

**Vybrané charakteristiky
zdravotnických systémů
ve vybraných státech
OECD**

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Souhrn | 3 |
| Účel a cíle studie..... | 4 |
| Zdravotnictví ve vyspělých státech..... | 4 |
| Způsoby financování zdravotnictví | 5 |
| Vztahy mezi pojištěním/financováním a poskytováním zdravotnických služeb | 5 |
| Systémy financování nemocniční péče | 7 |
| Výdaje na zdravotnictví ve srovnávaných státech a České republice | 8 |
| Zdravotní pojištění v Nizozemsku | 10 |
| Zákon o zdravotním pojištění..... | 10 |
| Zákon o příspěvcích na zdravotní péči a změny dalších zákonů..... | 12 |
| Zdravotní pojištění v Německu | 12 |
| Zákonné zdravotní pojištění..... | 13 |
| Soukromé pojištění | 13 |
| Další typy pojišťoven | 14 |
| Zdravotní pojištění v Rakousku | 15 |
| Soukromé zdravotní pojištění..... | 15 |
| Zdravotní pojištění ve Švýcarsku..... | 15 |
| Zdravotní pojištění v USA | 16 |
| Federální a státní zdravotní programy | 17 |
| MEDICARE..... | 17 |
| MEDICAID | 18 |
| Neodkladná péče | 19 |
| Řízená péče – managed care | 19 |
| Zdravotní pojištění v Irsku..... | 20 |
| Rozsah veřejného pojištění/zajištění v porovnávaných státech..... | 21 |
| Univerzitní nemocnice | 24 |
| Seznam literatury a zdrojů..... | 25 |

Souhrn

Ve srovnávaných státech existují různé systémy financování/poskytování zdravotnických služeb. Zatímco v Rakousku představuje soukromé zdravotní pojištění doplněk k pojištění veřejnému v Německu je soukromé zdravotní pojištění alternativou oproti veřejnému zdravotnímu pojištění pro některé skupiny obyvatelstva, V Irsku, kde roste význam soukromého zdravotního pojištění v jinak daňově financovaném systému. V Nizozemsku a Švýcarsku je sice pojištění poskytováno soukromými a vzájemně si konkurujícími si zdravotními pojišťovny, nicméně toto pojištění je pro obyvatele povinné a tak jsou některé principy soukromého pojištění ze strany státu významně regulovány tak, aby byla zajištěna dostupnost pojištění/zdravotní péče pro všechny občany. Jediným státem v tomto srovnání, ve kterém není zdravotní pojištění povinné jsou Spojené státy, kde existuje výrazný problém nepojištěné či nedostatečně pojištěné populace.

Rozsah povinného (základního pojištění) je mimo USA zpravidla vymezen, zákonem nebo jiným obecně závazným předpisem, takže ani v systémech kde dominují soukromé zdravotní pojišťovny, není možná v této oblasti konkurence, co se týče rozsahu základní péče, konkurenční výhodou může ovšem být například výše pojistného, pokud není také regulována.

Značné pozornosti se těší ve všech státech srovnání kvalita života pacientů a ochrana jejich práv, která je vymezena četnými zákony či chartami práv. Tato pozornost je logická rovněž vzhledem k postavení zdravotních pojišťoven jako aktivních nákupčích zdravotní péče pro své pojištěnce od zdravotnických zařízení.

Zdravotnickými zařízení s mimořádným postavením v rámci systému zdravotnictví jsou univerzitní nemocnice, které plní oproti jiným zdravotnickým zařízením tři významné funkce a to, poskytování zdravotní péče, výuka budoucích lékařů a dalších zdravotníků a výzkum v oblasti medicíny a příbuzných vědních oborů. Vzhledem k naplňování těchto veřejných zájmů jsou tato zařízení zpravidla ve výrazné míře financována z veřejných zdrojů (na národní či regionální úrovni).

Účel a cíle studie

Cílem předkládané studie je s použitím metody mezinárodního srovnávání zdravotnických systémů popsat následující charakteristiky zdravotnických systémů zejména v Německu, Rakousku, Švýcarsku, Nizozemsku, Irsku a USA:

- vztah financování a poskytování zdravotnických služeb,
- rozsah zdravotního pojištění a jeho vliv na kvalitu poskytované zdravotní péče,
- postavení fakultních nemocnic.

Zdravotnictví ve vyspělých státech

Ve vyspělých státech existuje celá řada uspořádání systému zdravotního pojištění, financování a poskytování zdravotní péče. Každý přístup má své slabé a silné stránky, které do značné míry reflektují stimuly, které souvisí s nastavením konkrétního systému. Přes existující rozdíly čelí všechny zdravotnické systémy stejným výzvám a problémům.

K hlavním vývojovým trendům zdravotnictví v ČR a ve vyspělých zemích (EU, OECD) patří: důraz na dodržování a respektování práv pacientů při poskytování zdravotní péče, řízení sítě zdravotnických zařízení pomocí makroekonomických regulací, jejichž účelem je především kontrola nákladů, hledání a snaha uplatňovat takové způsoby proplácení péče, které by objektivně odrážely výkonnost jednotlivých poskytovatelů, nutnost řídit zdravotnictví v úzké spolupráci s dalšími resorty, zejména sociálních služeb a životního prostředí. Dochází také k postupnému zavádění národních i mezinárodních (např. Projekt indikátorů kvality zdravotnických služeb OECD) programů kontroly kvality poskytovaných služeb a roste nutnost, aby zdravotnictví bylo připraveno reagovat na nově vzniklé a nečekané zdravotní problémy (AIDS, SARS, ptačí chřipka apod.).

Způsoby financování zdravotnictví

Poměr veřejného versus soukromé pojištění je indikátorem stupně vládní kontroly nad výdaji ve zdravotnictví. Existence jedné, nebo více pojišťoven, má své důsledky co se týče rozsahu zavádění tržně orientovaných reforem a rozsahu možností volby pro pacienty. ***Ve všech státech OECD existuje nějaký, z veřejných prostředků financovaný anebo veřejným sektorem řízený program zdravotního pojištění.*** Soukromé zdravotní pojištění je dominantní formou pojištění v USA, ve Švýcarsku a Nizozemsku, představuje primárním pojištěním pro určitou minoritní skupinu obyvatelstva v Německu. V Japonsku, Jižní Koreji, Mexiku a také ve většině skandinávských a východoevropských států není soukromé zdravotní pojištění v současné době obecně používaným způsobem financování zdravotní péče. V dalších státech je využíváno soukromého zdravotního pojištění k vyplnění nedostatků, co se týče základního rozsahu péče, nebo pro úhradu přímých plateb a spoluplateb. Soukromé pojištění duplikuje veřejný systém v Austrálii, Irsku, Itálii, Španělsku a Velké Británii, kde si občané tento typ pojištění kupují, zejména protože chtějí mít větší možnost výběru poskytovatele nebo chtějí mít péči časově dostupnější.

Vztahy mezi pojištěním/financováním a poskytováním zdravotnických služeb

Stupeň, ve kterém jsou zdravotnické systémy a poskytování zdravotnických služeb veřejně kontrolovány nebo řízeny, má významné politické důsledky, zejména z hlediska kontroly nákladů a efektivity. Mezi jednotlivými systémy existují významné rozdíly, nicméně státy OECD mohou být klasifikovány jako obecně shodné s jedním ze tří níže uvedených přístupů. Je důležité uvědomit si, že ve většině států se vyskytují prvky z více než jednoho níže uvedeného přístupu (i přesto, že jedna forma převažuje) a že dominantní model má tendenci se měnit pod tlakem reforem.

Veřejně integrované modely, kombinují rozpočtové financování a poskytování zdravotní péče v nemocnicích, které tvoří část vládního (veřejného) sektoru. Tyto systémy, které jsou založeny na sloučení funkcí financování (resp. pojištění) a poskytování péče, jsou řízeny jako jeden z vládních resortů. Jeho zaměstnanci jsou

placeni mzdou (ač v některých případech mohou mít lékaři povolenou soukromou praxi) a jsou tedy zaměstnanci veřejného sektoru. Ambulantní lékaři a další zdravotníci mohou být buď zaměstnanci, nebo ve smluvním vztahu s veřejným sektorem s vymezeným rozsahem poskytované péče. Zahrnutí celé populace je v rámci tohoto systému relativně snadné, a pokud je pod kontrolou rozpočet, je možné snižovat míru růstu nákladů. Nicméně i zde existují slabiny, co se týče stimulů pro zlepšení výstupů, zvyšování efektivity nebo udržení kvality a citlivosti systému vůči potřebám pacienta. To nemusí zcela platit v sektoru ambulantní péče, kde je systém úhrad častěji spojen s výstupy daného poskytovatele.

V modelu veřejných kontraktů uzavírají veřejní plátcí kontrakty se soukromými (nestátními) poskytovateli zdravotní péče. Těmito plátcí mohou být jak státní agentury, tak i fondy sociálního zabezpečení (veřejné zdravotní pojišťovny). V systémech, kde existuje pouze jeden plátc, existuje silnější pozice vůči poskytovatelům (stejně jako ve veřejném integrovaném systému) a tendence k nižším administrativním nákladům než u systémů, kde je plátců více. V mnoha systémech založených na veřejných kontraktech jsou soukromé nemocnice a kliniky provozovány neziskově. Ambulantní péči poskytují zpravidla nezávislí soukromí poskytovatelé. Tyto systémy jsou zpravidla považovány za citlivější k potřebám pacientů, než systémy veřejně integrované, ale za méně úspěšné, co se týče snah o snižování míry růstu nákladů na zdravotnictví, kdy vyžadují dodatečné regulace a kontrolu správními orgány.

Model soukromých pojišťoven a soukromých poskytovatelů kombinuje soukromé zdravotní pojištění s existencí soukromých (často neziskových) poskytovatelů. Pojištění může být povinné (Švýcarsko, Nizozemsko) nebo dobrovolné (USA). V případě modelu dobrovolného pojištění v USA nemusí být pro některé jedince k dispozici vhodné pojištění. Úhradové mechanismy jsou tradičně založené na výkonech a systém se vyznačuje velkou možností voleb pro pacienta a citlivostí vůči jejich potřebám, ale má slabiny v oblasti kontroly nákladů. V důsledku této skutečnosti se během devadesátých let rozšířily ve Spojených státech plány řízené péče (*managed care plans*), které stimulují kontrolu objemu a cen zdravotnických služeb. V rámci tohoto modelu uzavírají pojišťovny selektivní kontrakty s navzájem si konkurujícími poskytovateli a omezují možnost volby pacienta, co se týče poskytovatele a služeb.

Systemy financování nemocniční péče

S blokovými nebo globálními granty/rozpočty dostávají nemocnice roční fixní rozpočet na krytí všech služeb (obvykle kromě hlavních kapitálových výdajů). V průběhu osmdesátých let byl tento přístup hlavní metodou úhrad, využívanou v mnoha „integrovaných“ zdravotnických systémech, kde je vláda hlavním poskytovatelem a zároveň plátcem. Je užíván například v Austrálii, Kanadě, Dánsku, Finsku – s některými přímými platbami samosprávných oblastí, Irsku, Mexiku, Novém Zélandu, Norsku, Švédsku a Velké Británii – do nedávných reforem a je také běžně používán ve veřejném nemocničním sektoru jiných systémů (například ve Francii a Španělsku – nemocnice sociálního zabezpečení). V Dánsku a Švédsku jsou blokové granty poskytovány na úrovni jednotlivých nemocničních oddělení. Blokové financování zajišťuje přímá opatření ke shromáždění informací o výdajích nemocnice, a poskytované prostředky jsou adekvátní (což nelze říci o několika zemích jižní Evropy). Nicméně, jak bylo poznamenáno, tento přístup obsahuje několik stimulů pro zvýšení efektivity nemocnic. Komplexnější alternativa definuje ceny a objem péče (Velká Británie, Německo), ačkoli se taková opatření blíží spíše metodě úhrad typu DRG popsané níže (*Diagnosis Related Groups – DRG*).

Platby za ošetřovací den určují pro nemocnice maximální úhradu za obsazené lůžko. Tato metoda byla podporována zejména v systémech veřejně financovaných a v prostředí souběžně působících veřejných a soukromých poskytovatelů a pravděpodobně není využívána pouze ve Švýcarsku. Celkové nemocniční výdaje jsou tedy omezené celkovou kapacitou nemocnice, nicméně poskytovatelé stojí tváří v tvář stimulům k nižší obrátě pacientů a prodlužování délky pobytu tak, že dražší první dny (kdy je intenzita péče vyšší) jsou vykompenzovány nízkonákladovější péčí později v průběhu zotavování. Jako je tomu v případě blokových grantů, ani tady rozhodnutí o financování nezahrnují informace o relativních nákladech různých metod péče. Aby byly tyto stimuly minimalizovány, stanovuje například Německo limit na délku hospitalizace a pouze částečně úhrady v případě, kdy jsou tyto limity překročeny.

Metody plateb za výkon v nemocnicích podle individuálních výkonů jsou také jednou z variant. Představují hlavní metody v Japonsku, v některých kantonech ve Švýcarsku a původně ve Spojených státech – tedy v systémech s převahou soukromých poskytovatelů a mnoha pojistiteli. V rámci tohoto systému je makroekonomická kontrola slabší, než je tomu v případě globálních rozpočtů (které vyžadují limity na výdaje i jinými cestami), kde jsou poskytovatelé stimulováni pro zvýšení kvantity, kvality a cen poskytovaných služeb.

Platby za případ stanovují úhrady prospektivně podle diagnostikovaného zdravotního stavu a standardizovaných nákladů na ošetření. Nejznámější jsou úhrady péče podle diagnostické skupiny, zavedené v americkém programu Medicare v roce 1983. Různé diagnózy jsou seskupeny do homogenních nákladových skupin a jsou odhadnuty průměrné ceny ošetření. Pacient je při vstupu do nemocnice zařazen do skupiny a poskytovatel obdrží sumu za ošetření. Ceny jsou stanoveny pro každou skupinu. Některé charakteristiky tohoto přístupu jsou příznivé: alokuje rozpočtové zdroje na základě výstupů; umožní nákupčím alespoň nějakou kontrolu nad intenzitou ošetření (například prostřednictvím ceny); podporuje nemocnice k tomu, aby zlepšily výstupy tam, kde je po tom poptávka a kapacita a k tomu, aby hledaly cesty k omezení nákladů v době nemoci. Nicméně v tomto přístupu hrozí riziko nadměrného růstu nákladů. Tyto systémy by měly být pečlivě vytvořeny a přizpůsobeny kontextu každé země. Navíc je třeba věnovat pozornost tomu, aby nedocházelo k překračování rozpočtu.

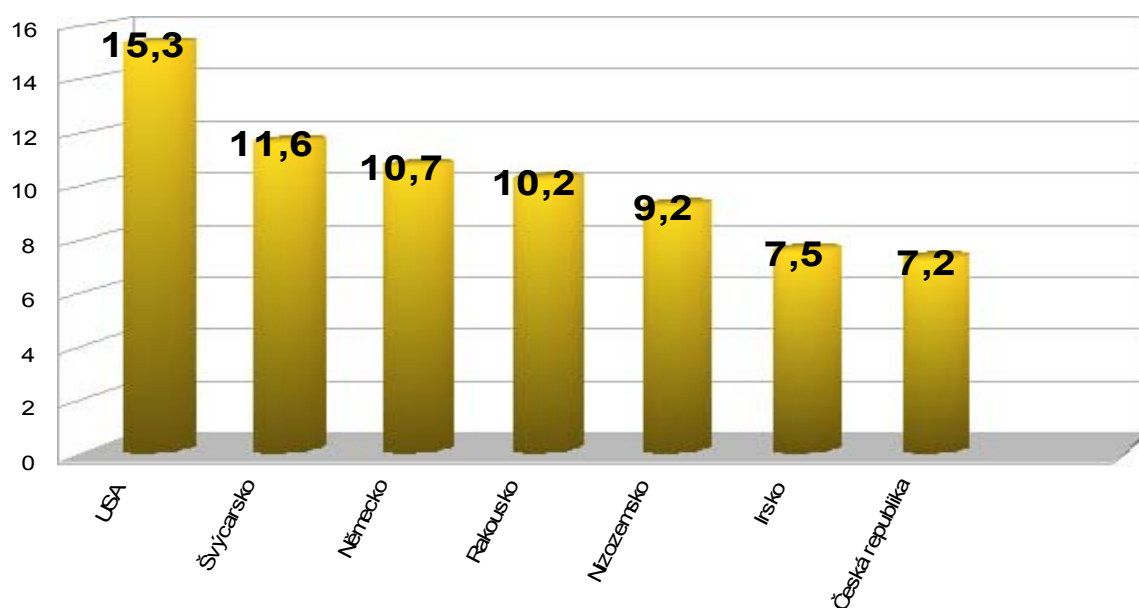
Výdaje na zdravotnictví ve srovnávaných státech a České republice

V roce 2005 byly státem s nejvyššími výdaji na zdravotnictví USA – 6 400 USD na obyvatele. Tato hodnota je v porovnání s průměrem států OECD dvojnásobná (průměr OECD měl pro rok 2005 hodnotu 2 760 USD přepočtených na paritu kupní síly). Lucembursko, Norsko a Švýcarsko jsou dalšími státy, jejichž výdaje na zdravotnictví jsou nadprůměrné. Na druhé straně této pomyslné škály stojí Turecko, Mexiko a Polsko. Výdaje v těchto státech představují méně než jednu třetinu průměru OECD.

Státy s vyšším HDP mají obecně vyšší výdaje na zdravotnictví s tím, že mezi jednotlivými státy existují významné rozdíly. Například Japonsko a Německo vykazují shodnou výši HDP na jednoho obyvatele, ale výdaje na zdravotnictví jsou v Japonsku u 25 % nižší než v Německu.

Veřejný sektor je nejvýznamnějším zdrojem financování zdravotnictví ve všech státech OECD s výjimkou Mexika, USA a Řecka. V průměru OECD byl v roce 2005 podíl veřejných výdajů na zdravotnictví 73 %.

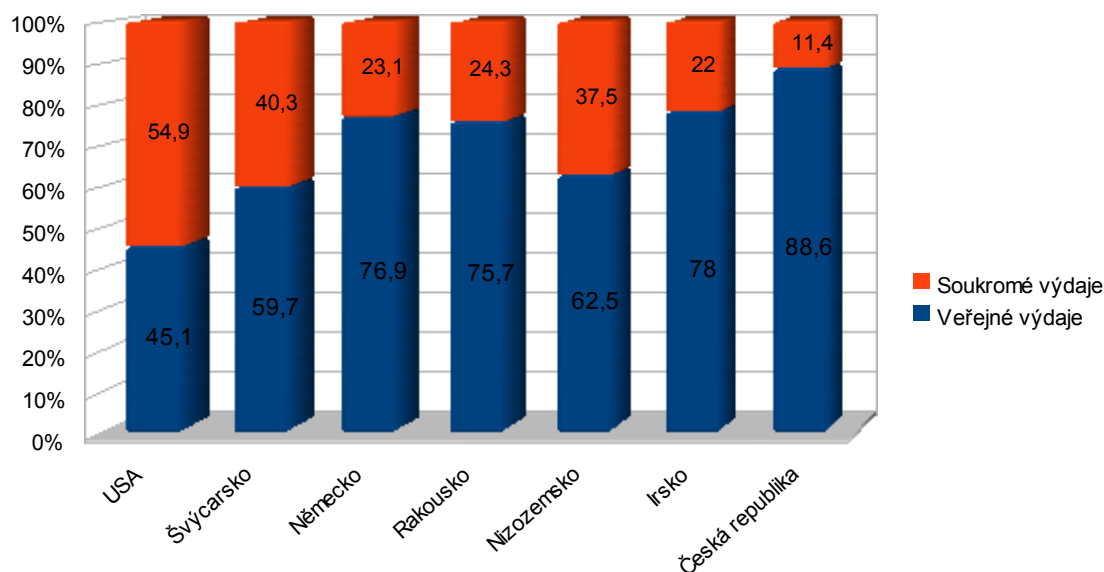
Graf č. 1 Celkové výdaje na zdravotnictví v % HDP v roce 2005 ve srovnávaných státech a ČR



Zdroj: OECD Health Data 2007, základní údaje dostupné z <http://www.oecd.org>

Údaj za Nizozemsko za rok 2004

Graf č. 2 Veřejné a soukromé výdaje na zdravotnictví jako procento celkových výdajů v roce 2005 nebo posledním dostupném ve srovnávaných státech a ČR



Zdroj: OECD Health Data 2007, základní údaje dostupné z <http://www.oecd.org>

Zdravotní pojištění v Nizozemsku

Z historických důvodů byl až donedávna systém zdravotního pojištění základní péče v Nizozemsku značně roztržštěný. Tato fragmentace systému zdravotního pojištění však k 1. 1. 2006 skončila zavedením jednoho režimu zdravotního pojištění, který zahrnuje všechny skupiny obyvatelstva. Cílem zavedení nového systému je snaha o zajištění vysoce kvalitní zdravotní péče. V rámci nového systému byly zachovány, a tam kde to bylo možné i posíleny zavedené elementy systému, zejména zakotvení systému v rámci soukromého práva s tím, že existují garance sociálních složky pojištění v rámci práva veřejného.

Zákon o zdravotním pojištění

Zákon o zdravotním pojištění, který vstoupil v platnost od 1. ledna 2006, ukončil několik desetiletí trvající debatu, jejímž hlavním tématem byla otázka, zda má být zdravotní pojištění v Nizozemsku veřejné nebo soukromé. V posledních letech bylo těžiště debaty soustředěno na otázku organizace zdravotního pojištění v rámci práva veřejného nebo soukromého. Oba přístupy měli samozřejmě své zaryté příznivce i oponenty.

Nizozemská vláda se nakonec rozhodla pro soukromé zdravotní pojištění upravené zvláštním zákonem, které však obsahuje významné „sociální pojistky“ například povinnost soukromých zdravotních pojišťoven pojistit každého bez ohledu na jeho zdravotní rizika nebo nabídnout všem pojištěncům pojistné krytí za stejných podmínek a ve stejném rozsahu. Zdravotní pojišťovny nemohou požadovat různou výši pojistného u pojištění shodného rozsahu péče.

Zdravotní pojištění podle nového zákona je povinné pro všechny nizozemské občany ale také cizince, kteří platí v Nizozemsku daň z příjmu. Všechny zdravotní pojišťovny, které se rozhodnou poskytovat zdravotní pojištění podle zákona o zdravotní pojištění jsou povinny toho pojištění uzavřít s každým, kdo o něj požádá. Zákon o zdravotním pojištění definuje pojistné plnění podle typu péče. Zdravotní pojišťovna může rozhodnout, který lékař nebo zdravotnické zařízení poskytne pojištěnci péči, stejně jako může rozhodnout, zda poskytne věcné plnění nebo uhradí účet za péči o pojištěnce. Pokud jde o druhý jmenovaný způsob má pojišťovna povinnost pomoci pojištěnci při hledání vhodného poskytovatele, pokud o to pojištěnec požádá. Rovněž je možné, že část péče je poskytována pojištěnci ve věcné formě a druhá v podobě finanční náhrady.

Pojištěnci starší 18 let platí nominální pojistné přímo zdravotní pojišťovně a také příspěvky odvozené od příjmu. Pokud pojištěnci péči nečerpají, nebo ji čerpají naprosto minimálně, mají nárok na vrácení určité části nominálního pojistného. Příspěvky odvozené od příjmu se odvádí k Úřadu pro správu příjmů (Inland Revenue Service). Po zaměstnavatelích je požadováno, aby hradili svým zaměstnancům tyto příspěvky v plné výši. Až na malé výjimky nejsou občané, kteří pobírají sociální dávky osvobozeni od úhrady příspěvků odvozených od příjmu s tím, že tyto příspěvky jsou odváděny úřady, které spravují jejich dávky. Je na rozhodnutí správce důchodového pojištění za důchodce bude odvádět část nebo celý od příjmu odvozený příspěvek. Diskutovaný příspěvek je odváděn do Fondu zdravotního pojištění společně s příspěvkem vlády za osoby mladší 18 let. Jedním z úkolů Fondu zdravotního pojištění je přerozdělování příspěvků mezi zdravotními pojišťovnami podle zdravotních rizik jejich pojištěnců.

Zákon o příspěvcích na zdravotní péči a změny dalších zákonů

Zákon o příspěvcích na zdravotní péči současně se zákonem o zdravotním pojištění. Podle tohoto zákona získávají příspěvky všichni občané, jejichž příjem neumožňuje platit nominální pojistné. Příspěvky jsou vypláceny Úřadem pro správu příjmů. Při přiznání příspěvku je posuzován nejen příjem jednotlivce, ale také jeho případného partnera. V rámci změn od 1. 1. 2006 došlo rovněž ke zrušení zvláštních zákonů upravujících pojištění státních zaměstnanců nebo osob v důchodovém věku.

Zdravotní pojištění v Německu

Podstatným rysem politického systému Německa, který se projevuje zejména ve zdravotnictví, je rozdělení kompetencí mezi spolek a spolkové země. Důležité prvky rozhodovacího procesu a regulace systému zejména v oblasti sociálního pojištění jsou navíc delegovány na nevládní organizace -zdravotní pojišťovny. Tento "korporativismus" má několik významných aspektů: státem přiznané právo na samosprávu, povinné členství těchto organizací a z toho vyplývající právo na vlastní hospodaření pod státním dohledem a se státní regulací, právo a zároveň povinnost těchto organizací uzavírat s dalšími společnostmi smlouvy o vzájemné spolupráci a zajišťovat pro své členy služby nebo jejich financování.

Samostatnou skupinu představují tzv. sociální soudy. Ty jednají především v souvislosti se vztahy mezi spolkem, spolkovými zeměmi a svazy. Spolková ústava stanoví, že životní standard ve všech spolkových zemích má být jednotný. Ochrana a podpora rozvoje zdraví v ní přesto nejsou explicitně vyjádřeny. Ústava vymezuje výlučné zákonodárné a tzv. konkurující si zákonodárné kompetence spolku. Například oblast zdraví nespadá do výlučné pravomoci spolkové vlády, ale je obsažena v této konkurující si kompetenci.

Totéž platí i pro sociální pojištění, opatření proti šíření nakažlivých chorob, registraci lékařů a dalších zdravotnických povolání, registraci léčiv, hospodářskou situaci nemocnic aj. Pokud v konkurující si oblasti existuje spolková norma, má přednost před normou zemskou. Všechny další aspekty veřejného zdravotnictví jsou v odpovědnosti spolkových zemí.

Zákonné zdravotní pojištění

V lednu 2005 existovalo v Německu 267 zdravotních pojišťoven (nositelů zdravotního pojištění), jejichž počet se stále snižuje. Zdravotní pojišťovny mají ze zákona právo a povinnost získávat příspěvky od svých pojištěnců, včetně stanovení velikosti příspěvku, který je nutný na úhradu výkonů, jež jsou pojištěncům poskytnuty. V současné době má 88 % obyvatelstva zákonné zdravotního pojištění, zhruba 9,8 % obyvatel soukromé zdravotní pojištění, 2 % jsou pojištěna v rámci bezplatné státní zdravotní péče (např. policisté, vojáci, osoby na náhradní vojenské službě) a pouze 0,2 % nejsou pojištěny vůbec.

Uzavření zákonného zdravotního pojištění (GKV) u jedné z pojišťoven je povinné pro zaměstnance a úředníky, jejichž roční příjem nepřesahuje určitou částku (hranice v roce 2005 byla 3900 eur měsíčně brutto), pro osoby s vyšším příjmem je pojištění dobrovolné. Výše odvodu na GKV se řídí příjmy pojištěnců, nikoli jejich zdravotními riziky. Nevýdělečně činný/á manžel/ka a děti jsou spolupojištěni zdarma. Příspěvky se zvyšují úměrně k výši příjmu až po horní hranici, tzv. maximální vyměřovací základ, který byl v roce 2005 3525 eur měsíčně brutto.

Soukromé pojištění

Německé soukromé zdravotní pojištění má dva úkoly: za prvé plně pojistit část obyvatelstva a za druhé nabídnout doplňkové pojištění pro pojištěnce veřejných zdravotních pojišťoven. Obojí nabízí 49 zdravotních pojišťoven, které jsou sjednoceny ve Spolku soukromých zdravotních pojišťoven. Navíc existuje ještě 45 velmi malých, většinou regionálních soukromých pojišťoven.

Co se týče příspěvků, oblast celkového soukromého pojištění je čtyřikrát větší než oblast doplňkového pojištění. 7,1 milionů plně soukromě pojištěných osob se dělí do 3 skupin: Bývalí pojištěnci GKV, kteří změnili pojišťovnu poté, co jejich příjem přesáhl hranici zákonného povinného pojištění. • Samostatně výdělečně činné osoby, které jsou z GKV vyloučeny, pokud nebyly členy již dříve (s výjimkou těch, které jsou zákonně povinně pojištěné, např. zemědělci). Pracující či již postproduktivní státní zaměstnanci jako učitelé, univerzitní profesoři, úředníci ministerstev aj., kteří jsou z GKV fakticky vyloučeni, neboť jim stát proplácí většinu jejich nákladů na zdravotní péči (soukromé zdravotní pojištění tedy kryje jen zbývající část).

Plně soukromě pojištěné osoby zpravidla požívají stejných či lepších služeb než pojištěnci GKV. Z praxe jsou známy případy, kdy čekací doby na některá vyšetření byly u soukromě pojištěných osob výrazně kratší než u osob pojištěných v rámci zákonného zdravotního pojištění, což je de iure nelegální. Odlišné nakládání s různými typy pojištěnců je jedním z problémů, které bude muset německá zdravotní politika do budoucna řešit. To však závisí na zvoleném pojišťovacím schématu (např. je možné nepojistit si zubní péči).

Příspěvky se mezi jednotlivými soukromými pojišťovnami liší v závislosti na věku, pohlaví nebo zdravotní anamnéze v době podepsání smlouvy. Na rozdíl od GKV je nutné příspěvky platit i za manžela/ku a děti. Proto jsou soukromé pojišťovny atraktivní spíše pro jednotlivce a bezdětné páry. Vzhledem k tomu, že výše příspěvků s věkem často prudce stoupá a návrat soukromě pojištěných osob do GKV není za normálních podmínek možný, každá soukromá pojišťovna musí ze zákona nabízet jedno pojišťovací schéma, které je obsahově rovnocenné GKV a nemá příspěvek vyšší, než představuje průměrný maximální příspěvek u GKV.

Další typy pojišťoven

Se zdravím souvisejí také další ze zákona povinná pojištění, která mají analogicky ke zdravotním pojišťovnám své nositele:

- Úrazové pojišťovny, které jako nositelé zákonného úrazového pojištění pokrývají kurativní a rehabilitační výkony při léčbě pracovních úrazů a nemocí z povolání.
- Pojišťovny pro zákonné důchodové pojištění, jež odpovídají za většinu rehabilitačních výkonů.

Pojišťovny pečovatelského pojištění, které od roku 1995 zřizují zdravotní pojišťovny. Diskusi o výdajích (i o reformách) ve zdravotnictví v Německu dominuje zákonné zdravotní pojištění, jeho podíl na celkových výdajích je ve skutečnosti jen 60 % (v České republice činí přes 80 %). Další uvedené druhy zákonného pojištění (důchodové, úrazové a pečovatelské) jsou zastoupeny 1 až 3 %. Celkový podíl povinného pojištění v posledních 25 letech pokrývá cca 66 až 68 % výdajů na zdravotnictví. V německém systému můžeme jmenovat ještě další 3 finanční zdroje: již zmiňované soukromé zdravotní pojištění, daně a přímé platby a spoluplatby.

Zdravotní pojištění v Rakousku

Prostředky veřejného zdravotního pojištění jsou v Rakousku nejdůležitějším zdrojem financování a v roce 2004 představovali 45,3 % celkových výdajů na zdravotnictví. Povinné zdravotní pojištění je založeno na příslušnosti k profesní skupině nebo místu bydliště, mezi zdravotními pojišťovnami tedy v podstatě neexistuje tržní soutěž.

Pojistné na zdravotní pojištění není stanoveno na základě zdravotních rizik pojištěnců/spolupojištěných osob, ale na základě příjmu. Výši pojistného stanoví každoročně Národní rada. Například v roce 2005 činil příspěvek na zdravotní pojištění mezi 7,1 a 9,1 % vyměřovacího základu v závislosti na zdravotní pojišťovně, kdy byl stanoven maximální vyměřovací základ v částkách od 3 600 do 4 235 €. Na platbách pojistného se podílí zaměstnanci a zaměstnavatelé přibližně polovinou. Příspěvky jsou vybírány a spravovány přímo zdravotními pojišťovnami. Zdravotnické služby jsou následně financovány systémem PAYGO (pay as you go).

Soukromé zdravotní pojištění

Prostředky soukromého zdravotního pojištění představují přibližně 10 % zdrojů ve zdravotnictví (v roce 2004). Ze soukromého zdravotního pojištění, které má sjednána asi třetina obyvatel Rakouska (jako doplněk veřejného zdravotního pojištění), jsou nejčastěji hrazeny výkony v rámci lůžkové péče (nadstandardní pokoje, poplatky za pobyt v nemocnici), ale také výkony lékařů, kteří nemají smlouvy s veřejnými zdravotními pojišťovnami

Zdravotní pojištění ve Švýcarsku

Ve Švýcarsku existuje povinnost uzavřít soukromě základní zdravotní pojištění u některé z akreditovaných pojišťoven. Pojišťoven, které mohou nabízet povinné základní pojištění (toto pojištění nesmí být předmětem zisku pojišťovny a pojišťovny nemohou žádného zájemce o něj odmítnout), je ve Švýcarsku několik desítek. Švýcaři mohou mimo povinného základního pojištění zakoupit soukromé doplňkové zdravotní pojištění, které je dobrovolné. Pojištěnci platí od roku 1996 příspěvky na povinné pojistné, jejich výše se vypočítává na komunitní úrovni (tj. je stejné pro

všechny osoby, které jsou pojištěny u dané pojišťovny v rámci jednoho kantonu nebo regionu). Před rokem 1996, kdy byla výše pojistného vypočítávána pouze v závislosti na riziku jednotlivých pojištěnců a zdravotní pojištění bylo pro některé skupiny klientů obtížně dosažitelné (např. starší lidé, chronicky nemocní). Kantony jsou povinny informovat své obyvatele o povinnosti uzavřít povinné zdravotní pojištění a tuto povinnost vymáhat. Občané jsou povinni uzavřít povinné zdravotní pojištění do tří měsíců od jejich příchodu do kantonu, což se týká také občanů s jinou státní příslušností, jestliže se zdržují ve Švýcarsku déle než tři měsíce. Občané mají svobodnou volbu zdravotní pojišťovny a mají právo na její změnu dvakrát ročně. Zdravotní pojišťovny mezi sebou v rámci daného kantonu soutěží o pojištěnce, a to pomocí různé vysoké částky pojistného. Neexistuje žádná fixní částka pojistného, takže mnoho lidí mění každoročně zdravotní pojišťovnu právě v závislosti na výši pojistného.

Zdravotní pojištění v USA

Větší část ekonomicky aktivních obyvatel USA (okolo dvou třetin) je pojištěna u soukromých zdravotních pojišťoven. Z toho 70–80 % pojištěnců není pojištěno individuálně, ale jako skupina zaměstnanců určitého podniku, a to prostřednictvím zaměstnavatele. Většina amerických zaměstnavatelských organizací platí jako součást svých sociálních programů zdravotní pojištění pro své zaměstnance a jejich rodinné příslušníky. Činí tak i přesto, že tuto povinnost jim žádný federální zákon neukládá. Pojištění sjednávají u soukromých zdravotních pojišťoven, kterých je v celé zemi o něco více než tisíc. Orientovat se ve všech možnostech, kombinacích a vesměs komplikovaných zdravotních plánech, které různé pojišťovací společnosti nabízejí, je pro běžného občana nesmírně složitou záležitostí, a to i přesto, že jedna pojišťovna nesmí nabízet více než deset zdravotních plánů. V zemi sice existují společnosti a firmy, které se specializují na poradenskou a konzultační činnost v oblasti zdravotního pojištění (14), avšak jejich služby také nejsou bezplatné. Zdravotní 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. Největším problémem zdravotnického

systemu USA je skutečnost, že významná část amerických občanů dlouhodobě nemá zajištěné žádné zdravotní pojištění. Je znepokojivé, že tato skupina se v posledních letech ještě rozšířila. V letech 2000–2001 počet nepojištěných vzrostl o 1,4 miliony. V současné době je to 40,9 milionů lidí, což reprezentuje 16 % všech Američanů, kteří ještě nedosáhli důchodového věku 65 let (11). Patří sem zejména následující skupiny:

- Chudí nebo zchudlí občané, tvořící asi jednu třetinu nepojištěných: jedná se o tzv. „Low-income Americans“ – Američany s nízkými příjmy, tj. příjmy pod 200% federální hranicí chudoby. Ve skutečnosti však určitá část těchto lidí má příjmy až dvojnásobně nižší, než je hranice chudoby¹.
- Mladí lidé do 25 let: v praxi to znamená, že těmto lidem je poskytována převážně akutní zdravotní péče při úrazech a nehodách, která je velmi nákladná.
- Zaměstnaní lidé, avšak nepojištění zaměstnavateli: zaměstnavatelé argumentují tím, že zdravotní pojištění je pro ně příliš nákladné.
- V posledních letech, kdy již druhé období v USA vládne Konzervativní strana, stoupá počet zdravotně nepojištěných zaměstnanců. Lze se domnívat, že to souvisí s celkovým politickým a sociálním klimatem v zemi, kdy solidarita mezi lidmi není příliš podporována, a to jak ideologicky, tak i prakticky.

Federální a státní zdravotní programy

MEDICARE

Vznik tohoto programu je spojen se jménem amerického prezidenta J. F. Kennedyho, který přičinil se o jeho zavedení. V průběhu let byl neustále upravován a rozšiřován až do dnešní podoby, kdy představuje program financování a jednotného přístupu ke zdravotní péči pro všechny občany USA starší 65 let a pro určité skupiny chronicky nemocných a tělesně postižených. Z chronicky nemocné populace mají v rámci tohoto programu garantované nejlepší podmínky pacienti trpící poruchou ledvinových funkcí (týká se to přibližně třech milionů obyvatel). Program MEDICARE je řízen na federální úrovni a je rovněž financován převážně z federálních daní. To znamená, že ve všech státech Unie jsou podmínky zařaditelnosti i rozsah krytí zdravotní péče v tomto programu shodné. MEDICARE představuje velkou zátěž pro americký státní rozpočet. V posledním desetiletí jeho výdaje rostou výrazně rychleji

¹ Z důvodu provázanosti programu MEDICAID s programy sociální podpory (sociálních dávek) a také díky rozdílům, které existují mezi jednotlivými státy Unie v určování kritérií pro to, co je považováno za příjem a jaká může být jeho výše, je významná část chudých lidí (téměř 55 %) z programu MEDICAID vyloučena. Jsou to např. bezdětní a práce schopní dospělí občané, kteří ještě nedosáhli 65 let věku.

než příjmy. Na politické úrovni existují obavy, že by to mohlo vést v dohledné době ke kapitálovému bankrotu. V americkém Kongresu při projednávání státního rozpočtu dochází často v souvislosti s MEDICARE k bouřlivým diskusím, kdy demokraté bojují o jeho rozšíření či alespoň udržení a konzervativní část se spíše snaží rozsah programem kryté zdravotní péče redukovat.

Program 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, např. invalidní vozíky. 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. Je vnímán jako jeden z pilířů sociálních jistot, garantovaných státem.

MEDICAID

Tento program částečně financuje péči o chudé občany, avšak prostředky, kterými disponuje, nestačí ani na krytí poloviny skutečných nákladů na zdravotní péči o tuto populaci. MEDICAID zahrnuje neodkladnou akutní i dlouhodobou péči a některé preventivní služby (zejména očkování). Je financován jak z federálních daní, tak z daní jednotlivých států Unie. Na území celých Spojených států je určujícím kritériem pro zařazení do programu příjem nižší, než je životní minimum, které je zde označované jako „hranice bídy/chudoby“ (poverty line). Pro představu uvádíme, že hranice bídy pro tříčlennou rodinu představovala v roce 2001 roční příjem 14 128 dolarů. V současné době žije v USA okolo 12 % obyvatel s příjmem pod hranicí bídy (11). Jednotlivé státy USA však v závislosti na výši svých daňových příjmů zvyšují úroveň příjmu pro zařaditelnost do MEDICAID až na dvojnásobek, a to v zájmu snížení počtu lidí, kteří nemají zajištěnou dostupnost zdravotní péče. Do 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, dále slepci a lidé, kteří z různých důvodů nemohou pracovat. V zásadě platí, že jsou preferovány matky s dětmi a práce neschopní občané.

Neodkladná péče

Koncem 80. let 20. století byla přijata legislativa, která na federální úrovni řeší poskytování neodkladné péče. Byl přijat zákon „Emergency Medical Treatment and Active Labor Act“ (EMTALA), podle něhož každé osobě, která se na území Spojených států ocitne v bezprostředním ohrožení života, musí být poskytnuta potřebná zdravotní péče. Musí být učiněno vše, co medicína a zdravotnictví umožňují, aby byl zachráněn život. Povinnost poskytnout neodkladnou péči se vztahuje na všechna zdravotnická zařízení i na všechny zdravotníky, kteří přijdou s takto zdravotně ohroženou osobou do styku. Platí to tedy i pro situace, kdy např. chudý a na první pohled nesolventní pacient v ohrožení života je dopraven do nejbližší soukromé luxusní nemocnice, poskytující péči bohaté klientele. V tomto případě nemocnice nemůže pacienta ohroženého na životě odmítnout. Zákon vyžaduje, aby zdravotní stav ohrožené osoby byl takzvaně „stabilizován“ a až poté je možné pacienta převést do veřejné nemocnice, která péči o něj převezme.

Řízená péče – managed care

V průběhu posledních dvaceti až třiceti let probíhal v USA proces sdružování a určité centralizace zdravotnických služeb. Poskytovatelé (zdravotnická zařízení) a plátcí těchto služeb (zdravotní pojišťovny) se sdružují do tzv. **HEALTH MAINTAINANCE ORGANIZATIONS** (HMO's) – organizací řízené péče, které představují svéráznou americkou podobu integrace zdravotnických služeb, a to při zachování jejich soukromého charakteru. Rozhodující řídicí roli v HMO's mají zdravotní pojišťovny. HMO's poskytují léčebnou péči těm občanům, kteří se u nich zaregistrují, a zaregistrovaní občané se zavazují čerpat péči pouze u těchto organizací. Za toto omezení je obvykle poskytována výhodnější sazba pojistného než u běžných pojišťoven. HMO's se zaměřují na úsporu nákladů, snaží se podporovat více prevenci a šetřit prostředky účelnější administrativou. V 90. letech byly velmi aktivní v zavádění programů zajišťování a zvyšování kvality zdravotní péče ve svých zařízeních, které považují za cestu ke zvyšování efektivity zdravotní péče.

Existuje několik typů HMO's:

Skupinová praxe: tento typ je uplatňován v ambulantní sféře. Jedná se o partnerství několika soukromých praktikujících lékařů. Ti tvoří profesionální korporace nebo asociace a poskytují zdravotnické služby v předem dohodnutém rozsahu a za dohodnuté ceny.

Síťový model: lékaři pracují ve svých vlastních ordinacích a kromě péče pro pojištěnce HMO poskytují léčebnou péči také pro své další soukromé pacienty. V podstatě se jedná o více skupinových praxí, většinou takto pracují specialisté.

Zaměstnanecký model: jedná se často o rozsáhlé podniky, kdy HMO vlastní zdravotnická zařízení různého typu, jako nemocnice, ambulantní služby, psychiatrické léčebny, ošetrovatelské ústavy (tzv. „nursing homes“ – americká obdoba našich LDN), rehabilitační zařízení a jiné. Tyto organizace jsou většinou schopny poskytnout pacientům veškerou potřebnou péči. Znamená to, že pacienti nemohou uplatňovat svobodnou volbu, a pokud ano, tak pouze v rámci své HMO. V tomto modelu HMO zaměstnává lékaře a ostatní zdravotníky, kteří jsou k ní v zaměstnaneckém poměru a pracují za dohodnutou mzdu. Vznik HMO's je spjat většinou s iniciativou zdravotních pojišťoven, pojišťujících zaměstnance velkých podniků (General Motors, IBM a dalších) a samotných zaměstnavatelů. Známa je např. HMO „Kaiser Permanente“, která vznikla za účelem zajištění zdravotní péče pro zaměstnance stavebnictví a oceláren. Nejvýznamnějším důvodem pro vznik organizací řízené péče bylo to, že zdravotnické služby poskytované jejich prostřednictvím jsou ekonomicky výhodnější. Zdravotní pojišťovny i zaměstnavatelské organizace tímto způsobem šetří své výdaje, případně podniky za stejné peníze mohou nabídnout svým zaměstnancům výhodnější pokrytí zdravotní péče.

Zdravotní pojištění v Irsku

V Irsku existuje model financování zdravotní péče, kde na jedné straně hraje důležitou roli soukromé zdravotní pojištění a na straně druhé je pro obyvatelstvo zajištěna dostupnost péče hrazená z veřejných zdrojů. Politika, která podporuje rozvoj soukromého zdravotního pojištění, sleduje cíl vytvoření této nabídky pro občany jako alternativy k systému veřejného zajištění péče a nástroj pro úhradu spoluplateb i výkonů, které nejsou hrazeny v rámci veřejného systému. Historicky na

trhu soukromého zdravotního pojištění existovaly quasi-monopolní pojišťovny. Tato situace je ovšem minulostí s tím, že se tento segment otevřel působení konkurence. Důležitými faktory růstu podílu soukromého zdravotního pojištění jsou také chování zaměstnavatelů, které nabízí svým zaměstnancům toto pojištění jako jeden z pracovních benefitů a důvěra pojištěnců v tento systém. V současnosti má soukromé zdravotní pojištění téměř polovina obyvatel Irska. Takovéto nastavení systému má samozřejmě své výhody a nevýhody. Z pohledu tvůrců zdravotní politiky v Irsku je tato kombinace veřejného a soukromého financování zárukou na jedné straně efektivity systému a na straně druhé kvality života obyvatelstva. Soukromé zdravotní pojištění nabízí pojištěncům větší možnost volby a časovou dostupnost péče, čímž zvyšuje citlivost systému vůči přáním pojištěnců/pacientů. Na druhé straně se objevují otázky týkající se ekvity (spravedlnosti) ve zdraví i určité zkušenosti, že osoby se soukromým zdravotním pojištěním jsou poskytovateli upřednostňovány (což do jisté míry připomíná situace v SRN). Ve snaze tyto negativní efekty eliminovat je sektor soukromého zdravotního pojištění ze strany státu regulován např. v oblasti výše pojistného apod., což zajišťuje vyšší míru spravedlnosti v dostupnosti jak pojištění tak i péče. V současné době dominují v oblasti soukromého zdravotního pojištění dvě pojišťovny. Dále na trhu působí menší fondy s omezeným členstvím. V této souvislosti je diskutována otázka přerozdělování vybrané pojistného mezi pojišťovnami, které by podpořilo férovou konkurenci a omezilo konkurenci na základě řízení rizika pojistného kmene.

Rozsah veřejného pojištění/zajištění v porovnávaných státech

Tabulka č. 1 stručně shrnuje základní poznatky o rozsahu veřejně poskytované péče a péče, která je hrazena z prostředků veřejného/veřejně garantovaného pojištění nebo soukromého zdravotního pojištění a navazuje na kapitolu věnovanou zdravotnímu pojištění v jednotlivých státech, zařazených do tohoto srovnání. Specifická situace existuje v USA, kde zdravotní pojištění není povinné a z veřejných zdrojů jsou hrazeny pouze omezené zdravotní programy (viz výše). V dalších státech srovnání je rozsah zdravotní péče hrazený z prostředků „základního“ veřejného pojištění stanoven zákonem (v Německu je to například pátá kniha sociálního

zákoníku) a zdravotní pojišťovny nemohou tento rozsah péče, ať již z jakéhokoliv důvodu podkročit a poskytovat například omezený počet výkonů. Stát v jednání s dalšími sociálními partnery, v závislosti na historické tradici dané země, pokud ukládá občanům přispívat na veřejné zdravotní pojištění jako povinnost, na stranu druhou garantuje jeho dostupnost i rozsah a kvalitu účelné zdravotní péče. V některých státech srovnání existují seznamy výkonů, které jsou ovšem průběžně doplňovány a měněny, takže srovnání by vypovídalo pouze o okamžité situaci, nikoliv o stabilním a dlouhodobém stavu. Navíc například v Rakousku, Německu nebo Irsku hraje doplňkově relativně významnou úlohu také systém soukromého (nepovinného) zdravotní pojištění. V Irsku je na rozdíl od dalších evropských států srovnání zdravotnictví financováno primárně z daní a systém pojištění se uplatňuje pouze v segmentu soukromého zdravotního pojištění.

Obečným trendem srovnávaných států zvyšující se důraz na kvalitu zdravotní péče a práva pacientů. Práva pacientů jsou například v Německu nebo Rakousku řešeny v několika zákonech, chartách práv pacientů. V Rakousku existuje také funkce ombudsmana práv pacientů na Spolkové úrovni. Práva pacientů/pojištěnců hájí ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče v rámci své role nákupčího péče pro pojištěnce.

Tab. 1 Poznámky k rozsahu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (zajištění)

| Rakousko | Švýcarsko | Německo | Nizozemsko | Irsko | USA |
|--|--|--|--|--|---|
| <p>Z prostředků veřejného sociálního zdravotního pojištění je obecně hrazena péče, která je dostatečná, ale pouze taková, která je nezbytně nutná. Je o péči praktických lékařů a ambulantních specialistů, fyzioterapeutickou péči, terapii řeči, psychoterapii, klinickou psychologii, léčiva a terapeutické pomůcky, základní zubní ošetření, nemocniční péči, podporu zdraví a prevenci nemocí, časnou diagnostiku nemocí i zdravotnickou dopravu. Dále pak jsou z prostředků tohoto pojištění hrazeny nemocenské dávky a dávky v mateřství.</p> <p>V Rakouském zdravotnictví existují také poplatky za vyšetření i léčiva na předpis, relativně obdobně jako dnes v ČR.</p> | <p>Do systému povinného pojištění nepadá: rutinní péče stomatologů (mimo péče školní), plastická chirurgie, psychoterapie, která není poskytována lékaři, léčiva nezařazená na pozitivní seznamu léčiv a farmaceutických produktů, umělé oplodnění in vitro.</p> <p>Částečně je ze systému povinného zdravotního pojištění hrazeno např. lázeňská péče, zdravotnická doprava a záchranná služba.</p> <p>Naopak je hrazena i řada výkonů alternativní medicíny např. čínská medicína apod.</p> | <p>Z prostředků veřejného sociálního zdravotního pojištění je obecně hrazena: prevence nemocí, podpora zdraví na pracovišti, screening nemocí, léčebná péče (ambulantní péče, péče o chrup, nemocniční péče, pečovatelská péče, léčiva, rehabilitace, zdravotnická doprava a záchranná služba, nemocenská.</p> | <p>Péče praktických lékařů a ambulantních specialistů, v určitém rozsahu péče zubních lékařů a léčiva, nemocniční péče, zdravotnické pomůcky, zdravotnická doprava, péče o matku a dítě, audiologie, genetická vyšetření na doporučení praktického lékaře nebo specialisty, hemodialýza, rehabilitace a další.</p> | <p>V rámci daňově financovaného modelu existují dvě skupiny. Kategorie I. (držitelé zdravotních karet cca 30 % populace) – sociální, ekonomicky i jinak znevýhodnění mají zajištěnou veškerou péči ve veřejných zařízeních, včetně léčiv apod. Kategorie II. (osoby bez zdravotní karty) čerpá veřejně hrazené služby zejména v oblasti nemocniční péče a péče ambulantních specialistů.</p> | <p>Pojištění sjednávají u soukromých zdravotních pojišťoven, kterých je v celé zemi o něco více než tisíc. Orientovat se ve všech možnostech, kombinacích a vesměs komplikovaných zdravotních plánech, které různé pojišťovací společnosti nabízejí, je pro běžného občana nesmírně složitou záležitostí, a to i přesto, že jedna pojišťovna nesmí nabízet více než deset zdravotních plánů. Rozsah péče a možnost v USA existuje rovněž skupina osob, které sice zdravotní pojištění mají, ale není dostatečné pro pokrytí jejich celkových zdravotních rizik, možnost volby pacientů se v závislosti na zvoleném modelu liší.</p> |

Zdroj: Syntéza podkladových materiálů – viz seznam literatury a zdrojů.

Univerzitní nemocnice

Pro přehledovou informaci o postavení univerzitních nemocnic v rámci zdravotnického systému bylo využito především poznatků z Nizozemska, Rakouska, Německa s tím, že tato zařízení mají ve všech státech srovnání **zvláštní postavení**, kdy integrují oproti dalším nemocnicím tři základní funkce, a to:

- poskytování zdravotní péče,
- výuka budoucích lékařů, případně dalších zdravotníků,
- výzkum.

Ostatní nemocnice jsou děleny například na všeobecné a specializované – terminologie se stát od státu liší. V univerzitních nemocnicích se zpravidla koncentruje velmi specializovaná péče a působí zde přední odborníci v daných oborech. V sousedním Rakousku jsou ve Vídni, Štýrském Hradci a Innsbrucku a v souvislosti s novou právní úpravou (vysokoškolským zákonem 120/2002 Spolkové sbírky zákonů) byly lékařské fakulty univerzit ve výše zmíněných městech transformovány na Lékařské univerzity s **plnou právní subjektivitou**, což jim umožňuje vstupovat nezávisle do právních vztahů, ale také plnit z nich vyplývající povinnosti. Lékařské univerzity jsou spolkovými institucemi, kdy je významné financování jejich činností ze strany Spolku (spolkové vlády). Také v dalších státech jsou při financování univerzitních nemocnic využívány zejména veřejné zdroje národní (Nizozemsko) či regionální vlády (např. univerzitní nemocnice v Curychu, Bernu, Basileji, Lausanne a Ženevě ve Švýcarsku). Na hospodaření univerzitních nemocnic, ale také na další parametry jakými jsou lidské zdroje (počty lékařů a zdravotníků), rozsah lůžkové fondu a další ukazatele je nutné nahlížet s uvědoměním si výše uvedených funkcí a specifík a jejich srovnávání s dalšími typy nemocnic je tudíž značně problematické. Rámcově je nutné při úvahách při transformaci současných fakultních nemocnic v ČR brát do úvahy především jasné (zejména legislativní a finanční oddělení) výše zmíněných funkcí univerzitních nemocnic, tedy poskytování zdravotní péče (mnohdy značně specializované a tudíž i nákladné), výukové, kdy připravují na výkon budoucího povolání lékaře/zdravotníky a výzkumné, kdy realizují veřejný i soukromý výzkum v různých oblastech medicíny.

Seznam literatury a zdrojů

- Barták, M. *Health Insurance in the Czech Republic, Slovakia, Germany and Austria – common roots, common future?* *Ekonomie+Management (E+M)* 2007, roč. 7, č. 1, str. 10–17.
- BARTÁK, M., HORÁKOVÁ, P. *Výdaje na zdravotnictví ve statistikách OECD : Výběr ze statistické databáze pro ekonomickou spolupráci a rozvoj.* *Zdravotnické noviny.* 2005, roč. 54, č. 42, s. 22-23.
- BARTÁK, M., HORÁKOVÁ, P. *Ambulantní lékaři pohledem OECD : Výběr ze statistické databáze pro ekonomickou spolupráci a rozvoj.* *Zdravotnické noviny.* 2005, roč. 54, č. 46, s.
- BARTÁK, M., HORÁKOVÁ, P. *Nizozemsko – Probíhající reforma.* *Zdravotnické noviny* 2006, roč. 55, č. 6, s. 12 -14.
- BARTÁK, M., HORÁKOVÁ, P. *Rakousko – Plánování do posledního lůžka.* *Zdravotnické noviny* 2006, roč. 55, č. 10, s. 11-14.
- BARTÁK, M., HORÁKOVÁ, P. *Švýcarsko – Jiný kanton, jiný mrav.* *Zdravotnické noviny* 2006. roč. 55, č. 13, s. 14-18.
- BARTÁK, M., HORÁKOVÁ, P. *Německé zdravotnictví – na západní frontě klid.* *Zdravotnické noviny* 2006. roč. 55, č. 16, s. 12-16.
- BUSSE, R., RIESBERG, A. *Health care systems in transition: Germany.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- COLOMBO, F., TAPAY, N. *Private health instance in Ireland : A case study.* OECD Working Paper no. 10 Paris : OECD, 2004.
- DOCTEUR, E, OXLEY, H. *Health Care systems : Lessons from the reform experience.* OECD Health Working Papers no.9. Paris : OECD, 2003.
- EXTER, A., HERMANS, H. , DOSLJAK, M., BUSSE, R. *Health care systems in transition: Netherlands.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- HOFMARCHER M. M., RACK H-M. *Austria: Health system review.* *Health Systems in Transition*, 2006; 8(3):1–247.
- HNILICOVÁ, H., BARTÁK, M. *Zdravotnický systém v USA . Zdravotnictví v České republice.* 2005, roč. 8, č. 4. 166 – 173.
- MINDER, A. et al. *Health System in Transition : Switzerland 2000.* European Observatory on Health Care Systems 2000.
- MOSSIALOS, E. et al. *Funding health care : options for Europe.* European Observatory on Health Care Systems Series, Open University Press, 2002.

- SALTMAN, R.B., FIGUERAS J., SAKALLARIDES, C. (eds.). *Critical challenges for health care reform in Europe*. Open University Press, 1998.
- SALTMAN, R. B., FIGUERAS J. *European Health Care Reform : Analysis of Current Strategies*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, WHO Regional Publications, European Series, No. 72. 1997.
- SHORTELL, S., H., KALUZNY, A.D: *Health Care Management: Organization Design and Behaviour*, 3rd Edition, Delmar Publishers INC., NewYork 1994.
- OECD: *Measuring Up : Improving Health Systems Performance in OECD Countries*. Paris : OECD, 2002.
- OECD: *Towards High – Performing Health Systems*, Paris . OECD, 2004.
- TAPAY, N., COLOMBO, F. *Private health instance in Nethrland s: A case study*. OECD Working Paper no. 18 Paris : OECD, 2004.
- Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj - <http://www.oecd.org>
- Evropská observatoř zdravotnických systémů – <http://www.observatory.dk>
- Evropská kancelář Světové zdravotnické organizace – <http://www.who.dk>
- Zdravotnické noviny – <http://www.zdn.cz>
- Zdravotnictví v ČR – <http://www.zcr.cz>