

# 1 Úvod

Zdravotnické systémy vyspělých zemí je možné pro přehlednost rozdělit do tří základních typů podle toho, jakým občané v dané zemi platí za zdravotnické služby.

## 2. Zdravotnické systémy - hlavní modely a jejich charakteristika

V tomto smyslu potom můžeme zdravotnické systémy vyspělých zemí rozdělit do tří kategorií:

- Zdravotnictví financované z daní obyvatelstva, prostřednictvím státního rozpočtu - tzv. státní zdravotnictví,
- Zdravotnictví financované z veřejného zdravotního pojištění - bismarckovský model,
- Zdravotnictví převážně tržně orientované, kde hraje rozhodující roli soukromé zdravotní pojištění.

U prvních dvou uvedených modelů existuje státní garance potřebné (nezbytné, základní) zdravotní péče pro všechny občany. V mnoha zemích je tato garance deklarována jako jedno ze základních lidských práv, které je zaručeno Ústavou. Ve třetím - tržním modelu, reprezentovaném zdravotnictvím USA, tato garance ve všeobecné rovině neexistuje. Důraz je kladen na individuální odpovědnost za zdraví, a stát tudíž negarantuje zdravotní péči pro všechny obyvatele. Stát ručí pouze za zdravotní péči pro některé skupiny obyvatel, které jsou přesně definovány. Jedná se převážně o sociálně znevýhodněné skupiny.

### 2.1 Státní zdravotnictví – Národní zdravotní služba

Státní zdravotnictví historicky existuje ve dvou různých podobách (Semaškův a Beveridgův model), které se vzájemně liší jednak rolí soukromého sektoru ve zdravotnictví jednak existencí v čase.

Oba fungují ale podle stejných principů, za které jsou považovány všeobecná dostupnost zdravotní péče a rovný, tj. spravedlivý přístup ke zdravotnickým službám. Znamená to, že stát, prostřednictvím platné legislativy, garantuje všem svým občanům stejný rozsah zdravotní péče a stejné podmínky při distribuci a poskytování zdravotnických služeb všem, kteří je potřebují. Uvedené principy jsou považovány za spravedlivé (Hnilicová, H. 2009).

Oba modely se vyznačují tím, že zdravotnictví je financováno státem, a to z daní.

#### Výhody tohoto modelu:

- garance dostupnosti veškeré potřebné zdravotní péče státem,
- rovnost v přístupu k péči
- všeobecná dostupnost základních služeb,
- úspornost, nižší celkové náklady,
- menší administrativní zatížení lékařů,
- snazší makroekonomická regulace,
- důležitý prvek národní ekonomiky, stát poskytuje zaměstnání zdravotnickým pracovníkům.

#### Nevýhody:

- dlouhé čekací doby na ambulantní specializované služby a drahé výkony,
- omezená svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení,
- různá úroveň nemocnic z hlediska komfortu pacientů.

### 2.1.1 Semaškův model

Semaškův model státního zdravotnictví fungoval již před druhou světovou válkou v bývalém Sovětském svazu. Jeho tvůrce, N. A. Semaško, byl prvním lidovým komisařem pro zdravotnictví v sovětském Rusku se stal spolutvůrcem jednotného a centrálně řízeného státního zdravotnictví, které bylo po druhé světové válce zavedeno ve všech zemích střední a východní Evropy, včetně Československa (Hnilicová, H. 2009), kde byl začátkem 90. let nahrazen modelem bismarckovským stejně jako ve většině zemí bývalého východního bloku.

V současné době existuje tento model v nezměněné podobě pouze na Kubě.

### 2.1.2 Beveridgův model

Duchovním otcem tohoto systému je Wiliam Beveridge, známý britský ekonom a sociálního reformátora, který působil v období před druhou světovou válkou ve Velké Británii. Jeho myšlenky byly využity v poválečném období jako základ sociální politiky britských labouristů a byly uplatněny zejména v zákoně o Národní zdravotní službě, který byl přijat v roce 1948 jako výsledek snahy tehdejší britské vlády řešit nespokojenost obyvatelstva se zdravotnictvím.

National Health Service (NHS), postavená na stejných principech jako Semaškův model, avšak fungující v jiném politickém, ekonomickém a sociálním kontextu než československé socialistické zdravotnictví před rokem 1992, se v očích britských občanů naopak osvědčila.

NHS je integrovaný model státního zdravotnictví, které je financované z daní obyvatelstva a představuje vysoce solidární model státem garantované zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo.

NHS je považována za britský národní poklad, ceněný obyvatelstvem a neustále vylepšovaný reformátory, a to jak ze strany konzervativních vlád, tak ze strany labouristů.

Rovný, a v momentě spotřeby bezplatný přístup veškerého obyvatelstva ke zdravotní péči s důrazem na odstraňování nerovností zůstává důležitým strategickým principem, o který se NHS opírá.

Jeho varianty nalezneme v řadě dalších evropských zemí – např. v Itálii, Portugalsku, Španělsku, Řecku, Irsku, ve Skandinávii.

Spoluúčast pacientů je nízká, soukromé zdravotnictví se zaměřuje na specializované služby a bohatou klientelu.

## 2.2 Systémy postavené na všeobecném zdravotním pojištění

Zdravotnické systémy, **založené na všeobecném zdravotním pojištění**, vycházejí z myšlenky všeobecné dostupnosti zdravotní péče. Zdravotní péče je hrazena z veřejného (povinného) zdravotního pojištění. Platí princip solidarity, kdy každý občan přispívá do základního fondu zdravotní pojišťovny dle svých možností (obvykle určité procento z vyměřovacího základu) a zdravotní péči čerpá dle svých potřeb. V Evropě je pravidlem státní garance za zdravotní péči pro všechny obyvatele.

Tomuto modelu se také říká bismarckovský.

Zdravotnický systém založený na veřejném (povinném) zdravotním pojištění byl uplatňován nejdříve v Německu, Francii, Rakousku, Holandsku, Belgii, Lucembursku a Švýcarsku, v 90. letech byl zaveden například také v ČR, na Slovensku, Polsku a Maďarsku.

Charakteristiky bismarckovského modelu zdravotnictví:

- je založen na principu solidarity,
- vznikl již koncem 19. století v Německu, zakladatelem je Otto von Bismarck,
- zdravotní pojištění je součástí komplexního sociálního zabezpečení, které je povinné (spolu s nemocenským, úrazovým a důchodovým pojištěním)
- povinnost platit sociální/zdravotní pojištění jako určité procento z příjmu zaměstnanců se vztahuje jak na zaměstnance tak zaměstnavatele.
- zdravotní pojišťovny jsou většinou veřejné a neziskové, někdy také soukromé, jejich počet se země od země liší – v České republice je jich 6,
- rozsah garantované péče je vesměs podobný, určité rozdíly mezi jednotlivými státy však existují.

#### **Výhody bismarckovského modelu zdravotnictví:**

- Všeobecná dostupnost zdravotní péče, rovný přístup,
- jistota pojištěnce, že bude poskytnuta potřebná péče,
- vysoká kvalita péče,
- svobodný výběr a pluralita poskytovatelů zdravotní péče,
- spokojenost pacientů,
- decentralizace, významnou roli mají regionální orgány a poskytovatelé, méně pravomocí má centrální vláda
- povinnost zdravotní pojišťovny občana pojistit, ať je jeho zdravotní stav jakýkoliv.

#### **Nevýhody bismarckovského modelu zdravotnictví:**

- Vysoká cena péče (dlouhodobě v řadě zemí přesahuje 10 % HDP, přesto jsou však náklady na zdravotnictví nižší, než v zemích s tržním zdravotnictvím – např. v USA až 17 % HDP),
- velké administrativní náklady (provoz pojišťoven, IT technologie, velký počet administrativního personálu),
- složitost vztahů pacient–poskytovatel zdravotní péče–pojišťovna.

### **2.3 Tržní zdravotnictví USA - liberální model**

**Tržní zdravotnictví** je zdravotnický systém, který negarantuje zdravotní péči pro celou populaci. Stát garantuje zdravotní péči pouze pro některé sociální skupiny, a to formou státních zdravotnických programů. Týkají se důchodců nad 65 let a chudých lidí, tj. těch, jejichž příjem je nižší než oficiálně stanovená hranice životního minima a některých dalších skupin.

Náklady na zdravotnictví jsou hrazeny z komerčního (soukromého) zdravotního pojištění. Veřejné (povinné) zdravotní pojištění neexistuje.

Modelovým příkladem je tržní zdravotnictví USA (liberální model zdravotnictví).

#### **Výhody tržního zdravotnictví**

- Vysoká kvalita péče (za podmínky dostatečného rozsahu pojistky)
- Lepší financování vědy a medicínského výzkumu
- Rychlé uplatňování nových technologií a výsledků výzkumu v praxi

- Sledování kvality péče, spojené s tlakem na její zvyšování
- Vysoké příjmy lékařů

### **Nevýhody tržního zdravotnictví**

- Sociální nerovnost a nedostatečná dostupnost zdravotní péče,
- 17 % Američanů nemá zajištěné zdravotní pojištění (tj. 47 miliónu nepojištěných, z toho 8,6 miliónů dětí), týká se to rodin s nižším příjmem, mladých lidí do 25 let, zaměstnanců malých firem,
- „podpojištění“ – jen částečné pojištění, které nestačí na krytí nezbytné péče (střední třída),
- Nákladnost a vysoká cena: např. náklady na zdravotnictví v USA jsou vyšší než 17 % HDP, ale vývoj zdravotního stavu neodpovídá vynaloženým zdrojům,
- Poskytování nadbytečné péče lidem se sjednaným pojištěním,
- Časté soudní spory,
- Vysoké administrativní náklady,
- Závažná nemoc je vnímána jako ekonomické ohrožení jednotlivce i jeho nejbližšího okolí (rodiny), je to nejčastější příčina osobních bankrotů.

Největším problémem zdravotnického systému USA je skutečnost, že významná část amerických občanů dlouhodobě nemá zajištěné žádné zdravotní pojištění. Tento problém se snaží řešit státní zdravotní programy.

### **2.3.1 Státní zdravotnické programy v USA**

Ze státních programů, a to jak z federálních daní, tak z daní jednotlivých států Unie, je hrazena přibližně polovina veškeré zdravotní péče.

Program **Medicare** má dvě části. Část „A“ hradí nemocniční péči, v omezené míře také služby sanatorií a část domácí zdravotní péče. Z části „B“ jsou hrazeny lékařské a další ambulantní zdravotnické služby, lékařské vybavení a zdravotní pomůcky pro pacienty, které slouží k dlouhodobému užívání. Medicare je orientován převážně na akutní péči. Není z něj kryta dlouhodobá péče a řada služeb neakutního charakteru, např. běžné celkové prohlídky pacientů. Program pokrývá přibližně polovinu veškerých výdajů na zdravotní péči pro staré občany. Přestože seniorům negarantuje veškerou potřebnou péči, je MEDICARE americkými občany velmi oceňován

Program **Medicaid** zajišťuje základní péči pro chudé. Částečně financuje péči o chudé občany, avšak prostředky, kterými disponuje, nestačí ani na krytí poloviny skutečných nákladů na zdravotní péči.

Zahrnuje neodkladnou akutní i dlouhodobou péči a některé preventivní služby (zejména očkování). Je financován jak z federálních daní, tak z daní jednotlivých států Unie.

Určujícím kritériem pro zařazení do programu příjem nižší, než je životní minimum, které je zde označované jako „hranice bídy/chudoby“ (poverty line). Jednotlivé státy USA zvyšují limitní úroveň příjmu pro zařazení do programu až na dvojnásobek, a to v zájmu snížení počtu lidí, kteří nemají zajištěnou dostupnost zdravotní péče.

Do programu Medicaid spadají především tyto skupiny občanů:

- chudí lidé s příjmem pod hranicí životního minima,
- těhotné ženy a ženy vyživující nezletilé (či závislé) děti s nízkým příjmem,

- slepci
- lidé, kteří z různých důvodů nemohou pracovat.

V zásadě platí, že jsou preferovány matky s dětmi a práce neschopní občané.

Program Veterans Health care Administration je určen pro vojáky, válečné veterány a jejich rodiny, vysoké státní úředníky.

Program Indian Health Care :

- Je určen pro původní americké obyvatele, Indiány a Eskymáky,
- Zdravotní péče poskytována bezplatně

Neodkladná péče v ohrožení života není bezplatná, ale musí však být vždy poskytnuta, a to bez ohledu na solventnost pacienta.

### 2.3.2 Soukromé zdravotní pojištění v USA

Větší část ekonomicky aktivních obyvatel USA (okolo dvou třetin) je pojištěna u soukromých zdravotních pojišťoven, z toho okolo 70–80 % pojištěnců je pojištěno prostřednictvím svého zaměstnavatele v rámci jeho sociálních programů. Zaměstnavatelé tak platí pojištění pro své zaměstnance a jejich rodinné příslušníky i přesto, že jim tuto povinnost žádný zákon neukládá.

Pojištění sjednávají u soukromých zdravotních pojišťoven, kterých je v celé zemi o něco více než tisíc. Zdravotních plány, které různé pojišťovací společnosti nabízejí, jsou pro běžného občana nesmírně složité, a to i přesto, že jedna pojišťovna jich nesmí nabízet více než deset.

Pojišťovny většinou fungují na principech tradičního pojišťovacího modelu náhrady za škodu, tj. pacient dostává úhradu svých výdajů za zdravotní péči. Léčebná péče je preferována na úkor prevence. Individuální zdravotní pojištění, tj. pojištění sjednané přímo mezi zdravotní pojišťovnou a klientem, má pouze menší část občanů, a to okolo 10–13 % obyvatelstva.

Otázky k procvičení:

1. Socialistické zdravotnictví, jak jej známe z filmů z období před rokem 1989, lze charakterizovat takto:

- zdravotnictví financované z daní obyvatelstva, prostřednictvím státního rozpočtu - tzv. státní zdravotnictví*
- zdravotnictví financované z veřejného zdravotního pojištění, které je povinné
- zdravotnictví převážně tržně orientované, kde hraje rozhodující roli soukromé zdravotní pojištění

2. Systém zdravotnictví, zavedený v USA, lze charakterizovat takto:

- a) zdravotnictví financované z daní obyvatelstva, prostřednictvím státního rozpočtu - tzv. státní zdravotnictví
- b) zdravotnictví financované z veřejného zdravotního pojištění, které je povinné
- c) *zdravotnictví převážně tržně orientované, kde hraje rozhodující roli soukromé zdravotní pojištění*

3. Systém zdravotnictví v podobě, jak v současné době funguje v Česku, lze charakterizovat takto:

- a) zdravotnictví financované z daní obyvatelstva, prostřednictvím státního rozpočtu - tzv. státní zdravotnictví
- b) *zdravotnictví financované z veřejného zdravotního pojištění, které je povinné*
- c) zdravotnictví převážně tržně orientované, kde hraje rozhodující roli soukromé zdravotní pojištění