TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ekonomická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2012 **Bc. Romana Görlachová**

Technická univerzita v Liberci
Ekonomická fakulta

Studijní program: **N 6202 – Hospodářská politika a správa**
Studijní obor: **Pojišťovnictví**

Soukromé zdravotní pojištění v České republice a ve vybraných zemích

Private Health Insurance in the Czech Republic and in Selected Countries

DP – EF – KPO – 2012 – 09

Romana Görlachová

Vedoucí práce: Ing. Žaneta Boučková, Ph.D., katedra pojišťovnictví
Konzultant: Ing. Petr Valenta, Allianz pojišťovna

Počet stran: 97 Počet příloh: 1

Datum odevzdání: 4. května 2012

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

V Liberci dne 4. května 2012 Romana Görlachová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Ing. Žanetě Boučkové, Ph.D., za cenné rady a nápady při psaní práce. Další poděkování patří Ing. Kateřině Gurinové, Ph.D., která mi ochotně vypomohla se statistikou analýzou. Velký dík patří mé rodině, která mě podporovala po celou dobu studií.

Anotace

Diplomová práce na téma „*Soukromé zdravotní pojištění v České republice a ve vybraných zemích*“ popisuje systémy zdravotní péče a jejich financování. Nejprve charakterizuje zdravotnické systémy obecně, až v dalších kapitolách se zabývá konkrétními formami zdravotního pojištění v České republice a ve Spojených státech amerických. Hlavní část práce se věnuje veřejnému a soukromému zdravotní pojištění v České republice, aktuálním reformám a problémům v oblasti zdravotního pojištění. Dále charakterizuje zdravotní pojištění ve Spojených státech amerických, silné a slabé stránky jejich systému, způsoby úhrad za zdravotní péči a zmiňuje se také o reformě zdravotnictví. Cílem diplomové práce je zjistit, zda stát, ve kterém převládá soukromé zdravotní pojištění, má méně zatížen státní rozpočet. Dílčím cílem je zhodnocení efektu, který má vybraný způsob financování zdravotnictví na zdravotní stav obyvatelstva. Budou porovnány ekonomické a zdravotnické ukazatele jednotlivých zemí a pomocí statistických dat se provede analýza závislostí. V závěru budou zhodnoceny způsoby financování zdravotní péče, se svými klady a zápory.

Klíčová slova

Soukromé zdravotní pojištění, veřejné zdravotní pojištění, reforma zdravotnictví, financování zdravotnictví, zdravotnictví USA, ukazatele zdravotnictví

Annotation

Diploma thesis on "*Private health insurance in the Czech Republic and in selected countries*" describes health care systems and their financing. The first part gives characteristics of health care systems in general, and in other chapters it deals with specific forms of health insurance in the Czech Republic and the United States of America. The main part focuses at public and private health insurance in the Czech Republic, current reforms and problems in the health insurance. Next, health insurance in the United States is characterized; strengths and weaknesses of their system are mentioned as well as methods of payment for health care and health care reform itself. The aim is to find out whether a state dominated with the private health insurance has less burdened by the state budget. A sub-goal is to evaluate the effect which has the selected method of health care financing on the health of the population. The thesis compares the economic and health indicators of each country and using statistical data the dependency analysis is performed. The conclusion evaluates methods of health care financing, with their pros and cons.

Key Words

Private health insurance, public health insurance, health care reform, health care financing,

U. S. health care, health indicators

Obsah

Seznam zkratek

TUL	Technická univerzita v Liberci
GDP	Hrubý domácí produkt (*Gross Domestic Product*)
NHS	Národní zdravotní služba (*National Health Service*)
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (*Organisation for Economic Co-operation and Development*)
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
RBP-ZP	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
VOZP	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
ZPMA	Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance
ZPMV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra
OBZP	Osoba bez zdanitelných příjmů
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
ČAP	Česká asociace pojišťoven
PVZP	Pojišťovna Všeobecné zdravotní pojišťovny
HMO	Health Maintenance Organizations
PPO	Preferred Provider Organizations
FFS	Fee for Service
SGP	Statgraphics Centurion

Seznam tabulek

Seznam obrázků

Úvod

Zdravotnictví hraje velmi důležitou roli v každé zemi. Stát chce mít zdravé a práce schopné občany, a tak se o ně náležitě stará. Z veřejných rozpočtů jsou vynakládány obrovské částky do oblasti veřejného zdravotnictví. Stále se mluví o reformách a změnách, jak ve zdravotnictví ušetřit, co udělat jinak. Začíná se zvyšovat podíl soukromého zdravotního pojištění, více odpovědnosti za vlastní zdraví připadá na bedra občanů.

Diplomová práce se věnuje oblasti zdravotního pojištění, které se dělí na dvě základní kategorie – veřejné (zákonné) a soukromé (komerční). Jak z názvu vypovídá, veřejné zdravotní pojištění je dáno zákonem, je tedy povinné, a musí jej odvádět každý zákonem stanovený plátce. Naopak soukromé zdravotní pojištění je dobrovolné a záleží na každém jedinci, zda si pojištění uzavře či nikoliv. Česká republika je typickým státem, ve kterém převládá veřejné zdravotní pojištění. Oproti tomu Spojené státy americké jsou známé tím, že svým občanům negarantují veřejnou zdravotní péči, ale převládá zde soukromé zdravotní pojištění. Z toho důvodu byly vybrány právě tyto státy, aby srovnání bylo prokazatelné a viditelné.

Teoretická část diplomové práce začíná charakteristikou zdravotnických systémů, které se uplatňují po celém světě. Zaměřuje se na dvě hlavní kategorie, kterými jsou veřejné a soukromé zdravotní pojištění. Podrobněji se věnuje modelům statutárního zdravotního pojištění, stejně tak popisuje druhy soukromého zdravotního pojištění. Velmi důležitou podkapitolou je oblast financování zdravotnictví, která se pojí s praktickou částí práce. Následující kapitola se věnuje zdravotnímu pojištění v ČR. Začíná veřejným zdravotním pojištěním, které je pilířem českého zdravotnictví a postupně se dostává k rozvíjejícímu se soukromému zdravotnímu pojištění. Soukromé zdravotní pojištění ještě nemá v ČR tak vysoké zastoupení, ovšem s reformami, které začaly platit v lednu roku 2012, se mu postupně otevírá nový prostor. Třetí kapitola se plně věnuje zdravotnímu pojištění ve Spojených státech amerických. Nejprve charakterizuje způsoby financování zdravotní péče, poté popisuje vládní a soukromé zdravotnické programy. Část kapitoly se věnuje nepojištěným občanům, kteří představují problémovou část amerického systému zdravotnictví. O vyřešení problémů v celém zdravotnickém systému, hlavně co se týče

nákladovosti, se snaží prezident Barack Obama pomocí reforem. Poslední podkapitola se tedy věnuje reformám zdravotnictví v USA.

Praktická část srovnává ukazatele financování zdravotnictví a zdravotního stavu obyvatelstva. Sleduje se provázanost zdravotního pojištění s ekonomikou státu, způsoby financování z veřejných či soukromých zdrojů, jak je systém zdravotní péče nastaven a jakou roli hraje soukromé zdravotní pojištění ve vybraných zemích. Mezi důležité ukazatele zdravotního stavu byly vybrány střední délka života, kojenecká úmrtnost a potenciálně ztracené roky života. V poslední části práce je provedena analýza závislostí vybraných ukazatelů. Analýza je provedena pomocí programu Statgraphics Centurion.

Cílem diplomové práce je zjistit, zda stát, ve kterém převládá soukromé zdravotní pojištění, má méně zatížen státní rozpočet. Dílčím cílem je zhodnocení efektu, který má vybraný způsob financování zdravotnictví na zdravotní stav obyvatelstva.

Práce je tvořena z velké části rešerší dostupné literatury a studií uveřejněných na internetu. V praktické části jsou užity metody srovnávání, ze statistických metod je to analýza závislostí.

1. Systémy zdravotního pojištění a jejich financování

Zdravotnictví je jedním z nejdůležitějších pilířů každého státu. Vychází z historického a polického vývoje dané země, z jejích tradic. Následující kapitola se věnuje zdravotnickým systémům, popisuje dva základní typy zdravotního pojištění, pojištění statutární a privátní. Detailněji rozebírá typy statutárního zdravotního pojištění, které jsou pojmenované podle jejich zakladatelů. Dále charakterizuje privátní zdravotní pojištění a následně se zaměřuje na financování zdravotní péče.

1.1 Zdravotnické systémy

Zdravotnické systémy se dělí podle účasti státu a podle způsobu financování.

Dle účasti státu se rozlišují tři typy systémů – centralizované, koordinovaně pluralitní a pluralitní. [1]

Centralizovaný zdravotní systém je státem dodávanou službou, občan nemá možnost volby výběru zdravotnického zařízení či lékaře, je mu přiřazen. Zdravotnictví je ve státním vlastnictví. Nevýhodou systému je administrativní náročnost.

Koordinovaně pluralitní systém je garantovaný státem. Oproti předchozímu modelu má občan možnost výběru zdravotnického zařízení. Existuje zde soukromé i státní vlastnictví, řadí se sem Bismarckův a Beveridgův model (viz podkapitola 1.2.1.).

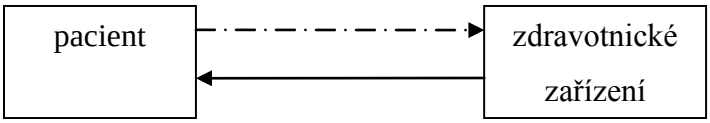
Pluralitní systém zdůrazňuje úlohu jedince, zdraví je předmětem prodeje a koupě, přístup ke zdravotní péči není rovný. Systém se jeví jako nákladný, příkladem mohou být Spojené státy americké.

Dle převažujícího způsobu financování se zdravotní systémy dělí na přímé a nepřímé.[2]

---

[1] URBÁNEK, V. *Financování zdravotnictví a sportu* [online] Ekonomika služeb veřejného sektoru, VŠE Praha [vid. 2012-2-10] Dostupné z: http://nb.vse.cz/~urbanek/EVS_List.htm

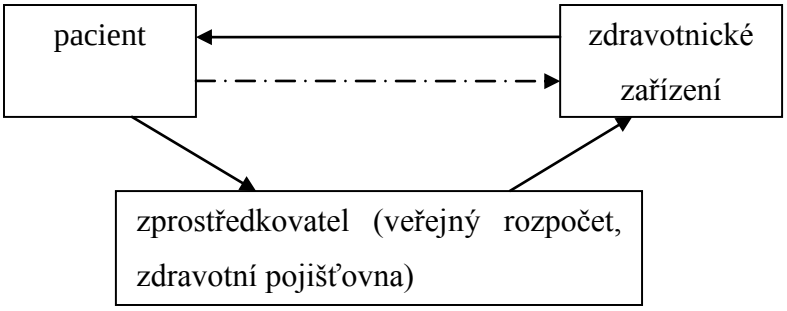
Přímé financování je znázorněno na následujícím Obr. 1, kde pacient platí přímo zdravotnickému zařízení za poskytnuté služby.



Obr. 1: Přímé financování zdravotní péče

Zdroj: URBÁNEK, V. Financování zdravotnictví a sportu

Nepřímé financování je zobrazeno na Obr. 2, mezi pacientem a zdravotnickým zařízením stojí zprostředkovatel, nejčastěji pojišťovna. Finance na zdravotnictví jsou čerpány z veřejných rozpočtů, z povinného, dobrovolného či zaměstnaneckého pojištění, z charity nebo zahraniční pomoci.



Obr. 2: Nepřímé financování zdravotní péče

Zdroj: URBÁNEK, V. Financování zdravotnictví a sportu

1.2 Statutární zdravotní pojištění

Podle míry dobrovolnosti účasti se zdravotní pojištění dělí na statutární a privátní. Statutární zdravotní pojištění je povinné ze zákona, naopak privátní zdravotní pojištění je čistě dobrovolné.

---

[2] URBÁNEK, V. *Financování zdravotnictví a sportu* [online] Ekonomika služeb veřejného sektoru, VŠE Praha [vid. 2012-2-10] Dostupné z: http://nb.vse.cz/~urbanek/EVS_List.htm

Statutární, neboli veřejné zdravotní pojištění, je podle zákona povinné pro všechny občany daného státu nebo pro určité skupiny obyvatel. Skupina obyvatel, pro kterou je pojištění povinné, může být vymezena věkem, zaměstnaneckým statutem či výší příjmu. Pojištění je provozováno veřejnými i privátními subjekty.[3]

1.2.1 Modely statutárního zdravotního pojištění

Podle J. Němce rozlišujeme čtyři modely statutárního zdravotního pojištění – Beveridgeův, Semaškův, Douglesův a Bismarckův.

Beveridgeův model je financovaný ze všeobecných daní, tedy ze státního rozpočtu. Jedná se o univerzální pojistné krytí populace, kdy je péče poskytována ve veřejných zdravotnických zařízeních.[4]

Typickým představitelem Beveridgeova modelu je *Národní zdravotní služba* (National Health Service – NHS). NHS byla založena roku 1948 ve Velké Británii, jelikož tehdejší obyvatelstvo bylo nespokojeno s úrovní zdravotnictví. Vychází z beveridgovského modelu, ale funguje v jiném politickém, ekonomickém a sociálním kontextu než tomu bylo ve stejné době ve Střední a Východní Evropě.[5]

Je modelem státního zdravotnictví a zdrojem financování jsou daně. Hlavním rysem modelu je solidárnost, zdravotní péče je garantovaná pro veškeré obyvatelstvo státu. Zároveň se mluví o principu ekvivalence, jelikož všichni obyvatelé mají rovný a bezplatný

---

[3] Němec, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 17-18. ISBN 978-80-247-2628-1

[4] Němec, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 19-20. ISBN 978-80-247-2628-1

[5] HNILICOVÁ, H. *Úvod do studia zdravotnických systémů* [online] Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 2009. Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf

přístup ke zdravotní péči. NHS je plátcem zdravotní péče a zároveň i zaměstnavatelem, jelikož zaměstnává téměř všechny nemocniční lékaře a sestry.[6]

Občané se na zdravotní péči podílí nízkou finanční spoluúčastí, která je tvořena poplatky za recepty a za zubní péči. Děti, nízko-příjmové skupiny, těhotné a kojící matky, staří lidé a lidé se specifickými chronickými stavy poplatky neplatí. Většina nákladů je hrazena z veřejných rozpočtů, jen malou část zaujímají přímé platby a spoluplatby.[7]

S Národní zdravotní službou v různých podobách se setkáme v mnoha evropských zemích a to v Itálii, Portugalsku, Španělsku, Řecku, Irsku, Skandinávii, a také v Austrálii, Kanadě, Novém Zélandu či Mexiku.[8]

Semaškův model je krajním modelem předchozího modelu a vyznačuje se úplným postátněním správy, financování i poskytování zdravotní péče. Tento model se uplatňuje v bývalých socialistických státech, je financován ze státního rozpočtu a pojistné krytí je pro celé obyvatelstvo dané země. V Semaškově modelu nefigurují soukromé zdravotnické služby, není zde možnost svobodné volby mezi poskytovateli zdravotní péče. Nemožnost svobodné volby byla jedním z důvodů, proč se v 80. letech 20. století opustilo od centrálně řízeného státního zdravotnictví ve Střední a Východní Evropě.[9]

Douglesův model je modelem národního zdravotního pojištění, který nachází své uplatnění v Kanadě a Austrálii. Je založen na daňových příjmech.[10]

Bismarckův model je modelem sociálního zdravotního pojištění, který je financován z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců, provozují ho samosprávní zdravotní

---

6 HNILICOVÁ, H. *Úvod do studia zdravotnických systémů* [online] Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 2009. Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf

7 Tamtéž

8 Tamtéž

9 Tamtéž

10 Němec, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 20. ISBN 978-80-247-2628-1

pojišťovny. Jsou vytvářeny veřejné fondy, do kterých jsou odváděny příspěvky určené na sociální a zdravotní potřeby. Přímé platby obyvatel tvoří jen malé procento, jsou to hlavně příplatky za léky, stomatologické služby a za pobyt v nemocnici. Příkladnou zemí Bismarckova modelu je Francie, Německo a země Beneluxu.[11]

V Tab. 1 jsou shrnuty veškeré charakteristiky vyjmenovaných modelů.

Tab. 1: Charakteristiky modelů statutárního zdravotního pojištění a privátního pojištění

	Bismarckův model	Beveridgeův model	Semaškův model	Model privátního pojištění
Financování	příspěvky zaměstnavatelů a pojištěnců	daně, státní nebo municipální rozpočet	státní rozpočet	pojistné privátní pojištění
Řízení	samospráva ze zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců	stát a jeho úřady	centrální vláda, ministerstvo zdravotnictví	privátní organizace - pojišťovny
Rozhodování o právech a povinnostech	zdravotní pojišťovny v rámci svých zákonných kompetencí	stát a jeho úřady	centrální vláda	práva nejsou zaručena, záleží na vztahu nabídky a poptávky
Pojistné pokrytí obyvatelstva	veškeré obyvatelstvo s možnými výjimkami	veškeré obyvatelstvo	veškeré obyvatelstvo	svobodné rozhodnutí jednotlivce
Solidarita	určená konstrukcí pojistného	určená daňovým systémem	určená daňovým systémem	neexistuje nebo velmi omezená
Plánování sítě	stát a zdravotní pojišťovny	stát	stát	neexistuje

Zdroj: Němec, J. Principy zdravotního pojištění, str. 21

1.3 Privátní zdravotní pojištění

Privátní, neboli soukromé zdravotní pojištění je nadstavbou statutárního zdravotního pojištění. Jeho hlavní odlišností je dobrovolnost. Toto pojištění uzavírá občan podle svého uvážení, podle svých potřeb, u vybraných komerčních pojišťoven. Soukromé zdravotní pojištění bývá nabízeno buď jako samostatný produkt nebo jako doplněk jiného pojistného produktu.

[11] Němec, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 20. ISBN 978-80-247-2628-1

Soukromé zdravotní pojištění se snaží vyplnit mezery statutárního zdravotního pojištění. Jedinec však musí část svého příjmu přerozdělit na prevenci nepředvídatelných událostí. Obecně pojištění uzavírají majetnější občané, kteří si více uvědomují riziko, které nastává v případě nemoci či pobytu v nemocnici.[12]

Pojišťovny vypracovávají rafinované pojistné modely, které jsou specifické pro každého klienta. Důvodem je předcházení finanční nestabilitě pojišťovny či neuspokojení smluvně dohodnutého plnění. Klient má následně nárok na výplatu pojistného plnění. V komerčním pojištění jsou zahrnuty tzv. *deductibles*, čímž jsou výdaje, které pojištěnec hradí, než za něj začne hradit pojišťovna. Dále také *copayments*, neboli spoluplatby, což v praxi znamená, že pojištěnec se podílí na nákladech své léčby společně s plněním od pojišťovny.[13]

Ukázkovou zemí jsou Spojené státy americké, které dosud nemají garantovanou zdravotní péči pro veškeré obyvatelstvo. Více než polovina zdravotních programů je financována z veřejných zdrojů, které tvoří federální daně a daně jednotlivých států. Do veřejných programů jsou řazeny programy *Medicare, Medicaid a Veterans Health Administartion*. Další část obyvatelstva má uzavřeno soukromé zdravotní pojištění, nejčastěji přes svého zaměstnavatele.[14]

Soukromé zdravotní pojištění uzavírají ekonomicky aktivní obyvatelé u soukromých zdravotních pojišťoven. Typickým znakem je uzavírání kolektivních smluv přes zaměstnavatele. Jen malé procento obyvatel má pojistku uzavřenou individuálně. V kolektivním uzavírání smluv je možné vidět prvek solidarity, jelikož pojišťovna si tím vybírá určitou skupinu lidí s podobnými znaky, zároveň zde dochází ke snižování nákladů. Pozitivním prvkem je, že zdravotní pojištění je zároveň hrazeno i rodinným příslušníkům zaměstnanců podniku. Negativní stránkou pojištění je fakt, že je upřednostňována léčba před prevencí. To může být důvodem vysokých výdajů na zdravotní péči, které mají USA

---

[12] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Oeconomica, 2005, s. 104. ISBN 80-245-0998-9.

[13] Tamtéž, s. 105.

[14] HNILICOVÁ, H. *Úvod do studia zdravotnických systémů* [online] Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 2009. Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf

nejvyšší ve světě, a to 17, 4 % pro rok 2009. Z logického hlediska je výhodnější investovat do preventivních prohlídek, než následně platit astronomické částky za operace či jiné lékařské zákroky.[15]

Soukromé zdravotní pojištění se vyznačuje několika faktory:

- klient čerpá péči hrazenou z pojistky nikoliv podle potřeby, ale podle nastavených pojistných podmínek;
- zdravotní stav je rozhodujícím kritériem při uzavírání pojistky, určuje výši plateb a může být důvodem k neuzavření pojistky s klientem;
- komerční pojišťovna poskytující soukromé zdravotní pojištění může selhat z příčin selhání trhu;
- sazba pojistného nemá vazbu na výši příjmu, je stanovena absolutní částkou;
- pojištěnci s horším zdravotním stavem platí vyšší pojistné, jelikož existuje vyšší pravděpodobnost onemocnění a následně výplaty pojistného plnění.[16]

Typy privátního zdravotního pojištění podle Němce[17]

- **Náhradní** (substituční) - veřejné zdravotní pojištění je nahrazeno soukromým zdravotním pojištěním. Jde o případy, kdy veřejné zdravotní pojištění nepokrývá osoby s vyšším příjmem nebo s určitou profesí.

---

[15] HNILICOVÁ, H. *Úvod do studia zdravotnických systémů* [online] Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 2009. Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf

[16] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Oeconomica, 2005, s. 106-107. ISBN 80-245-0998-9

[17] NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s 22-23. ISBN 978-80-247-2628-1

- **Doplňkové** - doplňkové zdravotní pojištění nabízí služby, které nepokrývá veřejné zdravotní pojištění. Do této kategorie spadá stomatologická péče, léky nezařazené do seznamu hrazených léků apod.

- **Zbytkové** (reziduální) - zbytkové zdravotní pojištění podporuje získávání dalších zdrojů financování zdravotnických služeb.

- **Alternativní** - alternativní zdravotní pojištění je pro jedince, kteří jsou nespokojeni se službami veřejného zdravotního pojištění. Je zde možnost se pojistit u komerčních poskytovatelů zdravotní péče.

1.4 Financování zdravotní péče

OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj) klasifikuje typy financování zdravotnických služeb do tří následujících modelů.[18]

- **Veřejně integrovaný model** uvádí do praxe rozpočtové financování v kombinaci s poskytováním zdravotní péče v nemocnicích, které jsou součástí veřejného sektoru. Model je založen na sloučení funkcí financování a poskytování péče, obvykle je do systému zahrnuta celá populace daného státu.

- **Model veřejných kontraktů** se vyznačuje uzavíráním kontraktů mezi veřejnými plátci (státní agentury, fondy sociálního zabezpečení) a soukromými poskytovali zdravotní péče. Tento model je citlivější k potřebám pacientů než model předchozí, ale je méně úspěšný ve snižování nákladů na zdravotnictví.

- **Model soukromých pojišťoven a poskytovatelů** přichází s kombinací soukromého zdravotního pojištění s existencí soukromých poskytovatelů. Ve Švýcarsku a Nizozemsku se model uplatňuje jako povinný, ve Spojených státech amerických je

[18] BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 88-89. ISBN 978-80-7357-503-8

dobrovolný. Pacient má v tomto modelu možnost volby, je flexibilní v oblasti potřeb pacienta.

1.4.1 Způsoby financování zdravotní péče

Všeobecně se v literatuře uvádí pět základních způsobů financování zdravotní péče:[19]

- **Přímá platba pacienta**
  - Přímá platba pacienta neboli systém přímých úhrad je jedním z nejstarších systémů a dodnes se používá v méně rozvinutých státech, např. v Africe. Pacient platí poskytovateli za péči přímo finančními prostředky, v některých případech pomocí naturálií či protislužbou.
- **Daně odváděné státu nebo menšímu samosprávnímu celku**
  - Občané mají povinnost odvádět státu daně, ze kterých je financováno poskytování zdravotnických služeb. Patří sem daň z příjmu a spotřební daně.
- **Veřejné zdravotní pojištění**
  - Veřejné zdravotní pojištění bývá povinné pro většinu obyvatel určitého státu. Příspěvky jsou placeny zaměstnanci, zaměstnavateli a státem. Ve státě může existovat pouze jedna zdravotní pojišťovna, ale např. pro ČR je charakteristické, že zde působí několik zdravotních pojišťoven. Systém funguje na principu solidarity a každý má svobodnou volbu výběru zdravotní pojišťovny.
- **Soukromé zdravotní pojištění a zaměstnanecké pojištění**

[19] BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 84-86. ISBN 978-80-7357-503-8.

- Pacienti jsou pojištění u soukromých zdravotních pojišťoven a výše pojistného se odvíjí od zdravotního stavu a naděje dožití jedince. Soukromé zdravotní pojištění není dostupné všem kvůli finanční náročnosti. Často bývá sjednáváno kolektivně a to v rámci zaměstnaneckých benefitů.

- **Dary z dobročinné činnosti**

1.4.2 Funkce financování péče o zdraví

Podle Bartáka je podstatou financování zdravotní péče to, jakým způsobem jsou tvořeny, alokovány a spotřebovány finanční prostředky. Mezi základní funkce financování péče o zdraví patří: výběr prostředků, řízení rizika, nakupování péče o zdraví a poskytování zdravotnických služeb. Tyto čtyři funkce se liší podle toho, zda se jedná o veřejné zdravotní pojištění či soukromé zdravotní pojištění.[20]

- **Veřejné zdravotní pojištění**

Výběr prostředků – příspěvky od státu, zaměstnavatelů a zaměstnanců; placení pojistného je povinné, neplacení vede k udělování sankcí; pojistné je vybíráno jednou či více institucemi.

Řízení rizika – uplatnění solidarity; chrání jedince před velkými výdaji na péči; riziko je řízeno podle věku a/nebo pohlaví; riziko je rozděleno mezi pojištěnce všech veřejných zdravotních pojišťoven.

Nakupování péče - smluvní vztahy s poskytovateli zdravotnických služeb či vybírání příspěvků přímo určitými organizacemi; rozsah nabízených služeb se liší podle zdravotnických systémů v zemi.

[20] BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 81-82. ISBN 978-80-7357-503-8

Poskytování péče o zdraví – poskytování služeb smluvními zařízeními a zdravotníky, cena a rozsah péče jsou předem stanoveny.

- **Soukromé zdravotní pojištění**

Výběr prostředků – pojištěnec platí vyměřené pojistné své pojišťovně; je možný příspěvek od zaměstnavatele.

Řízení rizika – riziko je řízeno v rámci pojistného kmene.

Nakupování péče – pojištěnec si vybírá smluvního poskytovatele zdravotnických služeb.

Poskytování péče o zdraví – péči poskytují navzájem si konkurující poskytovatelé, liší se rozsahem péče, cenou a kvalitou.

1.4.3 Ekonomické hodnocení zdravotní péče

S poskytováním a financováním zdravotní péče je také spojeno její ekonomické hodnocení. Hodnotí se smysl zdravotních programů, postupů a výkonů vzhledem k jiným zdravotním programům a využití zdrojů. Hodnocení může být z několika hledisek – z individuálního hlediska pacienta, z hlediska zdravotní pojišťovny nebo z celospolečenského hlediska. Samotné ekonomické hodnocení se zabývá vztahem mezi vstupy a výstupy zdravotních programů, léčebných postupů a výkonů. Vstupy se hodnotí prostřednictvím nákladů, které jsou spojeny s poskytováním příslušných služeb. Výstupy jsou hodnoceny různým způsobem, záleží na tom, jaké veličiny jsou srovnávány.[21]

Příklady hodnocení výstupů:[22]

- **analýza nákladů a efektivnosti** (*cost-effectiveness analysis*): srovnání doby přežití pro různé alternativy zdravotní péče.

[21] NĚMEC, J. Principy zdravotního pojištění. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 35. ISBN 978-80-247-2628-1.

[22] Tamtéž

- **analýza nákladů a užitečnosti** (*cost-utility analysis*): hodnocení výstupů zdravotní péče z širšího hlediska individuálních či společenských preferencí;
    - typickou veličinou je **počet roků kvalitního života** (*quality adjusted life-year*), který zjišťuje snížení úmrtnosti a nemocnosti.
- **analýza nákladů a přínosů** (*cost benefit analysis*): hodnocení výstupů zdravotní péče prostřednictví finančního vyjádření;
    - řadí se sem například srovnání nemocničního a ambulantního psychiatrického léčení ve vztahu k možnosti pacientů získat nebo si zachovat zaměstnání, přínos je vyjádřen v peněžních jednotkách.

Ekonomická nákladovost

Ekonomická nákladovost je chápána jako spotřeba finančních prostředků resortem zdravotnictví. Výpočet se provádí jako procentuální podíl těchto nákladů z celkového hrubého domácího produktu dané země.[23]

„*Absolutní výše finančních prostředků, vynaložených každoročně na zdravotnictví ze soukromých i veřejných zdrojů není ani po přepočtu na mezinárodní měnu (USD) srovnatelným ukazatelem, neboť nebere v úvahu počet a demografické složení populace a cenové hladiny země. Proto se suma nákladů ve zdravotnictví porovnává s výší domácí produkce v měnových jednotkách (HDP) a tato procentuální relace vypovídá o ekonomické náročnosti národního zdravotnictví v daném roce.*“[24]

Výpočet ekonomické nákladovosti zohledňuje domácí cenovou hladinu a demografickou strukturu.

---

[23] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Oeconomica, 2005, s. 112. ISBN 80-245-0998-9.

[24] Tamtéž

2. Systém zdravotní péče v ČR

Systém zdravotní péče v České republice (dále ČR) a ve většině evropských zemí je založen na veřejných službách, vychází z evropských tradic a je financován převážně z veřejných prostředků.[25] Kapitola charakterizuje systém veřejného a soukromého zdravotního pojištění v ČR. Jsou zkoumány zdroje financování, v případě veřejného zdravotního pojištění jsou to platby zdravotním pojišťovnám, v oblasti soukromého pojištění jde o výběr pojistného a soukromé výdaje ve formě regulačních poplatků. Je popsáno smluvní zdravotní pojištění cizinců, které je součástí komerčního zdravotního pojištění. Poslední část kapitoly je věnována reformě zdravotnictví, která je v této době aktuální. Podkapitola o osobních zdravotních účtech nastiňuje nové možnosti ve financování zdravotnictví.

2.1 Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění se v ČR řídí zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Podle tohoto zákona jsou účastníky veřejného zdravotního pojištění osoby s trvalým pobytem na území ČR a osoby, které zde trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má na území ČR sídlo.[26] Účastníky veřejného zdravotního pojištění jsou pojištěnci, plátci zdravotního pojištění, poskytovatelé zdravotní péče a zdravotní pojišťovny.

Základními vlastnostmi veřejného zdravotního pojištění jsou:

- neexistence vazby mezi zdravotním stavem a velikostí pojistného,
- čerpání péče podle objektivní potřeby a zdravotního stavu,

[25] Institut zdravotní politiky a ekonomiky. *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky*. 3.vyd. Kostelec nad Černými lesy, 2004, s. 5

[26] *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*

- výše příspěvku je odvozena od velikosti příjmu,
- vazba příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven na národohospodářské veličiny.[27]

Plátci pojistného podle zákona jsou:

- Pojištěnci (zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů),
- zaměstnavatelé,
- stát (platí za nezaopatřené děti, poživatele důchodu z důchodového pojištění, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání a další, viz §7 zákona č. 48/1997 Sb.).

Pojištěnec má, mimo jiné, právo na výběr zdravotní pojišťovny. K měsíci říjen 2011 působilo v ČR 8 zdravotních pojišťoven:

- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
- Všeobecná zdravotní pojišťovna
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda

[27] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Oeconomica, 2005, s. 103. ISBN 80-245-0998-9.

- Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance
- Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra

V následující tabulce a následně v grafu, viz Tab. 2 a Obr. 3, jsou znázorněny počty pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven ke konci roku 2010. Veškeré údaje vychází z výročních zpráv pojišťoven. Jak je vidno, největší podíl pojištěnců (60 %) je pojištěno u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Tento výsledek má jednoduché vysvětlení. VZP je nejstarší zdravotní pojišťovnou na českém trhu, má výsadní postavení a je podporována státem.

Na druhém místě je Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra (11 %) a každá z ostatních šesti pojišťoven má pojistný kmen menší jak 10 %.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna se může pyšnit více jak 700 000 pojištěnců, a to díky tomu, že v minulosti došlo ke sloučení Hutnické zaměstnanecké pojišťovny se Zdravotní pojišťovnou AGEL a Českou národní zdravotní pojišťovnou.[28]

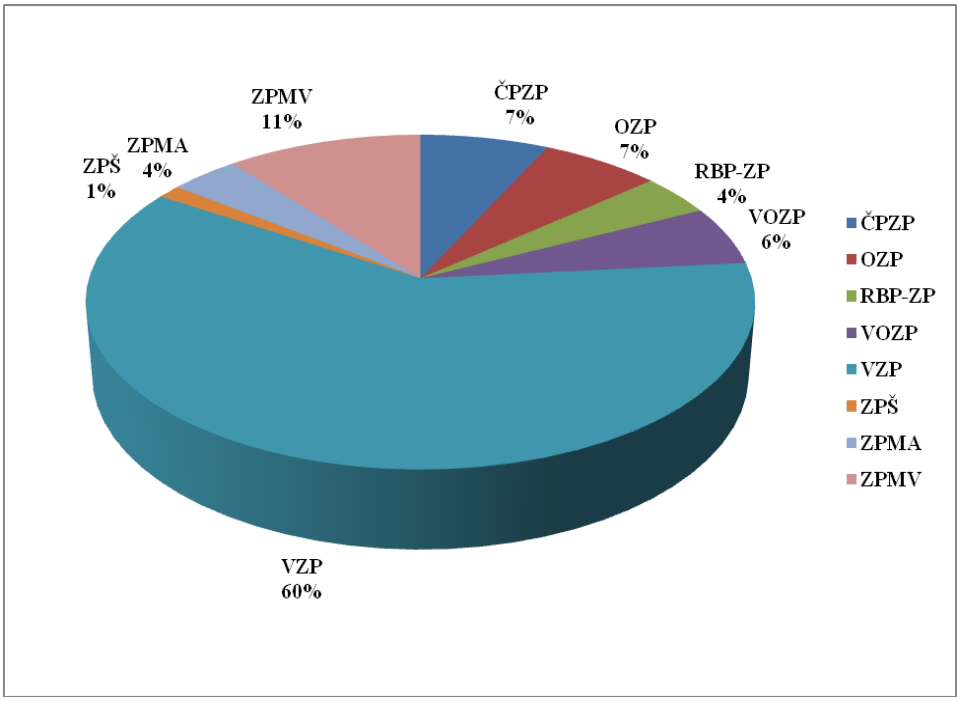
Tab. 2: Počet pojištěnců zdravotních pojišťoven k 31.12.2010

Zkratka	Název pojišťovny	Pojištěnci	Podíl
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	716 996	7%
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	694 792	7%
RBP-ZP	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna	414 192	4%
VOZP	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	586 428	6%
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna	6 271 186	60%
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	134 868	1%
ZPMA	Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance	408 528	4%
ZPMV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra	1 136 830	11%
	Celkem	**10 396 221**	100%

Zdroj: vlastní zpracování z (Výroční zprávy a závěrky zdravotních pojišťoven za rok 2010[29])

[28] *Výroční zpráva 2009* [online]. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2011 [vid. 2011-10-25]. Dostupné z: http://www.cpzp.cz/pdf/vz_cpzp_2009.pdf

[29] *Výroční zprávy a závěrky zdravotních pojišťoven za rok 2010* [online]. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, Sněmovní tisk 513/0, část č. 3/23 [vid. 2012-04-01]. Dostupné z: http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=76085



Obr. 3: Podíl zdravotních pojišťoven na trhu ČR v roce 2010
Zdroj: vlastní zpracování z (Výroční zprávy a závěrky zdravotních pojišťoven za rok 2010)

Důležitými zákony v oblasti českého veřejného zdravotního pojištění jsou zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákon č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.

Z těchto zákonů se dá vyčíst několik principů, a těmi jsou povinnost pojištění pro všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a pro všechny cizince pracující u zaměstnavatele se sídlem v ČR. Podle zmíněných zákonů ve státě funguje solidarita bohatších s chudšími a je stanovena pevná sazba zdravotního pojištění (pro rok 2011 činila sazba 13,5 %).

Následující výčet uvádí péči, která je zcela hrazená zdravotní pojišťovnou.

„Zdravotní péče poskytnutá na základě veřejného zdravotního pojištění a hrazená z prostředků tohoto pojištění zahrnuje:

- *ambulantní a lůžkovou léčebnou péči,*

- *pohotovostní a záchrannou službu,*
- *preventivní péči,*
- *dispenzární péči,*
- *poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky (např. přístroje užívané při diagnostice, ale i léčebné a pomocné prostředky, jako např. pomůcky pro nedoslýchavé, obvazy aj.) a stomatologických výrobků,*
- *lázeňskou péči, péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,*
- *závodní preventivní péči,*
- *dopravu nemocných, náhradu cestovních nákladů,*
- *posudkovou činnost (pouze do jisté míry),*
- *prohlídku zemřelého a pitvu.*“[30]

2.1.1 Platby veřejného zdravotního pojištění

Do systému veřejného zdravotního pojištění přichází platby od osob samostatně výdělečně činných (dále OSVČ), zaměstnavatelů, osob bez zdanitelných příjmů (dále OBZP) a státu.

Osoby samostatně výdělečně činné

Každá OSVČ je povinna si platit zdravotní pojištění ve formě měsíčních záloh či celou částku zaplatit za daný kalendářní rok. Pokud tak nečiní, hrozí jí penále ve výši 0,05 % za každý kalendářní den, kdy neplatí. Pro rok 2011 činila výše pojistného 13,5 %

[30] INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky*. 3. vyd. Kostelec nad Černými lesy: SV s.r.o., 2004, s. 27. ISBN 80-86625-22-2.

z vyměřovacího základu. Vyměřovací základ se určí z přehledu příjmů a výdajů, kdy se odečtou výdaje od příjmů, a z této částky se vezme 50 %. Tato částka pak tvoří vyměřovací základ. Minimální vyměřovací základ pro rok 2011 činil 12 370 Kč měsíčně, maximální 148 440 Kč měsíčně.[31]

Zaměstnavatelé

Každý zaměstnavatel je povinen odvádět zálohy na veřejné zdravotní pojištění za své zaměstnance. Částku vypočtenou z vyměřovacího základu odvádí příslušné zdravotní pojišťovně. Výpočet se provádí následovně: z vyměřovacího základu každého zaměstnance se vypočte 13,5 %, tato částka zaokrouhlena na celé koruny směrem nahoru se odvede zdravotní pojišťovně. Přičemž zaměstnavatel hradí 2/3 pojistné částky, zaměstnanci je strhnuta z platu 1/3 částky. Platba musí být provedena nejpozději do 20. dne kalendářního měsíce, ve kterém vznikla povinnost srazit zálohy. Minimální mzda je minimálním vyměřovacím základem. Pro rok 2011 byla minimální mzda 8 000 Kč, z toho minimální měsíční záloha 1 080 Kč. [32]

Osoby bez zdanitelných příjmů

Za OBZP je považována osoba, která má na území ČR trvalý pobyt, avšak není zaměstnancem, nemá příjmy ze samostatně výdělečné činnosti, ani za ni neplatí pojistné stát. OBZP je povinna si platit měsíční pojistné ve výši 13,5 % z minimálního vyměřovacího základu, kterým je minimální mzda (pro rok 2011 je to 8 000 Kč). Výše pojistného z minimální mzdy je 1 080 Kč.[33]

Stát

Stát odvádí pojistné za osoby uvedené v Zákoně č. 48/1997 Sb., a to měsíčně ve výši 13,5 % z částky rovnající se vyměřovacímu základu pro platbu pojistného státem. Velikost

---

[31] *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, §3a*

[32] *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, §3*

[33] *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, §3b*

vyměřovacího základu se odvíjí od velikosti průměrné mzdy. Pro rok 2011 byl vyměřovací základ nastaven na částku 5 355 Kč, z toho měsíční pojistné činní 723 Kč.[34]

Tab. 3 uvádí přehledně plátce veřejného zdravotního pojištění s minimálními a maximálními hodnotami vyměřovacího základu a pojistného.

Tab. 3: Plátci veřejného zdravotního pojištění

plátce	procento	vyměřovací základ (měsíční)		měsíční pojistné	
		minimální	maximální	minimální	maximální
OSVČ	13,5%	12 370	148 440	1 670	20 040
zaměstnavatel	13,5%	8 000	148 440	1 080	20 040
OBZP	13,5%	8 000	neurčeno	1 080	neurčeno
stát	13,5%	5 355	neurčeno	723	neurčeno

Zdroj: vlastní zpracování z VZP[35]

Durdisová ve své publikaci uvádí: „*Prostředky na financování zdravotní péče jsou odděleny od státního rozpočtu jako fond všeobecného zdravotního pojištění, který je spravován všeobecnou zdravotní pojišťovnou.*“[36]

„*Systém veřejného pojištění je konstruován tak, že pojistné snižuje plátcům daňový základ a patří tak do systémů s „nepřímou podporou státu“. To znamená, že prostředky zaplacené na všeobecné zdravotní pojištění jsou osvobozeny od daňového zatížení – tento výdaj není považován za zdanitelný a snižuje tak příjmy státního rozpočtu.*“[37]

---

[34] *Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, §3c*

[35] *Plátci* [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, 2011 [vid. 2011-28-10]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/platci

[36] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Oeconomica, 2005, s. 194. ISBN 80-245-0998-9.

[37] Tamtéž, s. 194-195.

Neplatiči pojistného

Jedním z problémů veřejného zdravotnictví jsou neplatiči pojistného. Neplatiči se stávají jedinci, kteří neodvádí pravidelné měsíční zálohy na zdravotní pojištění. Zaměstnanci dlužníky být nemohou, avšak zaměstnavatelé se jimi stávají velmi často. Stejně tak OSVČ a OBZP si musí hlídat odvody, aby se nedostaly do registru dlužníků. Zdravotní pojištění je následně vymáháno soudní cestou, prostřednictvím exekucí. Přesto pohledávky zdravotních pojišťoven každoročně stoupají. Neplacení pojistného však jedince nevylučuje ze systému zdravotního pojištění, lékařská péče je mu vždy poskytnuta. Funguje solidárnost, ale při zneužívání systému začínají chybět peníze a lékařská péče se stává dražší pro všechny občany. Řešením této situace by mělo být zvýšení sankcí za neplacení zdravotního pojištění.[38]

2.2 Doplňkové zdroje financování

Mezi doplňkové zdroje financování se řadí přímé platby pacientů a jejich spoluúčast, např. ve formě regulačních poplatků.

2.2.1 Přímé platby pacientů

Jedním ze zdrojů do zdravotnického systému jsou přímé platby pacientů. Tímto způsobem se hradí jen malá část výkonů, na které se veřejné zdravotní pojištění nevztahuje. Jedná se o zákroky, které nejsou nutné, ale jsou provedeny na žádost pacienta. Řadí se sem plastické operace, vybrané stomatologické výkony či akupunktura.[39]

---

[38] GOLA, P. *Jak postihnout neplatiče pojistného?* [online] Wolters Kluwer ČR, 2012 [vid. 2012-03-20] Dostupné z: http://www.danarionline.cz/blog/detail-prispevku/articleid-855-jak-postihnout-neplatice-pojistneho/

[39] INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky*. 3. vyd. Kostelec nad Černými lesy: SV s.r.o., 2004, s. 28. ISBN 80-86625-22-2.

2.2.2 Spoluúčast

Pacient se na zdravotní péči může podílet finanční spoluúčastí. Jedná se o výkony, které jdou nad rámec stanovený zákonem. Řadí se sem některé stomatologické výkony, část lázeňské péče a úhrada některých léčiv. V případě léčiv je zde podmínka, že v každé skupině léčiv musí být nejméně jedno, které je pojišťovnou hrazeno.[40]

Spoluúčast diferencuje dostupnost zdravotní péče a snižuje solidaritu zdravých s nemocnými. Spoluúčast pacientů se zavádí z několika důvodů. Prvním důvodem je doplnění chybějících zdrojů, druhým pak eliminace nadužívání zdravotní péče. Dalším důvodem může být ovlivnění cenové politiky dodavatelů léků.[41]

Formy spoluúčasti

- Franšíza – pevná částka, která musí být zaplacena dříve, než začíná plnit zdravotní pojišťovna.
- Soupojištění – pevné procento z úhrady každé služby, které musí pacient zaplatit z vlastních zdrojů.
- Pevný poplatek – pevná částka, která se platí za určitou službu (př. regulační poplatky).

Regulační poplatky

Regulační poplatky jsou určitým prvkem spoluúčasti občanů a mají zamezit nadměrnému čerpání zdravotní péče. Výběr regulačních poplatků je začleněn do financování zdravotnictví. Jsou zavedeny v mnoha zemích Evropy, od roku 2008 jsou začleněny do legislativy ČR.

---

[40] INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky*. 3. vyd. Kostelec nad Černými lesy: SV s.r.o., 2004, s. 27-28. ISBN 80-86625-22-2.

[41] NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 133-134. ISBN 978-80-247-2628-1.

V každé zemi je rozdílná výše poplatků a také výkonů, které pojištěnec financuje z vlastních zdrojů. Například v Německu je od 1. 1. 2004 zaveden čtvrtletní poplatek za návštěvu lékaře ve výši 10 euro. Díky tomuto poplatku se snížila návštěvnost lékařů a občané neplýtvají lékařskou péčí a nenechávají si předepisovat léky, které ve skutečnosti nutně nepotřebují. U našich sousedů na Slovensku byly regulační poplatky zavedeny už v červnu 2003. Zde zaplatili občané za návštěvu lékaře 20 Sk. O rok později zavedla vláda také poplatky za recept, za ubytování a stravu během hospitalizace a za dopravu.[42]

V ČR se vybírá poplatek ve výši **30 Kč**:

- za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření,
- za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření u zubního lékaře,
- za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem,
- za recept.

Poplatek ve výši **100 Kč** za každý den, ve kterém byla poskytována:

- ústavní péče,
- komplexní lázeňská péče,
- ústavní péče v dětských odborných léčebnách a v ozdravovnách.

Poplatek ve výši **90 Kč** za pohotovostní službu poskytovanou zdravotnickým zařízením.[43]

---

[42] HROBOŇ, P.; MACHÁČEK, T. a JULÍNEK T. Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století [online] Reforma zdravotnictví Forum CZ [vid. 2012-1-11] Dostupné z: http://healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publikace.pdf

[43] *Metodický pokyn – znění platné od 1. 1. 2012* [online] Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010 [vid. 2012-02-09] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-zneni-platne-od-112012_5740_1197_3.html

2.3 Soukromé zdravotní pojištění

Soukromé zdravotní pojištění je dalším doplňkovým zdrojem financování zdravotní péče. Vztahuje se na péči, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Uzavření pojištění je dobrovolné, občan si může sám vybrat komerční pojišťovnu, která nabízí pro něj nejvhodnější produkt.

Stejně jako veřejné zdravotní pojištění, tak i soukromé zdravotní pojištění kryje zdravotní rizika. Podle Ducháčkové jimi jsou:[44]

- Pojištění léčebných výloh, pomocí kterého se kryjí náklady spojené s léčením v zahraničí (zdravotní pojištění).
- Pojištění nadstandardního vybavení při pobytu v nemocnici (pojištění nadstandardní zdravotní péče).
- Pojištění vážných onemocnění (připojištění k životnímu pojištění).
- Pojištění stomatologických výkonů nehrazených nebo částečně hrazených veřejným zdravotním pojištěním.

Pojištění léčebných výloh by si měl občan sjednat při výjezdu do zahraničí v rámci cestovního pojištění. „*Pojištění léčebných výloh v zahraničí kryje nutnou a neodkladnou léčbu náhlých onemocnění, poruch zdraví nebo úrazů včetně akutního ošetření zubů bez spoluúčasti pacienta. Součástí je i repatriace pacienta z ciziny zpět do ČR.*“[45]

Před odjezdem do zahraničí je třeba si zjistit, co vše je pojištěno. Existují případy, kdy pojišťovna pojistné plnění nevyplácí, např. cesta do zahraničí za účelem léčby, ošetření

---

[44] DUCHÁČKOVÁ, E. *Principy pojištění a pojišťovnictví*. 2. vyd. Praha: Ekopress, s.r.o., 2005, s. 120. ISBN 80-86119-92-0.

[45] *Cestovní pojištění. Pojištění léčebných výloh* [online]. Pojišťovna VZP, a.s., 2011 [vid. 2011-11-11]. Dostupné z: http://www.pvzp.cz/cs/produkty/cestovni-pojisteni.html

a léčba, které nebyly lékařsky nutné, náklady spojené s chronickým onemocněním, kosmetické zákroky, protézy, očkování, úraz vzniklý pod vlivem omamných látek, atd.[46]

Pojištění nadstandardní zdravotní péče zajišťuje pojištěncům finanční prostředky v případě pobytu v nemocnici. Pojišťovna pomáhá pokrýt náklady, které se týkají lepšího pokoje v nemocnici, osobní ošetřovatelky nebo speciální péče, kterou nehradí veřejné zdravotní pojištění.[47]

Pojištění vážných onemocnění se sjednává jako připojištění k určitým produktům životního pojištění. Pojistná částka je vyplácena v případě, kdy je pojištěnému na základě zdravotního vyšetření poprvé zjištěna a potvrzena diagnóza alespoň jednoho z vážných onemocnění.

Jednotlivé pojišťovny se odlišují v rozsahu pojištění a v čekací době, kterou je pojištění omezeno. Následující výčet uvádí většinu nemocí, na které se dá v ČR pojistit.

Mezi pojištění vážných onemocnění patří:

- Infarkt myokardu,
- mozková mrtvice,
- nitrolební nádor,
- rakovina,
- totální selhání ledvin,
- operace aorty, srdečních chlopní,

---

[46] *Pojištění léčebných výloh* [online]. iDnes.cz, 2006 [vid. 2011-11-11]. Dostupné z: http://finance.idnes.cz/pojisteni-lecebnych-vyloh-dc7-/poj.aspx?c=A001024_000001_viteze_74

[47] *Nadstandardní zdravotní péče* [online]. Slavia pojišťovna, 2011 [vid. 2011-11-12]. Dostupné z: http://www.pojistovna-slavia.cz/nadstandardni-zdravotni-pece

- ochrnutí u dvou nebo více končetin,
- úplná a trvalá slepota u obou očí,
- hluchota,
- koma,
- klíšťová encefalitida,
- demence včetně Alzheimerovy choroby,
- infekce virem HIV v důsledku provedení krevní transfuze,
- ztráta řeči,
- popáleniny třetího stupně,
- transplantace tělesného orgánu (srdce, plíce, ledviny, slinivka břišní, játra, kostní dřeň).[48]

Čekací doba je časové období, které začíná dnem počátku pojištění. Jeho délka je stanovena ve zvláštních pojistných podmínkách. Nastane-li v této době událost, která by jinak byla pojistnou událostí, nevzniká nárok na pojistné plnění. U pojištění vážných nemocí bývá čekací doba 3 až 6 měsíců, záleží na pojistných podmínkách pojišťoven. Čekací doba je nastavena tak, aby klienti nezneužívali pojistek, když vědí, že nějakou nemocí již trpí.

[48] *Pojištění vážných onemocnění* [online]. Finanční noviny.cz, 2011 [vid. 2011-11-11]. Dostupné z: http://osobni-finance.financninoviny.cz/pojisteni/informace/soukrome-zdravotni-pruvodce/zavazna-onemocneni/

Pojištění stomatologické péče hradí výdaje, které přesahují úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se o stomatologické výkony a náhrady. Každá z pojišťoven uvádí ve svých pojistných podmínkách co je a co není předmětem pojištění. Součástí pojištění je opět čekací doba, která se pohybuje v řádech kolika měsíců. Horní hranicí pojistného plnění je pojistná částka, která je spolu s rozsahem plnění uvedena v pojistné smlouvě.[49]

2.4 Smluvní zdravotní pojištění

Smluvní zdravotní pojištění funguje podle legislativy ČR pro cizince, kteří nemají přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění v naší zemi. Od roku 1993 měla výsadní postavení v nabízení smluvního zdravotního pojištění Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, která cizincům nabízela pojištění léčebných výloh. Tato situace trvala až do roku 2004, kdy ČR vstoupila do Evropské unie. Úpravou zákona o pojišťovnictví ztratila VZP oprávnění provozovat tento druh pojištění, které od 1. 1. 2004 náleželo pouze právnickým subjektům, které vystupují jako akciová společnost anebo družstvo. VZP tedy uskutečnila důležitý krok a založila dceřinou společnost s názvem Pojišťovna VZP, a.s. (dále PVZP, a.s.) Tato pojišťovna přebrala stávající pojistný kmen a mohla pokračovat v pojišťovací činnosti. V průběhu let se na českém pojistném trhu objevily další pojišťovny nabízející komerční pojištění pro cizince a díky tomu docházelo k rozvoji konkurence.[50]

Osoby, kterých se zdravotní pojištění týká, nejsou účastníky českého veřejného zdravotního pojištění a nepochází ze zemí Evropské unie. Jsou to tedy osoby, které v ČR působí jako živnostníci či podnikatelé a nemají trvalý pobyt, rodinní příslušníci cizinců-zaměstnanců, studenti a cizinci pobývající v ČR neoprávněně.

---

[49] *Pojištění stomatologické péče* [online]. Finanční noviny.cz, 2011 [vid. 2011-11-11]. Dostupné z: http://osobni-finance.financninoviny.cz/pojisteni/informace/soukrome-zdravotni-pruvodce/stomatologie/

[50] HNILICOVÁ, H.; DOBIÁŠOVÁ, K. a ČIŽINSKÝ, P. *Komerční zdravotní pojištění cizinců v ČR* [online] www.migraceonline.cz [vid. 2012-1-11] Dostupné z: http://aa.ecn.cz/img_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/HnilicovaDobiasovaCizincsky_KomercniZdravotniPojisteni.pdf

PVZP, a.s. stále drží výsadní postavení, jelikož jako jediná nabízí pojištění pro případ komplexní péče. Dalším produktem je pojištění neodkladné péče a oba jmenované produkty jsou vysoce ziskové. Stejně tak ostatní komerční pojišťovny, které poskytují zdravotní pojištění cizinců na neodkladnou péči, hodnotí toto odvětví jako ziskové.

Základní zdravotní pojištění cizinců od PVZP, a.s. zahrnuje:

- Nezbytná vyšetření potřebná ke stanovení diagnózy a léčebného postupu,
- nezbytné ošetření a hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení,
- nutnou operaci a následnou péči,
- neodkladné ošetření zubů,
- proplacení lékařem předepsaných léků.

Pojištění má krátkodobý charakter (1 den až 36 měsíců), bez omezení věku, územní platnost se vztahuje na ČR, státy Schengenského prostoru a tranzitní země. Limit pojistného plnění za všechny pojistné události je 1 600 000 Kč.[51]

Komplexní zdravotní pojištění cizinců od PVZP, a.s. zahrnuje:

- Preventivní prohlídky,
- očkování,
- platby léků,
- akutní stomatologii,
- předporodní a poporodní ošetření rodičky.

[51] *Základní zdravotní pojištění cizinců* [online] Pojišťovna VZP, a.s. [vid. 2012-1-12] Dostupné z: http://www.pvzp.cz/cs/produkty/zakladni-zdravotni-pojisteni-cizincu.html

Svým rozsahem odpovídá českému veřejnému zdravotnímu pojištění. Má dlouhodobý charakter (4 měsíce až 3 roky), územní platnost je stejná jako u základního zdravotního pojištění. Limit pojistného plnění jsou 2 000 000 Kč za všechny pojistné události vzniklé v době trvání pojištění.[52]

2.5 Reforma zdravotnictví

V lednu roku 2012 začala platit zdravotnická reforma, která změnila systém, na který byli pacienti v ČR zvyklí dvacet let. Reforma vymezuje, co znamená v lékařském prostředí nadstandard a uvádí, co vše si může pacient zaplatit z vlastních zdrojů.

Pacient si zaplatí více, pokud bude hospitalizován ve špičkovém zařízení, než kdyby byl léčen v okresní nemocnici. Podle expertů bude možnost se na nadstandardní výkony připojistit u zdravotní pojišťovny. Ovšem zdravotní pojišťovna proplatí pouze spoluúčast do výše, která odpovídá úrovni krajské nemocnice. Ostatní náklady u renomovaných klinik si pacienti budou muset doplatit ze svého. Dalším bodem jsou hojně diskutované poplatky. Do konce roku 2011 pacienti za pobyt v nemocnici platili 60 Kč, od roku 2012 si zaplatí 100 Kč. Změnou jsou doplatky na léky do padesáti korun (např. Paralen, Septonex, Mykoseptin) a za léky podpůrné povahy (léky na křečové žíly, na hubnutí, na pálení žáhy) a doplňkové přípravky. Změna k lepšímu nastane u receptů na léky. V minulosti bylo zvykem platit za každou položku na receptu. Novela přichází s tím, že pacient zaplatí 30 Kč za celý recept.[53]

Zavedení nominálního pojistného je podle MUDr. Romana Flašara nutností. Jedná se o další zdroj, který by si pojišťovny vybíraly přímo od občanů a dokonce by si mohly

---

[52] *Komplexní zdravotní pojištění cizinců* [online] Pojišťovna VZP, a.s. [vid. 2012-1-12] Dostupné z: http://www.pvzp.cz/cs/produkty/komplexni-zdravotni-pojisteni-cizincu.html

[53] BOLKOVÁ, L. Reforma zdravotnictví: připlatíme si. *Zdravotnické noviny* [online]. Mladá fronta a.s., 2011-10-13, [vid. 2011-10-20]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/reforma-zdravotnictvi-priplatime-si-461740

stanovit výši pojistného. Výše pojistného by se odvíjela do finanční situace a poskytované péče. Zavedení nominálního pojistného by mohlo podnítit konkurenci jednotlivých pojišťoven. Pojištěnci by si podle výše nominálního pojistného vybírali zdravotní pojišťovnu, toto kritérium by bylo ukazatelem hospodaření zdravotní pojišťovny.[54]

Reforma zákona o zdravotnictví otevírá dveře komerčním pojišťovnám. Pokud bude přesně definován rozsah zdravotní péče hrazený z veřejného zdravotního pojištění, mohou začít komerční pojišťovny nabízet pojištění nadstandardní péče a dokonce i plnohodnotnou alternativu veřejného zdravotního pojištění.

Výzkum prokázal, že komerční pojišťovny by měly zájem o participaci na veřejném zdravotním pojištění. Na mysl přicházejí otázky, zda by komerční pojišťovny obstály v činnostech, které mají na starost zdravotní pojišťovny, zda by dokázaly správně vybírat pojistné a zda by ohlídaly náklady. Logickým uvažováním lze říci, že ano, jelikož komerční pojišťovny jsou kontrolovány akcionáři, a proto si nemohou dovolit vynakládat prostředky nehospodárně. Podíl komerčních pojišťoven na zdravotním pojištění by významně ovlivnil financování zdravotní péče.[55]

Problém soukromého zdravotního pojištění je v uvažování samotných občanů. Jsou zvyklí, že zdravotní péči za ně uhradí stát, tak proč by si připláceli něco navíc? Když už se pojistí u komerčních pojišťoven, nejčastěji to bývá na pojištění pobytu v nemocnici. Obecně lze říci, že pojištěnnost je v ČR ve srovnání s EU velmi nízká.

Samotná Česká asociace pojišťoven (dále ČAP) uvádí, že by pro ČR byl vhodný model zdravotnictví na základě vícezdrojového financování zdravotní péče. Tyto modely

---

[54] FLAŠAR, R. Řešení současné situace ve zdravotnictví – jedině zásadní reforma. *Zdravotnické noviny* [online]. Mladá fronta a.s., 2011-2-10, [vid. 2011-10-20]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/reseni-soucasne-situace-ve-zdravotnictvi-jedine-zasadni-reforma-457949?category=komentare

[55] RYSKOVÁ, S. Sousedé si pojišťují nadstandard. *Zdravotnické noviny* [online]. Mladá fronta a.s., 2005-6-2, [vid. 2011-10-20]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/sousede-si-pojistuji-nadstandard-167053?category=z-domova

v mnohých zemích již fungují, vše záleží na legislativních úpravách, tedy na vládě dané země.[56]

Ze statistických výzkumů vyplývá, že systém veřejného zdravotního pojištění je dlouhodobě deficitní. Poslední studie ukázaly, že ČR má jeden z nejvyšších podílů veřejných výdajů na financování zdravotnictví v rámci OECD. Soukromé zdravotní pojištění tvoří pouhé jedno procento nákladů na zdravotní péči.[57]

Tab. 4 přehledně uvádí podíl zdrojů financování na celkových výdajích. V soukromých výdajích je zahrnuto soukromé zdravotní pojištění a další soukromé výdaje domácností.

Tab. 4: Podíl zdrojů financování na celkových výdajích na zdravotnictví (v %)

Položky výdajů	2005	2006	2007	2008	2009
Veřejné výdaje	87,5	86,9	85,4	82,7	83,6
z toho rozpočtové výdaje rezortů a územních orgánů	9,7	10,1	9,4	8,1	7,3
zdravotní pojišťovny	77,8	76,8	76,0	74,6	76,3
Soukromé výdaje	12,5	13,1	14,6	17,3	16,4
Výdaje celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: ÚZIS ČR[58]

2.5.1 Osobní zdravotní účty

Součástí reformy zdravotnictví je zavedení osobních zdravotních účtů. Důvodem je zvýšení spoluúčasti občanů na financování zdravotnictví. Samotná realizace dosud neproběhla, mluví se pouze o možných návrzích, jejichž autorem je bývalý ministr zdravotnictví Tomáš Julínek.

---

[56] PROFIT. Pojišťovny se v nemocnicích nebojí. *Zdravotnické noviny* [online]. Mladá fronta a.s., 2007-4-30, [vid. 2011-10-20]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/clanek/sestra-priloha/pojistovny-se-v-nemocnicich-neboji-303621?category=z-domova

[57] *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010* [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010 [vid. 2012-1-7]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2010

[58] POPOVIČ, I. *Celkové výdaje na zdravotnictví 2005 – 2009.* ÚZIS ČR [online]. Praha, 2010 [vid. 2011-10-20]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-zdravotnictvi-2005-2009

Zavedením osobních zdravotních účtů by se občan zapojil do rozhodování o spotřebě zdravotních služeb, které by byly transparentní a kombinovaly by použití veřejných a soukromých zdrojů.

Pokud by došlo k realizaci návrhů, každý občan by vlastnil svůj osobní zdravotní účet. Na tento účet by přicházely finanční prostředky jak z veřejného zdravotního pojištění, tak ze soukromých zdrojů občana. Účet by byl transparentní a občan by mohl vidět veškeré finanční pohyby na účtu, jak přesně byly peníze využity, zda pocházely z veřejných či soukromých zdrojů. Občan by měl kontrolu nad svým zdravotním pojištěním. Výhodou je, že účty občana motivují k úspornému čerpání zdravotní péče, jelikož on sám rozhoduje o svých penězích. Systém by fungoval jako doposud, a to tak, že občan bude registrovaný u jedné zdravotní pojišťovny, která bude nabízet základní a doplňkové pojištění v jediném produktu.[59]

Účelem osobních zdravotních účtů je přechod od průběžného financování zdravotnictví na systém založený na úsporách. Podle reformy by si občané na zdravotních účtech spořili a zároveň by byli podporování státem. Příkladem je již dnes fungující penzijní připojištění se státním příspěvkem.[60]

---

[59] HROBOŇ, P.; MACHÁČEK, T. a JULÍNEK T. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století* [online] Reforma zdravotnictví Forum CZ [vid. 2012-1-11] Dostupné z: http://healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publikace.pdf

[60] Tamtéž

3. Zdravotní pojištění ve Spojených státech

Počátky zdravotního pojištění ve Spojených státech jsou spojeny s hospodářkou krizí ve 30. letech 20. století. V té době začaly asociace nemocnic nabízet pojistné krytí nemocniční zdravotní péče systému Blue Cross. Důležitým mezníkem byla druhá světová válka, kdy se začala objevovat mzdová omezení v amerických podnicích. Kompenzací pro zaměstnance bylo skupinové zdravotní pojištění, které se dalo odečíst z daňového základu. Dodnes se skupinové zdravotní pojištění v USA používá a tvoří největší podíl v pojištění aktivního obyvatelstva.[61]

Soukromé zdravotní pojištění je v USA velice drahé a je tedy nedostupné pro důchodce, chudé a zaměstnance malých podniků, jelikož malé podniky si nemohou dovolit platit svým zaměstnancům zdravotní pojištění. Z tohoto důvodu zavedl v roce 1965 americký Kongres dva programy statutárního (veřejného) zdravotního pojištění. Jedná se o program *Medicare*, který je určen občanům starších 65 let a dále program *Medicaid*, který je určen pro chudé obyvatelstvo. Oba programy jsou financovány z daní a část financí je tvořena pojistným.[62]

Program *Medicare* má dvě části. První část, část A, je povinná, je financována z daní a pokrývá nemocniční péči. Druhá část, část B, je dobrovolná, stát na ní přispívá 75% a je určena na ambulantní péči a předepsané léky.[63]

Účastníky zdravotního pojištění v USA jsou pacienti, pojišťovny a poskytovatelé zdravotnických služeb.

---

[61] BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 110. ISBN 978-80-7357-503-8.

[62] NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, s. 209-210. ISBN 978-80-247-2628-1.

[63] Tamtéž

3.1 Způsoby placení za zdravotní péči

Ve Spojených státech se uplatňují čtyři způsoby placení za zdravotní péči. Jsou jimi placení v hotovosti, individuální soukromé pojištění, soukromé pojištění poskytnuté zaměstnavatelem a vládní financování zdravotní péče.

3.1.1 Placení v hotovosti (Out-of-Pocket Payment)

Tento způsob placení za poskytnutou zdravotní péči se v historii vyskytoval jako první. V první polovině 20. století býval nejčastější metodou. Jeho nevýhodou je nepředvídatelnost onemocnění a tím obtížné plánování výdajů. Z toho důvodu se začala prosazovat možnost pojištění.[64]

3.1.2 Individuální soukromé pojištění (Individual Private Insurance)

V případě individuálního soukromého pojištění si klient vyhledá pojišťovnu, u které se pojistí. Měsíčně jí platí pojistné a pojišťovna mu za to poskytuje krytí výdajů za lékařskou péči u jednotlivých poskytovatelů. Tento systém vznikl v 19. století v Evropě a o století později se díky přistěhovalcům objevil ve Spojených státech. V USA však zaujímá velmi nízké procento.[65]

3.1.3 Soukromé pojištění poskytnuté zaměstnavatelem (Employment-Based Private Insurance)

Během 2. světové války fungovala cenová regulace a platy stagnovaly. Kvůli nedostatku pracovní síly si začaly společnosti mezi sebou konkurovat a nabízet svým zaměstnancům soukromé zdravotní pojištění jako jednu ze zaměstnaneckých výhod. Po válce se odbory

---

[64] BODENHEIMER, T., GRUMBACH K. *Understanding Health Policy, A clinical approach*. 5th ed., The McGraw-Hill Companies, Inc. 2009, s. 5. ISBN 0-07-164304-4 – vlastní překlad

[65] Tamtéž

snažily o udržení těchto výhod a podařilo se jim to. Výsledkem bylo, že ze 12 milionů pojištěných občanů v roce 1940 se stalo 142 milionů pojištěných v roce 1988. Větší část pojistného je placena zaměstnavatelem a zároveň je daňově uznatelným výdajem. Tím je tento model v podstatě dotován státem.[66]

3.1.4 Vládní financování (Government Financing)

Vláda je nucena se postarat o jedince, kteří si pojištění sami dovolit nemohou. Jedná se o chudé a staré občany. Chudí občané bývají buď nezaměstnaní, nebo mají zaměstnavatele, který si nemůže dovolit jim pojištění platit. Od roku 1965 se vládní programy *Medicare* a *Medicaid* staly hlavním zdrojem financování zdravotní péče pro tyto skupiny osob.[67]

3.2 Veřejně poskytovaná zdravotní péče

Následující podkapitola popíše programy, které jsou zařazeny mezi veřejně poskytovanou zdravotní péči. Jejich dostupnost by měla být pro širokou veřejnost.

3.2.1 Medicare

Program *Medicare* patří mezi veřejné zdravotní pojištění, které je určeno pro občany starší 65 let, pro občany mladší 65 let s určitým zdravotním postižením a pro občany všech věkových kategorií s onemocněním ledvin (trvalé selhání ledvin vyžadující dialýzy nebo transplantace ledvin).[68]

O zavedení tohoto programu se zasloužil americký prezident J. F. Kennedy. Od dob J. F. Kennedyho se podoba programu Medicare změnila, byla upravována a rozšiřována. Dnes

---

[66] BODENHEIMER, T., GRUMBACH K. *Understanding Health Policy, A clinical approach*. 5th ed., The McGraw-Hill Companies, Inc. 2009, s. 7. ISBN 0-07-164304-4 – vlastní překlad

[67] Tamtéž

[68] *Medicare basics* [online]. USA, Medicare.org, 2011 [vid. 2011-11-14]. Dostupné z: http://www.medicare.org/medicare-basics.html

představuje program financování a jednotného přístupu ke zdravotní péči pro občany USA. Program Medicare funguje na federální úrovni, je financován převážně z federálních daní, a tím je pro všechny občany USA rozsah krytí zdravotní péče shodný.[69]

Jelikož se program řadí do veřejného systému, představuje velkou zátěž pro americký státní rozpočet. Od roku 2000 je zaznamenán vyšší růst výdajů než příjmů. Jak je známo, Kongres Spojených států tvoří demokraté a republikáni. A právě republikáni se snaží rozsah programu omezit, aby tolik nezatěžoval státní rozpočet.[70]

Systém je financován daněmi ze mzdy, které jsou shromažďovány prostřednictvím Federal Insurance Contributions Act a Self-Employment Contributions Act. Daň tvoří 2,9 % ze mzdy, přičemž polovinu platí zaměstnavatel a druhou polovinu zaměstnanec. Poté jsou finanční prostředky soustředěny do svěřeneckých fondů, z nich pak vláda čerpá na úhradu zdravotní péče. Dalším finančním zdrojem do programu Medicare je výběr pojistného, odpočty, soupojištění a spoluplatby.[71]

Medicare Part A (Nemocniční pojištění)

Většina obyvatel je do programu zařazena automaticky, po dovršení 65 let věku. Podmínkou jsou příspěvky sociálně – zabezpečovacímu systému ve formě daní po dobu deseti let. Pokud podmínka splněna není, je možné si Part A koupit a platit měsíční poplatky. Part A pokrývá lůžkovou péči ve kvalifikovaném ošetřovatelském zařízení,

---

69 BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 110. ISBN 978-80-7357-503-8.

70 Tamtéž

71 *What is Medicare/Medicaid* [online]. Medical News Today, 2011 [vid. 2011-11-29]. Dostupné z: http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/#medicaid – vlastní překlad

domácí zdravotní péči, lůžkovou péči v náboženských nelékařských zařízeních a hospicovou péči.[72]

Medicare Part B (Zdravotní pojištění)

Part B kryje nezbytné lékařské služby a to služby lékařů, ambulantní péči, domácí zdravotní péči a preventivní služby. Klienti platí měsíční pojistné s tím, že osoby s vyšším příjmem platí pojistné vyšší. V roce 2009 činilo měsíční pojistné $96.40. Pokud občan automaticky nespadá do Nemocničního pojištění, může si koupit Zdravotní pojištění a to za podmínky, že je starší 65 let, je občanem USA anebo je přistěhovalec žijící v USA déle než 5 let.[73]

Medicare Part C (Výhodné plány Medicare)

Pokud je občan účastníkem programu Part A a B, může se připojit také ke třetímu programu, Part C. Part C, tedy Výhodné plány Medicare, jsou nabízeny soukromými společnostmi, ale schvalovány službou Medicare. Pojištěním má klient nárok na poskytování lékařské péče, která se týká zraku, sluchu, stomatologické péče a nabídku wellness programů. Často bývá zahrnuta i Part D, která poskytuje krytí lékařských předpisů. Z programu Medicare jsou měsíčně placeny příspěvky soukromým společnostem, které Výhodné plány Medicare nabízí.[74]

Medicare Part D (Pokrytí receptů)

Kdokoliv, kdo má předchozí tři modely pojištění, má nárok na následující čtvrtý model. Toto pojištění je dobrovolné a kryje úhradu léků předepsaných lékaři. Pojistné je placeno měsíčně a platí, že osoby s vyššími příjmy platí vyšší pojistné. Jestliže občan utratí ročně

---

[72] *Medicare and you* [online]. U. S. Department of Health and Human Services, 2011 [vid. 2011-11-29]. Dostupné z: http://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/10050.pdf - vlastní překlad

[73] Tamtéž

[74] Tamtéž

za léky mezi $250 a $2.250, je mu z programu hrazeno 75 %. Pokud utratí více jak $3.600, je z programu uhrazeno celých 95 %.[75]

Souhrnné informace o nákladovosti Medicare Part A a Part B viz Příloha 1 (Tab. 22, Tab. 23).

3.2.2 Medicaid

Program je řízen státem a je určen pro chudé lidi s příjmem pod hranicí životního minima, pro těhotné ženy a ženy vyživující nezletilé či závislé děti s nízkým příjmem, pro slepce a ty, kteří z různých důvodů nemohou pracovat.[76]

Medicaid poskytuje neodkladnou krátkodobou i dlouhodobou péči a některé preventivní služby. Zásadní pro vstup do programu je příjem nižší, než životní minimum (hranice bídy/chudoby). Financování pochází z daní federálních i z daní jednotlivých států Unie. Hranice bídy v roce 2011 pro tříčlennou rodinu představovala $18.530 za rok.[77]

Za zmínku stojí, že v roce 2009 žilo v USA 14,3 % obyvatel pod hranicí chudoby, v přepočtu je to 43.6 milionu lidí, tedy každý sedmý Američan. [78]

Program funguje na federální úrovni, ale každý stát si může určit vlastní normy, typ a rozsah poskytovaných služeb a správu vlastního Medicaid programu. Medicaid občanům poskytuje nemocniční, ambulantní a prenatální péči, vakcíny pro děti, služby lékařů,

---

[75] *Medicare* [online]. Social Security Administration, Publication No. 05-10043, June 2011 [vid. 2011-11-29]. Dostupné z: http://www.ssa.gov/pubs/10043.pdf - vlastní překlad

[76] *What is Medicare/Medicaid* [online]. Medical News Today, 2011 [vid. 2011-11-29]. Dostupné z: http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/#medicaid – vlastní překlad

[77] *The 2011 HHS Poverty Guidelines* [online]. U. S. Department of Health & Human Services, 2011 [vid. 2011-11-14]. Dostupné z: http://aspe.hhs.gov/poverty/11poverty.shtml - vlastní překlad

[78] *Poverty rate hits 15-year high* [online]. Reuters, 2010 [vid. 2011-11-14]. Dostupné z: http://www.reuters.com/article/2010/09/17/us-usa-economy-poverty-idUSTRE68F4K520100917 - vlastní překlad

ošetřovatelské služby, služby plánovaného rodičovství, domácí zdravotní péči, laboratorní péči, aj. Dávky nejsou vypláceny jednotlivcům, systém pracuje na programu, podle kterého jsou dávky odesílány poskytovatelům zdravotní péče. Uplatňuje se zde systém Fee for service. [79]

Výše pojistného se liší stát od státu, záleží na velikosti rodiny a počtu dětí. Jako příklad je vybrán stát Florida, výše ročních příjmů a ročního pojistného je popsána v Tab. 5.

Tab. 5: Výše pojistného podle typu rodiny

Typ rodiny	Předpokládaný roční příjem	Roční pojistné	Pojistné jako procento z příjmu
Rodina s 1 dospělým a 2 dětmi	$ 11 000	$ 360	3%
Rodina s 1 nezaměstnaným dospělým a 2 dětmi	$ 4 000	$ 360	9%
Rodina se 2 dětmi (založeno na výši příjmu)	$ 13 000	$ 240	2%
Těhotná žena	$ 14 000	$ 120	1%

zdroj: Georgetown University Health Policy Institute[80]

Medicare a Medicaid jsou nejvýznamnější vládní pojišťovací programy ve Spojených státech. Existují však další a mezi ně patří:

- **State Children´s Health Insurance Program** – určeno pro děti, jejichž rodiče nemají nárok na účast v programu Medicaid a nemohou si dovolit soukromé zdravotní pojištění.

- **Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services** – vojenský zdravotní program pro aktivní vojáky, vojáky ve výslužbě a jejich rodiny.

- **Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs** – vojenský zdravotní program pro veterány.

[79] *What is Medicare/Medicaid* [online]. Medical News Today, 2011 [vid. 2011-11-29]. Dostupné z: http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/#medicaid – vlastní překlad

[80] *Proposed Medicaid Premiums Challenge Coverage for Florida´s Children and Parents* [online] Georgetown University Health Policy Institute, 2012 [vid. 2012-3-30]. Dostupné z: http://ccf.georgetown.edu/index/proposed-medicaid-premiums-florida

- **Indian Health Service** – program určený pro americké indiány.

3.3 Soukromě poskytovaná zdravotní péče

Ve Spojených státech se obvykle sjednává skupinové zdravotní pojištění, které zajišťuje zaměstnavatel, unie či obchodní skupina. Uzavírání pojistek jednotlivci se vyskytuje jen zřídka. Pojištění je poskytováno soukromými institucemi, které si stanovují výši pojistného. Výše pojistného závisí na věku klienta a demografických ukazatelích. Největšími soukromými zdravotními pojistiteli ve Spojených státech jsou UnitedHealth, WellPoint, Aetna, Cigna a Humana. Podle US Census Bureau je 60 % obyvatelstva pojištěno přes svého zaměstnavatele, 27 % využívá vládní pojištění a 9 % se pojišťuje přímo.[81]

Největší procento v soukromém zdravotním pojištění zaujímají zaměstnavatelé, kteří skupinové pojišťují své zaměstnance. Tato aktivita je dobrovolná, zaměstnavatelé nejsou ze zákona povinni pojištění uzavírat. Dobrovolnost je i na straně zaměstnanců.

Soukromá zdravotní péče je určená především ekonomicky aktivnímu obyvatelstvu. Pro jedince, jako jsou chudí lidé, lidé s nízkými příjmy, děti, zdravotně postižení a senioři, fungují veřejné zdravotní programy.

3.3.1 Řízená péče (Health Maintenance Organizations)

Health Maintenance Organizations (dále HMO´s) spadá do soukromého poskytování zdravotnických služeb. Jedná se o sdružení poskytovatelů a plátců těchto služeb do organizace řízené péče. Hlavní roli v systému mají zdravotní pojišťovny. Občané se musí u HMO´s registrovat a registrací se zavazují k čerpání péče právě od těchto organizací.

[81] *Health Care Insurance* [online]. HealthPAC online, 2011 [vid. 2011-11-29]. Dostupné z: http://www.healthpaconline.net/health-care-insurance.htm - vlastní překlad

Bonusem je pro občany výhodnější sazba pojistného. Organizace se svou činností snaží o úsporu nákladů, o účelnější administrativu a zaměřují se hlavně na prevenci.[82]

Barták ve své publikaci uvádí následující typy HMO´s:[83]

- **Skupinová praxe**: nachází uplatnění v ambulantní sféře, kdy je vytvořeno skupinové partnerství několika soukromých praktikujících lékařů. Praxe je poskytována od profesionální korporace nebo asociace v předem dohodnutém rozsahu a ceně.

- **Síťový model**: provozují specialisté ve vlastních ordinacích, kde poskytují léčebnou péči svým soukromým pacientům, ale hlavně pojištěncům HMO´s.

- **Zaměstnanecký model**: uplatňuje se ve velkých podnicích, kde HMO´s vlastní zdravotnická zařízení jako jsou nemocnice, ambulantní služby, psychiatrické léčebny, rehabilitační zařízení a jiné. HMO´s zaměstnávají jednotlivé lékaře, kteří mají zaměstnanecký poměr a pracují za dohodnutou mzdu.

3.3.2 Preferred Provider Organizations

Systém Preferred Provider Organizations (dále PPO´s) funguje na soukromém principu. PPO´s jsou organizace, které vystupují jako poskytovatelé zdravotní péče pro konkrétní skupiny pacientů. Jsou organizovány hlavně na lokální úrovni, ale v současné době se zvyšuje počet organizací na celostátní úrovni. PPO´s jsou sponzorovány lékaři, nemocnicemi, podnikateli, pojišťovnami, zaměstnavateli, aj. Organizace pomáhají

---

[82] BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví.* 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. s. 112. ISBN 978-80-7357-503-8.

[83] Tamtéž

kontrolovat náklady na zdravotní péči a zároveň díky nim funguje na trhu konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče a pojišťovnami.[84]

3.3.3 Fee for Service

Dalším typem soukromého zdravotního pojištění je Fee for Service (dále jen FFS). Klient je pojištěn u pojišťovny a ta za něj platí poplatky u lékaře. Systém nabízí největší flexibilitu pro klienta ve výběru lékaře či poskytovatele zdravotní péče. Nevýhodou však je, že klient za službu nejprve zaplatí a až poté dojde k proplacení od pojišťovny. Důležité je uchovat veškeré dokumenty o ošetření či za vydané léky. Jen po předložení těchto dokumentů dochází k proplacení od pojišťovny. Program FFS vyžaduje placení měsíčního pojistného, lépe řečeno, paušálního poplatku. Pojištění funguje na principu spoluúčasti, kdy klient platí určité procento a zbylou, větší část, proplácí pojišťovna. [85]

3.4 Nepojištění

Americké zdravotnictví se potýká s problémem, který představují nepojištění občané. Počet nepojištěných osob rok od roku stoupá a v současnosti je jich více jak 50 milionů (16,6 % celkové populace USA)[86]. Do této skupiny obyvatel se řadí:

- **Chudí občané**, v americkém názvosloví „Low-income Americans“, tedy „nízkopříjmoví Američané“, kteří mají příjem nižší než je federální hranice chudoby.

---

[84] GABEL, J.; ERMANN D. *Preferred provider organizations: performance, problems and promise* [online] Health Affairs, 4, no. 1, 1985 [vid. 2011-11-30] Dostupné z: http://content.healthaffairs.org/content/4/1/24.full.pdf - vlastní překlad

[85] *Types of Health Insurance Plans in the US: HMO, POS, PPO* [online] foreignborn.com 2011 [vid. 2011-12-1] Dostupné z: http://www.foreignborn.com/self-help/health_insurance/4-what_types.htm - vlastní překlad

[86] *Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by State – All Persons: 1999 to 2009* [online]. U. S. Census Bureau, 2011 [vid. 2011-11-15]. Dostupné z: http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/historical/index.html

- **Mladí lidé do 25 let**, i když nejsou pojištěni, je jim poskytována akutní zdravotní péče při úrazech a nehodách.

- **Zaměstnaní lidé**, kteří nemají pojištění od zaměstnavatele, jelikož je to pro majitele malých podniků velmi nákladné.

- **Střední třída** občanů, kteří jako zaměstnanci pojištění měli, ale kvůli ekonomické krizi o něj přišli.[87]

Mezi nepojištěnými je vysoké procento Hispánců (32,7%) a Afroameričanů (19,7%). Ti si totiž musí za zdravotní péči platit přímo, což je pro ně nákladné. Bílých nonhispánců je nepojištěno kolem 11%. Mezi lidmi s příjmem pod $25.000 je nepojištěno 24,3%. Bohatších občanů s příjmem nad $75.000 je nepojištěno méně, jen 8,4%. Údaje v procentech jsou z roku 2007.[88]

Ve Spojených státech chybí prevence, jelikož nepojištění občané nechodí na preventivní prohlídky, za které by museli platit. Z banálního onemocnění se pak může stát onemocnění vážné, občan musí být hospitalizován a kvůli nákladnosti zdravotní péče se může dostat do finanční krize. Existují snahy o vylepšení situace chudých občanů a nepojištěných lidí. Nový zákon The Patient Protection and Affordable Care Act se snaží zvýšit pojištěnnost v USA rozšířením programu Medicaid a zpřístupněním soukromého zdravotního pojištění pro občany pod hranicí chudoby pomocí dotací pojistného.(viz podkapitola 3.5.)[89]

Rizikovou skupinou jsou mladí lidé mezi 19 až 25 lety. Díky nízkým příjmům, které se v průměru pohybují okolo $12.000 ročně, si nemohou dovolit soukromé zdravotní pojištění a tvoří celkem 30 % nepojištěných v USA. Reforma z roku 2010 se snaží této věkové

---

87 HNILICOVÁ, H. *Úvod do studia zdravotnických systémů* [online] Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 2009. Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf

88 MORRIS, S.; DELVIN, N.; PARKIN, D. Economic Analysis in Health Care. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 2007. s. 151. ISBN 9780470016855.

89 *The Uninsured, A Primer* [online] The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2011. Dostupné z: http://www.kff.org/uninsured/upload/7451-07.pdf - vlastní překlad

skupině pomoci a je jim umožněno čerpat soukromé zdravotní pojištění od svých rodičů do 26 let věku.[90]

Tab. 6 je souhrnem informací této kapitoly, která popisovala veřejně a soukromě poskytovanou zdravotní péči a nepojištěné občany.

Tab. 6: Participace na soukromém zdravotním pojištění/veřejném programu a nepojištění v letech 2001-2009 (v tisících)

Rok	Populace celkem	Participace na soukromém zdravotním pojištění/veřejném programu								Nepojištění
		Celkový počet pojištěných osob	Soukromé zdravotní pojištění			Vládní program				
			Celkem	Založené na pracovním poměru	Přímý nákup	Celkem	Medicaid	Medicare	Zdravotní péče poskytovaná armádou	
2009	304 280	253 606	194 545	169 689	27 219	93 167	47 758	43 440	12 412	50 674
2008	301 483	255 143	200 992	176 332	26 776	87 411	42 641	43 029	11 560	46 340
2007	299 106	253 449	201 991	177 446	26 673	83 031	39 554	41 375	10 955	45 657
2006	296 824	249 829	201 690	177 152	27 066	80 270	38 281	40 343	10 547	46 995
2005	293 834	249 020	201 167	176 924	27 055	80 213	38 104	40 177	11 166	44 815
2004	291 166	247 669	200 924	176 247	27 551	79 486	37 955	39 703	10 789	43 498
2003	288 280	244 876	199 871	175 844	26 783	76 755	35 647	39 456	9 979	43 404
2002	285 933	243 914	200 891	177 095	26 846	73 624	33 246	38 448	10 063	42 019
2001	282 082	242 322	201 695	178 261	26 309	71 295	31 601	38 043	9 552	39 760

zdroj: vlastní zpracování z U. S. Census Bureau[91]

3.5 Reforma zdravotnictví

Zdravotnictví USA se již několik let potýká s problémy, které se vláda a samotný prezident snaží vyřešit. Pojistné stále roste a mnoho lidí nemá uzavřené zdravotní pojištění. Náklady na zdravotní péči jsou stále vyšší, technologie postupuje kupředu.

Problémem číslo jedna jsou nepojištění občané. Podle studie Dr Arthura Garsona z American College of Cardiology, by měl být v budoucnu zdravotně pojištěn každý

[90] *The Uninsured, A Primer* [online] The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2011. Dostupné z: http://www.kff.org/uninsured/upload/7451-07.pdf - vlastní překlad

[91] *Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by State – All Persons: 1999 to 2009* [online]. U. S. Census Bureau, 2011 [vid. 2011-11-15]. Dostupné z: http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/historical/index.html

Američan. Občan by si mohl vybrat základní zdravotní program a v závislosti na svém příjmu by dostával vouchery na pokrytí nákladů vybraného zdravotního programu.[92]

Důležitá je otázka financování, jelikož zaručená zdravotní péče pro každého občana bude velmi nákladnou záležitostí. Pojistné krytí pro občany, kteří jsou v současné době nepojištění, by se vyšplhalo na 88,6 miliardy dolarů. Dr Arthur Garson zmiňuje čtyři možné zdroje příjmů, které by pokryly náklady na základní zdravotní péči. Federální a státní vlády už nyní platí přes 23,5 miliardy dolarů za nepojištěné občany, kteří nejsou v programu Medicaid. Odstranění dvou třetin nedobytných pohledávek a charitativní péče nepojištěných by představovalo úspory ve výši 17 miliard dolarů. Další finanční prostředky by přišly od zaměstnavatelů, kteří mají více jak 10 zaměstnanců a začali by za ně platit skupinové zdravotní pojištění. Tím by se získalo 43,9 miliard dolarů. Díky automatizaci a dalším inovacím v systému by se mohla zvýšit platební efektivita o 50 % a pojistitelé by ušetřili 27,2 miliardy dolarů, nemocnice 17 miliard dolarů a praktičtí lékaři 6,9 miliard dolarů.[93]

Takovou představu o reformě zdravotnictví měl v roce 2000 Dr Arthur Garson. O deset let později dokončil Barack Obama své studie a plány a přišel se dvěma novými zákony. Dále v následující podkapitole.

3.5.1 Obamova reforma zdravotnictví

Demokratický prezident Spojených států Barack Obama se zasloužil o reformu ve zdravotnictví, měl mnoho příznivců z řad nepojištěných občanů a zároveň mnoho odpůrců z řad republikánů, kteří považují reformu za příliš nákladnou a neefektivní.

Prezident Obama má v plánu změnit systém amerického zdravotnictví v následujícím desetiletí, chce zvýšit propojištěnost obyvatel na 95 %. Předpokládané náklady činní na

---

[92] GARSON, A. *The US Healthcare System 2010: Problems, Principles and Potential Solutions* [online] American Heart Association, 2000 [vid. 2012-2-14]. Dostupné z: http://circ.ahajournals.org/content/101/16/2015.full.pdf+html

[93] Tamtéž

deset let 940 miliard dolarů, očekává se návratnost během dvaceti let ve výši bilionu dolarů. Reforma slibuje, že pojišťovny již nebudou lidem odepírat pojištění a proplácení péče, má se zamezit účtování vysokých a nepodložených částek. Vznikne burza, kde budou pojišťovny zveřejňovat své nabídky a občané tak budou mít přehled, co je na trhu nabízeno, a vyberou si pro sebe nejvhodnější produkt. Hlavním záměrem je zpřístupnit zdravotní pojištění nízko-příjmovým skupinám obyvatel. Pokud si občan na nově vzniklé burze nebude schopen zakoupit zdravotní pojištění, získá od státu daňovou úlevu na jeho pořízení.[94]

Americké zdravotnictví se potýká se stejnými problémy, jako jiné státy ve světě. Obyvatelstvo stárne, rozpočet na zdravotnictví není neomezený, ale jejich hlavním problémem jsou vysoké náklady na uzdravení v případě nemoci a také samotná dostupnost zdravotní péče. Barack Obama se reformou snaží přiblížit evropskému systému zdravotnictví, kde je zdravotní péče občanům poskytována ze všeobecného zdravotního pojištění.

Spojené státy platí na zdravotnictví z veřejných prostředků podobné procento HDP jako jiné vyspělé země, ale zároveň mají velmi vysoké soukromé výdaje. Naopak se v USA vyskytuje velmi malý podíl přímých plateb, dokonce nižší než v ČR.

Problémy amerického zdravotnictví jsou zakotveny v samotném systému, který má mnoho děr. Nepojištění občané mají špatný přístup k péči, je zde veliký problém s preventivní péčí. Systém je neefektivní a složitý, nepojištění občané se snaží získat zdravotní péči jiným způsobem a tyto náklady jsou pak částečně čerpány z jiných zdrojů. Dalším problémem jsou samotné nemocnice, které účtují vysoké částky pojištěným občanům, aby měly z čeho zaplatit péči o nepojištěné občany. V USA je totiž povinností poskytovatelů zdravotní péče postarat se o člověka s akutním problémem. Američané vynakládají na zdravotnictví vysoké částky, podle statistických údajů OECD je to 17,4 % HDP (rok

[94] *Obama protlačil zdravotní reformu, která umožní péči milionům Američanů* [online] iDNES.cz, 2010 [vid. 2012-2-21] Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/obama-protlacil-zdravotni-reformu-ktera-umozni-peci-milionum-americanu-1o1-/zahranicni.aspx?c=A100322_070633_zahranicni_ipl

2009), pohybují se tedy na prvních příčkách. Bohužel kvalita poskytnutých služeb často neodpovídá vynaloženým nákladům.[95]

Reforma zdravotnictví je nutností, měla by přinést změnu daňových zákonů, právní odpovědnost poskytovatelů zdravotnických služeb a změnu způsobu, jakým jsou poskytovatelé za své služby placeni. To vše za účelem snížení nárůstu nákladů a lepší dostupností potřebné péče pro většinu obyvatel.[96]

Přijetím dvou zákonů tvořících základ reformy – *Patient Protection and Affordable Care Act* a *Health Care and Education Reconcilation Act* – se otevírají nové dveře amerického zdravotnictví. První zákon se týká rozšíření veřejného i soukromého pojištění. Zákon zavádí povinnou účast na zdravotním pojištění pro všechny osoby, s existencí výjimek. Těmi může být tíživá finanční situace, avšak i v této situaci se stát snaží o co nejsnazší dostupnost zdravotního pojištění. Dochází k odstranění bariér, které bránily účasti na zdravotním pojištění. Byla zvýšena příjmová hranice pro zahrnutí nízko-příjmových osob do programu Medicaid, a to pro osoby s příjmem nižším než 133 % federální hranice chudoby. Další skupina obyvatel, která se pohybuje mezi 133 – 400 % federální hranice chudoby, má možnost zakoupení zdravotního pojištění přes nově vzniklé burzy, které mají federální podporu. Na burzách je možné zakoupit nejlevnější variantu zdravotního pojištění. Pro ty, kteří si nemohou dovolit ani nejlevnější variantu, je poskytnuta daňová úleva od státu. Jsou zavedeny nové podmínky pro zaměstnavatele, kteří mají povinnost pojistit své zaměstnance, pokud jejich podnik zaměstnává více jak 50 lidí. Komerční zdravotní pojišťovny nesmí podle nového zákona odmítnout pojistit rizikového pacienta.[97]

---

[95] HROBOŇ, P. *Obamova reforma amerického zdravotnictví – velké vítězství nebo nedokončený úkol?* [online] Pharm Business Magazine, 02/2010, s. 12 [vid. 2012-2-20] Dostupné z: http://pharmbm.cz/node/14

[96] HROBOŇ, P. *Obamova reforma amerického zdravotnictví – velké vítězství nebo nedokončený úkol?* [online] Pharm Business Magazine, 02/2010, s. 12 [vid. 2012-2-20] Dostupné z: http://pharmbm.cz/node/14

[97] *Focus on Health Reform* [online] Kaiser Family Foundation [vid. 2012-2-20] Dostupné z: http://www.kff.org/healthreform/upload/housesenatebill_final.pdf

4. Srovnání ukazatelů zdravotnictví v ČR a USA

Praktická část diplomové práce vychází z údajů a dat od Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), která každoročně zveřejňuje statistické údaje o členských zemích. Česká republika i Spojené státy americké jsou členy této organizace a díky tomu je možné se dozvědět mnoho informací o všech resortech daného státu. Pro tuto práci je hlavním zájmem resort zdravotnictví.

V následujících podkapitolách jsou zpracovány ukazatele financování zdravotnictví, které uvádějí, v jaké výši jsou čerpány finance ze státních rozpočtů a jaká část financí pochází ze soukromých zdrojů. Ukazatele zdravotního stavu populace a zdravotní péče zachycují úroveň zdravotnictví ve vybrané zemi. Je zde zkoumán dílčí cíl, a to jaký efekt na zdravotní stav obyvatelstva má převládající způsob financování zdravotní péče. Poslední částí je analýza závislostí, která zkoumá závislost celkových výdajů na zdravotnictví a střední délky života. Záměrem je prokázat, že výše celkových výdajů závisí na střední délce života.

Veškerá data jsou uvedena v tabulkách a pro lepší přehlednost jsou graficky znázorněna. Pracuje se s daty z let 1990-2009.

4.1 Ukazatele financování zdravotnictví

Jakým způsobem a jak efektivně je zdravotnictví financováno, se dá vyčíst z celkových, veřejných a soukromých výdajů na zdravotnictví.

4.1.1 Celkové výdaje na zdravotnictví

Celkové výdaje na zdravotnictví jsou tvořeny výdaji zdravotních pojišťoven, výdaji veřejných rozpočtů a soukromými výdaji domácností.

V následujících grafech se výdaje na zdravotnictví vztahují k hrubému domácímu produktu (HDP) a jsou porovnány v přepočtu na americké dolary dle parity kupní síly na jednoho obyvatele.

„Hrubý domácí produkt je peněžním vyjádřením celkové hodnoty statků a služeb nově vytvořených v daném období na určitém území; používá se pro stanovení výkonnosti ekonomiky.“[98]

Parita kupní síly znamená, že cenové úrovně všech zemí jsou stejné, jsou-li vyjádřeny ve stejné měně. V tomto případě jsou údaje vyjádřeny v amerických dolarech (USD).[99]

Tab. 7 a Obr. 4 znázorňují celkové výdaje, které ČR a USA vynaložily v uplynulých letech na zdravotnictví v poměru k HDP. Z grafu je zřejmé, že USA mají dvojnásobně vyšší výdaje na zdravotnictví, než ČR. V roce 2009 byl průměr zemí OECD 9,6 % HDP.[100] V ČR se hodnota pohybovala na 8,2 % a v USA 17,4 % HDP. Důvodem je, že ekonomicky vyspělejší země vynakládají na zdravotnictví vyšší podíl svého hrubého domácího produktu, jelikož mají vyšší ceny zdravotní péče, větší využití moderních technologií, postupů a vyšší platy zdravotníků. Ohodnocení lékařů v ČR zaostává za průměrem evropských zemí OECD, tím umožňuje nižší náklady na zdravotnictví, ovšem ohrožuje kvalitu lidského kapitálu ve zdravotnictví. V ČR je trendem odchod lékařů do zahraničí za vidinou lepších podmínek a vyššího ohodnocení. To však představuje hrozbu pro české zdravotnictví. Průměrný plat evropských lékařů se pohybuje mezi 60 000-120 000 dolarů ročně. Zatímco plat amerických lékařů dosahuje 150 000 dolarů ročně, u specialistů až 400 000 ročně. Vysoké platy lékařů jsou zároveň spojeny s vysokou cenou lékařských

---

98 *Hrubý domácí produkt (HDP) – Metodika* [online] Český statistický úřad, 2012 [vid. 2012-2-29] Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/hruby_domaci_produkt_(hdp)

99 MACH, M. *Makroekonomie II, Pro magisterské studium, 1. a 2. část.* 3.vyd. Slaný: Melandrium, 2001, 367 s. ISBN 80-86175-18-9.

100 *Health at a Glance 2011: OECD Indicators* [online] OECD iLibrary, 2012 [vid. 2012-2-29] Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en

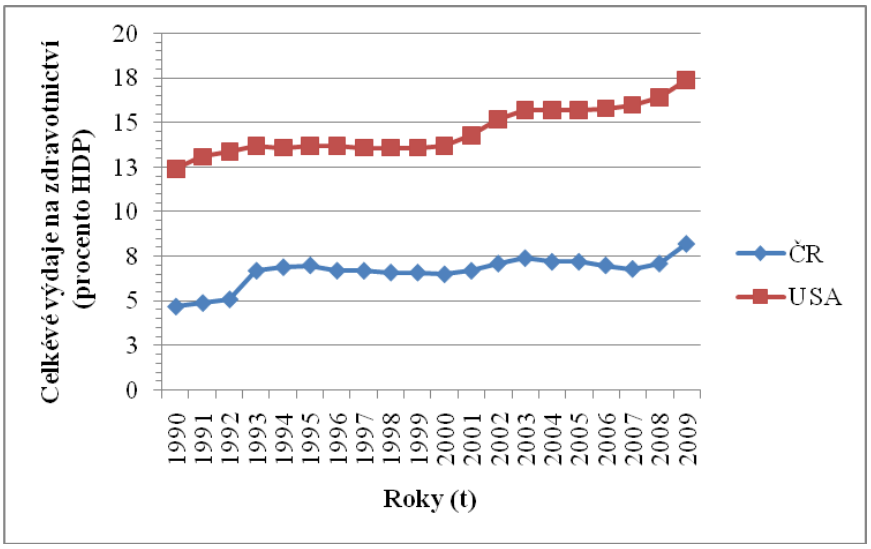
zákroků. Těmto částkám odpovídá vysoké procento HDP, které USA na zdravotnictví vynakládají.

Rok 2009 pro celý svět znamenal ekonomickou krizi, která se samozřejmě projevila i ve zdravotnické sféře. V ČR klesl meziročně HDP o 1,7 %, a to mělo za následek zvýšení podílu výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP.[101]

Tab. 7: Celkové výdaje na zdravotnictví v letech 1990-2009 v poměru k HDP

Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	4,7	4,9	5,1	6,7	6,9	7,0	6,7	6,7	6,6	6,6
USA	12,4	13,1	13,4	13,7	13,6	13,7	13,7	13,6	13,6	13,6
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	6,5	6,7	7,1	7,4	7,2	7,2	7,0	6,8	7,1	8,2
USA	13,7	14,3	15,2	15,7	15,7	15,7	15,8	16,0	16,4	17,4

zdroj: OECD Health Data 2011



Obr. 4: Celkové výdaje na zdravotnictví v letech 1990-2009 v poměru k HDP
zdroj: OECD Health Data 2011

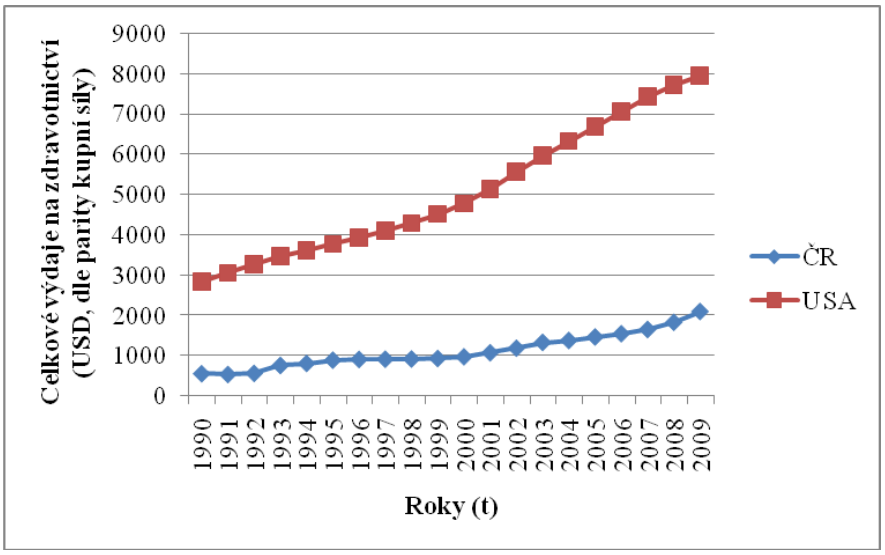
[101] *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010* [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010 [vid. 2012-1-7]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2010

Tab. 8 a Obr. 5 zobrazují celkové výdaje na zdravotnictví, ovšem vyjádřené podle parity kupní síly v USD. Průměr zemí OECD k roku 2009 se pohybuje kolem 3 233 USD osoba/rok. ČR se pohybuje velice blízko průměru s hodnotou 2 108 USD osoba/rok. Spojené státy mají hodnotu dvojnásobnou, a to 7 960 USD osoba/rok. Vysoké částky na jednoho obyvatele v USA odpovídají nastavení jejich zdravotnického systému. Zdravotní péče je velmi drahá, nepojištěným osobám se poskytuje vždy základní zdravotnická pomoc, která je placena z daní.

Tab. 8: Celkové výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele v USD dle parity kupní síly v letech 1990-2009

Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	558	539	567	765	815	897	915	921	925	938
USA	2850	3073	3285	3481	3629	3788	3949	4118	4303	4528
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	981	1081	1195	1338	1387	1475	1556	1661	1839	2108
USA	4793	5146	5578	5986	6336	6700	7073	7437	7720	7960

zdroj: OECD Health Data 2011



Obr. 5: Celkové výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele v USD dle parity kupní síly v letech 1990-2009
zdroj: OECD Health Data 2011

4.1.2 Veřejné výdaje na zdravotnictví

Veřejné výdaje jsou tvořeny výdaji ze státního rozpočtu, z místních rozpočtů a výdaji zdravotních pojišťoven. Součástí výdajů jsou také investice do zdravotnické infrastruktury.

Tab. 9, Tab. 10 a Obr. 6, Obr. 7 znázorňují veřejné výdaje na zdravotnictví, nejprve jako procento celkových výdajů a následně v absolutních hodnotách dle parity kupní síly v USD. V České republice převahuje zastoupení veřejného zdravotního pojištění, které se však od roku 1990 postupně snižuje. Stále však tvoří kolem 80 % celkových výdajů na zdravotnictví a nechává jen malý prostor pro soukromé financování zdravotní péče.

Spojené státy americké mají už 20 let podíl veřejných výdajů na zdravotnictví kolem 40 % z celkových výdajů. Toto procento však nevypovídá o nákladovosti zdravotní péče. Jak je vidět na Obr. 7, absolutní hodnoty veřejných výdajů v přepočtu na jednu osobu jsou dvojnásobné ve srovnání s ČR. Vysoká nákladovost amerického systému zdravotnictví je předmětem reforem, o jejichž realizaci se snaží prezident Barack Obama.

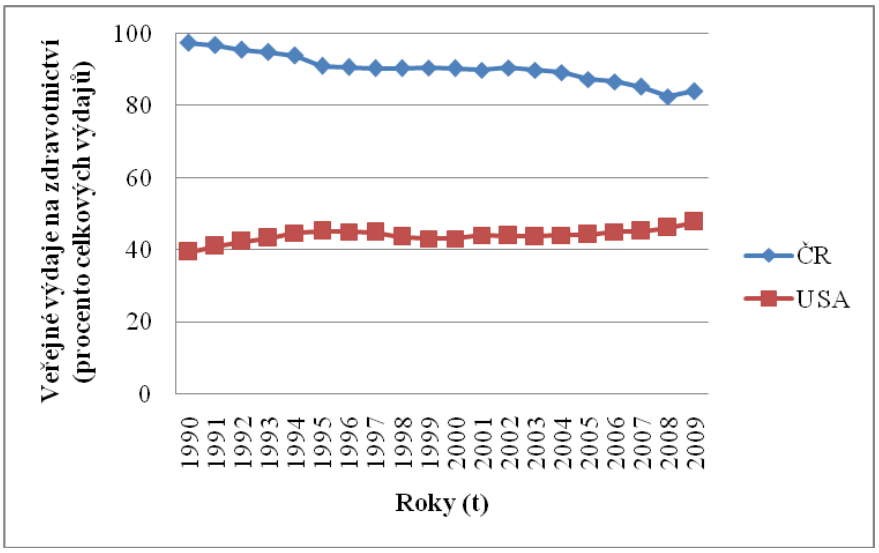
V roce 2009 byl průměr zemí OECD 72 % celkových výdajů na zdravotnictví. Toto číslo vypovídá o tom, že je stále mnoho zemí, které zajišťují svému obyvatelstvu zaručenou zdravotní péči ve formě veřejného zdravotního pojištění.[102]

Tab. 9: Procentní podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví v letech 1990-2009

Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	97,4	96,8	95,5	94,8	93,9	90,9	90,7	90,3	90,4	90,5
USA	39,4	41,0	42,2	43,2	44,6	45,1	45,0	44,8	43,5	43,0
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	90,3	89,8	90,5	89,8	89,2	87,3	86,7	85,2	82,5	84,0
USA	43,0	44,0	43,8	43,6	44,0	44,1	44,9	45,1	46,0	47,7

zdroj: OECD Health Data 2011

[102] *Health at a Glance 2011: OECD Indicators* [online] OECD iLibrary, 2012 [vid. 2012-2-29] Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en

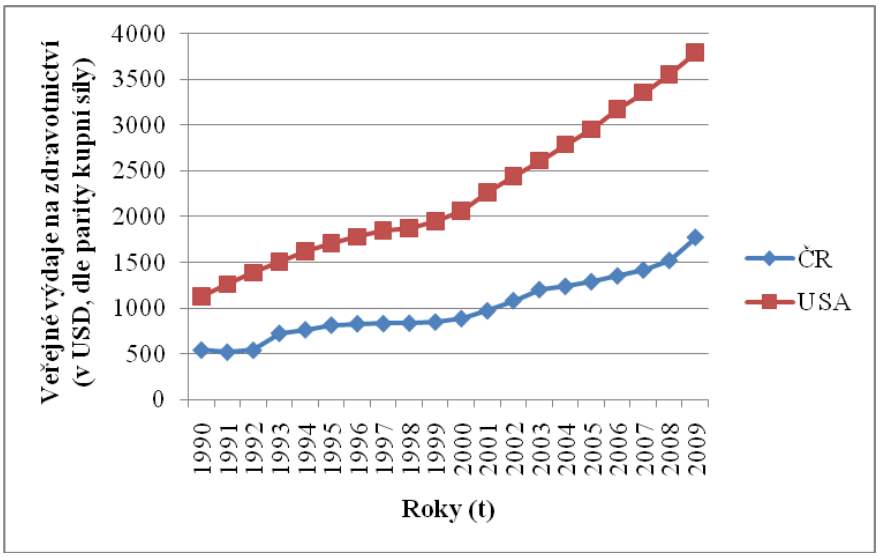


Obr. 6: Procentní podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví v letech 1990-2009
zdroj: OECD Health Data 2011

Tab. 10: Absolutní hodnoty veřejných výdajů na zdravotnictví na jednoho obyvatele dle parity kupní síly v letech 1990-2009

Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	543,6	521,8	541,5	725,9	764,7	815,0	829,9	831,7	836,7	849,2
USA	1123,5	1258,5	1384,8	1504,5	1618,9	1707,3	1778,8	1843,2	1871,2	1945,1
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	886,4	970,6	1081,0	1201,9	1236,4	1287,6	1349,9	1414,9	1517,6	1769,5
USA	2060,2	2263,1	2440,7	2609,9	2788,0	2953,6	3174,4	3356,1	3554,2	3794,9

zdroj: OECD Health Data 2011



Obr. 7: Absolutní hodnoty veřejných výdajů na zdravotnictví na jednoho obyvatele dle parity kupní síly v letech 1990-2009
zdroj: OECD Health Data 2011

4.1.3 Soukromé výdaje na zdravotnictví

Do soukromých výdajů na zdravotnictví jsou započítány přímé platby pacientů, nákup léků bez lékařského předpisu a dobrovolné příspěvky zaměstnavatele na zdravotní pojištění.

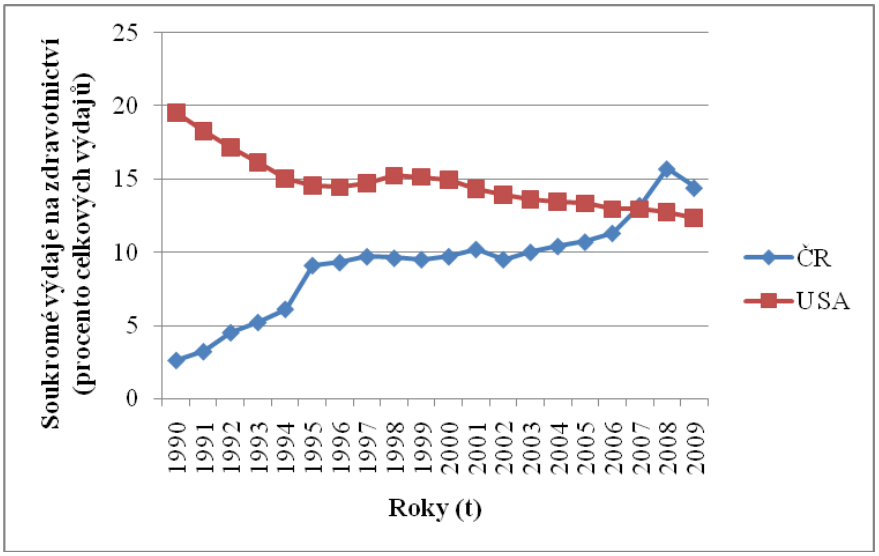
V Tab. 11 a na Obr. 8 je vidět, že v ČR procentní podíl soukromých výdajů roste, v letech 1990 až 1994 vždy o procento, mezi léty 1995 až 2001 se stále pohyboval kolem 9 % a od roku 2003 opět začal růst. V USA je trend opačný, procentní podíl soukromých výdajů klesá a v posledních třech letech dosahuje nižších hodnot než ČR. Jedná se pouze o procentní vyjádření, v absolutních částkách mnohonásobně převyšuje ČR. Viz Tab. 12 a Obr. 9.

Průměr zemí OECD za rok 2009 činí 19 %.

Tab. 11: Procentní podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví v letech 1990-2009

Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	2,6	3,2	4,5	5,2	6,1	9,1	9,3	9,7	9,6	9,5
USA	19,5	18,2	17,1	16,1	15,0	14,5	14,4	14,7	15,2	15,1
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	9,7	10,2	9,5	10,0	10,4	10,7	11,3	13,2	15,7	14,4
USA	14,9	14,3	13,9	13,6	13,4	13,3	12,9	12,9	12,7	12,3

zdroj: OECD Health Data 2011



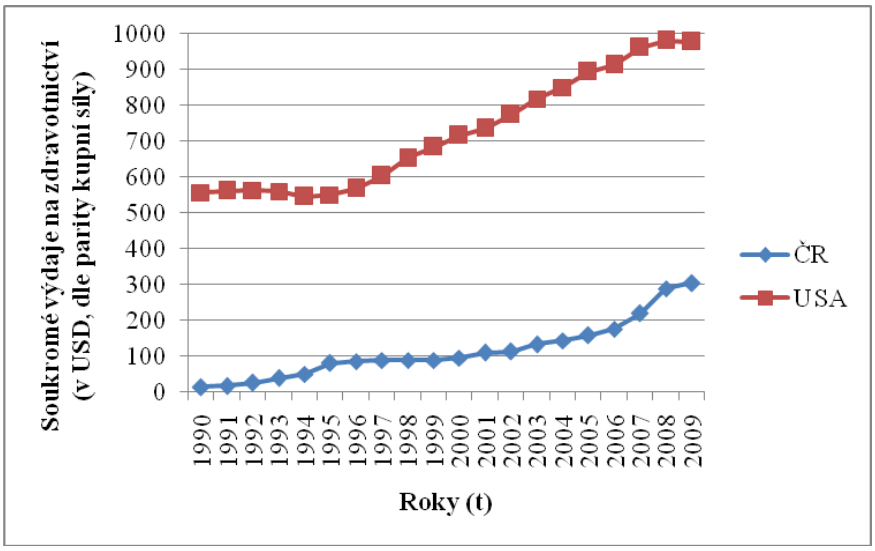
Obr. 8: Procentní podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví v letech 1990-2009
zdroj: OECD Health Data 2011

Absolutní hodnoty soukromých výdajů na jednoho obyvatele jsou v ČR výrazně nižší, než v USA, přesto v obou zemích stále rostou. Z počátku 90. let byly soukromé výdaje v ČR až 30x nižší, než v USA. V posledních třech letech jsou hodnoty v ČR třikrát tak nižší než v USA.

Tab. 12: Absolutní hodnoty soukromých výdajů na zdravotnictví na jednoho obyvatele v USD dle parity kupní síly v letech 1990-2009

Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	14,2	17,4	25,5	39,5	49,9	81,7	85,4	89,5	88,5	89,3
USA	556,0	560,5	562,6	559,3	545,5	549,8	567,5	603,8	652,4	683,5
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	95,0	110,7	113,8	133,3	143,6	157,7	175,8	218,9	289,3	304,2
USA	716,3	734,8	774,4	816,9	849,4	892,4	911,8	960,1	980,4	976,2

zdroj: OECD Health Data 2011



Obr. 9: Absolutní hodnoty soukromých výdajů na zdravotnictví na jednoho obyvatele dle parity kupní síly v letech 1990-2009
zdroj: OECD Health Data 2011

Již zmíněné údaje se týkají pouze soukromých zdrojů, které jsou vydány z vlastní kapsy, nikoliv ze soukromého zdravotního pojištění. V USA mělo v roce 2009 uzavřeno soukromé zdravotní pojištění 194 545 000 občanů, což je 63,9 % z celkové populace. V ČR mělo v roce 2009 soukromé zdravotní pojištění uzavřeno necelé 1 % z celkového počtu obyvatel. Není zde použito grafické znázornění a přehled v tabulce, jelikož ČR se stále pohybuje v nulových až 1 % hodnotách. USA se v posledním desetiletí pohybují od 70 do 60 %.

4.1.4 Výdaje na farmaka

Výdaje na farmaka zahrnují veškeré výdaje, které jsou vydány za volně dostupné léky, léky na předpis, vakcíny, vitamíny aj.

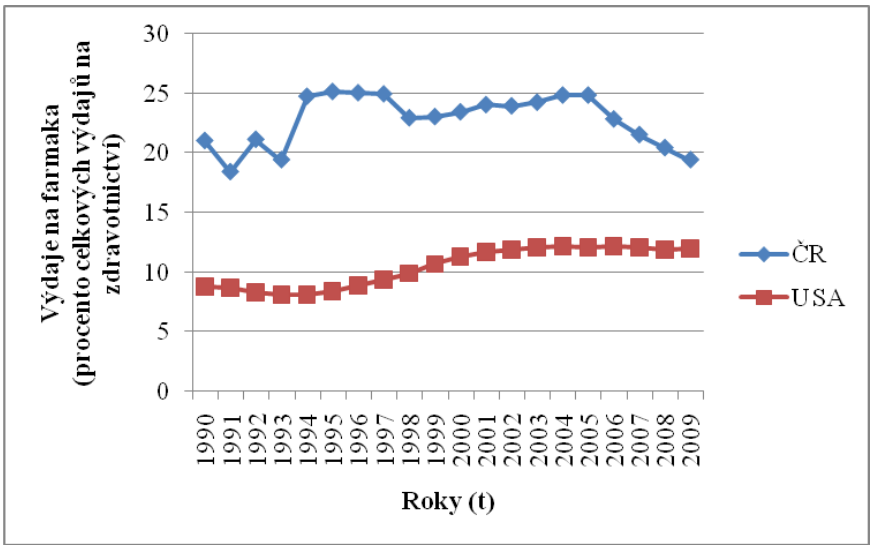
Tab. 13 a Obr. 10 znázorňují procentní podíl výdajů na farmaka z celkových výdajů na zdravotnictví. Česká republika má vysoký podíl výdajů na farmaka, který v průběhu let stoupal, pak mírně klesal. Největší pokles je zaznamenán od roku 2006 do roku 2009, kdy klesl podíl výdajů na 19,4 % z celkových výdajů. Spojené státy mají mnohem nižší podíl výdajů a od roku 1990 se pohybují kolem 10 %.

Tab. 13: Procentní podíl výdajů na farmaka z celkových výdajů na zdravotnictví v letech 1990-2009

Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	21,0	18,4	21,1	19,4	24,7	25,1	25,0	24,9	22,9	23,0
USA	8,8	8,7	8,3	8,1	8,1	8,4	8,9	9,4	9,9	10,7
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	23,4	24,0	23,9	24,2	24,8	24,8	22,8	21,5	20,4	19,4
USA	11,3	11,7	11,9	12,1	12,2	12,1	12,2	12,1	11,9	12,0

Tab. 14: Absolutní hodnoty výdajů na farmaka na jednoho obyvatele dle parity kupní síly v letech 1990-2009

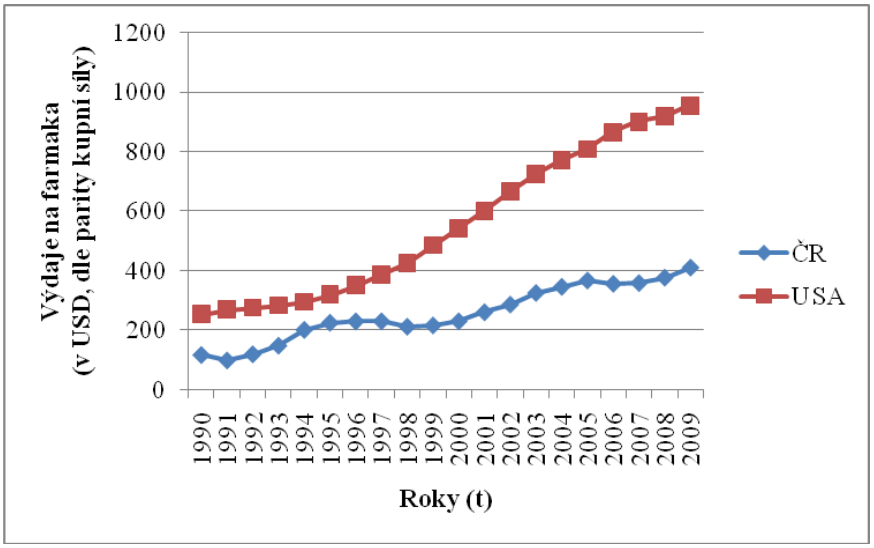
Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	117,3	99,3	119,8	148,4	201,0	224,8	229,1	229,5	211,6	215,9
USA	251,3	267,3	273,7	282,1	294,0	318,9	349,5	385,9	424,1	485,1
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	229,7	259,7	285,3	324,0	344,3	365,4	354,4	356,8	374,8	408,3
USA	540,3	599,7	665,4	724,4	771,9	808,3	866,2	900,0	919,1	956,0



Obr. 10: Procentní podíl výdajů na farmaka z celkových výdajů na zdravotnictví v letech 1990-2009
zdroj: OECD Health Data 2011

Tab. 14 a Obr. 11 udávají absolutní hodnoty výdajů na farmaka v USD dle parity kupní síly. Zde je možné vidět, že ČR má sice větší procentní podíl výdajů, avšak v absolutních hodnotách ji Spojené státy několikanásobně převyšují. V roce 2009 byl průměr zemí OECD 487 USD na jednoho obyvatele. Česká republika je velice blízko průměru a pohybuje se v přijatelných hodnotách, které mají rostoucí tendenci.

Vysoká spotřeba léků je zapříčiněna stárnutím populace a užíváním čím dál většího množství medikamentů. Lékaři předepisují lidem mnoho léků, ve snaze je uzdravit a chtějí tím předejít nákladným hospitalizacím. Zároveň jde o souboj farmaceutických společností, které stále přichází na trh s novými léky.



Obr. 11: Absolutní hodnoty výdajů na farmaka na jednoho obyvatele dle parity kupní síly v letech 1990-2009
zdroj: OECD Health Data 2011

4.2 Ukazatele zdravotního stavu populace

Ukazatelů zdravotního stavu populace existuje velmi mnoho, pro tuto práci byly vybrány jen některé, a to střední délka života, kojenecká úmrtnost a potenciálně ztracené roky života. Ukazatelé kombinují informace o úmrtnosti a zdravotním stavu, a tím popisují zdraví určité populace.

4.2.1 Střední délka života

Střední délka života, v některých publikacích nazývána naděje dožití, vyjadřuje počet let, kterých v průměru ještě prožije jedinec v daném věku, pokud míry úmrtnosti zůstanou na úrovni roku, za který je střední délka života počítána.[103]

[103] MUŽÁKOVÁ, K. *Životní pojištění – Vybraná řešení příkladů v MS Excel.* 1. vyd., Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. s. 8. ISBN 978-80-7372-509-9.

Tab. 14 a Obr. 12 popisují střední délku života celkové populace dvou vybraných zemí. Obě křivky mají rostoucí charakter, křivka USA roste pozvolněji, ale dosahuje vyšších hodnot než křivka ČR, která roste strměji.

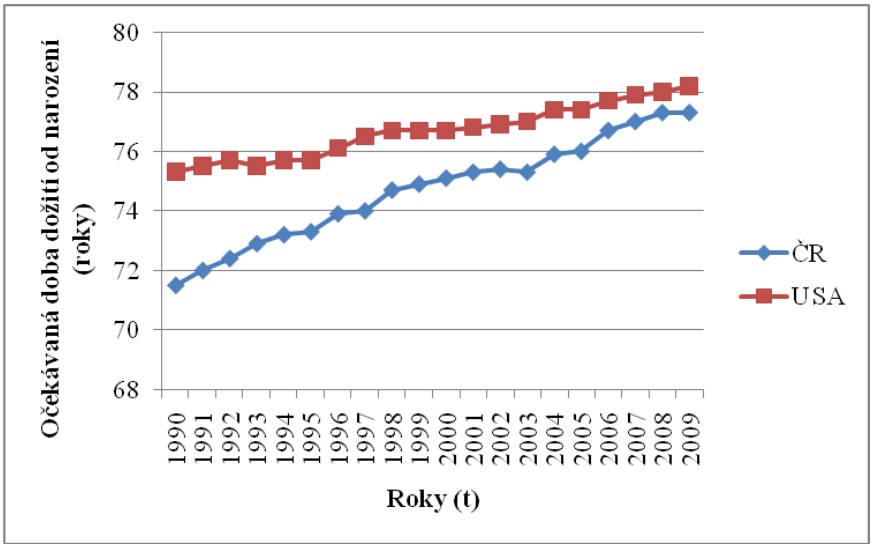
Průměr zemí OECD za rok 2009 byl 79,5 let. Česká republika i Spojené státy se pohybují pod průměrem, ale postupně se k němu přibližují. Zvyšování střední délky života je ovlivněno několika faktory, mezi které patří rostoucí životní úroveň, zlepšení životního stylu a dostupnost kvalitní zdravotní péče. Hodnota střední délky života je spojena s hodnotou HDP na obyvatele. Obecně platí, že čím vyšší HDP, tím vyšší je naděje dožití. Spojené státy by měly být podle hodnoty HDP nad průměrem zemí OECD, ovšem faktory jako obezita, kouření a ekonomické nerovnosti, brání růstu střední délky života.[104]

Tab. 15: Střední délka života při narození mužů a žen

Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	71,5	72,0	72,4	72,9	73,2	73,3	73,9	74,0	74,7	74,9
USA	75,3	75,5	75,7	75,5	75,7	75,7	76,1	76,5	76,7	76,7
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	75,1	75,3	75,4	75,3	75,9	76,0	76,7	77,0	77,3	77,3
USA	76,7	76,8	76,9	77,0	77,4	77,4	77,7	77,9	78,0	78,2

zdroj: OECD Health Data 2011

[104] *Health at a Glance 2011: OECD Indicators* [online] OECD iLibrary, 2012 [vid. 2012-2-29] Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en



Obr. 12: Střední délka života při narození mužů a žen
zdroj: OECD Health Data 2011

4.2.2 Kojenecká úmrtnost

„Kojenecká úmrtnost vyjadřuje úmrtnost v prvním roce života, tzn. v průběhu prvních 365 dní života dítěte.“[105]

Kojenecká úmrtnost v sobě skrývá vliv ekonomických a sociálních podmínek na zdraví matky a novorozence, stejně tak vyspělost a účinnost zdravotnického systému. Důvodem úmrtí novorozenců ve vyspělých zemích jsou vrozené vady a předčasné porody.

Tab. 16 a Obr. 13 dokazují, že od roku 1990 v České republice výrazně poklesla kojenecká úmrtnost. Průměr OECD udává 4,4 zemřelých na 1000 živě narozených za rok 2009. ČR se pohybuje v horních příčkách s hodnotou 2,9 za rok 2009. Naopak Spojené státy mají vysoké hodnoty kojenecké úmrtnosti, které sice klesají, ale velmi pozvolna. Jsou zde rozdíly v etnických skupinách, kdy Afroameričanky rodí s vysokým rizikem a kojenecká úmrtnost je u nich dvakrát vyšší než u bílých žen. Dalo by se očekávat, že vysoké výdaje

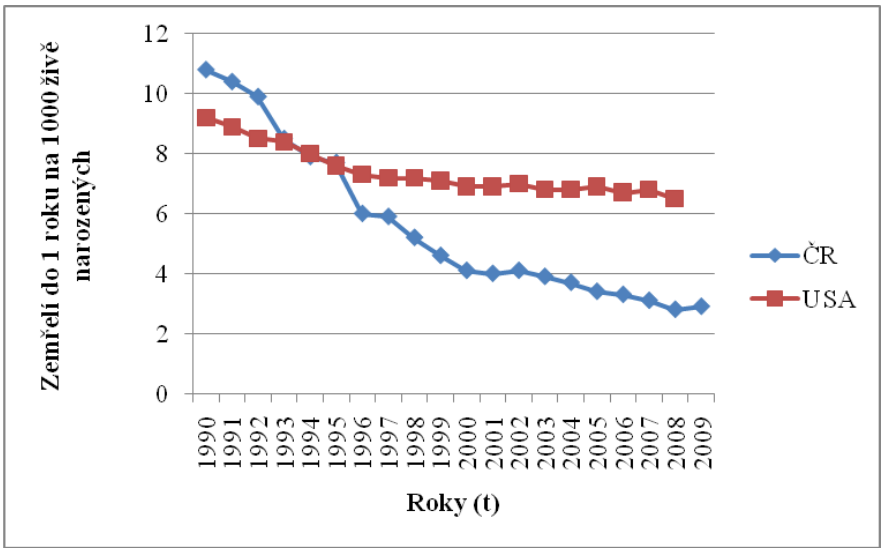
[105] MUŽÁKOVÁ, K. *Životní pojištění – Vybraná řešení příkladů v MS Excel.* 1. vyd., Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. s. 15. ISBN 978-80-7372-509-9.

na zdravotnictví budou zaručovat nízkou kojeneckou úmrtnost. Ve Spojených státech tomu tak není, jelikož roli zde hraje nerovnost příjmů, sociální prostředí a také životní styl.[106]

Tab. 16: Kojenecká úmrtnost v letech 1990 – 2009

Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	10,8	10,4	9,9	8,5	7,9	7,7	6,0	5,9	5,2	4,6
USA	9,2	8,9	8,5	8,4	8,0	7,6	7,3	7,2	7,2	7,1
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	4,1	4,0	4,1	3,9	3,7	3,4	3,3	3,1	2,8	2,9
USA	6,9	6,9	7,0	6,8	6,8	6,9	6,7	6,8	6,5	-

zdroj: OECD Health Data 2011



Obr. 13: Kojenecká úmrtnost v letech 1990 – 2009
zdroj: OECD Health Data 2011

4.2.3 Potenciálně ztracené roky života

Ukazatel potenciálně ztracené roky života, v angličtině Potential Years of Life Lost (PYLL), vyjadřuje souhrnně roky ztracené předčasným úmrtím. Počítá se jako součet

[106] *Health at a Glance 2011: OECD Indicators* [online] OECD iLibrary, 2012 [vid. 2012-2-29] Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en

zemřelých v každém věku vynásobený rozdílem mezi stanovenou věkovou hranicí a skutečným věkem při úmrtí. Ti, kteří zemřou do stanovené věkové hranice, jsou považováni za předčasně zemřelé. Statistiky jsou vytvářeny zvlášť pro muže a ženy.[107]

Tab. 17 a Obr. 14 udávají počet potenciálně ztracených let života žen ve věku 0 - 69 let na 100 000 žen. Na obrázku obě křivky klesají, křivka ČR dokonce výrazněji než křivka USA. Poslední dvě hodnoty pro USA nebyly v době psaní práce dostupné, avšak z průběhu křivky je patrné, že hodnoty postupně klesají k počtu 3 000.

Grafy zachycují předčasnou úmrtnost mladších věkových skupin obyvatelstva. Je zachycena i kojenecká úmrtnost, která hodnoty silně ovlivňuje, a právě díky snížené kojenecké úmrtnosti křivky výrazně klesají. V křivkách jsou skryta úmrtí na různé nemoci a zranění u dětí i dospělých. Klesající charakter křivek je důsledkem pokroku v lékařských technikách, v prevenci, kontrolách a také ve snížení přenosných nemocí. Pozitivní efekt přináší pokles úmrtí na srdeční nemoci, který byl zaznamenán v mnoha zemích OECD. V roce 2006 byl průměr zemí OECD 2 548 na 100 000 žen. Česká republika se k průměru přibližovala, Spojené státy byly hodně nad průměrem. [108]

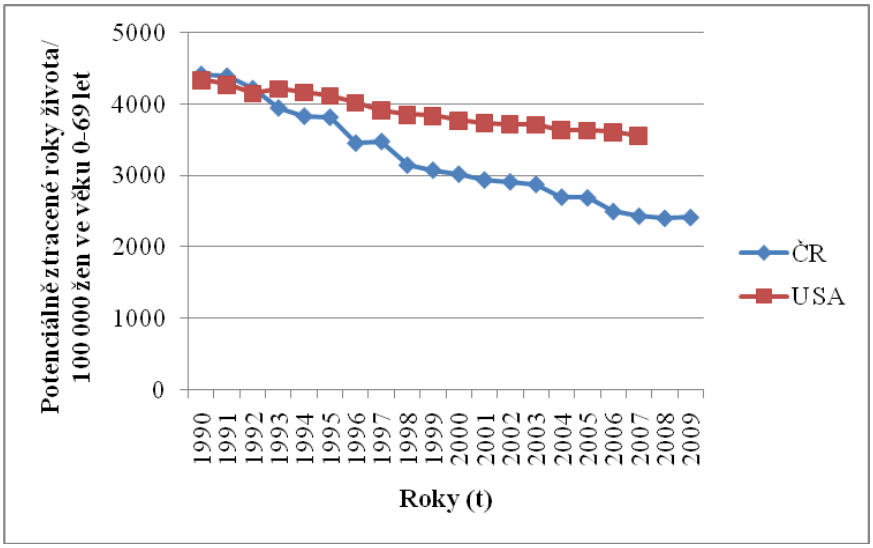
Tab. 17: Potenciálně ztracené roky života žen ve věku 0-69 let na 100 000 žen

Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	4415,4	4391,5	4216,7	3945,7	3830,5	3816,0	3453,4	3476,3	3145,6	3074,1
USA	4338,4	4274,9	4151,2	4212,8	4166,5	4117,1	4021,8	3912,8	3852,2	3835,9
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	3018,9	2937,1	2911,1	2875,1	2696,8	2686,3	2495,7	2430,2	2400,9	2411,8
USA	3771,6	3733,0	3718,7	3711,3	3638,9	3632,8	3611,2	3554,7	-	-

zdroj: OECD Health Data 2011

[107] *Anglické a české termíny pro souhrnné ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva* [online] ÚZIS Praha, 2010 [vid. 2012-3-4] Dostupné z: http://www.uzis.cz/rychle-informace/anglicke-ceske-terminy-pro-souhrnne-ukazatele-zdravotniho-stavu-obyvatelstva

[108] *Health at a Glance 2011: OECD Indicators* [online] OECD iLibrary, 2012 [vid. 2012-2-29] Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en



Obr. 14: Potenciálně ztracené roky života žen ve věku 0-69 let na 100 000 žen
zdroj: OECD Health Data 2011

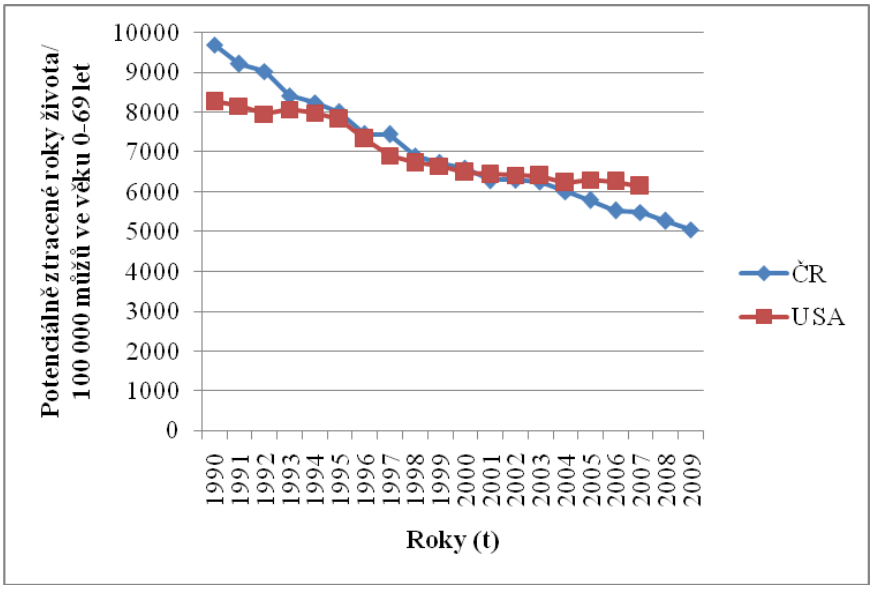
Tab. 18 a Obr. 15 udávají počet potenciálně ztracených let života mužů ve věku 0 - 69 let na 100 000 mužů. Poslední dvě hodnoty pro USA opět nejsou dostupné a znázorněné. Z průběhu křivek je patrné, že v obou zemích se hodnoty pohybují od vysokých čísel v roce 1990 směrem dolů a přes nejčastější hodnoty kolem 6 000 stále klesají. Průměr mužů v zemích OECD v roce 2006 byl 4 853 na 100 000 mužů.

Při porovnání grafů mužů a žen je na první pohled vidět, že předčasné úmrtí je vyšší u mužů v obou zemích, a to dvojnásobně. Jako příčiny úmrtí u mužů jsou uváděny úrazy, násilná smrt, rakovina a nemoci oběhového systému. U žen převládá úmrtí na rakovinu a na nemoci oběhového systému. V USA je velký podíl úmrtí mužů i žen zapříčiněn nehodami, vraždami a sebevraždami.[109]

[109] *Health at a Glance 2011: OECD Indicators* [online] OECD iLibrary, 2012 [vid. 2012-2-29] Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en

Tab. 18: Potenciálně ztracené roky života mužů ve věku 0-69 let na 100 000 mužů

Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	9690,4	9211,2	9020,2	8409,8	8246,8	7995,7	7442,5	7449,1	6904,8	6723,0
USA	8261,7	8156,6	7945,9	8061,4	7980,9	7812,8	7331,5	6902,9	6726,1	6648,0
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	6580,9	6288,7	6300,8	6257,1	6012,5	5790,7	5532,5	5486,3	5262,9	5045,5
USA	6478,0	6435,1	6418,2	6397,3	6227,7	6291,4	6249,9	6132,8	-	-



Obr. 15: Potenciálně ztracené roky života mužů ve věku 0-69 let na 100 000 mužů
zdroj: OECD Health Data 2011

4.3 Ukazatele zdravotní péče

Jako nejdůležitější ukazatel zdravotní péče byla zvolena návštěvnost ambulantních lékařů.

4.3.1 Návštěvnost ambulantních lékařů

Následující graf na Obr. 13 a Tab. 19 porovnávají návštěvnost ambulantních lékařů v průměru na osobu za rok. Pro některé roky nejsou údaje o Spojených státech dostupné. Přesto je vidět, že návštěvnost v ČR je třikrát vyšší než v USA. Od roku 2008 je v ČR zaznamenán výrazný pokles návštěvnosti, který je způsoben zavedením regulačních

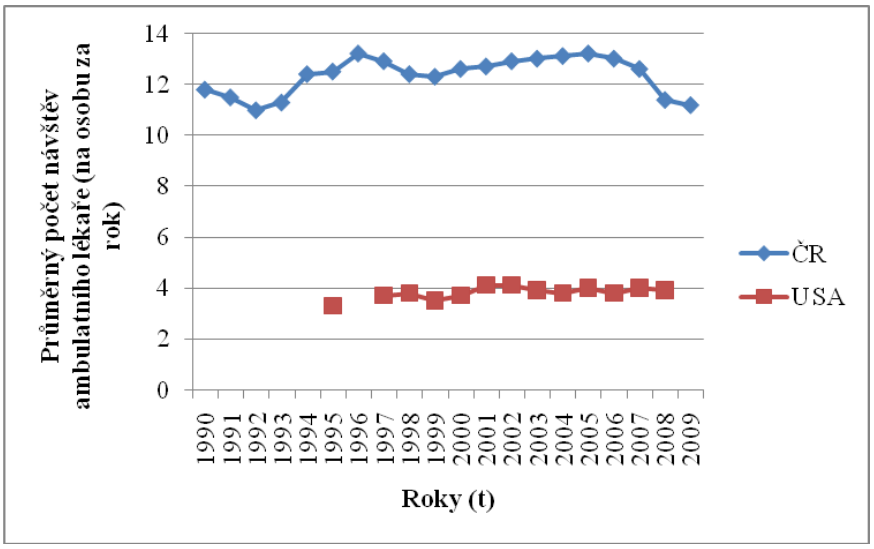
poplatků. Průměr zvyšují senioři, kterých stále přibývá a díky dokonalejší zdravotní péči se prodlužuje průměrná délka života.

Nízká návštěvnost lékařů v USA je způsobena slabým zájmem o preventivní péči a hlavně finanční zátěží. Hodnota indikátoru se v průběhu let pohybuje mezi 3 – 4 návštěvami za rok.

Tab. 19: Průměrný počet návštěv ambulantního lékaře na osobu za rok

Rok / Stát	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
ČR	11,8	11,5	11,0	11,3	12,4	12,5	13,2	12,9	12,4	12,3
USA	-	-	-	-	-	3,3	-	3,7	3,8	3,5
Rok / Stát	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
ČR	12,6	12,7	12,9	13,0	13,1	13,2	13,0	12,6	11,4	11,2
USA	3,7	4,1	4,1	3,9	3,8	4,0	3,8	4,0	3,9	-

zdroj: OECD Health Data 2011



Obr. 16: Průměrný počet návštěv ambulantního lékaře na osobu za rok
zdroj: OECD Health Data 2011

4.4 Analýza závislostí vybraných zdravotnických ukazatelů

Obsahem poslední podkapitoly je analýza závislostí mezi celkovými výdaji na zdravotnictví a střední délkou života. Podle Tab. 8 a 15 má obyvatelstvo ČR při nižších výdajích na zdravotnictví nižší střední délku života než USA, kde mají obyvatelé při vyšších výdajích na zdravotnictví vyšší střední délku života. Cílem je zjistit, zda jsou tyto dva ukazatele na sobě závislé. Analýza je prováděna pomocí programu Statgraphics Centurion (dále SGP).

Pro zkoumání závislosti celkových výdajů na zdravotnictví a střední délky života je použita regresní a korelační analýza. Regresní analýza udává směr závislosti, korelační analýza měří intenzitu závislosti. Intenzita závislosti je v tomto případě měřena pomocí **koeficientu korelace**, který se pohybuje v hodnotách <-1;1>. Intenzita závislosti je v záporných hodnotách nepřímá, v kladných hodnotách přímá.

Další sledovanou hodnotou je **index determinace**, který udává kvalitu regresního modelu, tedy kolik procent rozptylu vysvětlované proměnné je vysvětleno zvoleným modelem a kolik zůstalo nevysvětleno. Pohybuje se v mezích <0;1>, přičemž u modelu se vyžadují hodnoty co nejbližší číslu 1. Udává se v procentech, optimální je přiblížit se co nejvíc k 100 %.

Pro měření závislosti jsou k dispozici data z obou zkoumaných zemí, avšak analýza počítá pouze s daty patřící České republice.

4.4.1 Závislost celkových výdajů na zdravotnictví a střední délky života

Celkové výdaje na zdravotnictví jsou zvoleny jako proměnná závislá, střední délka života je proměnnou nezávislou. U modelů je potřeba zjistit, který je nejvhodnější k popsání závislosti. Nejvhodnější model by měl mít nulové hodnoty P-value[110] pro celkový F-test[111]

[110] P-value se rovná dosažené hladině významnosti; je to pravděpodobnost, že při opakovaném provedení testu, bude hodnota testovací statistiky stejná nebo větší

[111] testové kritérium s Fisherovým rozdělením

a dílčí t-testy[112]. Zároveň je hledána nejvyšší hodnota korelačního koeficientu a indexu determinace.

Tab. 20: Celkové výdaje na zdravotnictví a střední délka života v letech 1990-2009 v ČR

Rok / Proměnná	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
celkové výdaje	558,0	539,0	567,0	765,0	815,0	897,0	915,0	921,0	925,0	938,0
střední délka života	71,5	72,0	72,4	72,9	73,2	73,3	73,9	74,0	74,7	74,9
Rok / Proměnná	**2000**	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
celkové výdaje	981,0	1081,0	1195,0	1338,0	1387,0	1475,0	1556,0	1661,0	1839,0	2108,0
střední délka života	75,1	75,3	75,4	75,3	75,9	76,0	76,7	77,0	77,3	77,3

zdroj: OECD Health Data 2011

Po vložení dat z Tab. 20 do programu SGP a aplikaci regresní a korelační analýzy, jsou k dispozici následující výsledky pro lineární a exponenciální model, viz Tab. 21.

Tab. 21: Výsledky regresní a korelační analýzy

	Korelační koeficient	Index determinace (v %)	P-Value
Lineární model	0,94219	88,7722	0,0000
Exponenciální model	0,97049	94,1853	0,0000

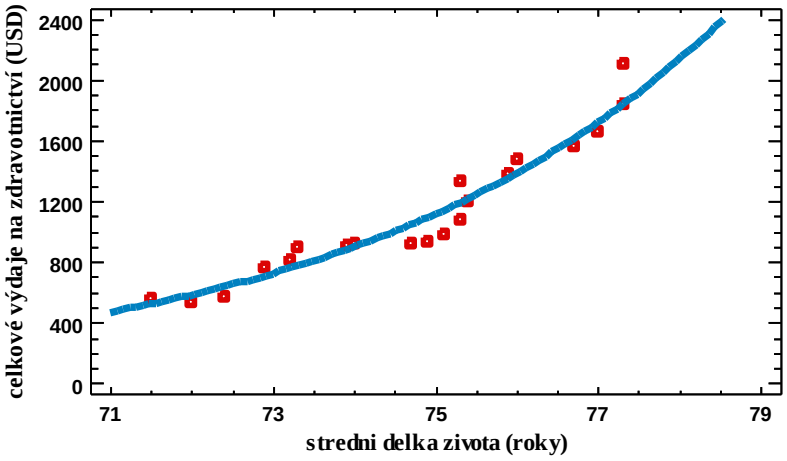
zdroj: vlastní zpracování z programu SGP

Výsledkem je, že celkové výdaje na zdravotnictví a střední délka života na sobě jsou závislé, a to silně, jelikož hodnota korelačního koeficientu se blíží k jedné. Kladné znaménko udává, že hodnoty společně rostou.

Lineární model byl zvolen jako základní, prokázalo se však, že není nejvhodnější. Z grafu na Obr. 17 je patrné, že jako vhodnější se jeví model exponenciální. Svědčí o tom nejen

[112] testové kritérium se Studentovým rozdělením

grafické znázornění, ale hlavně výsledné hodnoty. Index determinace udává 94% spolehlivost modelu a zároveň vyšší hodnotu indexu determinace 0,97049.



Obr. 17: **Exponenciální závislost celkových výdajů na zdravotnictví a střední délky života**
zdroj: vlastní zpracování z SGP

Podle získaných a vypočtených dat lze říci, že mezi celkovými výdaji na zdravotnictví a střední délkou života existuje silná závislost. Jelikož mají USA mnohonásobně vyšší výdaje na zdravotnictví než ČR, dožívají se Američané vyššího věku než obyvatelé ČR.

Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda stát, ve kterém převládá soukromé zdravotní pojištění, má méně zatížen státní rozpočet. Dílčím cílem bylo zhodnocení efektu, který má vybraný způsob financování zdravotnictví na zdravotní stav obyvatelstva.

Problematika byla nejdříve zkoumána z teoretického hlediska prostřednictvím rešerší české a světové literatury a studií uveřejněných na internetu. První kapitola přinesla všeobecné informace o zdravotnických systémech, o jejich rozdělení a způsobu financování. Otázka financování zdravotnictví byla protkána celou prací.

Pro detailní popis veřejného zdravotního pojištění byla vybrána Česká republika. V naší zemi je tradicí, že se stát stará o své občany a garantuje jim potřebnou zdravotní péči. Je zde výrazný prvek solidarity. Existuje zde několik zdravotních pojišťoven, z nichž výrazně vyčnívá Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. VZP ČR má největší počet pojištěnců a díky zákonům a malé konkurenci má stále výsadní postavení. Ovšem rostoucí výdaje a nízké příjmy ve zdravotnictví začínají poukazovat na špatnou funkčnost českého systému zdravotnictví. Už mnoho ministrů přišlo s návrhy a reformami, které by měly českému zdravotnictví pomoci. Od ledna roku 2012 vstoupila v platnost reforma zdravotnictví, která se snaží zefektivnit celý systém. Cílem reformy je podnítit v občanech zájem o vlastní zdraví a zamezit plýtvání ve zdravotnictví, jak se službami, tak s financemi. Reforma přichází s pojmem nadstandard, který otevírá prostor komerčním pojišťovnám, které nabízejí soukromé zdravotní pojištění. Soukromé zdravotní pojištění v ČR existuje, nabízí ho několik komerčních pojišťoven, ovšem procentní zastoupení, v porovnání s ostatními státy Evropy, je velmi malé. Nejčastěji uzavíraným produktem je pojištění léčebných výloh v zahraničí a dále smluvní zdravotní pojištění cizinců.

Další část práce byla věnována zdravotnímu pojištění ve Spojených státech amerických, kde je zastoupeno jak veřejné, tak soukromé zdravotní pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je poskytováno z vládních programů a týká se potřebných skupin obyvatel, jako jsou děti, rodiče na mateřské dovolené, chudí občané a senioři. Soukromé zdravotní pojištění je nejčastěji poskytováno zaměstnavatelem jako skupinové pojištění, individuální

pojistky se uzavírají jen zřídka. Ve skupinovém uzavírání pojistek je možné vidět prvek solidarity. Velkým problémem USA jsou nepojištění občané, vysoká nákladovost systému a přerozdělování finančních prostředků. Stejně jako v ČR, tak i v USA se v současné době zabývají reformami zdravotnictví. Rostoucí náklady na zdravotní péči snižují dostupnost péče pro jednotlivce, celé rodiny i malé podniky, kteří pojištění uzavřené nemají a zároveň představují velkou zátěž pro ty, kteří pojištěni jsou. Cílem americké reformy je zefektivnit systém zdravotnictví, který je poskytován vládou. Chtějí pomoci lidem, kteří se nacházejí pod hranicí chudoby a snížit tak počty nepojištěných občanů. Mnoho peněz se v americkém zdravotnickém systému ztrácí a nejsou účelně vynaloženy, když finance chybí, řeší se to zvyšováním pojistného, které je pro stávající plátce neúnosné. Mnoho lidí si pak vybírá možnost nebýt zdravotně pojištěn, tím se však vystavují vysokému riziku. S novým zákonem přišla povinnost být zdravotně pojištěn pro všechny občany. Tímto krokem se Spojené státy přibližují k systému veřejného zdravotního pojištění, který funguje v České republice a v mnoha zemích Evropy. Plány do budoucna jsou zatím jen na papíře a jen praxe ukáže, zda tato změna pomůže zmírnit nákladovost zdravotnictví USA. Česká republika se naopak snaží zvyšovat podíl soukromého zdravotního pojištění a soukromých výdajů na zdravotnictví. Vláda si uvědomuje, že ekonomicky aktivních obyvatel je stále méně a seniorů přibývá. Stejně tak jako funguje systém penzijního připojištění, tak by mohl fungovat systém „zdravotního připojištění“. Pro budoucnost a udržitelnost úrovně zdravotnictví je potřeba podnikat radikálnější kroky. Když občané budou vědět, kolik přesně je z jejich zdravotního účtu zaplaceno za jednotlivé ošetření či operativní zákrok, vytvoří si svůj vlastní přístup a s financemi budou zacházet opatrněji.

Praktická část přináší konkrétní čísla z oblasti financování zdravotnictví v ČR a USA. Nejdříve jsou zkoumány celkové, veřejné a soukromé výdaje na zdravotnictví. Veškerá data pocházejí ze studií OECD a jsou uváděna buď v procentech, nebo v amerických dolarech dle parity kupní síly. Co se týče celkových výdajů, zde mnohonásobně převyšují Spojené státy Českou republiku. Jejich podíl na HDP rok od roku roste a v roce 2009 byl na úrovni 17,4 % HDP. Tímto číslem se řadí mezi země s nejvyšším podílem. Takto vysoký podíl značí, že úroveň zdravotnictví by měla být na špičkové úrovni. Ovšem na špičkové úrovni jsou v tomto případě pouze platy lékařů a technologické výzkumy. Samotní občané cítí, že ne vždy se jim dostává adekvátní péče

a hlavně si jí v mnoha případech nemohou dovolit. ČR dosáhla v roce 2009 úrovně 8,9 % HDP, čímž se přibližuje průměru zemí OECD. Procentní podíl veřejného zdravotního pojištění na celkovém zdravotním pojištění dokazuje, že ČR pozvolna podíl snižuje, ale stále se pohybuje blízko 80 %. USA mají podíl poloviční, ale pouze v procentních bodech, v absolutních částkách opět ČR převyšují. V roce 2009 byly veřejné výdaje na osobu za rok v USA 3 794,9 dolaru a v ČR 1 769,5 dolaru. Zde je vidět, že USA vynakládají na veřejné zdravotnictví enormní sumy peněz, ačkoliv je jejich systém založen hlavně na soukromém zdravotním pojištění. S novou reformou, která se snaží zahrnout do pojištění všechny potřebné občany, se výdaje ještě zvyšují, ovšem v následujících letech se počítá s návratností vložených financí. Soukromé výdaje na zdravotnictví, co se týče výdajů z vlastních zdrojů občanů, se v USA procentně snižují, v ČR naopak zvyšují. Absolutní částky v obou zemích rostou, v roce 2009 dosáhly hodnot 976,2 dolaru v USA a 304,2 dolaru v ČR na osobu za rok. V ČR jsou snahy o větší zapojení občanů do vlastního financování zdravotní péče. V USA se rovněž snaží zachovat soukromé zdroje, ovšem formou soukromého zdravotního pojištění, přímé výdaje z vlastních zdrojů má vláda tendenci omezovat. Co se týká výdajů na farmaceutické výrobky, tak ČR má vyšší procentní podíl z celkových výdajů, přičemž v ČR procentní podíl klesá, v USA roste. Spotřeba léčiv v ČR je spojena s vysokou návštěvností lékařů, jelikož mnoho občanů si nechává předepisovat velké množství léků. Regulační poplatky tento proces začínají mírnit. V USA vysoké hodnoty výdajů odpovídají cenám za lékařské medikamenty, které jsou v porovnání s ČR o poznání vyšší. V USA je velká konkurence farmaceutických společností a díky tomu vysoké ceny.

Úroveň zdravotnictví v USA se na první pohled jeví jako velice vyspělá, díky novým technologiím, které právě na jejich kontinentu vznikají. Zarážející však je, že kojenecká úmrtnost se stále drží ve vysokých hodnotách. ČR se naopak může pyšnit jednou z nejnižších hodnot ve státech OECD. Tento jev se dá odvodit od lepší úrovně všeobecného zdravotního pojištění v ČR a lepší preventivní péče. Dalším vypovídajícím ukazatelem jsou potenciálně ztracené roky života. Ukazatel je měřen zvlášť pro muže a ženy, přičemž v obou zemích jsou pro muže naměřeny mnohem vyšší hodnoty než u žen. Hodnoty jsou v obou zemích velmi podobné, ale USA mírně ČR převyšují. Prokazuje se tedy vyšší míra úmrtnosti u USA. Jednou z příčin může být opět nízká prevence a méně

časté návštěvy u lékaře, s úmyslem ušetřit za zdravotní péči. Úroveň zdravotnictví v USA, založená hlavně na systému soukromého zdravotního pojištění, je podle těchto ukazatelů na nižší úrovni než v ČR. Jediný ukazatel, kterým USA převyšují ČR, je střední délka života. V posledním sledovaném roce byla v USA střední délka života při narození mužů i žen 78,2 roku, v ČR pouze 77,3 roku.

Poslední podkapitola analyzovala závislost celkových výdajů na zdravotnictví a střední délky života. Z předchozího textu je zřejmé, že USA mají mnohem vyšší celkové výdaje na zdravotnictví než ČR. Zároveň se v USA lidé dožívají vyššího věku než v ČR. Byla tedy provedena analýza závislostí, která prokázala, že střední délka života je silně závislá na celkových výdajích na zdravotnictví. Jelikož USA mají čtyřnásobně vyšší výdaje na zdravotnictví, správně tomu odpovídá i vyšší střední délka života. Celkové výdaje jsou tvořeny jak veřejnými, tak soukromými výdaji. Je možné, že právě velký podíl soukromých výdajů má za výsledek vyšší střední délku života.

Po shrnutí veškerých poznatků a analýze dat, lze dojít k závěru, že dosud nebyl nalezen ideální model financování zdravotnictví. V obou zkoumaných státech se prokázalo, že samotné soukromé zdravotní pojištění není schopno pokrýt veškeré obyvatelstvo. Je zde potřeba podpory ze strany státu formou veřejného zdravotního pojištění. Ačkoliv v USA převládá soukromé zdravotní pojištění, ze státního rozpočtu jsou vynakládány vysoké částky na financování veřejného zdravotnictví. Snaží se přiblížit evropskému systému zdravotnictví a chtějí více podporovat své občany v pojištěnosti pomocí státních dotací. Spojené státy tedy nejsou příkladnou zemí, která by díky systému soukromého zdravotního pojištění ušetřila finance ve státním rozpočtu. ČR se potýká s problémem rostoucích veřejných výdajů na zdravotnictví, a jelikož zde zatím není ve velké míře zavedeno soukromé zdravotní pojištění, snaží se získat finance formou soukromých plateb ze strany občanů. Hranice veřejného zdravotního pojištění v ČR začínají být pevně nastaveny, a tak je zde prostor k postupnému zvyšování podílu soukromého zdravotního pojištění, ale jen formou připojištění k veřejnému zdravotnímu pojištění. Doporučením pro ČR je zachování systému veřejného zdravotního pojištění, na který jsou občané podle dlouholeté tradice zvyklí. Správným krokem je zvyšování jejich spoluúčasti, která pomůže ušetřit finance ve státním rozpočtu.

Seznam použité literatury

Tištěné zdroje

BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8.

BODENHEIMER, T., GRUMBACH K. *Understanding Health Policy, A clinical approach*. 5th ed., The McGraw-Hill Companies, Inc. 2009, 217 s. ISBN 0-07-164304-4

DUCHÁČKOVÁ, E. *Principy pojištění a pojišťovnictví*. 2. vyd. Praha: Ekopress, s.r.o., 2005. 178 s. ISBN 80-86119-92-0.

DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Průvodce systémem zdravotní péče České republiky*. 3. vyd. Kostelec nad Černými lesy: SV s.r.o., 2004. 40 s. ISBN 80-86625-22-2.

MACH, M. *Makroekonomie II, Pro magisterské studium, 1. a 2. část.* 3.vyd. Slaný: Melandrium, 2001, 367 s. ISBN 80-86175-18-9.

MORRIS, S.; DELVIN, N.; PARKIN, D. *Economic Analysis in Health Care*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 2007. 400 s. ISBN 9780470016855.

MUŽÁKOVÁ, K. *Životní pojištění – Vybraná řešení příkladů v MS Excel*. 1. vyd., Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. 99 s. ISBN 978-80-7372-509-9.

NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

REKTOŘÍK, J. aj. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. 2. vyd. Praha: Ekopress, s.r.o., 2007. 309 s. ISBN 978-80-86929-29-3.

VOSTATEK, J. *Sociální a soukromé pojištění*. 1. vyd. Praha: CODEX Bohemia, s.r.o., 1996. 601 s. ISBN 80-85963-21-3.

Internetové zdroje

Anglické a české termíny pro souhrnné ukazatele zdravotního stavu obyvatelstva [online] ÚZIS Praha, 2010 [vid. 2012-3-4] Dostupné z: http://www.uzis.cz/rychle-informace/anglicke-ceske-terminy-pro-souhrnne-ukazatele-zdravotniho-stavu-obyvatelstva

BOLKOVÁ, L. *Reforma zdravotnictví: připlatíme si*. Zdravotnické noviny [online]. Mladá fronta a.s., 2011-10-13, [vid. 2011-10-20]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/denni-zpravy/z-domova/reforma-zdravotnictvi-priplatime-si-461740

Cestovní pojištění. Pojištění léčebných výloh [online]. Pojišťovna VZP, a.s., 2011 [vid. 2011-11-11]. Dostupné z: http://www.pvzp.cz/cs/produkty/cestovni-pojisteni.html

Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010 [online] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010 [vid. 2012-1-7]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2010

FLAŠAR, R. *Řešení současné situace ve zdravotnictví – jedině zásadní reforma*. Zdravotnické noviny [online]. Mladá fronta a.s., 2011-2-10, [vid. 2011-10-20]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/reseni-soucasne-situace-ve-zdravotnictvi-jedine-zasadni-reforma-457949?category=komentare

Focus on Health Reform [online] Kaiser Family Foundation, 2012 [vid. 2012-2-20] Dostupné z: http://www.kff.org/healthreform/upload/housesenatebill_final.pdf

GABEL, J.; ERMANN D. *Preferred provider organizations: performance, problems and promise* [online] Health Affairs, 4, no. 1, 1985 [vid. 2011-11-30] Dostupné z: http://content.healthaffairs.org/content/4/1/24.full.pdf

GARSON, A. *The US Healthcare System 2010: Problems, Principles and Potential Solutions [*online] American Heart Association, 2000 [vid. 2012-2-14]. Dostupné z: http://circ.ahajournals.org/content/101/16/2015.full.pdf+html

GLIED, S. A., *Health Care Financing, Efficiency, and Equity* [online] National Bureau of Economic Research, 2008 [vid. 2012-02-14] Dostupné z: http://www.nber.org/papers/w13881

GOLA, P. *Jak postihnout neplatiče pojistného?* [online] Wolters Kluwer ČR, 2012 [vid. 2012-03-20] Dostupné z: http://www.danarionline.cz/blog/detail-prispevku/articleid-855-jak-postihnout-neplatice-pojistneho/

Health at a Glance 2011: OECD Indicators [online] OECD iLibrary, 2012 [vid. 2012-2-29] Dostupné z: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2011_health_glance-2011-en

Health Care Insurance [online] HealthPAC online, 2011 [vid. 2011-11-29] Dostupné z: http://www.healthpaconline.net/health-care-insurance.htm

Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by State – All Persons: 1999 to 2009 [online] U. S. Census Bureau, 2011 [vid. 2011-11-15] Dostupné z: http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/data/historical/index.html

HNILICOVÁ, H.; DOBIÁŠOVÁ, K. a ČIŽINSKÝ, P. *Komerční zdravotní pojištění cizinců v ČR* [online] www.migraceonline.cz [vid. 2012-1-11] Dostupné z: http://aa.ecn.cz/img_upload/224c0704b7b7746e8a07df9a8b20c098/HnilicovaDobiasovaCizincsky_KomercniZdravotniPojisteni.pdf

HROBOŇ, P. *Obamova reforma amerického zdravotnictví – velké vítězství nebo nedokončený úkol?* [online] Pharm Business Magazine, 02/2010, s. 12 [vid. 2012-2-20] Dostupné z: http://pharmbm.cz/node/14

HROBOŇ, P.; MACHÁČEK, T. a JULÍNEK T. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století* [online] Reforma zdravotnictví Forum CZ [vid. 2012-1-11] Dostupné z:http://healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publikace.pdf

Hrubý domácí produkt (HDP) – Metodika [online] Český statistický úřad, 2012 [vid. 2012-2-29] Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/hruby_domaci_produkt_(hdp)

Komplexní zdravotní pojištění cizinců [online] Pojišťovna VZP, a.s. [vid. 2012-1-12] Dostupné z: http://www.pvzp.cz/cs/produkty/komplexni-zdravotni-pojisteni-cizincu.html

Medicare and you [online] U. S. Department of Health and Human Services, 2011 [vid. 2011-11-29] Dostupné z: http://www.medicare.gov/publications/pubs/pdf/10050.pdf

Medicare basics [online] USA, Medicare.org, 2011 [vid. 2011-11-14] Dostupné z: http://www.medicare.org/medicare-basics.html

Metodický pokyn – znění platné od 1. 1. 2012 [online] Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2012 [vid. 2012-02-09] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-zneni-platne-od-112012_5740_1197_3.html

Nadstandardní zdravotní péče [online]. Slavia pojišťovna, 2011 [vid. 2011-11-12]. Dostupné z: http://www.pojistovna-slavia.cz/nadstandardni-zdravotni-pece

Obama protlačil zdravotní reformu, která umožní péči milionům Američanů [online] iDNES.cz, 2010 [vid. 2012-2-21] Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/obama-protlacil-zdravotni-reformu-ktera-umozni-peci-milionum-americanu-1o1-/zahranicni.aspx?c=A100322_070633_zahranicni_ipl

OECD Health Data 2011 [online] OECD, 2012 [vid. 2012-2-20] Dostupné z: http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html

Pojištění léčebných výloh [online]. iDnes.cz, 2006 [vid. 2011-11-11]. Dostupné z: http://finance.idnes.cz/pojisteni-lecebnych-vyloh-dc7-/poj.aspx?c=A001024_000001_viteze_74

Pojištění stomatologické péče [online]. Finanční noviny.cz, 2011 [vid. 2011-11-11]. Dostupné z: http://osobni-finance.financninoviny.cz/pojisteni/informace/soukrome-zdravotni-pruvodce/stomatologie/

Pojištění vážných onemocnění [online]. Finanční noviny.cz, 2011 [vid. 2011-11-11]. Dostupné z: http://osobni-finance.financninoviny.cz/pojisteni/informace/soukrome-zdravotni-pruvodce/zavazna-onemocneni/

POPOVIČ, I. *Celkové výdaje na zdravotnictví 2005 – 2009* [online]. ÚZIS ČR, Praha, 2010 [vid. 2011-10-20] Dostupné z: http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-zdravotnictvi-2005-2009

Poverty rate hits 15year high [online]. Reuters, 2010 [vid. 2011-11-14]. Dostupné z: http://www.reuters.com/article/2010/09/17/us-usa-economy-poverty-idUSTRE68F4K520100917

PROFIT. *Pojišťovny se v nemocnicích nebojí*. Zdravotnické noviny [online]. Mladá fronta a.s., 2007-4-30, [vid. 2011-10-20]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/clanek/sestra-priloha/pojistovny-se-v-nemocnicich-neboji-303621?category=z-domova

Proposed Medicaid Premiums Challenge Coverage for Florida´s Children and Parents [online] Georgetown University Health Policy Institute, 2012 [vid. 2012-3-30]. Dostupné z: http://ccf.georgetown.edu/index/proposed-medicaid-premiums-florida

RYSKOVÁ, S. *Sousedé si pojišťují nadstandard.* Zdravotnické noviny [online]. Mladá fronta a.s., 2005-6-2, [vid. 2011-10-20]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/sousede-si-pojistuji-nadstandard-167053?category=z-domova

Summary of Medicare Benefits and Cost-Sharing for 2012 [online] California Health Advocates, 2012 [vid. 2012-3-30] Dostupné z: http://www.cahealthadvocates.org/basics/benefits-summary.html

The 2011 HHS Poverty Guidelines [online]. U. S. Department of Health & Human Services, 2011 [vid. 2011-11-14]. Dostupné z: http://aspe.hhs.gov/poverty/11poverty.shtml

The Uninsured, A Primer [online] The Henry J.Kaiser Family Foundation, 2011. Dostupné z: http://www.kff.org/uninsured/upload/7451-07.pdf

Types of Health Insurance Plans in the US: HMO, POS, PPO [online] foreignborn.com 2011 [vid. 2011-12-1] Dostupné z: http://www.foreignborn.com/self-help/health_insurance/4-what_types.htm

URBÁNEK, V. *Financování zdravotnictví a sportu* [online] Ekonomika služeb veřejného sektoru, VŠE Praha [vid. 2012-2-10] Dostupné z: http://nb.vse.cz/~urbanek/EVS_List.htm

Výroční zpráva 2009 [online]. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2011 [vid. 2011-10-25]. Dostupné z: http://www.cpzp.cz/pdf/vz_cpzp_2009.pdf

Výroční zprávy a závěrky zdravotních pojišťoven za rok 2010 [online]. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna, Sněmovní tisk 513/0, část č. 3/23 [vid. 2012-04-01]. Dostupné z: http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=76085

What is Medicare/Medicaid [online]. Medical News Today, 2011 [vid. 2011-11-29]. Dostupné z: http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/#medicaid

Základní zdravotní pojištění cizinců [online] Pojišťovna VZP, a.s. [vid. 2012-1-12] Dostupné z: http://www.pvzp.cz/cs/produkty/zakladni-zdravotni-pojisteni-cizincu.html

Seznam příloh

Příloha 1 Souhrnné náklady programu Medicare

Tab. 22: Souhrnné náklady programu Medicare Part A

If You Have		In 2012, You Will Pay a Monthly Premium of
0-29 quarters of Social Security credits		$451
30–39 quarters of Social Security credits		$248
40 or more quarters of Social Security credits		$0
Inpatient Hospital Deductible		$1,156
Inpatient Hospital Coinsurance		$289 per day for days 61–90
		$578 per day for days 91-150
Skilled Nursing Facility Coinsurance		$144.50 per day for days 21-100
Service Provided	**Medicare Pays**	**You Pay**
Hospital Inpatient		
Days 1-60	100% after deductible	$1,156 deductible
Days 61-90	100% after copayment	$289 per day copayment
60 Reserve Days1	100% after copayment	$578 per day copayment
After 150 Days	0%	100% for each day
Psychiatric Hospital	Same as hospital inpatient (see above) with a 190-day lifetime limit	100% after 190 days
Skilled Nursing Facility (SNF)		
(if daily skilled care is needed after a 3-day hospital stay)		
Days 1-20	100%	0%
Days 21-100	100% after copayment	$144.50 per day copayment
After 100 Days	0%	100%
Home Health Care	100% minus 20% of covered medical equipment	20% of Medicare-approved amount for medical equipment
Hospice Care	100% minus $5 per prescription; 95% of Medicare-approved payment for respite care per day	Copayment of $5 per prescription; 5% of Medicare-approved payment for respite care per day, not to exceed $1,156
Blood (received during hospital or SNF stay)	100% after first 3 pints of blood	First 3 pints of blood each year

zdroj: California Health Advocates

Tab. 23: Souhrnné náklady programu Medicare Part B

Your Annual Income		Your Monthly Premium For 2012
Single: up to $85,000		$99.90
Couple: up to $170,000		
Single: $85,001 to $107,000		$139.90
Couple: $170,001 to $214,000		
Single: $107,001 to $160,000		$199.80
Couple: $214,001 to $320,000		
Single: $160,001 to $213,000		$259.70
Couple: $320,001 to $426,000		
Single: $213,001 and over		$319.70
Couple: $426,001 and over		
Service	**Medicare Pays**	**You Pay**
Annual Deductible		$140/yr.
Physician Costs	80% of approved amount	20% of Medicare-approved amount, plus up to an additional 15% of the approved amount if the doctor or supplier does not accept assignment
Outpatient Hospital Care	80% of approved amount	$1,156 maximum
Clinical Lab Services	Approved amount	$0
Medical Equipment/Supplies	80% of approved amount	All other costs
Certain Preventive Services	80% or 100%	20% of approved amount or $0, depending on the service
Mental Health Services	Days 1-60: 100% after deductible	Days 1-60: $1,156 deductible
Partial Hospitalization	Days 61-90: 100% after copayment	Days 61-90: $289 per day copayment
	60 Reserve Days: 100% after copayment	60 Reserve Days: $578 per day copayment
	After 150 Days: 0%	After 150 Days: 100% for each day
Outpatient	60% of approved amount	40% of approved amount

zdroj: California Health Advocates