheme“ byl později změněn na Primary Care Trusts (PCT), které zodpovídají za zdravotní péči v určité geografické oblasti. Trusty PCT hradí primární i sekundární ambulantní zdravotnickou péči, stát vystupuje ve funkci pozorovatele.⁶⁰

Od roku 2000 je ve VB uskutečňován program zdravotnických reforem, které jsou zaměřeny zejména na nemocniční péči, posílení role poskytovatelů zdravotní péče, zlepšení možnosti volby poskytovatele pacientem a změny systému úhrad. Veřejné nemocnice jsou převáděny na příspěvkové organizace s větší odpovědností a s tržním chováním. Využívání kapacit soukromých nemocnic pacienty NHS umožnilo zkrátit čekací lhůty na ošetření. Reforma obsahuje i zvýšení počtu absolventů zdravotnických škol a digitalizaci lékařských údajů o pacientech.⁶¹

3.1.2 Primární, sekundární a terciární sféra zdravotnictví Velké Británie

Většina poskytovatelů v Británii má veřejný charakter. Základ systému primární péče tvoří všeobecní praktičtí lékaři (general practitioners). Další poskytovatelé primární péče jsou lékárníci, zubní lékaři, oční lékaři a porodní asistentky. Praktičtí lékaři tvoří vstupní bránu do systému NHS, bývají nazýváni „gate keepers“. Péče je

⁵⁹ Srov. KRÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, str. 68–69.

⁶⁰ Srov. PROKEŠ, M., *Lékové limity v zahraničí a u nás*, ZDRAV.cz: *Zdraví a zdravotnictví*, <<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=7007>>.

⁶¹ Srov. DEPARTMENT OF HEALTH, *Departmental Report 2008*, s. 82, <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH_084908>.

praktickým lékařům hrazena na základě smluv s trusty primární péče (PCT). Financování primární péče je formou kapitace, z dávek (platby stanovené dle provozních nákladů na založení a udržení praxe), z plateb na podporu zdraví (vládní programy prevence a pod.) a z plateb za služby (úhrady za některé výkony). Navíc je praktickým lékařům proplácena řada příplatků (např. dle kvalifikace lékaře, dle délky praxe, dle hustoty osídlení obhospodařované oblasti).⁶²

Základ sekundárního a terciárního sektoru tvoří všeobecné okresní nemocnice zajišťující nejvyšší podíl zdravotní péče, které jsou budovány podle potřeby spádových oblastí. Od konce devadesátých let jsou sdružovány do Foundation trusts.⁶³ Tyto trusty jsou výsledkem decentralizačních snah vlády v nemocniční péči. Každá nemocnice hospodaří se svým rozpočtem odpovídajícím velikosti obsluhované populace. Tím je dosaženo vyššího stupně tržního hospodárného chování nemocnice, avšak bezplatná zdravotní péče obyvatelstvu je zachována. Mezi zařízení s krajskou a nadregionální působností patří univerzitní nemocnice nabízející vysoce specializované služby. Vedle toho se však také stále více rozvíjí řetězce ziskových nemocnic.

Financování nemocniční péče v NHS je kombinací celkových rozpočtů na určité období a plateb za výkon. Tento systém vychází z historických cen za zdravotní péči a neodpovídá realitě. Vláda se proto snaží o zavedení financování dle zdravotních skupin, což je systém velmi podobný DRG systému.

3.1.3 Postavení pacientů ve zdravotnictví Velké Británie

Komplexní zdravotní péče všech stupňů je ve Velké Británii poskytována všem občanům. Formou přímých plateb jsou hrazeny optické pomůcky a některá optometrická vyšetření, zubní protetika a další zdravotní pomůcky. Z těchto plateb jsou vyjmuty některé skupiny obyvatel, např. vážně chronicky nemocní. Na úhradách plateb za léky a stomatologické péči se pacienti podílí spoluúčastí. I přes řadu reforem je stále pacient omezen ve výběru svého praktického lékaře jen na region bydliště. Uvnitř příslušného regionu je možno lékaře změnit, lékař ale může pacienta odmítnout. K ambulantním specialistům a do nemocničního ošetření může být pacient odeslán jen

⁶² Srov. GLADKIJ, I., aj., *Management ve zdravotnictví*, s. 44.

⁶³ Srov. DEPARTMENT OF HEALTH, *NHS Foundation trusts*, http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Secondarycare/NHSfoundationtrust/DH_072544.

na doporučení svého praktika (tzv. gate-keeping). Dříve si pacient nemohl zvolit, k jakému specialistovi bude odeslán, od roku 2008 je již volba neomezená.⁶⁴

3.1.4 Postavení zdravotních pojišťoven ve Velké Británii

Po reformách pravicové vlády bylo ve Velké Británii posíleno postavení soukromých pojišťoven. Cílem bylo omezení veřejných výdajů a posílení soukromých zdrojů financování. V současnosti zde existuje několik typů dobrovolného pojištění: zaměstnavatelské, podnikové a soukromé. Soukromé pojištění je využíváno zejména na úhradu nákladů akutní péče. Důležitým motivem mnoha občanů ke vstupu do soukromého pojištění byly velmi dlouhé čekací lhůty ve státním zdravotnictví. K dalším výhodám péče hrazené ze soukromého pojištění patří vyšší komfort i odborná úroveň soukromých zdravotnických poskytovatelů. Některé výhody soukromého sektoru, jako svoboda volby lékaře, po reformách systému NHS již nejsou aktuální.

3.1.5 Úloha státu ve zdravotnictví Velké Británie

Za zdravotnické služby odpovídá Ministerstvo zdravotnictví. Skotsko, Wales a Severní Irsko zastupují na ministerstvu tajemníci, kteří odpovídají za svůj region. Nejvyšším orgánem NHS je management NHS a krajské kanceláře. Na úrovni okresů působí správní úřady, které mají především metodickou působnost při plánování zdravotní péče v regionu a řídí trusty NHS (PCT) v odpovídajících geografických oblastech.⁶⁵

Zdravotní péče je hrazena převážně z veřejných zdrojů. Tyto zdroje jsou tvořeny z daní obyvatelstva a z doplňkových plateb národního pojištění, do kterého přispívají zaměstnanci, zaměstnavatelé a OSVČ. Z plateb národního pojištění jsou vyjmuty děti do 16 let, studenti do 19 let, muži starší 65 let a ženy starší 60 let, těhotné atd. To, že zdravotní péče je poskytována platícím i neplatícím občanům, svědčí o vysoké solidaritě systému, ten je ale zcela netransparentní, nelze přesně určit, jaká část daňové zátěže je určena na financování zdravotní péče poplatníka.

⁶⁴ Srov. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS, *Health Care Systems In Transition: United Kingdom*, s 53-56, <<http://www.who.it/document/e68283.pdf>>.

⁶⁵ Srov. National Health Service (England), *Wikipedia: the free encyclopedia*, <[http://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_\(England\)](http://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_(England))>.

3.1.6 Zdravotnické stavovské organizace ve Velké Británii

Na kvalitu péče poskytovatelů dohlíží stavovské organizace, jako jsou Královská lékařská společnost (Royal College of Physicians), která byla založena již r. 1518. Tato společnost je garantem postgraduálního vzdělávání, má poradní funkci vlády.⁶⁶

Roli odborové organizace ve zdravotnictví plní Britská lékařská asociace. Reprezentuje zájmy zaměstnanců britského zdravotnictví, má poradní funkci v etických otázkách a v otázkách reformy NHS.⁶⁷

Další stavovskou organizací je Lékařský výbor (The General Medical Council), jehož posláním je stanovovat vzdělávací standardy zdravotnických škol a dbát na dodržování principů a hodnot podporujících výkon lékařské praxe.⁶⁸

3.2 Německo

Struktura německého systému zdravotnictví je decentralizovaná, je odrazem politického uspořádání. Vlády jednotlivých spolkových zemí mají dostatečné pravomoci i odpovědnost. Orgány zdravotnictví na spolkové úrovni jsou Spolkové ministerstvo zdravotnictví, Spolkový výbor lékařů a zdravotních pojišťoven, Spolková rada zdraví, Lékařská komora a další. Na zemské úrovni má každá země vlastní Zemskou radu zdraví a Zemský zdravotní úřad. Na lokální úrovni je zdravotnictví v kompetenci zdravotních úřadů.

3.2.1 Historické souvislosti zdravotnictví Německa

V roce 1883 byl v Německu kancléřem Bismarckem zaveden nový model financování zdravotní péče, který byl součástí komplexního sociálního systému. Financování systému bylo formou povinného národního nemocenského pojištění, dle principu sociální solidarity mezi pojištěnci. Přesně definované skupiny obyvatel museli odvádět stanovené procento ze mzdy do společného fondu, který byl spravován zdravotními pojišťovnami. Nejdříve byl systém nastaven tak, že zaměstnanci přispívali 2/3 a zaměstnavatelé 1/3 pojištění. Okruhy obyvatel, které musely na toto zákonné

⁶⁶ Srov. Royal College of Physicians, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <http://en.wikipedia.org/wiki/Royal_College_of_Physicians>.

⁶⁷ Srov. British Medical Association, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <http://en.wikipedia.org/wiki/British_Medical_Association>.

⁶⁸ Srov. The role of the GMC, *General Medical Council*, <<http://www.gmc-uk.org/about/role/index.asp>>.

pojištění přispívat, se postupem času rozšiřovaly. Nejdříve se povinně pojišťovali horníci pro případ pracovního úrazu nebo pracovní neschopnosti (od r. 1884), později se přidávaly další skupiny zaměstnanců, v roce 1889 bylo zavedeno i důchodové a invalidní pojištění, od r. 1927 pak pojištění v nezaměstnanosti. Německý systém, nazývaný po svém zakladateli Bismarckovský, byl později převzat v mnoha okolních státech Evropy.⁶⁹

I v současnosti je zdravotní péče v Německu založena na povinném nemocenském pojištění velké většiny obyvatelstva.

3.2.2 Primární, sekundární a terciární sféra zdravotnictví Německa

Ambulantní péče poskytovaná praktickými a odbornými lékaři má převážně ziskový charakter. Platba lékařů primární péče je výkonová, úhrady jsou propláceny prostřednictvím sdružení smluvních lékařů pojišťoven, jehož musí být lékař členem. Výše rozpočtu svazů lékařů ambulantní péče je každoročně vyjednávána se sdruženími zdravotních pojišťoven. Výše rozpočtu závisí na počtu pojištěných osob a množství disponibilních prostředků na jednoho pojištěnce získaných z pojištění a dalších zdrojů pojišťoven. Podle rozpočtu získaného z kapítací a úhrad výkonů z předcházejícího období je vypočítána hodnota bodu. Pro každé období je tak rezervováno jen určité konečné množství finančních zdrojů. Je omezeno nadbytečné čerpání prostředků ambulantními lékaři, jsou stanoveny výkonové a lékové limity, při vykázání více úhrad za výkony je automaticky hodnota bodu snižována.⁷⁰ V posledních letech se úhrada péče ambulantních lékařů vlivem zdravotnických reforem přesouvá z výkonových plateb na platby paušálem za definované komplexy výkonů.

Akutní i dlouhodobá nemocniční péče je zajišťována neziskovými i ziskovými poskytovateli. V každé spolkové zemi existuje tzv. „Plán nemocnic“, který obsahuje údaje o nemocnicích zahrnutých do „Plánu“, lůžkové kapacitě, investicích do nákladného technického vybavení atd. Financování nemocnic je od roku 1972 zajišťováno duálním systémem. Investiční náklady nemocnic zahrnutých do „Plánu“ jsou financovány z rozpočtů spolkových zemí, náklady na péči jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami a přímými platbami pacientů.⁷¹

⁶⁹ Srov. KRŽÍŽOVÁ, E., *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, s. 79.

⁷⁰ Srov. ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J., *Ekonomika zdravotnictví*, s. 189–190.

⁷¹ Srov. Krankenhausplan, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhausplan>.

Při výpočtu úhrad jsou započítávány sazby za diagnostický případ, provozní sazby a ošetrovací sazby.⁷²

3.2.3 Postavení pacientů ve zdravotnictví Německa

V Německu si pacient může svobodně vybírat z praktických lékařů, stomatologů, lékárníků i pečovatelských služeb. U ambulantních specialistů je péče hrazena pouze po doporučení praktickým lékařem, svobodná volba je tímto částečně omezena na specialisty hrazené ze soukromých zdrojů.

Spoluúčast pacientů je v Německu tradičním způsobem financování zdravotní péče, v budoucnosti se předpokládá její další zvyšování. Kromě navýšení příjmů zdravotnictví je hlavním důvodem spoluúčasti podpora odpovědného chování spotřebitelů zdravotní péče. Spoluúčast pacientů je vyžadována u ambulantních lékařských služeb, léků, stomatologické péče, dopravy do lékařských zařízení, nemocničního pobytu, lázní atd. Ze spoluúčasti jsou vyjmuty nízkopříjmové skupiny obyvatelstva, osoby mladší 18 let, těhotné ženy a chronicky vážně nemocní pacienti. Pro výši spoluúčasti existuje limit 2 % hrubého ročního příjmu (u chronicky nemocných polovina).⁷³

3.2.4 Postavení zdravotních pojišťoven v Německu

Německý pluralitní systém zdravotnictví stojí na dvou pilířích financování:

1. zákonné zdravotní pojištění (gesetzliche Krankenversicherung), označované jako nemocenské fondy
2. privátní zdravotní pojištění (private Krankenversicherung)

Správa zdravotního pojištění je v Německu z velké části decentralizována. V současnosti (2. kvartál 2010) je v Německu 166 nemocenských pokladen.⁷⁴ Tyto nemocenské pokladny jsou veřejnoprávní neziskové samosprávné instituce, mají odpovědnost za výběr zdravotního pojištění a úhradu zdravotní péče poskytovatelům. Posláním pokladen je vyjednávat s poskytovateli pro své pojištěnce ceny, rozsah a kvalitu zdravotní péče, která je pak ve vyjednaném rozsahu dostupná všem

⁷² Srov. ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J., *Ekonomika zdravotnictví*, s. 188–189.

⁷³ Srov. Selbstbeteiligung, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <<http://de.wikipedia.org/wiki/Selbstbeteiligung>>.

⁷⁴ Srov. Liste der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_gesetzlichen_Krankenkassen_in_Deutschland>.

pojištěncům pokladny. Nemocniční pokladny nejsou nijak financovány státem, mají volnost ve stanovení sazby zdravotního pojištění.

V současnosti existují v Německu následující typy nemocničních pokladen:⁷⁵

- všeobecné regionální fondy (Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK)
- podnikové fondy (Betriebskrankenkassen, BKK)
- cechovní fondy (Innungskrankenkassen, IKK)
- zemědělské fondy (Landwirtschaftliche Krankenkassen, LKK)
- hornický fond (Knappschaft)
- náhradní fondy (Ersatzkassen)

Každý občan má možnost si svobodně zvolit nemocenskou pokladnu. Od r.1994 je zavedeno přerozdělování vybraného pojistného dle míry rizika pojištěnců. Parametry pojištěnců, dle kterých se přerozdělování uskutečňuje, jsou věk, příjmová charakteristika, počet spolupojištěných osob a pohlaví.⁷⁶

Povinné zdravotní pojištění hradí všichni zaměstnanci s hrubým příjmem menším než je stanovený limit (asi 4 000 €měsíčně), manžel nebo manželka s příjmem menším než stanovený limit a děti zaopatřené do 18 let z pojištění rodiče (studující do 25 let). Občané s příjmem nad stanoveným limitem mohou přestoupit do soukromého pojištění. Kdo z veřejného pojištění jednou vystoupí, již se nesmí vrátit.

Soukromé pojištění je buď v podobě plného zdravotního pojištění, nebo jako doplňkové zdravotní pojištění, které hradí zdravotní péči nepokryvanou nemocničními fondy (některé stomatologické výkony, nadstandardní péče apod.). Soukromé zdravotní pojištění zajišťují soukromé zdravotní pojišťovny. Soukromé pojištění využívají zejména OSVČ a vysokopříjmové skupiny osob, tohoto způsobu pojištění využívá méně než 10 % populace. Soukromé pojištění na rozdíl od zákonného pojištění nezahrnuje členy rodiny.

3.2.5 Úloha státu ve zdravotnictví Německa

Úkoly státu jako zákonodárce a orgánu dozoru vzhledem k plátcům (zdravotní pojišťovny) i vzhledem k poskytovatelům (sdružení smluvních lékařů pojišťoven) jsou v Německu z větší části přeneseny na samosprávu. Samosprávný orgán, který tvoří

⁷⁵ Srov. Krankenkasse, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <<http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenkasse>>.

⁷⁶ Srov. Risikostrukturausgleich, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <<http://de.wikipedia.org/wiki/Risikostrukturausgleich>>.

zástupci zaměstnavatelů a zaměstnanců, řídí zdravotní pojišťovny. Sdružení smluvních lékařů pojišťoven rozhoduje o povolení k provozu ambulantní lékařské praxe, má tedy regulační úlohu v otázce počtů ambulantních lékařů v jednotlivých regionech.

Ze státního rozpočtu je v Německu hrazeno pojištění státních zaměstnanců, investiční rozvoj nemocnic, výzkum a vzdělávání zdravotnických pracovníků.

3.3 Francie

3.3.1 Historické souvislosti francouzského zdravotnictví

Rozhodujícím momentem pro vznik sociálního zabezpečení obyvatel Francie se stala slavná Deklarace lidských práv z roku 1789. Vývoj v sociální sféře ale trval více než století, kdy se do popředí dostala potřeba ochrany a pomoci nemocným. Přelom nastal dne 15. července 1893, kdy vláda odsouhlasila bezplatnou lékařskou péči. Začaly fungovat nejstarší pojišťovny (tzv. *mutuelles*) celého sociálního zabezpečení. Od roku 1930 je ve Francii ze zákona povinné pojištění pro všechny zaměstnance s pracovní smlouvou, které zahrnovalo zejména rizika spojená s mateřstvím, s nemocí, invaliditou, stářím a v neposlední řadě i úmrtím. Po konci 2. světové války, na začátku tzv. „nové doby“, se začala rýsovat nová struktura systému sociálního zabezpečení. Bylo zřejmé, že po dlouhé době krize a stagnace v rámci ekonomiky, politiky a sociální sféry bude země vyčerpaná, i to, že sociální program, který zde byl před válkou a v jejím průběhu, již nevyhovuje. Bylo tedy nutné přistoupit k reformě, která by situaci vyřešila a udala nový směr pro vývoj země. Vláda a zástupci odborových skupin v zemi se dohodli na vypracování nového systému sociálního zabezpečení podle vzoru Německa. Vše se zakládalo na síti dobře fungujících pojišťoven. Nový systém nebyl řízený státem, naopak byl na něm naprosto nezávislý. Na základě těchto charakteristik byla Francie zařazena mezi země, které nesly a stále nesou Bismarckovskou tradici.⁷⁷

Francouzské zdravotnictví bylo budováno na třech základních principech, a to na rovném přístupu všech ke zdravotní péči, kvalitě zdravotní péče a solidaritě.⁷⁸

⁷⁷ Srov. SANDIER, S., PARIS, V., POLTON, D., *Health Care Systems in Transition: France*, s. 5–9, <www.euro.who.int/document/e83126.pdf>.

⁷⁸ Srov. Understanding the reform, *Ameli.fr: l'Assurance Maladie*, <<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/getting-informed-about-health-insurance/health-insurance-reform/understanding-the-reform.php>>.

V roce 2004 byla představena nová reforma, která měla ve své podstatě stejný cíl jako předešlé reformy. Jejím úkolem bylo snížit výdaje ve zdravotnictví, které výrazně převyšují hodnotu z příjmů jdoucích do pokladen. Ve srovnání s jinými státy EU strávili Francouzi v té době nejvíce dní v roce v nemocnici a jejich návštěvy u lékaře převyšovaly evropský průměr. Novinkou bylo vytvoření zvláštního regulačního poplatku za zdravotní péči v hodnotě 1 Eura, který pacient platí navíc při každé návštěvě lékaře a vyšší hodnota poplatku na každý den strávený v nemocnici. Francie má v peněžním vyjádření největší spotřebu léků na obyvatele v EU. Proto se měl obsah reformy zajímat hlavně o možnost změny v chování pacientů. V roce 2004 měla velká většina populace soukromé anebo doplňkové připojištění, což má za následek nevědomost pacienta o výši nákladů na své léčení a proto on sám nemá snahu o ekonomičtější variantu léčby. Jedním z prostředků změny myšlení pacientů mělo být snížení základní výše pojišťovnou zpětně proplácené částky. To mělo pacienty donutit k větší zodpovědnosti a aby si většina z nich platila doplňující pojištění.⁷⁹

Mezi nejvýznamnější kroky této reformy patří:⁸⁰

1. Koordinovaný průběh léčby pacienta s významnou rolí ošetřujícího lékaře, který pacienta odesílá na specializovaná pracoviště a rozhoduje o zahájení a ukončení jeho léčby.
2. Osobní zdravotnická dokumentace pacienta v elektronické formě, která usnadňuje orientaci v pacientově zdravotní minulosti a umožňuje lékařům sdílet zdravotní informace mezi sebou.
3. Karta Vitale, která slouží jako elektronický průkaz pacienta s jeho fotografií, který je nepostradatelný pro fungování systému elektronické dokumentace. S její pomocí probíhá přenos dat mezi zdravotními zařízeními a pojišťovnou, což urychluje proces proplácení nákladů pacientům.

3.3.2 Primární, sekundární a terciární péče ve Francii

Pacient má právo na svobodnou volbu jednak praktického lékaře a také specialisty. Úhrada péče soukromých lékařů je uskutečněna na základě platby za výkon. Lékařské výkony jsou propláceny v závislosti na sektoru, ve kterém daný lékař

⁷⁹ Srov CHEVREUL, K., Reform of the public health law, *Health Policy Monitor*, <<http://www.hpm.org/survey/fr/a3/5>>

⁸⁰ Srov. Understanding the reform, *Ameli.fr: l'Assurance Maladie*, <<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/getting-informed-about-health-insurance/health-insurance-reform/understanding-the-reform.php>>.

působí. Lékaři, kteří si zvolí první sektor, jsou platově ohodnoceni podle sazebníku, nesmí pacientům účtovat žádné další položky. Výměnou za to obdrží určité vládní úlevy, jako např. zdravotní pojištění zdarma. Lékaři v druhém sektoru mohou účtovat další, mnohem vyšší poplatky, státní výhody ale nemají.⁸¹

Nemocniční péči poskytují ve Francii veřejné nemocnice, tvořící zhruba čtvrtinu z celkového počtu, a soukromé nemocnice, které mohou být ziskového nebo neziskového typu.

Veřejné nemocnice byly až do roku 1983 financovány paušální platbou na den. Poté byl tento systém nahrazen tzv. globálními rozpočty, který sestavuje vláda. Tyto rozpočty jsou rozděleny na regiony a následně přiděleny nemocnicím.⁸² Výše rozpočtu se řídí dle údajů z předcházejícího roku, který je upraven procentuálním sazebním nárůstem. Vláda také bere v potaz rozpočty nemocnic, které si sama sestavuje, obsahující provozní náklady a výnosy. Výnosy nemocnic jsou denní sazby účtované pacientům za jejich pobyt v nemocnici, dále platby za konzultace navíc, za prodej léků, které jsou vyhrazeny pouze k nemocniční distribuci atd. Soukromé ziskové nemocnice jsou financovány z fixních plateb na den.

Soukromé neziskové nemocnice se mohou účastnit na veřejných nemocničních službách, pak jsou placeny jako veřejné nemocnice. Pokud se neúčastní, mají možnost si vybrat platby formou rozpočtů nebo formou sazeb za den a k tomu navíc speciální tarify.

V nemocniční péči byl zaveden a současně je stále využíván nový systém úhrad. Jde o platby na základě DRG klasifikace, která obsahuje 512 „homogenních skupin hospitalizací“, pro něž jsou stanoveny národní tarify.⁸³

3.3.3 Systém zdravotních pojišťoven ve Francii

Zdravotní péče se ve Francii financuje z více zdrojů: 1. ze zdravotního pojištění, 2. spoluúčastí pacienta, 3. z prostředků vzájemných pojišťoven (Mutuelles), ze státního a místních rozpočtů a z dalších zdrojů.⁸⁴ Protože se ale příjmy a výdaje jednotlivých

⁸¹ Srov. PODNECKÝ, D., Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech, *BusinessInfo.cz*, <<http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/podnikatelske-prostredi/systemy-zdravotniho-pojisteni-ve/1000520/13637/#francie>>.

⁸² Srov. VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., a JANDA, J., *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*, s. 62.

⁸³ Srov. SANDIER, S., PARIS, V., POLTON, D., *Health Care Systems in Transition: France*, s. 108, <www.euro.who.int/document/e83126.pdf>.

⁸⁴ Srov. GLADKIJ, I., aj., *Management ve zdravotnictví*, s. 41.

pojišťoven liší, je zaveden demografický vyrovnávací systém dotování pojišťoven, který snižuje vzniklý deficit.

Národním zdravotním pojištěním (což je odnož sociálního zabezpečení), které pojišťuje zaměstnance ve službách a v průmyslu včetně jejich rodin, je kryto asi 85 % populace. Dalšími typy pojištění jsou pojištění pro zemědělce a pojištění pro OSVČ. Speciální pojištění existuje také pro některé vládní zaměstnance, horníky, lékaře, duchovní, vojáky, studenty atd.⁸⁵

Výběr zdravotních pojišťoven se řídí podle povolání a také podle bydliště. Lidé si tak nemohou vybírat, u které z pojišťoven se nechají pojistit.

Ve Francii existuje několik typů zdravotních pojišťoven, z nichž hierarchicky nejvyšší úroveň zaujímá Národní zdravotní pojišťovna, která je nadřizena 16 regionálním a 128 místním pojišťovnám (i když ty si i přesto zachovávají určitou autonomii, například v rámci vedení pojišťoven).

Národní zdravotní pojišťovna poskytuje zdravotní pojištění zaměstnancům, kteří pracují za mzdu, a dále jejich rodinám, což představuje 80 % populace.⁸⁶ Vedle hrazení zdravotní péče patří mezi hlavní úkoly dozor nad kvalitou péče a fungováním celého systému a také snaha snížit celkové výdaje ve zdravotnictví.

Speciálními úkoly regionálních zdravotních pojišťoven jsou zejména prevence pracovních úrazů a nemocí z povolání a dohled nad nabídkou nemocniční zdravotní péče v regionu.

Místní zdravotní pojišťovny patří stejně jako regionální zdravotní pojišťovny mezi soukromoprávní subjekty, jejich úkolem je registrace nových pojištěnců všeobecného zdravotního systému, proplácení výloh na zdravotní péči a nemocenských dávek pojištěncům, organizace a financování preventivních programů a informačních kampaní a spolupráce s lékaři.

3.3.4 Soukromé zdravotní pojištění ve Francii

Protože je výše spoluúčasti ve Francii dosti vysoká, hraje doplňkové zdravotní pojištění významnou roli. Zatímco v roce 1960 měla soukromé zdravotní pojištění asi

⁸⁵ Srov. Several different health insurance schemes, *Ameli.fr : l'Assurance Maladie*, <<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/getting-informed-about-health-insurance/social-security/several-different-health-insurance-schemes.php>>.

⁸⁶ Srov. PODNECKÝ, D., Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech, *BusinessInfo.cz*, <<http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/podnikatelske-prostredi/systemy-zdravotniho-pojisteni-ve/1000520/13637/#francie>>.

pouhá třetina obyvatel, v roce 2000 zahrnovalo celých 86 % obyvatelstva.⁸⁷ Důsledkem zvýšení popularity tohoto připojištění je zvyšování spoluúčasti občanů na financování péče v důsledku snahy vlády udržet za zdravotní péči stejnou hladinu výdajů ze státního rozpočtu. Výše příspěvku doplňkového zdravotního pojištění činí kolem 2,5 % z výše platu.⁸⁸ Existují tři typy organizací doplňkového pojištění: vzájemné zaměstnanecké pojišťovny (neziskové společnosti, které jsou pod dohledem státu), pojišťovny soukromé a pojišťovací organizace sociální péče (řízené odbory a zaměstnavateli). Doplňkové pojištění a přímé úhrady tvoří asi jednu čtvrtinu veškerých nákladů na zdravotnické služby. Zbytek je financován zdravotními pojišťovnami.⁸⁹

3.3.5 Spoluúčast pacienta

Jeden z hlavních principů francouzského systému je spoluúčast pacienta. Hlavním smyslem je nutnost převést na pacienta zodpovědnost za spotřebu zdravotní péče. Pacient zaplatí poskytovateli za jeho ošetření celkovou částku a následně obdrží zpět část těchto výdajů od své zdravotní pojišťovny. Částky, které hradí pacient jsou dány procentuálně dle sazebníku anebo dle smluvních cen. Existují výjimky, kdy pojišťovna zaplatí plnou výši nákladů, a to u osob, které trpí některou z předem definovaných chronických nemocí, u těhotných žen atd.⁹⁰

3.3.6 Úloha státu ve zdravotnictví Francie

Hlavní úlohu ve správě a řízení zdravotnického systému zaujímá stát, který zajišťuje veřejný zájem a podporu zdravotního stavu obyvatel. Národní vláda reprezentovaná ministrem sociálních věcí a ministrem zdravotnictví zodpovídá za regulaci financování, za krytí a přístup k celému francouzskému systému sociálního zabezpečení (kam zdravotnictví spadá), za kvalitu a kvantitu jednak vzdělání zdravotnických pracovníků a jednak kvalitu zdravotnických služeb.

⁸⁷ Srov. SANDIER, S., PARIS, V., POLTON, D., *Health Care Systems in Transition: France*, s. 43–44, <www.euro.who.int/document/e83126.pdf>.

⁸⁸ Srov. PODNECKÝ, D., Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech, *BusinessInfo.cz*, <<http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/podnikatelske-prostredi/systemy-zdravotniho-pojisteni-ve/1000520/13637/#francie>>.

⁸⁹ Srov. SANDIER, S., PARIS, V., POLTON, D., *Health Care Systems in Transition: France*, s. 43–44, <www.euro.who.int/document/e83126.pdf>.

⁹⁰ Srov. GLADKIJ, I., aj., *Management ve zdravotnictví*, s. 41.

3.4 Nizozemí

3.4.1 Historické souvislosti zdravotnictví v Nizozemí

Historický původ holandského zdravotního systému sahá do 17. až 18. století, kdy byla zdravotní péče závislá na charitě a činnosti dobrovolných neziskových organizací. Už v této době ale v Holandsku existovala možnost zajištění před nepředpokládanými výdaji na zdravotní péči ve formě pravidelných příspěvků členů různých cechů.

Povinné zdravotní pojištění bylo v Nizozemí uzákoněno až v roce 1941 německou vládou za 2. světové války, předtím bylo zdravotní pojištění pouze dobrovolné. Trh zdravotního pojištění tak byl rozdělen na 3 části:

1. povinné zdravotní pojištění pro zaměstnance a jejich rodinné příslušníky;
2. dobrovolné zdravotní pojištění pro OSVČ;
3. soukromé zdravotní pojištění pro zbytek populace.

V letech 1941 – 1965 se systém povinného zdravotního pojištění dále vyvíjel a zahrnoval postupně větší část populace při zvyšování rozsahu hrazené péče.

Od roku 1968 vstoupil v platnost zákon o všeobecných výjimečných výdajích na zdravotní péči (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ), který stanovoval pravidla úhrad lékařské péče u vážných zdravotních stavů. Zahrnoval i pravidla péče o staré lidi, psychicky či fyzicky handicapované, duševně nemocné a také domácí péči.⁹¹

3.4.2 Situace v Nizozemí před zdravotní reformou v roce 2006

Do konce roku 2005 byli obyvatelé Nizozemí pojištěni pro běžnou zdravotní péči buď ze zákona o veřejném pojištění nebo ze zákona o soukromém pojištění. Navíc se celý systém dělil na 3 různé úrovně, dle typu poskytovatele (veřejný nebo soukromý) a dle poskytované péče (krátkodobé nebo dlouhodobé).

První úroveň se týkala péče dle zákona AWBZ.⁹²

Druhá úroveň dle zákona o veřejném pojištění se týkala poskytování péče smluvními lékaři pojišťoven, pojištění zahrnovalo léčebné výlohy při hospitalizaci do jednoho roku, léky na předpis, stomatologické ošetření a rehabilitační terapii. Povinně

⁹¹ Srov. DEN EXTER, A., aj., *Health Care Systems In Transition: Netherlands*, s. 6–8, <<http://www.euro.who.int/document/e84949.pdf>>.

⁹² Zákon o všeobecných výjimečných výdajích na zdravotní péči (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).

byli pojištěni zaměstnanci do 65 let s příjmem nižším než je stanovená mez, občan pobírající sociální dávky, důchodci, děti a osoby samostatně výdělečně činné se zdanitelnými příjmy, které nepřekračují stanovenou mez. Zdravotní péče byla financována z fondů nemocenského pojištění, do kterých plynuly prostředky skrze povinné veřejné zdravotní pojištění.

Třetí úroveň - soukromé pojištění – umožňovala pojištěncům zdravotní péči, která nebyla hrazena z běžného systému. Občané s příjmem přesahujícím určitou limitující hranici mohli dobrovolně přejít k tomuto typu pojištění.

Na základě zvláštního zákona byly některé skupiny osob (např. státní úředníci) pojištěny ve zvláštním soukromém systému. V Nizozemí platila komplikovaná legislativa a systém byl rozdělen na několik podsystemů, řídicích se vlastními pravidly. Zdravotní péče poskytovaná na základě těchto právních předpisů byla dle mínění nizozemských státních zástupců příliš nákladná, úroveň vládní regulace komplikovaná a navíc neumožňovala dostatečnou konkurenci mezi pojišťovnami ani mezi poskytovateli. Proto bylo rozhodnuto systém změnit.⁹³

3.4.3 Reforma zdravotnictví v Nizozemí platná od 1.1.2006

Na začátku roku 2006 vstoupila v platnost reforma zdravotního pojištění, kdy se zdravotní péče sjednotila do duálního systému, dlouhodobá péče je hrazena ze sociálního pojištění z daní a základní krátkodobá péče je hrazena ze soukromého zdravotního pojištění:

1. Zákon o mimořádných léčebných výlohách zahrnuje péči o dlouhodobě nemocné, mentálně postižené, náklady spojené s invaliditou, ošetrovatelské služby po hospitalizaci trvající více než 1 rok a domácí ošetrovatelské služby. Zdravotní péče tohoto sektoru je financována ze státních příspěvků, příspěvků pacientů a nemocenského pojištění, kdy osoby bez zdanitelných příjmů do tohoto systému nepřispívají.

2. Krátkodobá zdravotní péče je financována z povinného zdravotního pojištění, které poskytují privátní pojišťovny. Osoby s nedostatečnými příjmy dostávají od státu zvláštní státní příspěvky, aby jim bylo umožněno platit si zdravotní pojištění.

Mezi další významné změny nové reformy patří:⁹⁴

⁹³ Srov. Reforma nizozemského systému zdravotního pojištění - 1.1.2006, CMU: Centrum mezistátních úhrad, <http://www.cmu.cz/dokumenty/reforma_nl.doc>.

⁹⁴ Srov. tamtéž.

1. Právo pacientů zvolit si svou zdravotní pojišťovnu s možností ji změnit jednou ročně a naopak pojišťovny nesmí nikoho, kdo se chce nechat pojistit, odmítnout.
2. Pojišťovny si mohou vzájemně konkurovat tím, že nabízejí různé druhy pojištění dle svého uvážení v různých kombinacích. Pojišťovna může pojištěnci např. nabídnout pojistku s tzv. osobním příplatkem. V takovém případě se pojištěnec zavazuje hradit do sjednané výše péči sám (lze až do 500 €). Oplátkou získává od pojišťovny slevu na pojistném.
3. Pojišťovny si samy určují výši nominálního pojistného pro osoby starší 18 let. To znamená, že výše základního pojistného se může v různých pojišťovnách lišit. Pojistné za osoby do 18 let hradí stát.
4. Zaměstnanci hradí k nominálnímu pojistnému ještě pojistné, jehož výše je odvozena od výše jejich příjmu. Toto pojistné odvádí zaměstnavatel zvláštnímu úřadu, odkud plynou prostředky do tzv. fondu přerozdělení. Do stejného fondu hradí i stát za pojištěnce mladší 18 let. Z tohoto fondu jsou prostředky přerozdělovány jednotlivým zdravotním pojišťovnám v zásadě podle skladby jejich pojištěnců z hlediska nákladnosti. Osobám, které mají příjmy, ale neplatí daň ze mzdy, vyměří pojistné zvláštní úřad.
5. Osobě, která nečerpá zdravotní péči, nebo čerpá péči pouze málo, je část pojistného vrácena.
6. Při čerpání zdravotní péče na základě pojistky o nároku u smluvních poskytovatelů bude pojištěnec zpravidla povinen uhradit určitou část nákladů jako spoluúčast, naproti tomu kdo si nezvolí pojišťovnu, ač je k tomu ze zákona povinen, bude muset doplatit dlužné pojistné ve výši 130 %.
7. Vedle povinného pojištění na základě zákona o zdravotním pojištění má i nadále každý možnost soukromého připojištění na péči, která není pojistkou uzavřenou v režimu tohoto zákona kryta.
8. Zvláštní pojištění státních úředníků se ruší.

3.4.4 Primární, sekundární a terciární sféra zdravotnictví Nizozemí

Primární péči v Nizozemí zajišťují rodinní lékaři. Jsou tzv. *gate-keepery*, bez jejich doporučení pacient nemůže navštívit specialistu nebo nemocnici. Praktici mají

povinnost být k dispozici 7 dní v týdnu, celých 24 hodin. Úhrada primární péče praktických lékařů je formou kapitace. Pokud lékař překročí limitní počet pacientů, kapitace se snižuje. Péče o pacienty se soukromým pojištěním je formou plateb za výkon. Ambulantní specialisté pracující zejména v nemocnicích jsou placeni výkonově.⁹⁵

Stát určuje počty a strukturu nemocnic, počty lůžek apod. Asi 90 % nemocnic má buď soukromý nebo neziskový charakter. Financování nemocnic je formou rozpočtu na dané období. Od roku 2005 se zavádí financování zdravotní péče v nemocnicích v Nizozemí na základě systému „*Diagnosis Treatment Combinations*“. Na rozdíl od systému DRG jsou jednotlivé kategorie nemocných formulovány až zpětně.⁹⁶

3.4.5 Úloha státu ve zdravotnictví Nizozemí

Státní zásahy do nabídky zdravotní péče jsou v Nizozemí velmi omezeny. Stát jen legislativně definuje rozsah péče kryté pojištěním. Samotné nasmlouvání péče (s kým, kde, kolik a za kolik) a podmínek jejího poskytnutí (např. předchozí schválení revizním lékařem, nebo podmínky a způsoby úhrady za zdravotní péči poskytovateli) je v každém případě plně v rukou pojišťoven, resp. pojišťoven a jejich smluvních partnerů. Zdravotní politiku vykonává Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu, kontrolní funkci má Ministerstvo financí. Odpovědnost místní správy spočívá např. v kontrole infekčních onemocnění, hygienických opatřeních, ve veřejných vzdělávacích programech atd.

3.5 USA

3.5.1 Historické souvislosti zdravotnictví v USA

Počátky organizované zdravotní péče se v USA objevují v armádě a námořnictvu v 19. století. V roce 1847 bylo zaměstnancům společnosti Massachusetts Health Insurance v Bostonu poprvé umožněno pojištění pro případ onemocnění. V šedesátých letech 19. století byla zdravotní péče hrazena zaměstnancům železnice, od r. 1896 zdravotní pojištění začaly nabízet i další společnosti. Pojištění pro případ nemoci a

⁹⁵ Srov. DEN EXTER, A., aj., *Health Care Systems In Transition: Netherlands*, s. 67–69, <<http://www.euro.who.int/document/e84949.pdf>>.

⁹⁶ Srov. tamtéž, s. 71–72.

úrazu bylo později rozšířeno i o riziko invalidity. S postupem času se možnosti soukromého pojištění dále rozšiřovaly, do třicátých let 20. století byla nejobvyklejším způsobem úhrady zdravotní péče přímá platba.⁹⁷

Krach burzy v New Yorku v roce 1929 a následná hospodářská recese způsobily nárůst nezaměstnanosti a souvisejících sociálních problémů. To otevřelo diskusi nad zavedením sociálního pojištění po vzoru západoevropských zemí. Součástí navrhovaných protikrizových opatření bylo i zavedení národního zdravotního pojištění. Z důvodu odporu zejména amerických stavovských lékařských společností nebylo zavedeno celoplošné národní zdravotní pojištění, ale pouze nařízení o zdravotních a sociálních službách pro matku a dítě. Za 2. světové války i v poválečných letech došlo v USA k dalšímu rozvoji nemocenského pojištění, jednou z vedoucích zdravotních pojišťoven se stala pojišťovna „Blue Cross“. Silné průmyslové podniky začaly zavádět zaměstnanecké pojištění.⁹⁸

Otázka všeobecného zdravotního pojištění byla diskutována i v poválečných letech, ale v období studené války byla tato myšlenka zpolitizována a zavržena jako komunistická a socialistická. Mnoha občanům z nízkopříjmových skupin tak byl znemožněn přístup ke zdravotní péči. Někteří byli podpojištěni a jejich nízké pojištění nestačilo na úhradu zdravotní péče v případě vážných nebo chronických onemocnění. Proto prezident L. B. Johnson navrhl vytvořit vládní program pro pojištění starších občanů Medicare. Po jeho vítězství ve volbách v roce 1965 byl program Medicare uzákoněn, spolu s dalším programem pro nízkopříjmové skupiny Medicaid. Oba tyto programy jsou financovány z federálních rozpočtů USA.⁹⁹

Velký růst vládních výdajů po zavedení programů Medicare a Medicaid přiměl vládu k dalším regulačním zásahům, které vyústily ve vzniku Health Maintenance Organizations, uzákoněných r. 1973. V roce 1983 bylo prezidentem Reaganem prosazeno omezení programu Medicare. Snížení příjmů způsobené tímto nařízením se nemocnice snažily vyrovnat přenesením nákladů na soukromě pojištěné pacienty. Další významná reforma zdravotnictví byla navržena Billem Clintonem v době, kdy kandidoval do prezidentského úřadu. Jejimi cíly bylo zavést řízenou soutěž mezi

⁹⁷ Srov. KRÍŽOVÁ, E., *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, s. 40–41.

⁹⁸ Srov. tamtéž, s. 41.

⁹⁹ Srov. KOUDELKA, V., *Lobbying a reformy zdravotní péče v USA, Marketing pro zdraví*, http://www.zdrav.cz/web/mpz/mpz1809_i_koudelka_v_zdr.htm.

poskytovatele zdravotní péče, stanovit strop pro výdaje na zdravotní péči a kontrola veřejných výdajů změnou pojišťovacího systému. Tato reforma však nebyla přijata.¹⁰⁰

Reforma zdravotnictví byla a neustále je stěžejním politickým tématem v USA, včetně prezidentských voleb. Vítěz prezidentských voleb v r. 2009 Barack Obama ihned po nástupu do úřadu započal se zásadními reformními kroky. Hlavní otázky, na které se tato reforma snaží odpovědět, jsou:¹⁰¹

- základní právo člověka na zdravotní péči;
- kdo má právo mít přístup ke zdravotní péči a za jakých podmínek;
- kdo má přispívat na zajištění zdravotní péče ve společnosti;
- zda má vláda zajistit financování zdravotnictví pojištěním nebo výběrem daní;
- jakou kvalitu poskytovat a za jakou sumu prostředků;
- udržitelnost výdajů na zdravotnictví, které stoupají rychleji než odpovídá inflaci a ekonomickému růstu země;
- úloha federální vlády v nastolení změn;
- jak naložit se závazky, na které nebudou prostředky.

Dne 30. 3. 2010 prezident USA Barack Obama definitivně podepsal reformní zákon „Health Care and Education Reconciliation Act“. Množství reformních změn je značné a jejich zavádění má být ukončeno v roce 2018. Hlavní cíle lze shrnout do tří bodů:

1. zákaz odmítání zdravotního pojištění pacientům pojišťovnami, zákaz odmítání hrazení péče pojišťovnami a zákaz účtování si neodůvodněných vysokých částek za zdravotní péči.
2. Má být vytvořena speciální burza, kde mohou zdravotní pojišťovny nabízet své pojištění. Tím se sníží jeho cena. Budou poskytovány daňové úlevy na pojištění pro nízkopříjmové skupiny obyvatel.
3. Snížení celkových nákladů na zdravotnictví.

Reforma má v USA mnoho odpůrců, zejména z řad Republikánů a movitějších vrstev populace, kteří se ji chystají napadnout u ústavního soudu jako protiústavní.¹⁰²

¹⁰⁰ Srov. KOUDELKA, V., Lobbying a reformy zdravotní péče v USA, *Marketing pro zdraví*, <http://www.zdrav.cz/web/mpz/mpz1809_i_koudelka_v_zdr.htm>.

¹⁰¹ Srov. Health care reform in the United States, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_reform_in_the_United_States>

¹⁰² Srov. tamtéž.

3.5.2 Primární, sekundární a terciární sféra zdravotnictví v USA

Primární zdravotní péči zajišťují v USA soukromí praktičtí lékaři a ambulantní specialisté, kteří pracují buď jako OSVČ, nebo ve sdružení do skupinových praxí. Cenu výkonů si určují sami. Lékaři organizovaní v skupinových praxích jsou v některých případech součástí systémů řízené péče jako Health Maintenance Organizations poskytujících komplexní péči. Tyto organizace jsou jak ziskového, tak i neziskového typu, mají současně úlohu poskytovatelů i plátců (jak bude popsáno dále).

Sekundární a terciární zdravotní péči poskytují v USA nemocnice několika typů, např. federální, komunitní (veřejné i soukromé), nebo zcela soukromé nemocnice (ziskové i neziskové). Zvláštní úlohu mají fakultní nemocnice při lékařských fakultách univerzit, kromě vysoce specializované terciární péče poskytují i péči sekundární pro nepojištěné a nízkopříjmové skupiny osob. Léčba zůstává v některých případech neuhrazena. Charitativní a církevní propojení zdravotnických zařízení má v USA větší význam než je tomu v západoevropských zemích.¹⁰³

3.5.3 Postavení pacientů ve zdravotnictví USA

Postavení pacientů v USA vždy vycházelo z liberálních amerických hodnot, které upřednostňovaly svobodu, ale i odpovědnost jedince za své zdraví.¹⁰⁴ Významným benefitem mnoha zaměstnavatelů je placení zdravotního pojištění za zaměstnance, ale i tato platba je z hlediska zaměstnavatele dobrovolná. Z federálních prostředků jsou dosud ze zákona financovány úhrady zdravotní péče seniorů nad 65 let (Medicare), dětí, nízkopříjmových skupin (Medicaid) a válečných veteránů. Velké množství nepojištěných (15,4 % v roce 2008)¹⁰⁵ nebo nedostatečně pojištěných obyvatel USA bylo jedním z hlavních důvodů rozsáhlé reformy zdravotnictví Baracka Obamy. Cílem této reformy je zajistit přístup k zdravotní péči pro všechny občany USA.

¹⁰³ Srov. KŘÍŽOVÁ, E., *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, s. 33–34.

¹⁰⁴ DURDISOVÁ, J., *Ekonomika zdraví*, s. 155.

¹⁰⁵ Uninsured in the United States, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <http://en.wikipedia.org/wiki/Uninsured_in_the_United_States>.

3.5.4 Financování zdravotní péče v USA

Financování zdravotní péče je v USA typicky vícezdrojové, je směsí financování ze soukromého pojištění a financování zdravotní péče z veřejných zdrojů, a to jak z federálních zdrojů, tak i z rozpočtů jednotlivých států unie.

Pacienti nespádající do kategorií vládních programů Medicare a Medicaid hradí péči hotovostně (out-of-pocket-payments) nebo soukromým pojištěním hrazeným buď samostatně pacientem, nebo sjednaným skupinově u zaměstnavatele. Výše pojistného závisí na individuálním riziku pojištěnce. Posuzování rizik jednotlivých pacientů je velmi administrativně nákladné a podstatně zvyšuje cenu soukromého zdravotního pojištění. Existuje složitý způsob státní regulace soukromých zdravotních pojišťoven, který se snaží zabezpečit dostatečnou kvalitu péče, je omezena maximální výše pojistného a množství faktorů, podle kterých tato výše může být stanovována. Složitá regulace ale vede k dalšímu zvýšení administrativy a ceny pojistného.¹⁰⁶

3.5.5 Úloha státu ve zdravotnictví USA

V USA až do dnešních dnů, kdy vstupuje v platnost nová reforma zdravotnictví, neexistoval jednotný systém veřejného zdravotního pojištění. Existují ale federální vládní programy hrazení zdravotní péče pro specifické skupiny obyvatel, které vycházejí z principů sociální solidarity, jevu, který v USA nejen že není samozřejmý jako v evropských zemích, ale je často i kritizován.

Program Medicare zajišťuje zdravotní péči občanům nad 65 let, invalidům, pacientům s ledvinným selháním a pacientům postiženým amyotrofickou laterální sklerózou.¹⁰⁷ Program Medicare je propojen s celonárodním systémem důchodového zabezpečení a systémem sociálního pojištění.

Program Medicare je tvořen ze čtyř částí:¹⁰⁸

1. Část A (Hospital Insurance), která kryje úhrady nemocniční péče a některé případy chronické péče.
2. Část B (Medical Insurance), ze které je hrazena ambulantní péče, zvláště akutní. Tato část nepokrývá prevenci a úhradu léků na předpis.

¹⁰⁶ Srov. KRÍŽOVÁ, E., *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, str. 37–38.

¹⁰⁷ Medicare (United States), *Wikipedia: the free encyclopedia*, <[http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_\(United_States\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(United_States))>.

¹⁰⁸ Srov. tamtéž.

3. Část C (Medicare Advantage plans) je určena k hrazení zdravotní péče soukromým poskytovatelům. Soukromá zdravotní pojišťovna hradí péči klienta Medicare, pojištění hradí stát.

4. Část D (Prescription Drug plans) je určena k úhradám nákladů za léky.

I u programu Medicare je zavedena určitá spoluúčast pacienta na doplňkové pojištění. Většina finančních zdrojů na program ale pochází ze státního rozpočtu.

Druhým federálním programem je Medicaid, jeho řízení je v kompetenci vlády jednotlivých států unie. Cílem programu je krytí akutní a dlouhodobé péče i preventivních programů pro nízkopříjmové skupiny všech věkových kategorií, především rodin s dětmi. Konkrétní podmínky pro přístup k tomuto programu i rozsah a kvalitu hrazené péče si určuje každý stát samostatně.¹⁰⁹

Správním činností při proplácení úhrad z programu Medicaid vykonávají pojišťovny Blue Cross/Blue Shield.

Kromě dvou výše zmíněných federálních programů existují v USA i další vládní programy zdravotní péče pro specifické skupiny obyvatel, jako jsou TRICARE pro členy ozbrojených sil a veterány, včetně jejich rodinných příslušníků, případně pozůstalých.¹¹⁰ Program *Veterans Health Administration* je určen zvláště pro válečné veterány s trvalými následky vzniklými v souvislosti s činností v armádě nebo veterány s nízkým příjmem.¹¹¹ Současní i bývalí federální zaměstnanci a jejich rodinní příslušníci mají přístup k programu *The Federal Employees Health Benefits Program*.¹¹² Program *State Children's Health Insurance Program* podporuje děti z nízkopříjmových skupin, které však nedosahují na program Medicaid.¹¹³

Kromě výše zmíněných vládních programů na financování zdravotní péče má federální vláda jen malé pravomoci, ve srovnání např. se západoevropskými zeměmi, zajišťuje zejména protiepidemickou službu a kontrolu léčiv (úřad FDA – Food and Drug Administration).

¹⁰⁹ Srov. Medicaid, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <<http://en.wikipedia.org/wiki/Medicaid>>.

¹¹⁰ Srov. TRICARE, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <<http://en.wikipedia.org/wiki/TRICARE>>.

¹¹¹ Srov. Veterans Health Administration, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <http://en.wikipedia.org/wiki/Veterans_Health_Administration>.

¹¹² Srov. Federal Employees Health Benefits Program, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <http://en.wikipedia.org/wiki/Federal_Employees_Health_Benefits_Program>.

¹¹³ Srov. State Children's Health Insurance Program, *Wikipedia: the free encyclopedia*, <http://en.wikipedia.org/wiki/State_Children%27s_Health_Insurance_Program>.

3.5.6 Řízená péče - Health Maintenance Organizations

Principem řízené péče v USA je spojení poskytovatelů a plátců v jediném organizačním a správním subjektu, který hradí zdravotní péči registrovaných pacientů. Pacienti tomuto subjektu platí pravidelné měsíční nebo roční zálohy. V USA řízenou péči poskytují soukromé organizace - Health maintenance organizations. Jako soukromé ziskové organizace se snaží zdravotní péči poskytovat co nejefektivněji, řídí náklady, vztahy mezi lékaři a pacienty i rozsah a kvalitu péče. Výše pojistného je určena dle věku, příjmů a rizika pojištění, bez uplatnění sociální solidarity.¹¹⁴

3.5.7 Profesionální organizace v oblasti zdravotnictví v USA

Profesionální organizace jsou významnou složkou zdravotnického systému USA. Přední místo zaujímá Americká lékařská asociace (American Medical Association - AMA). Sdružuje lékaře a studenty medicíny, členství není povinné, odhaduje se, že jen asi jedna pětina lékařů je členem této asociace. Hlavním posláním AMA je pozvednutí úrovně medicíny a lékařské vědy, ochrana zájmů lékařů i pacientů, podpora veřejného zdraví a finanční podpora studentů medicíny. AMA je významnou lobbyistickou skupinou, která v historii USA většinou zastávala konzervativní názory na systém financování zdravotnictví. Kritici AMA často poukazují na upřednostňování finančních zájmů lékařů touto asociací nad veřejnými zájmy.¹¹⁵

¹¹⁴ Srov. KRÍŽOVÁ, E., *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, s. 37.

¹¹⁵ Srov. American Medical Association, *Wikipedia: the free encyclopedia*, http://en.wikipedia.org/wiki/American_Medical_Association.

4 SROVNÁNÍ INDIKÁTORŮ ZDRAVOTNICTVÍ VYBRANÝCH ZEMÍ

Tato kapitola srovnává nejdůležitější indikátory systémů zdravotnictví jednotlivých zemí. Veškerá data pochází ze zdrojů Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD), což je mezivládní organizace třiceti zemí světa s nejrozvinutější ekonomikou. Zdrojová statistická data i definice jednotlivých ukazatelů jsou dostupné online.¹¹⁶ Ekonomické hodnoty udávané v cenách v amerických dolarech (USD) jsou vyjádřeny po přepočtení dle parity kupní síly („Parita kupní síly (anglicky *Purchasing power parity, PPP*) měny XY vyjadřuje počet jednotek národní měny, za který lze koupit stejné množství výrobků a služeb na vnitrostátním trhu jako za jednotku měny XY na vnitrostátním trhu měny XY“).¹¹⁷

4.1 Indikátory financování zdravotnických systémů

4.1.1 Celkové výdaje na zdravotnictví

Ukazatel *celkové výdaje na zdravotnictví* je definován jako součet výdajů na všechny aktivity, které mají za cíl:

- zlepšit zdraví
- předcházet nemocem
- snižovat předčasnou mortalitu
- pečovat o chronicky nemocné a invalidní osoby
- paliativní léčbu a péči
- zajišťovat a podporovat veřejné zdraví
- organizačně zabezpečovat zdravotní programy, zdravotní pojištění a další činnosti přímo související se zdravotnictvím

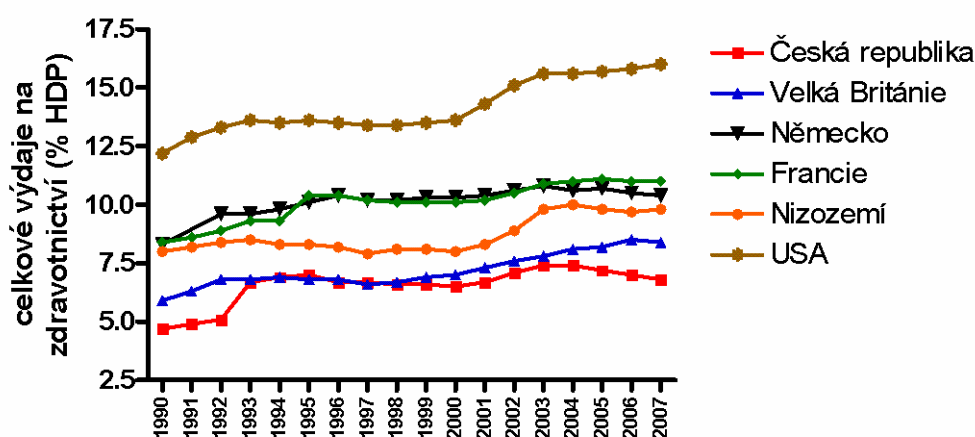
Do celkových výdajů nejsou zahrnuty činnosti jako:

¹¹⁶ Srov. OECD Health Data 2009 – Frequently Requested Data, *Organisation for Economic Co-operation and Development*, http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html.

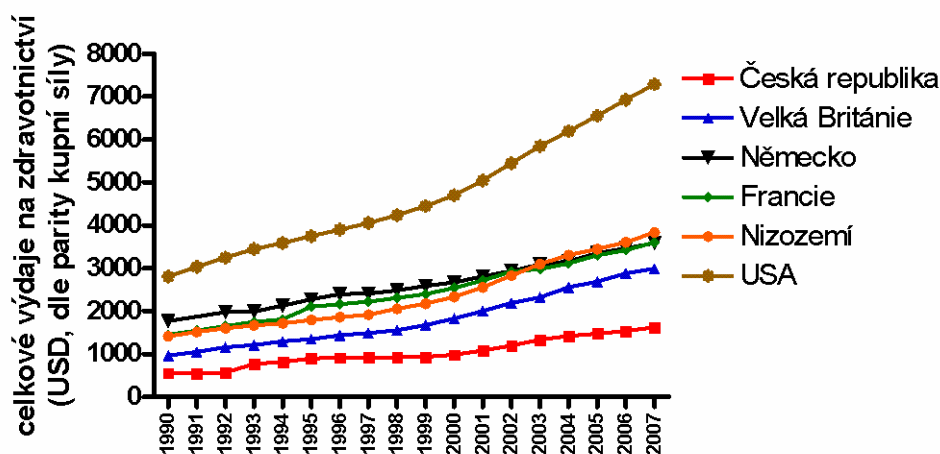
¹¹⁷ Parita kupní síly, *Wikipedia: the free encyclopedia*, http://cs.wikipedia.org/wiki/Parita_kupní_síly.

- obecná ochrana bezpečnosti, předcházení úrazům
- hygienická kontrola prostředí, potravin apod.
- zdravotnické školství
- zdravotnický výzkum

Hrubý domácí produkt (HDP) je makroekonomický ukazatel užívaný k vyjádření stavu ekonomiky určitého státu. Jedná se o souhrn veškerých finálních produktů a služeb vzniklých na území státu za určitou časovou jednotku. Zobrazuje makroekonomickou úspěšnost hospodaření všech započítávaných institucí vyrábějících spotřební statky nebo poskytujících služby obyvatelstvu.¹¹⁸



Obr. 1 – Srovnání celkových výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v poměru k hrubému domácímu produktu země



Obr. 2 – Srovnání celkových výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v USD přepočtené na jednoho obyvatele dle parity kupní síly

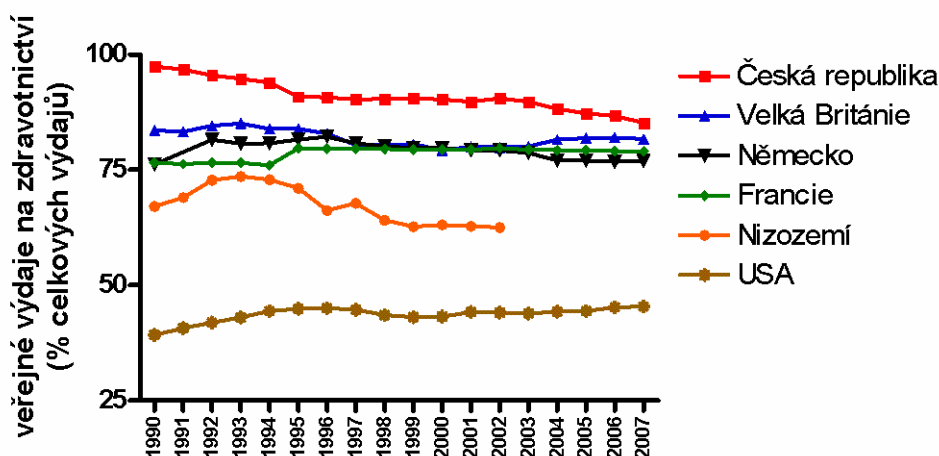
¹¹⁸ Srov. GLADKIJ, I., aj., *Management ve zdravotnictví*, s. 97.

Ze srovnání na obr. 1 je zřejmé, že Česká republika vydává na zdravotnictví relativně k možnostem svého hospodářství nejmenší objem prostředků ze všech sledovaných zemí.

I absolutní hodnoty výdajů na zdravotnictví v USD na obr. 2 ukazují nejnižší množství finančních prostředků vynaložených na zdraví jednoho obyvatele v České republice ze všech srovnávaných zemí.

4.1.2 Veřejné výdaje na zdravotnictví

Jako veřejné výdaje na zdravotnictví jsou míněny výdaje z veřejných státních, regionálních nebo lokálních fondů, výdaje orgánů státní správy, veřejně financované investice do zdravotnické infrastruktury. Do veřejných výdajů jsou zahrnuty i kapitálové transfery do privátní sféry určené k výstavbě nemocnic a na nákup investic.



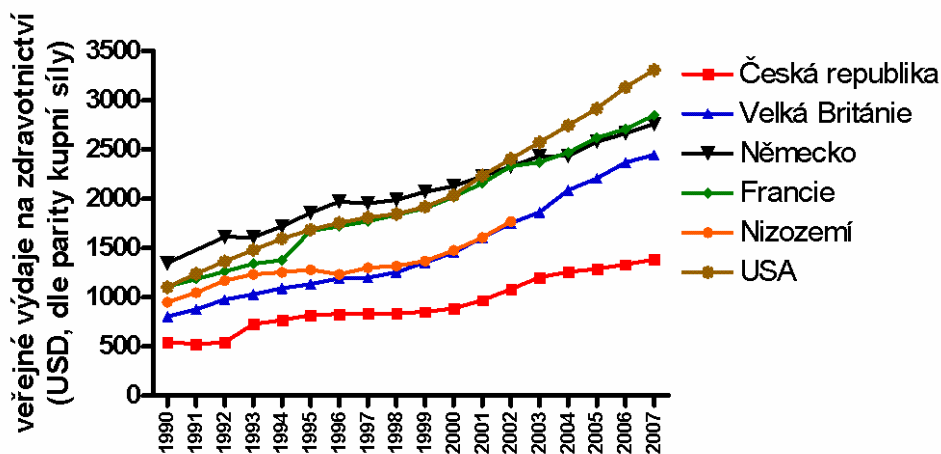
Obr. 3 – Srovnání procentního podílu veřejných výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí z celkových výdajů na zdravotnictví. Údaje pro Nizozemí v letech 2003–2007 nejsou dostupné

Na obr. 3 je jasně patrné, že podíl veřejných výdajů je v České republice nejvyšší ze všech sledovaných zemí. Je zřejmý trend snižování procenta veřejných výdajů a přibližování se k hodnotám zdravotnictví VB, Německa a Francie.

Srovnání absolutních hodnot veřejných výdajů na obr. 4 ukazuje, že i když je v České republice zdravotnictví financováno z veřejných zdrojů relativně nejvíce ze sledovaných zemí, skutečné hodnoty i po přepočtení dle parity kupní síly ukazují zhruba poloviční množství prostředků než ostatní srovnávané země.

Tento graf jasně ukazuje podfinancování českého zdravotnictví. Křivka nárůstu množství veřejných zdrojů je u České republiky mnohem méně strmá než u ostatních

zemí, to svědčí o prohlubování problému nedostatečného financování a možných negativních následcích v budoucnosti.



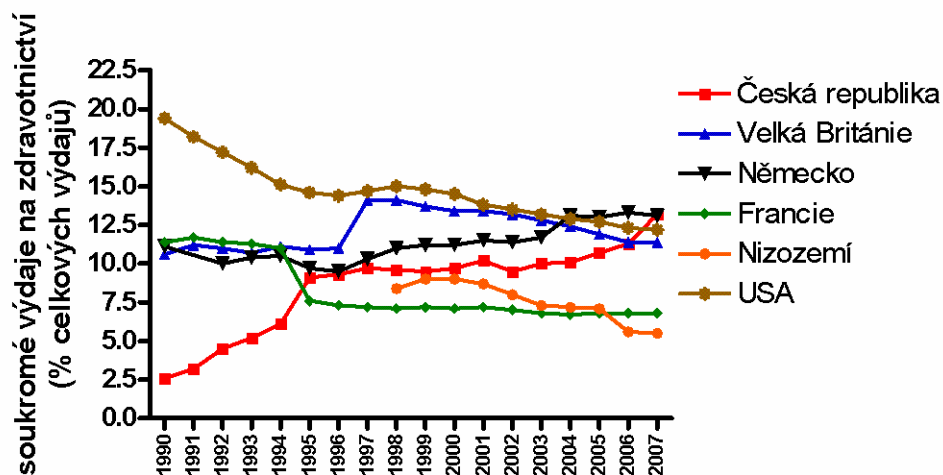
Obr. 4 – Srovnání absolutních hodnot veřejných výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v USD, přepočteno dle parity kupní síly na jednoho obyvatele. Údaje pro Nizozemí v letech 2003–2007 nejsou dostupné

4.1.3 Soukromé výdaje na zdravotnictví

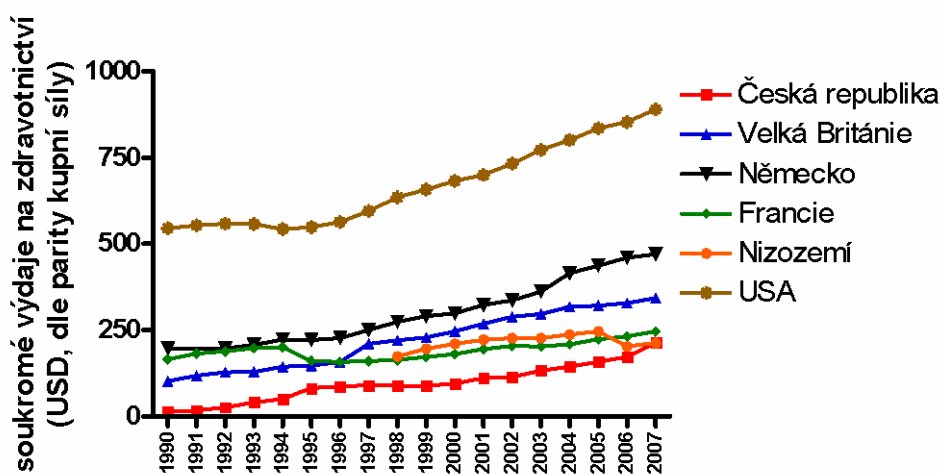
Do soukromých zdrojů financování zdravotnictví jsou zahrnuty přímé platby pacientem (ve formě plné úhrady i doplatků), nákup léku dle vlastního uvážení (selfmedikace), soukromé zdravotní pojištění, výdaje na charitu a dobrovolné příspěvky zaměstnavatele na zdravotní péči.

Srovnání podílu soukromých výdajů na obr. 5 ukazuje, že v roce 2007 Česká republika dosáhla jednoho z nejvyšších podílů ze všech sledovaných zemí a dostala se na úroveň vyspělých západoevropských zemí, některé z nich podstatně překonává.

Pokud jsou soukromé výdaje domácností zobrazeny v absolutních hodnotách (obr. 6), je objem prostředků vynaložených domácnostmi na zdravotní péči ze srovnávaných zemí nejnižší, i po přepočtení dle parity kupní síly.



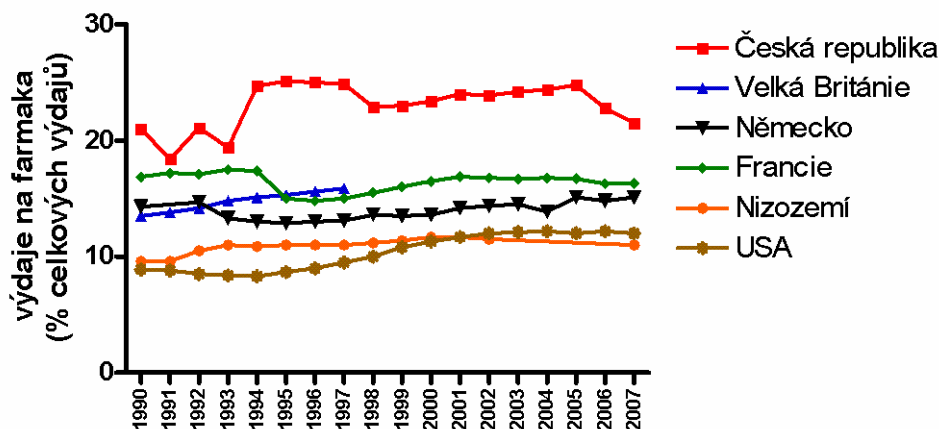
Obr. 5 – Srovnání procentního podílu soukromých výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí z celkových výdajů na zdravotnictví. Údaje pro Nizozemí v letech 1990–1997 nejsou dostupné, v dalších letech je metodologie sběru statistických údajů pro OECD v Nizozemí odlišná, proto údaje v Nizozemí nejsou zcela srovnatelné



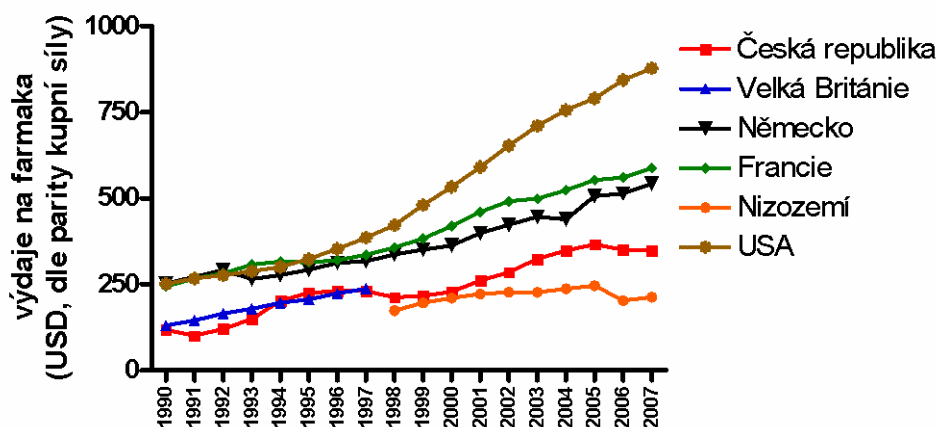
Obr. 6 – Srovnání absolutních hodnot soukromých výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v USD, přepočteno dle parity kupní síly. Údaje pro Nizozemí v letech 1990–1997 nejsou dostupné

4.1.4 Výdaje na farmaka

Do těchto výdajů jsou zahrnuty veškeré léky, séra, vakcíny, vitamíny, minerály a orální kontraceptiva.



Obr. 7 – Srovnání procentního podílu výdajů za farmaka ve sledovaných zemích z celkových výdajů na zdravotnictví



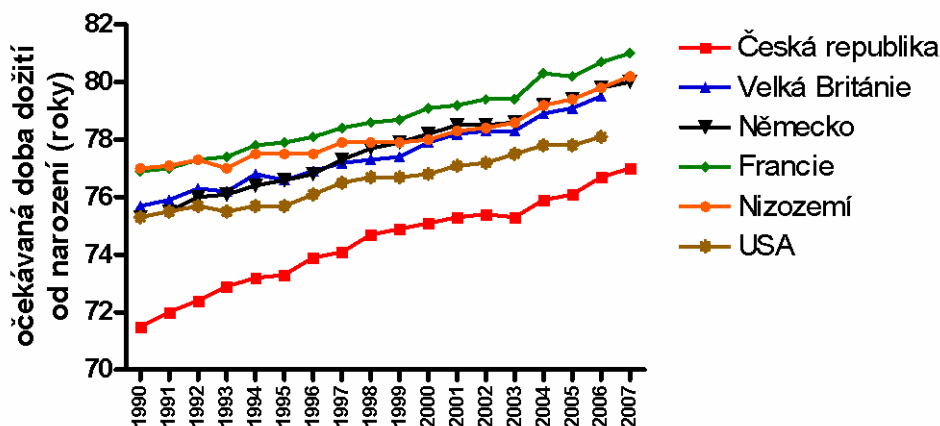
Obr. 8 – Srovnání absolutních hodnot výdajů na farmaka ve sledovaných zemích v USD, přepočteno dle parity kupní síly na jednoho obyvatele

Procentuální podíl výdajů na léčivé přípravky je v České republice dlouhodobě nejvyšší ze všech srovnávaných zemí (obr. 7), ale absolutní objem finančních prostředků vynaložených na farmaka na jednoho obyvatele (obr. 8) je v České republice nižší než v ostatních srovnávaných zemích, s výjimkou Nizozemí.

4.2 Indikátory zdravotního stavu populace

4.2.1 Střední délka života při narození

Střední délka života při narození je předpokládaný věk, kterého se osoba v daném roce dožije. Předpokládají se konstantní mortality pro jednotlivé věkové kategorie. Kromě střední délky života při narození je možno určit i střední délky života pro různé věkové kategorie, např. 65 let. V této práci byly použity pouze odhady délky života při narození, protože z hlediska porovnávání kvality zdravotnictví pouze střední délka života při narození není ovlivněna předchozími zdravotnickými systémy daného státu.

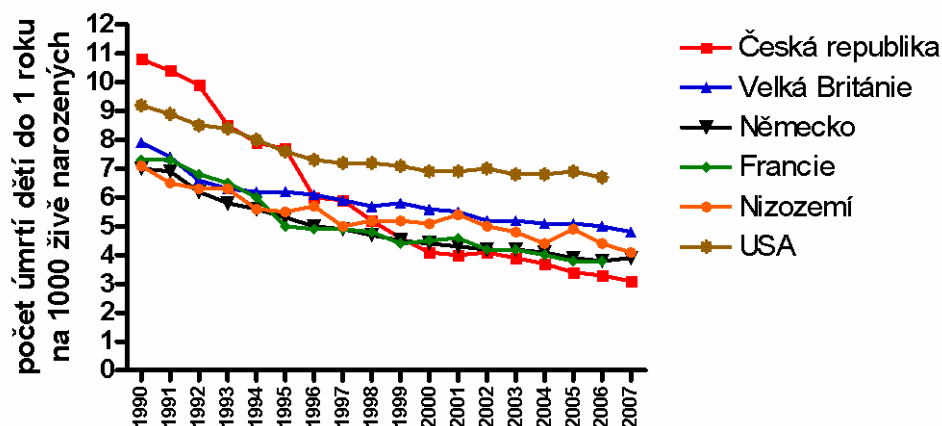


Obr. 9 – Srovnání střední délky života ve sledovaných zemích

Obr. 9 zřetelně ukazuje, že od počátku 90. let se zdravotní stav obyvatelstva České republiky zlepšoval mnohem rychleji než u obyvatel srovnávaných zemí, přesto stále nedosahuje ani jedné z nich.

4.2.2 Kojenecká úmrtnost

Indikátor kojenecká úmrtnost udává počet úmrtí dětí mladších než jeden rok ve sledovaném kalendářním roce na 1000 živě narozených.

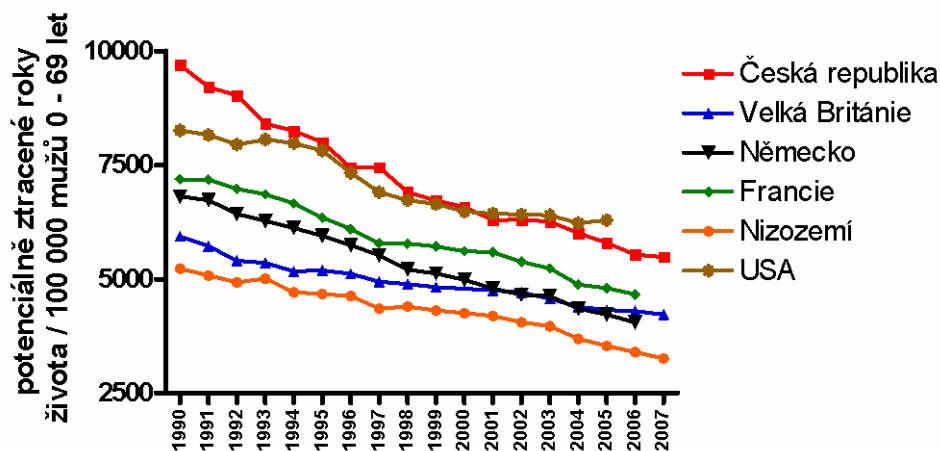


Obr. 10 – Srovnání kojenecké úmrtnosti ve sledovaných zemích

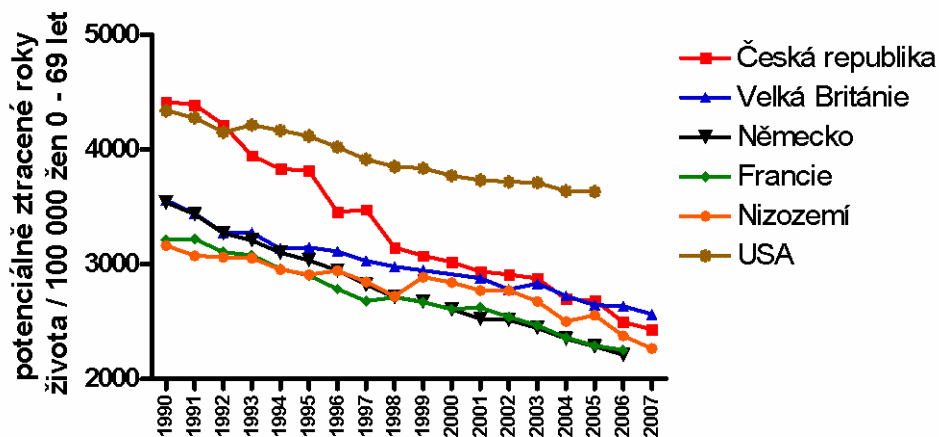
Jak ukazuje obr. 10, i přes nejhorší statistiky pro Českou republiku na počátku 90. let se kojenecká úmrtnost výrazně snížila a v posledních letech je nejnižší ze všech sledovaných zemí.

4.2.3 Ztracené roky života

Indikátor ztracené roky života (někdy také nazývaný *potenciálně ztracené roky života* nebo *ztracené roky potenciálního života*) udává celkový rozsah předčasné mortality. Je přesnějším indikátorem stavu zdravotnictví než střední délka života, protože posuzuje především úmrtí v mladším věku, která jsou preventabilní. Princip výpočtu indikátoru: úmrtí v každé věkové kategorii jsou sečtena, součet je vynásoben počtem zbývajících let života do předem určeného limitu. OECD jako limit užívá věk 70 let. Ztracené roky života jsou udávány v přepočtu na 100 000 obyvatel, OECD vytváří statistiky zvlášť pro muže a pro ženy. Jednoduché zprůměrování mužů a žen ke zjištění údajů pro celou populaci není možné, protože data jsou standardizována pro jednotlivé země, zvlášť pro muže a pro ženy.



Obr. 11 – Ztracené roky života mužů ve věku 0-69 let ve sledovaných zemích, na 100 000 mužů



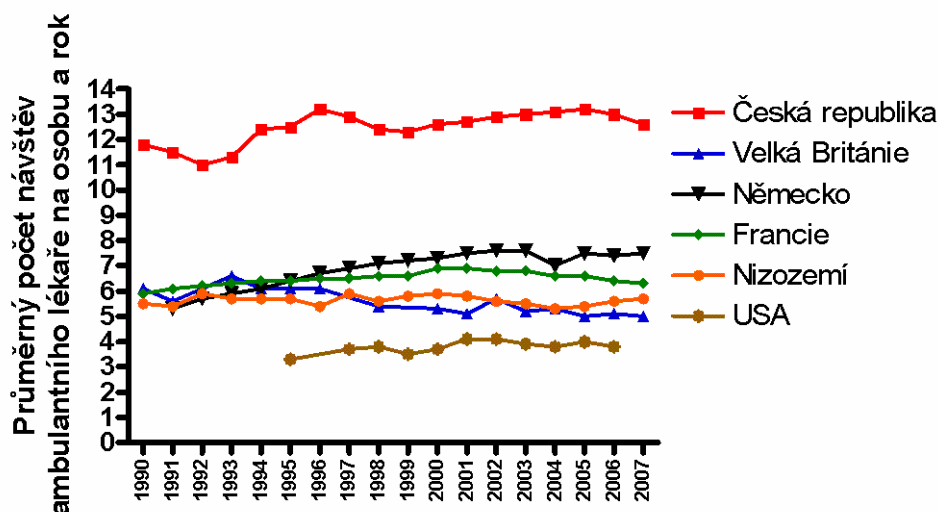
Obr. 12 – Ztracené roky života žen ve věku 0-69 let ve sledovaných zemích, na 100 000 žen

Na rozdíl od indikátoru střední délky života, ve kterém jsme dosud srovnávané země nedostihli, je dle indikátoru ztracených let života situace v České republice lepší než v USA u mužů a lepší než v USA a ve Velké Británii u žen.

4.3 Indikátory zdravotní péče

4.3.1 Návštěvnost ambulantních lékařů

Indikátor návštěvnost udává průměrný počet návštěv lékařské ambulance na osobu a rok. Jsou započítávány veškeré návštěvy ambulance praktika nebo ambulantního specialisty, návštěvy lékaře v místě bydliště pacienta nebo na pracovišti (závodní lékaři). Nejsou započítány telefonické konzultace lékaře.

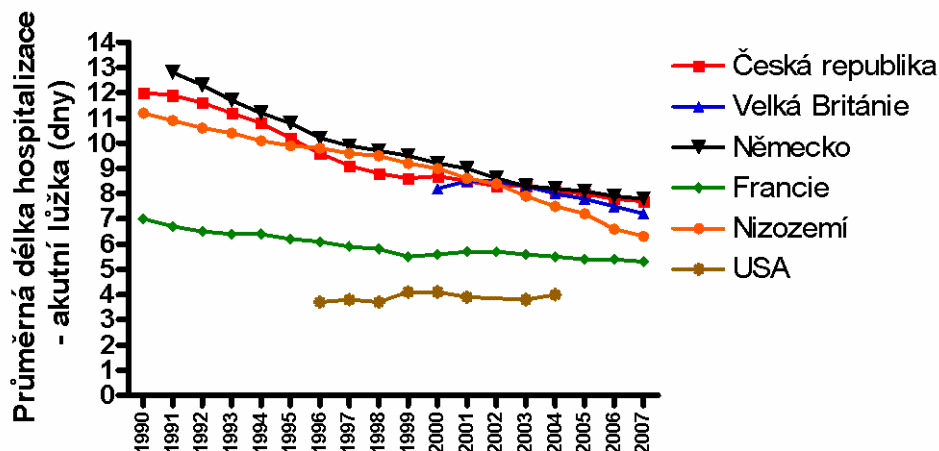


Obr. 13 – Návštěvnost ambulantních lékařů na osobu a rok ve sledovaných zemích

Obr. 13 ukazuje, že návštěvnost ambulantních lékařů je v České republice dlouhodobě zhruba dvojnásobná než ve všech ostatních sledovaných zemích. Na rozdíl od mnoha předchozích indikátorů, jejichž hodnoty se od r. 1990 postupně přibližují srovnávaným zemím, je návštěvnost lékařů v ČR stále vysoká, bez trendu ke snížení.

4.3.2 Průměrná ošetrovací doba – akutní lůžka

Indikátorem, který charakterizuje nemocniční péči, je průměrná ošetrovací doba na akutních lůžkách. Je vypočtena jako podíl počtu dnů hospitalizace a počtu propuštění (nebo úmrtí) pacientů za rok.



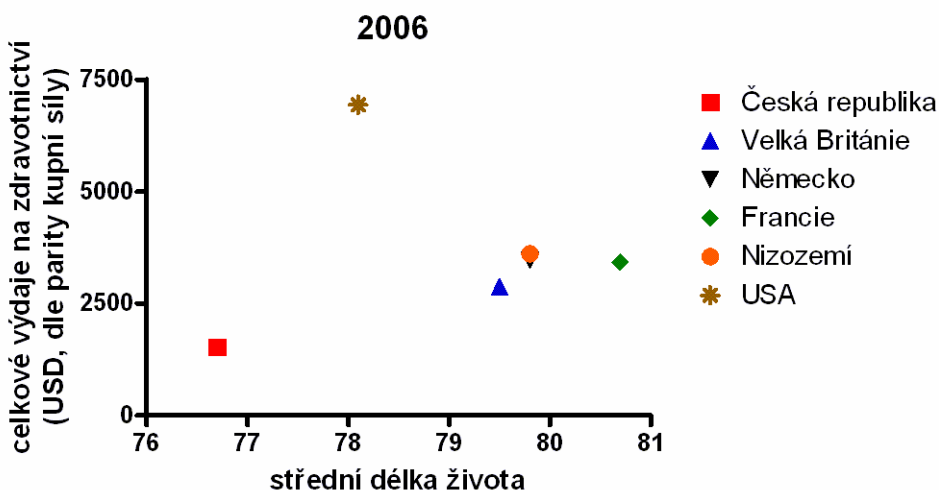
Obr. 14 – Průměrná ošetrovací doba za rok ve sledovaných zemích

Obr. 13 ukazuje, že v indikátoru ošetrovací doba je Česká republika zcela srovnatelná s nejspolehlivějšími zeměmi, jako Německo, Velká Británie a Nizozemí.

4.4 Analýza vzájemných vztahů vybraných zdravotnických indikátorů

V této kapitole jsou porovnávány vztahy vybraných zdravotnických indikátorů, údaje jsou pro rok 2007, v případě, že údaje pro rok 2007 chybí, jsou použita data z roku 2006.

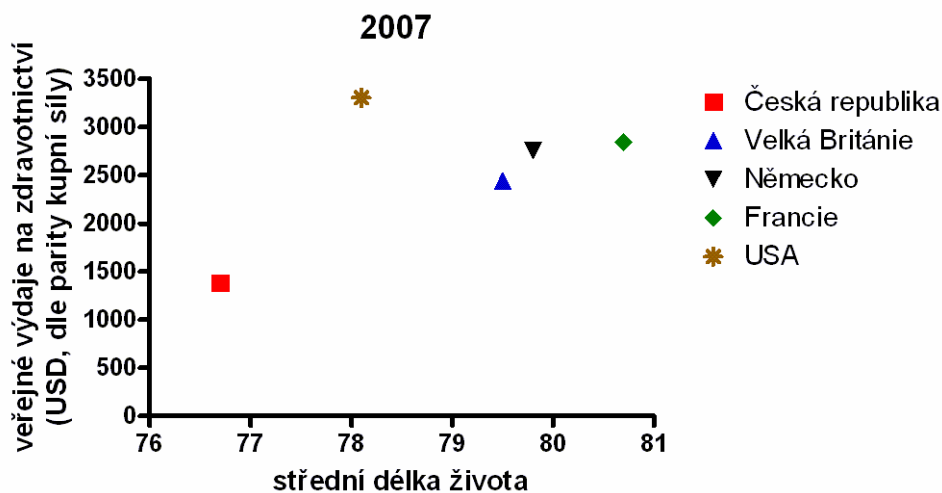
4.4.1 Vztah celkových výdajů na zdravotnictví a střední délky života



Obr. 15 – Srovnání celkových výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v USD přepočtených na jednoho obyvatele dle parity kupní síly a střední délky života v roce 2006

Obr. 15 ukazuje, že s střední délkou života nezávisí na celkovém množství financí investovaných do zdravotnictví. (Pearsonův korelační koeficient $R = 0,074$).

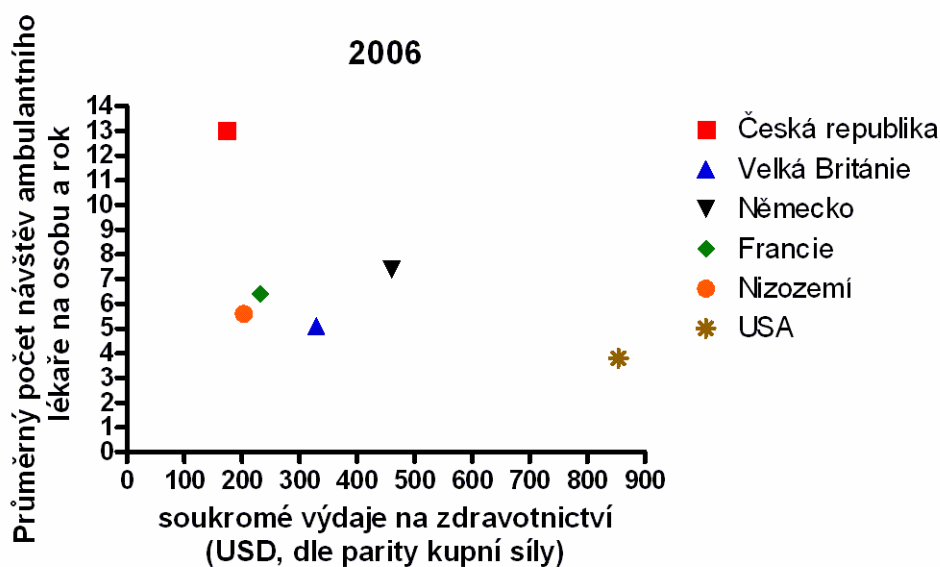
4.4.2 Vztah veřejných výdajů na zdravotnictví a střední délky života



Obr. 16 – Srovnání veřejných výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v USD přepočtených na jednoho obyvatele dle parity kupní síly a střední délky života v roce 2007. Údaje pro Nizozemí nejsou k dispozici

Na obr. 16 je znázorněn vztah veřejných výdajů na zdravotnictví a střední délky života. Pearsonův koeficient korelace je ve vztahu veřejných výdajů a střední délky života vyšší než v případě celkových výdajů (0,578) a ukazuje tak na vyšší míru závislosti těchto indikátorů.

4.4.3 Vztah soukromých výdajů na zdravotnictví a návštěvnosti



Obr. 17 – Srovnání soukromých výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v USD přepočtených na jednoho obyvatel dle parity kupní síly a návštěvnosti ambulantních lékařů v roce 2006

Jak ukazuje obr. 17, existuje nepřímá úměrnost mezi počtem návštěv ambulantních lékařů a soukromými výdaji, které domácnosti vydávají na zdravotní péči. V tomto konkrétním případě je Pearsonův koeficient korelace -0,553.

5 DISKUZE

5.1 Srovnání financování zdravotnictví v ČR a vybraných zemích

Srovnávací analýza systémů financování ve vybraných zemích ukázala velké odlišnosti, ale i určité společné tendence reformních kroků uskutečňovaných v nynější době. Všechny zdravotnické systémy světa se v současnosti vypořádávají s obdobnými problémy, jako jsou demografické změny a stárnutí populace, zvyšování technologické a tím i finanční náročnosti oboru a obecně problém trvalé ekonomické udržitelnosti a rozvoje. Tím se zdravotnictví částečně překrývá s obecnými makroekonomickými problémy společnosti, zejména z oblasti sociální. Proto i nejvyspělejší státy světa musí své zdravotnictví těmto novým trendům přizpůsobit a zavádět patřičná reformní opatření, která musí být komplexní a vyváženě zahrnovat pacienta, poskytovatele zdravotní péče, zdravotní pojišťovny a stát. Jak se změnám nového tisíciletí přizpůsobují jednotlivé srovnávané státy a co z toho lze vyvodit pro situaci v ČR popisuje tato kapitola.

Typicky národní zdravotnický systém ve Velké Británii je v posledních desetiletích postupně reformován posílením role poskytovatelů zdravotní péče, veřejné nemocnice jsou převáděny na příspěvkové organizace s větší odpovědností a s tržním chováním. Pacienti získávají možnost volby poskytovatele a možnost využívání kapacit soukromých nemocnic, tím se zkracují čekací lhůty na ošetření, které byly jedním z největších problémů britského zdravotnictví. Součástí reformy je i změna systému úhrad, kdy u primární péče jsou vedle kapitace zaváděny i další výkonové platby a příplatky. V nemocniční péči je zaváděn systém na principu DRG, který je efektivnější než paušální platby vycházející z historických údajů předchozích let.

Zdravotnictví v USA i přes nejvyšší množství finančních zdrojů dosud nedokázalo zajistit zdravotní péči pro všechny své občany. Důvody tohoto stavu mohou být vhodným příkladem, čeho se v budoucím směřování českého zdravotnictví vyvarovat. I když je příčina situace v USA zejména historické povahy a zdravotnictví je odrazem smýšlení Američanů a jejich kultury, lze najít i čistě pragmatické důvody podílející se na současném stavu.

Zdravotní pojištění na čistě soukromém principu je administrativně velmi náročné a tedy i finančně nákladné z důvodu zjišťování individuálních rizik pojištěnců. Stát se snaží čistě komerční chování pojišťoven regulovat a tak dále vzrůstá finanční náročnost pojištění, jehož vysokou cenu nakonec musí zaplatit pacient nebo stát. Vysoká míra konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče v USA vede k soutěživosti v zavádění technických vymožeností, ale systém úhrad pojišťovny a státem poskytovatele současně nenutí ke snižování nákladů. To je dalším důvodem vysoce nákladné zdravotní péče.

Zajímavým prvkem amerického zdravotnictví je systém řízené péče, který bývá označován za jeden z nejefektivnějších způsobů zdravotní péče z finančního hlediska. Propojení poskytovatelů a zdravotních pojišťoven vede k maximalizaci výnosů, minimu zbytných výkonů a snížení administrativy. Otázkou zůstává, zda snaha o maximalizaci zisku a ztráta dohledu státních orgánů nemůže mít vliv na kvalitu poskytované péče pro pacienta a zda nebude docházet k selekci zdravých mladých klientů při přístupu k řízené péči. Nevýhodou pro pacienty je i omezení výběru lékaře z těch, kteří jsou smluvními partnery nebo přímo zaměstnanci instituce řízené péče. I když bylo o tomto způsobu řízené péče uvažováno i v našich podmínkách jako o jedné součásti zdravotní reformy Občanské demokratické strany, zdá se, že evropská mentalita není tomuto způsobu nakloněna a v nejbližší budoucnosti u nás řízená péče zavedena nebude. Určitou analogií lze v současnosti shledat mezi řízenou péčí a vznikem řetězců poskytovatelů zdravotní péče, lékáren, laboratoří a zdravotní pojišťovny, jak je např. společnost AGEL, a.s.

Nizozemí bývá dáváno jako příklad země s úspěšně implementovanou zdravotnickou reformou od r. 2006. Složitý systém tří úrovní zdravotní péče a mnoha typů zdravotního pojištění byl zjednodušen a celé zdravotnictví tak zefektivněno. Je ale třeba vidět i odlišnosti mezi Nizozemím a Českou republikou. Problém dřívějšího zdravotnického systému byl v Nizozemí především v centrálním nastavení systému, nizozemští pacienti byli historicky vždy vedeni k odpovědnosti za vlastní zdraví. Proto nizozemská reforma nemusela měnit v takové míře jednání obyvatel, ale změnila především státní legislativu. To je vždy úkol mnohem snazší.

Z historických, geografických a kulturních důvodů mohou být zdravotní systémy Francie a především Německa vhodným příkladem pro budoucí směřování České republiky. Společný pro všechny tři země je pojišťovnický systém financování

zdravotní péče, který s určitými přestávkami v době 2. světové války a studené války v případě ČR a východního Německa na daných územích existuje již od konce 19. století. Rozdíly existují např. v tom, že v Německu i ve Francii je ze zdravotního pojištění hrazena péče i rodinným příslušníkům. Tím je částečně vyřešen jeden z největších problémů současného českého zdravotnictví, a to úhrady zdravotní péče za státní pojištěnce, konkrétně výše těchto úhrad. Navíc v Německu si na zdravotní pojištění přispívá i další skupina státních pojištěnců – důchodci. Mezi odlišnosti, které lze považovat za přednosti německého systému před českým, patří i fungující konkurence zdravotních pojišťoven, které mají možnost sami si stanovit výši pojistného. I když je u nás více zdravotních pojišťoven, celý systém připomíná spíše než Bismarckovský systém Beveridgeovu národní zdravotní službu, protože reálná konkurence mezi pojišťovnamí v podstatě neexistuje, VZP má rozhodující úlohu jak ve vztahu k pacientům a státu, tak především ve vyjednávání s poskytovateli zdravotní péče. Český stát tak v současnosti financuje nákladnější a složitější pojišťovnický systém, aniž by využíval jeho výhod v konkurenceschopnosti a ekonomického chování pojišťoven jako soukromých subjektů. Záleží na budoucím politickém směřování, zda se Česká republika definitivně vydá cestou centrálně řízeného financování zdravotnictví (ke kterému dle mého názoru má již dnes blíže než k systému pojišťovnickému), nebo se podaří liberalizovat legislativu zdravotního pojištění a zavést skutečný systém konkurenceschopných a nezávislých zdravotních pojišťoven.

Dvacet let od radikální změny ve společnosti i ve zdravotnictví Česká republika v indikátorech zdraví populace buď zcela dohnala nebo dohání srovnávané země. Toho se podařilo dosáhnout navzdory nesrovnatelně nižším zdrojům, navíc v situaci, kdy mnohé léky, přístroje a další zdravotnická zařízení jsou nakupována za stejné ceny jako kdekoli v zahraničí. Na tomto vynikajícím výsledku nese jistě velký díl nezměrně obětavá práce našich zdravotnických pracovníků pracujících stejně kvalitně v mnohem horších podmínkách než jejich kolegové z vyspělých zemí. Ale na to nelze donekonečna spoléhat, je třeba hledat rezervy v systému a hledat řešení, jak přesunout neefektivně vkládané lidské i finanční zdroje správným směrem.

Z analýzy také vyplývá, že míra soukromých výdajů u nás dosáhla podílu srovnatelného s jinými státy, avšak za situace, kdy u nás téměř neexistuje soukromé připojištění a i další formy spoluúčasti jsou jen omezené. Velká část soukromých výdajů na zdravotnictví plyne na volně prodejná farmaka, kde přínos pro zlepšení

zdraví obyvatelstva je sporný a edukační účinek k odpovědnosti za své zdraví je u této spoluúčasti mizivý. Další skryté rezervy jsou v neúčelných návštěvách pacientů u ambulantních lékařů, kde dosahujeme dvojnásobku hodnot obvyklých ve srovnávaných zemích. I zde je jasná souvislost s odpovědným chováním pacientů, kterého by bylo možno dosáhnout vhodnou formou spoluúčasti.

5.2 Podněty pro reformu zdravotnictví v České republice

I po srovnání několika zdravotních systémů nelze jednoznačně vybrat, který je ze všech nejlepší. Je ale možné najít společné principy, na kterých jsou postaveny jednotlivé zdravotnické reformy a využít je pro plánování reformy v České republice. Podstatu těchto reformních kroků lze shrnout v následujících bodech:

- Stát jako jediný je schopen garantovat zdravotní péči pro všechny své občany, včetně těch zcela nezaopatřených. Pouze stát může zajistit dostatečnou zdravotní péči pro občany i v oblastech, kde by se to poskytovatelům nebo pojišťovnám ekonomicky nevyplácelo.
- Vhodné formy důsledné státní regulace musí zabránit nadbytečnému provádění nebo vykazování zdravotní péče poskytovateli, protože v péči o zdraví klasické ryze tržní mechanismy selhávají.
- Vyřešení problému úhrad za státní pojištění, jako jsou např. děti, důchodci a nezaměstnaní je důležitým předpokladem úspěšné reformy. Nedostatečná výše příspěvků státu zdravotním pojišťovnám za státní pojištění vede k chronickému podfinancování zdravotnictví a zpoždování úhrad poskytovatelům, nepružnosti celého systému a nefungujícímu konkurenčnímu prostředí v systému zdravotního pojištění ČR.
- Nastavení konkurenčního prostředí poskytovatelů zdravotní péče, které je nutí k efektivnímu chování. S tím související možnost volby poskytovatele pacientem.
- Nastavení konkurenčního prostředí ve zdravotních pojišťovnách. Zavedení doplňkového připojištění pro nadstandardní léčebnou péči a individuálních pojistných plánů.

- Zavedení osobních účtů pojištění by motivovalo občany k úspornému a odpovědnému chování, ke kontrole hospodaření s „jejich“ penězi a ke zprůhlednění financování péče. Nevýhodou je vyšší administrativní náročnost.
- Jak paušální, tak i výkonové platby mají v primární sféře své nedostatky. Zajistit dostatečné pokrytí obyvatelstva praktickými lékaři a ambulantními specialisty lze jen vyváženou kombinací dostatečně motivujících různých způsobů úhrad a možností konkurenčního prostředí pro ambulantní lékaře i pro pacienty. Rigidně nastavené limity péče vedou k nedostatečné motivaci lékařů, dlouhým čekacím dobám na ošetření a neochotě registrovat pacienty nebo provádět léčebné výkony, jak ukazují příklady centralizovaných systémů z minulosti. Naopak příliš štědré na výkonech postavené systémy úhrad vedou k nadbytečným výkonům, plýtvání a neufinancovatelnosti takového systému.
- V nemocniční péči využívat modernější způsoby výpočtu úhrad, jako např. systém DRG, který je vhodnější než paušální platby nebo limity výkonových plateb vycházející z minulých období. Metoda DRG přesněji udává skutečné náklady, motivuje poskytovatele k hospodárnosti a zjednodušuje administrativu u poskytovatele, plátce i kontrolních orgánů.
- Ke kontrole nadbytečných nebo fiktivních výkonů v ambulantní i nemocniční sféře může přispět zavedení elektronických osobních účtů, kde by si každý pojištěnec snadno zkontroloval veškerou jemu účtovanou péči. Přijetí tohoto systému uživateli by zásadně urychlila i relativně malá forma spoluúčasti pacientů na hrazení zdravotní péče, kteří by se tak o své osobní účty zajímali i z finančních důvodů.
- Zavedení spoluúčasti na zdravotní péči je zásadní reformní krok, který by zlepšil odpovědné chování pacientů ke svému zdraví, zvýšil příjmy do fondů zdravotnictví, povzbudil konkurenceschopnost poskytovatelů i zdravotních pojišťoven možnostmi nabízet služby s různou cenou.
- Občany uvědoměle se chovající ke svému zdraví je možno motivovat např. slevami na zdravotním pojištění nebo různými bonusy. Např. osobě, která nečerpá zdravotní péči, nebo čerpá péči pouze málo, je část pojistného vrácena.

ZÁVĚR

Analýza systémů zdravotnictví, která byla prvním cílem práce, ukázala, že i v globalizovaném světě v 21. století nedošlo v otázce systémů financování zdravotnictví k nalezení nejlepšího univerzálního řešení a i nejvyspělejší země, jejichž ekonomiky jsou do značné míry srovnatelné a fungují na podobných principech, se v přístupu k potřebě péče o zdraví svých občanů staví různými způsoby. Podoba systémů spíše než z racionálních makroekonomických úvah a analýz vychází z historických souvislostí, z politických hodnot a postojů ve společnosti, kdy názory občanů jednoho státu se mohou v přístupu k zajištění lékařské péče diametrálně odlišovat. Názorným příkladem je situace ve Spojených státech, kde teprve dnes je zaváděna zákonem definovaná zdravotní péče pro všechny a stále není jasné, zda tato nová reforma nebude shledána protiústavní a vejde v platnost. Evropské země, včetně České republiky, jsou historicky více sociálně a solidárně smýšlející, i zde ale existuje bouřlivá diskuze v otázce, zda odpovědnost za zdraví leží z větší části na občanu samotném nebo na státu.

Dalším cílem práce bylo pokusit se najít principy, které ovlivňují kvalitu zdravotních systémů jednotlivých zemí a jejichž zavádění by umožnilo postupně vylepšovat zdravotní situaci u nás. Neefektivita ve zdravotnictví je způsobena neodpovědným přístupem spotřebitele zdravotní péče, tedy pacienta. Analýzy ukázaly neodpovědné chování českých občanů z hlediska vysoké návštěvnosti ambulantních lékařů a vysokých výdajů na farmaka. Vhodná kombinace spoluúčasti, soukromého připojištění, osobních účtů, poplatků a motivačních pobídek je řešením, jak odpovědné chování spotřebitelů zdravotní péče stimulovat. Neodpovědné chování nelze hledat jen u pacientů, i na straně poskytovatelů je pro efektivitu zásadní správné nastavení systému úhrad. V práci jsou popsány různé způsoby úhrad jak ambulantní, tak i nemocniční péče, jejich pozitiva i negativa a příklady ze zahraničí. Žádný ze způsobů úhrad není ideální, v ambulantní, zejména primární péči se jako nejlepší jeví vhodně nastavené kapitační platby v kombinaci s výkonovými platbami. V nemocniční péči se systém paušálních úhrad z předchozích období, který se užívá i u nás, jeví jako neefektivní, nemocnice jsou vždy schopny maximální limit naplnit. Jako vhodnější se jeví systémy založené na DRG, které jsou postupně ve světě zaváděny nebo již

zavedeny. Vhodné jsou i různé motivační stimuly odměňující lékaře za kvalitní a včasnou úzdravu pacientů.

To, že zdravotnictví je základní společenskou a politickou otázkou v 21. století, ukazují předvolební kampaně i volební výsledky jak u nás, tak i v zahraničí. Z mnoha lze uvést příklad poslední volby prezidenta USA, kde zdravotnická reforma byla jednou ze základních otázek rozhodujících o vítězství. Můžeme se ptát, zda je správné, že o budoucí podobě zdravotnictví rozhodují více občané dle svých volebních preferencí než vládní odborníci dle složitých systémových analýz, ale pokud zůstane v politickém zřízení zachována demokracie, nemůžeme očekávat, že tomu bude jinak. S tím souvisí i asi největší problém zdravotnické reformy v České republice, a tím je nedostatečná společenská poptávka po takové reformě. Současný stav, i přes své veškeré nedostatky, je pro mnohé aktéry zdravotnického systému vyhovující a ti proto nejsou k uskutečnění reformy zdravotnictví motivováni. Aby k reformě došlo, je třeba vůle občanů, kteří budou reformu požadovat a zvolí takové zastupitele, kteří ji budou schopni prosadit. Že to možné je lze vidět ve Spojených státech. Jak si za své volební heslo zvolil Barack Obama, „*Yes, we can!*“ A šlo to. Možností, jak lze směřování zdravotnictví pozitivně ovlivňovat, je informovaností občanů, jejich vzděláváním a výchovou ke správným postojům a hodnotám. Snad i tato práce přispěje alespoň svou malou měrou k tomuto cíli.

LITERATURA A PRAMENY

- Ameli.fr: l'Assurance Maladie* [online]. 2010 [cit. 2010-04-15]. Several different health insurance schemes. Dostupné na WWW: <<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/getting-informed-about-health-insurance/social-security/several-different-health-insurance-schemes.php>>.
- Ameli.fr: l'Assurance Maladie* [online]. 2010 [cit. 2010-04-15]. Understanding the reform. Dostupné na WWW: <<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/getting-informed-about-health-insurance/health-insurance-reform/understanding-the-reform.php>>.
- American Medical Association. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/American_Medical_Association>.
- British Medical Association. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/British_Medical_Association>.
- CMU: *Centrum mezistátních úhrad* [online]. 2006 [cit. 2010-04-15]. Reforma nizozemského systému zdravotního pojištění - 1.1.2006. Dostupné na WWW: <http://www.cmu.cz/dokumenty/reforma_nl.doc>.
- DEN EXTER, André, aj., *Health Care Systems In Transition: Netherlands* [online]. Copenhagen: WHO, 2004 [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.euro.who.int/document/e84949.pdf>>.
- DEPARTMENT OF HEALTH. *Departmental Report 2008* [online]. Norwich: The Stationery Office, 2008 [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/AnnualReports/DH_084908>. ISBN 978-0-10-173932-0.
- Department of Health* [online]. 2009 [cit. 2010-04-15]. NHS foundation trusts. Dostupné na WWW: <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Secondarycare/NHSfoundationtrust/DH_072544>.
- DOCTEUR, Elizabeth, a OXLEY, Howard. *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience* [online]. Paris: OECD, 2003 [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>>.

- DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha : Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. *Health Care Systems In Transition: United Kingdom* [online]. Copenhagen : WHO, 1999 [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.who.it/document/e68283.pdf>>.
- Federal Employees Health Benefits Program. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Federal_Employees_Health_Benefits_Program>.
- General Medical Council* [online]. 2010 [cit. 2010-04-15]. The role of the GMC. Dostupné na WWW: <<http://www.gmc-uk.org/about/role.asp>>.
- GLADKIJ, Ivan, aj. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- GLADKIJ, Ivan., a STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika - zdraví - zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
- GLIED, Sherry A. *Health Care Financing, Efficiency, and Equity* [online]. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2008 [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.nber.org/papers/w13881>>.
- Health care reform in the United States. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_reform_in_the_United_States>.
- CHEVREUL, Karine. *Health Policy Monitor* [online]. Paris: Nstitut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), 2004 [cit. 2010-04-15]. Reform of the public health law. Dostupné na WWW: <<http://www.hpm.org/survey/fr/a3/5>>.
- KOUDELKA, Vít. Lobbying a reformy zdravotní péče v USA. *Marketing pro zdraví* [online]. 1998, č. 1, [cit. 2010-04-15]. Dostupný z WWW: <http://www.zdrav.cz/web/mpz/mpz1809_i_koudelka_v_zdr.htm>.
- Krankenhausplan. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <<http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenhausplan>>.

- Krankenkasse. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <http://de.wikipedia.org/wiki/Krankenkasse>.
- KŘÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Vlastním nákladem, 1998. 133 s. ISBN 80-238-0937-7.
- Liste der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_gesetzlichen_Krankenkassen_in_Deutschland.
- LOMÍČEK, Miroslav, a MUSÍLKOVÁ, Jiřina. *VZP ČR* [online]. 2003 [cit. 2010-04-16]. Současný stav systému DRG u nás. Dostupné na WWW: http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/DRG/ArchivDRG/Clanek_ze_Zdravotnickych_novin/.
- MARTINIČOVÁ, Martina. *Profit.cz* [online]. 29.4.2007 [cit. 2010-04-16]. Pojišťovny se v nemocnicích nebojí. Dostupné na WWW: <http://www.profit.cz/clanek/pojistovny-se-v-nemocnicich-neboji.aspx>.
- Medicare (United States). In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: [http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_\(United_States\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(United_States)).
- Medicaid. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Medicaid>.
- National Health Service (England). In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: [http://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_\(England\)](http://en.wikipedia.org/wiki/National_Health_Service_(England)).
- NIKLÍČEK, Ladislav. *Moderní dějiny I* [online]. Praha: Historický ústav AV ČR, 1993 [cit. 2010-04-15]. Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888-1938, s. 69–97. Dostupné na WWW: <http://www.sasp.cz/novinky/26102001.htm>.

- Organisation for Economic Co-operation and Development* [online]. 2009 [cit. 2010-04-15]. OECD Health Data 2009 - Frequently Requested Data. Dostupné na WWW: <http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,0_0.html>.
- Parita kupní síly. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Parita_kupní_síly>.
- PODNECKÝ, Daniel. *BusinessInfo.cz* [online]. 2004 [cit. 2010-04-15]. Systémy zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech . Dostupné na WWW: <<http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/podnikatelske-prostredi/systemy-zdravotniho-pojisteni-ve/1000520/13637/#francie>>.
- PROKEŠ, Michal. *ZDRAV.cz: Zdraví a zdravotnictví* [online]. 2006 [cit. 2010-04-15]. Lékové limity v zahraničí a u nás. Dostupné na WWW: <<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=7007>>.
- PUSTELNÍK, K., JAROŠOVÁ, D. *Úvod do studia zdravotnických systémů*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2003. ISBN 80-7042-346-3.
- REKTOŘÍK, Jaroslav. *Ekonomika veřejného sektoru*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 96 s. ISBN 80-2103-330-4.
- Risikostrukturausgleich. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <<http://de.wikipedia.org/wiki/Risikostrukturausgleich>>.
- Royal College of Physicians. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Royal_College_of_Physicians>.
- SANDIER, Simone, PARIS, Valérie, a POLTON, Dominique. *Health Care Systems in Transition: France* [online]. Copenhagen: WHO, 2004 [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <<http://www.euro.who.int/document/e83126.pdf>>.
- Selbstbeteiligung. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW:

- <<http://de.wikipedia.org/wiki/Selbstbeteiligung>>.
- SOUKUP, Jaromír. *Euroskop.cz: Věcně o Evropě* [online]. 2005 [cit. 2010-04-15]. Vznik a vývoj britského Welfare State ve 40.-60. letech 20. století (I.). Dostupné na WWW: <<http://www.euroskop.cz/8613/839/clanek/vznik-a-vyvoj-britskeho-welfare-state-ve-40--60-letech-20-stoleti-i/>>.
- State Children's Health Insurance Program. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/State_Children's_Health_Insurance_Program>.
- TRICARE. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <<http://en.wikipedia.org/wiki/TRICARE>>.
- Uninsured in the United States. In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Uninsured_in_the_United_States>.
- Usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod. *Sbírka zákonů ČR*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR. 199-. Roč. 1993, částka 1, s. 17–23.
- VEPŘEK, Jaromír, VEPŘEK, Pavel, a JANDA, Jaroslav. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 229 s. ISBN 80-2470-347-5.
- Veterans Health Administration. In *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, [cit. 2010-04-15]. Dostupné na WWW: <http://en.wikipedia.org/wiki/Veterans_Health_Administration>.
- VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. *Sbírka zákonů ČR*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR. 1995, částka 41, s. 1985–2011. [Ve znění pozdějších předpisů.]
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. *Sbírka České a Slovenské federativní republiky*. Praha: Federální ministerstvo vnitra. 1992, částka 58, s. 1579–1582. [Ve znění pozdějších předpisů.]

- Zákon č. 438/2004 Sb., změna zákona o VZP ČR a souvisejících zákonů. *Sbírka zákonů ČR*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR. 2004, částka 144, s. 8336–8353. [Ve znění pozdějších předpisů.]
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. *Sbírka zákonů ČR*. Praha: Ministerstvo vnitra ČR. 1997, částka 16, s. 1185–1264.[Ve znění pozdějších předpisů.]
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. *Sbírka zákonů České a Slovenské federativní republiky*. Praha: Federální ministerstvo vnitra. 1991, částka 104, s. 2728–2731. [Ve znění pozdějších předpisů.]
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. *České a Slovenské federativní republiky*. Praha: Federální ministerstvo vnitra. 1992, částka 119, s. 3558–3564. [Ve znění pozdějších předpisů.]
- ZLÁMAL, Jaroslav, a BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.

SEZNAM ZKRATEK

AMA	American Medical Association
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
HDP	hrubý domácí produkt
KÚNZ	krajský ústav národního zdraví
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NHS	National Health Service, národní zdravotní služba
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development, Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
PCT	primary care trust
ÚNZ	ústav národního zdraví
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
USA	Spojené státy americké
ZP	zdravotní pojištění

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1 – Srovnání celkových výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v poměru k hrubému domácímu produktu země.....55
- Obr. 2 – Srovnání celkových výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v USD přepočtené na jednoho obyvatel dle parity kupní síly.....55
- Obr. 3 – Srovnání procentního podílu veřejných výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí z celkových výdajů na zdravotnictví.....56
- Obr. 4 – Srovnání absolutních hodnot veřejných výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v USD, přepočteno dle parity kupní síly na jednoho obyvatele.....57
- Obr. 5 – Srovnání procentního podílu soukromých výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí z celkových výdajů na zdravotnictví.....58
- Obr. 6 – Srovnání absolutních hodnot soukromých výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v USD, přepočteno dle parity kupní síly.....58
- Obr. 7 – Srovnání procentního podílu výdajů za farmaka ve sledovaných zemích z celkových výdajů na zdravotnictví.....59
- Obr. 8 – Srovnání absolutních hodnot výdajů na farmaka ve sledovaných zemích v USD, přepočteno dle parity kupní síly na jednoho obyvatele.....59
- Obr. 9 – Srovnání střední délky života ve sledovaných zemích.....60
- Obr. 10 – Srovnání kojenecké úmrtnosti ve sledovaných zemích.....61
- Obr. 11 – Ztracené roky života mužů ve věku 0-69 let ve sledovaných zemích, na 100 000 mužů.....62
- Obr. 12 – Ztracené roky života žen ve věku 0-69 let ve sledovaných zemích, na 100 000 žen.....62
- Obr. 13 – Návštěvnost ambulantních lékařů na osobu a rok ve sledovaných zemích.....63
- Obr. 14 – Průměrná ošetřovací doba za rok ve sledovaných zemích.....64
- Obr. 15 – Srovnání celkových výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v USD na jednoho obyvatele dle parity kupní síly a střední délky života v roce 2006.....64
- Obr. 16 – Srovnání veřejných výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v USD na jednoho obyvatele dle parity kupní síly a střední délky života v roce 2007.....65
- Obr. 17 – Srovnání soukromých výdajů na zdravotnictví sledovaných zemí v USD přepočtených na jednoho obyvatel dle parity kupní síly a návštěvnosti ambulantních specialistů v roce 2006.....66