

POLITICKÁ EKONOMIE FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Jaroslav Vostatek, Vysoká škola finanční a správní v Praze*

1. Úvod

Dva základní modely poskytování zdravotní péče ve vysokopříjmových zemích OECD bývají označovány jako Bismarckův a Beveridgeův model. Tato označení sice výstižně označují hlavní původní nositele příslušných koncepcí, nevystihují však dostatečně jejich politicko-ekonomickou orientaci. Beveridge byl liberál, „jeho“ model organizace a financování však liberální není. Cílem tohoto příspěvku je ukázat, jaké modely zdravotní péče zapadají do jednotlivých sociálních modelů (*welfare regimes*) a jaké vývojové tendence se zde projeví. Omezíme se přitom na analýzu a srovnání základních forem financování zdravotní péče a jejich vazby na jednotlivé sociální modely, vše s vědomím velké komplexnosti vztahů a podstatného vlivu aktérů zdravotní péče v jednotlivých zemích.

Naše pozornost se soustředí na systémy zdravotní péče v zemích OECD a východní Evropy. V souladu s obecnou teorií sociálních modelů, reprezentovanou Espingem-Andersenem (1990), rozlišíme tři základní sociální modely: liberální, konzervativní a sociálně-demokratický. Liberální model přitom rozčleníme na klasický liberální model a neoliberální model. Dále stručně pojednáme i o komunistickém modelu a o směřování financování zdravotní péče v postkomunistických zemích.

2. Liberální model

Klasický liberalismus minimalizuje zásahy státu do hospodářství a dnešní sociální politiku vůbec neuznává. V tomto modelu v zásadě platí, že každý se má o sebe postarat sám. V době, kdy i v dnešních vyspělých zemích toto platilo v maximálním možném rozsahu, existovaly z tohoto liberálního pravidla výjimky, toto pravidlo v zásadě potvrzují.

* Tento příspěvek obdržel podporu z projektu IGA VŠFS "Financování veřejného sektoru a sociální politiky v 21. století" (7744/2012-13).

Standardní soukromé zdravotní či širše pojaté nemocenské pojištění má své charakteristické konstrukční prvky, odvozené ze zásady ekvivalence a z její realizace v tržním prostředí. Soukromá pojišťovna si před sjednáním pojistné smlouvy zjišťuje zdravotní stav klienta a snaží se zjištěné skutečnosti promítnout do výše pojistného. Při špatném „riziku“ smlouvu ani neuzavře. Pojistné smlouvy se uzavírají na omezenou dobu, nikoliv od narození do smrti.

Chicagská ekonomická škola je charakterizována bezmeznou vírou ve svobodné trhy, v jejich schopnost efektivně alokovat zdroje a rozdělovat důchody. Friedman proto mj. navrhoval i zrušení státních programů zdravotní péče Medicare a Medicaid. Argumentace byla modelově jednoduchá – stát nemusí vytvářet žádný systém zdravotního zabezpečení, protože každý se může zabezpečit sám podle svých představ a možností. A naopak: hlavními viníky vysokých nákladů na zdravotní péči v USA jsou poskytování zdravotního pojištění zaměstnavateli a programy Medicare a Medicaid (Friedman, 2002 a 2001).

Tyto přístupy se uplatňují v odborné literatuře i dnes u nás. Průša doporučuje oddělit „ekonomickou a sociální otázku“ v českém zdravotnictví tak, že sociálně potřebným je třeba poskytnout obecnou sociální pomoc. Zdravotnictví pak může fungovat na plně tržních principech; jedině plně soukromá zdravotní péče je efektivní. „Na jednu stranu vede pacienty k odpovědnosti za své vlastní zdraví a k důsledné kontrole péče, kterou za své peníze dostávají. Na druhou stranu vede konkurence pojišťoven a poskytovatelů k tvrdému boji o své zákazníky – a to jednak snižováním cen a jednak zvyšováním kvality.“ (Průša, 2012, s. 3). Typické je, že autoři publikující tyto názory nepracují s čísly, která by měla potvrzovat jejich názory.

V duchu liberalismu se nese argumentace republikánských politiků v USA – v boji proti Obamově zdravotní reformě. „Obamův Zákon o ochraně pacientů a dostupné péči nebyl nikdy skutečně o zdravotní péči, byť jeho dopad na národní zdraví je katastrofální. Od svého počátku byl o moci, o expanzi vládní kontroly nad šestinou naší ekonomiky a vyústil do útoku na naši Ústavu požadavkem, aby si občané USA koupili zdravotní pojištění.“ (Republican, 2012). Povinné zdravotní pojištění je pojímáno jako zásadní omezení svobody – a dál argumentovat netřeba.

Liberální model zdravotního zabezpečení, doporučovaný např. Friedmanem či Průšou, je dnes jen učebnicovým modelem. Ani ryze soukromý segment amerického systému zdravotní péče nefunguje podle čistě liberálních představ. V obecné podobě se hovoří o tržním selhání, na úseku zdravotní péče tento jev poprvé výrazně analyzoval Arrow (1963). Při zásadní asymetrii informací o možnostech zdravotní péče mají lékaři i zásadní ekonomickou výhodu v tržních podmínkách přímé úhrady jednotlivých zdravotních služeb (*fee-for-service*). Proto již v lůně trhu zdravotní péče po druhé světové válce vznikly systémy řízené zdravotní péče, především v podobě HMO (*health maintenance organization*). V roce 1973 Kongres USA přijal zákon o HMO, poskytující zásadní podporu vzniku neziskových HMO. Obecně lze říci, že HMO je poskytovatelem zdravotního pojištění v kombinaci s poskytovatelem široké škály zdravotních služeb – od praktického lékaře až po nemocnici, laboratorní vyšetření a lékárnu (Enthoven, 1997).

Hlavní konstrukční prvky dosavadního amerického výrazně tržního systému poskytování zdravotní péče jej přiřazují k neoliberálnímu modelu, tamtéž již zcela zřetelně směřuje i Obamova reforma.

3. Konzervativní model

Typickým rysem konzervativního modelu či systému je velká diverzita zabezpečení jednotlivých sociálních skupin. Každá sociální skupina má modelově „svůj“ systém sociálního zabezpečení. Tyto systémy odrážejí jak specifika dané sociální skupiny, pokud jde o rizika krytá zabezpečením, tak i její mocenské (vlivové) postavení. To se výrazně projevilo již při vzniku těchto systémů.

Typickou, zde nejvíce používanou metodou sociálního zabezpečení zaměstnanců je sociální pojištění. Dvěma základními zásadami sociálního pojištění jsou zásada ekvivalence a zásada sociální solidarity. Zásada ekvivalence se aplikuje na úrovni jednotlivých systémů, a to samostatně v jednotlivých odvětvích a institucích těchto systémů – v dělnickém sociálním pojištění pak v odvětvích nemocenského a úrazového pojištění; zdravotní péče je zde věcnou dávkou pojištění. Celkově se zde musí rovnat příjmy a výdaje těchto jednotlivých institucí. Dále se zásada ekvivalence uplatňuje u peněžitých dávek sociálního pojištění tak, že samotná dávka je proporcionální, přímo úměrná zaplacenému pojistnému, a to jednotně pro všechny účastníky daného systému. Zásada sociální solidarity se především uplatňuje v rámci daného souboru rizik a jejich nositelů (účastníků), kdy účastníky se povinně stávají všichni příslušní zaměstnanci, do značné míry bez ohledu na jejich zdravotní stav. Zdravotní stav se sice může zkoumat při nástupu do zaměstnání, rozhodující však je „pouze“ to, zda je uchazeč o zaměstnání přijat, či nikoliv. Pokud je přijat, tak platí (on a jeho zaměstnavatel) pojistné, diferencované podle mzdy (procento ze mzdy do výše výdělkového stropu) – a nikoliv tedy podle zjištěného zdravotního stavu, jako je tomu v soukromém pojištění.

Systémy sociálního pojištění byly původně určeny pro jednotlivé sociální skupiny zaměstnanců, resp. pro jejich odvětvové anebo teritoriální, popř. i podnikové kolektivy. Takový „kolektiv“ byl klientem příslušné sociální nemocenské pojišťovny. V Německu původně existovalo na 23 000 nositelů sociálního nemocenského pojištění. Řízení těchto sociálních pojišťoven vycházelo ze samosprávy jednotlivých institucí, na základě paritního zastoupení zaměstnavatelů a pojištěnců. Pojistné určovaly jednotlivé pojišťovny.

Modelově je zdravotní péče – v konzervativním modelu – věcnou dávkou sociálního nemocenského pojištění. Původně byl význam zdravotní péče v rámci sociálního nemocenského pojištění vedlejší, po druhé světové válce však došlo k zásadní změně a zdravotní péče nabyla klíčového významu, na úkor peněžitých nemocenských dávek. Svou roli zde sehrálo zavedení dlouhých karenčních dob (např. 6 týdnů) u nemocenského, kdy zaměstnanci jsou v prvních týdnech své pracovní neschopnosti zabezpečeni přímo z prostředků svých zaměstnavatelů. Zásadní význam mělo a má zvyšování rozsahu a kvality zdravotní péče, které se projevuje v růstu nákladů ve všech systémech zdravotní péče.

Ve veřejně poskytované zdravotní péči dominuje zásada sociální solidarity; zdravotní péči nelze poskytovat úměrně pojistnému zaplacenému procentem ze mzdy. To nemálo modifikuje i celý moderní model sociálního pojištění – a to tím spíše, že po druhé světové válce se v Evropě zásadním způsobem rozšířila veřejná zdravotní péče na téměř všechno obyvatelstvo. I v systémech sociálního pojištění se zdravotní péče již neposkytuje pouze zaměstnancům, ale i důchodcům jakožto bývalým zaměstnancům, příslušníkům rodiny pojištěnců (pokud nejsou pojištěni sami přímo), samostatně výdělečným osobám atd. V posledních letech se výrazně modifikuje – tímto směrem – i sociální nemocenské pojištění v Německu, přičemž v tomto ohledu jde již vlastně o jedinou zemi ze souboru zemí pevně zakotvených v systému sociálního pojištění, kde nedošlo k růstu univerzality poskytování zdravotní péče na hodnotu řádu 99 %, ale „jen“ na cca 85 %. Stalo se tak díky jednak zvláštnímu systému financování zdravotní péče veřejných zaměstnanců (a to nejen v ozbrojených silách) a také díky tomu, že některé sociální skupiny se „nehnují“ do nemocenského sociálního pojištění.

Německo bylo kolébkou konzervativního systému sociálního nemocenského pojištění, v uplynulých letech však došlo k jeho výrazné modifikaci směrem k neoliberalismu, a je proto účelné se věnovat těmto reformám podrobněji. O to více, že u nás nejsou v podstatě známy.

Poslední nejvýraznější německá zdravotní reforma byla realizována od roku 2007. Poprvé v historii Německa se zavedla – od roku 2009 – povinnost mít či uzavřít zdravotní pojištění. (Z této povinnosti jsou vyňati státní zaměstnanci!) Došlo i k dalším podstatným změnám, které se dotýkají celé koncepce dosavadního sociálního nemocenského pojištění. Byl zaveden princip svobodné volby pojišťovny a konkurence pojišťoven. To vedlo ke snižování počtu nositelů sociálního nemocenského pojištění; počátkem roku 2013 počet nemocenských pokladen klesl na 134. Dalším podstatným odklonem od modelu sociálního nemocenského pojištění bylo výrazné sjednocení sazeb pojistného; byla zavedena všeobecná celostátní sazba. Pojistné od roku 2009 již nevybírají nemocenské pojišťovny, ale je příjmem nově vytvořeného federálního Zdravotního fondu. Pojišťovny ze zdravotního fondu dostávají „základní paušál“ (kapitační platbu) na každého pojištěnce, s přírážkami a srážkami podle věku, pohlaví a zdraví jednotlivého pojištěnce. Pokud prostředky získané od Zdravotního fondu jednotlivé pojišťovně nestačí, může vybrat dodatečné pojistné. A naopak, při vzniku přebytku lze klientům vyplátit „prémii“.

Od roku 2009 musí všechny soukromé nemocenské pojišťovny povinně nabízet „základní pojištění“ s plněními, která jsou srovnatelná se sociálním nemocenským pojištěním, pokud jde o balík základní zdravotní péče. Nikoho nemohou odmítnout, platí zákaz rizikových přírážek a individuálních výluk z pojistné ochrany. Pojistné „základního tarifu“ soukromého zdravotního pojištění určují soukromé pojišťovny absolutní částkou, nikoliv tedy procentem ze mzdy. Maximální výše pojistného je regulována vzorcem: strop je dán vynásobením průměrného pojistného a maximálním vyměřovacím základem v sociálním nemocenském pojištění. Platí každý pojištěnec, na rozdíl od sociálního pojištění, kde jsou spolupojištěni všichni nevýdělečně činní členové rodiny. Již z konstrukce vyplývá, že pojistné za základní tarif může být

podstatně dražší pro většinu klientů, to jako skutečnost potvrzuje i Stiftung (2009). To nepřekvapuje, soukromé zdravotní pojišťovny mívají ve světě podstatně vyšší náklady. V německé praxi je tarif určen především pro nové klienty soukromých pojišťoven. Základní tarif se zatím v praxi téměř nevyužívá.

Zdravotní reformy jsou v Německu předmětem politického boje mezi politickými stranami. V dnešní době minoritní vládní strana FDP (liberálové) dlouhodobě prosazuje v sociálním nemocenském pojištění zavedení jednotného „paušálního“ pojistného placeného zaměstnanci. Zaměstnavatelé by přitom dál měli platit pojistné procentem z výdělku. Velká část populace by návazně měla dostávat dotace k tomuto univerzálnímu pojistnému – podle sociálních hledisek. Tentýž reformní krok před léty navrhovala CDU/CSU – a vedlo to ke ztrátě části voličů. Naopak SPD, zelení a leví (Linke) požadují zavést „občanské pojištění“ – rozšířit placení pojistného i na ostatní příjmy obyvatelstva.

Poslední německá zdravotní reforma vedla k výrazné modifikaci dosavadního německého systému sociálního zdravotního pojištění. Některé její prvky – např. dovršení procesu k univerzalitě zdravotního zabezpečení (povinné pojištění pro všechny) – odpovídají všeobecným trendům ve světě. Naproti tomu důraz na konkurenci sociálních nemocenských pojišťoven lze považovat za nesystémový prvek, neboť vybočuje z obvyklého pojetí sociálního pojištění. Německé zdravotní reformy jsou výrazem snah podstatně reformovat sociální nemocenské pojištění, které se sami jejich autoři bojí „dotáhnout“ do systémového, modelového „konce“ – s ohledem na politické dopady těchto reforem.

Pokud by německé pravicové i levicové strany důsledně realizovaly koncepcce, které se snaží prosadit jen v omezeném rozsahu, tak by to znamenalo zánik konzervativního modelu. Pravice by transformovala sociální nemocenské pojištění na povinné soukromé zdravotní pojištění, zatímco levice by přes „občanské pojištění“ dospěla k financování balíku základní péče ze státního rozpočtu a asi i k jedné či dokonce žádné zdravotní pojišťovně. Věcným důvodem pro tyto transformace sociálního zdravotního pojištění je univerzalizace poskytování zdravotní péče (včetně jejího financování), která je v rozporu se segmentovaným sociálním pojištěním i s alternativní metodou zabezpečení veřejných zaměstnanců, obojí v rámci konzervativního modelu. Z toho vyplývá, že je racionální vyčlenit zdravotní péči ze sociálního pojištění. Při provedené zásadní univerzalizaci samotného systému sociálního pojištění to znamená i „konec“ konzervativního modelu na úseku zdravotní péče. Univerzální zdravotní péče je v rozporu se segmentovaným konzervativním sociálním modelem.

4. Sociálně-demokratický model

Sociálně-demokratický sociální model klade důraz na poskytování univerzálních dávek a služeb. Univerzálně poskytovaná zdravotní péče pro všechny občany či rezidenty je součástí tohoto modelu, stejně jako rozpočtové financování zdravotní péče. Pojistné v tomto modelu odpadá. Systém jednoho veřejného poskytovatele zdravotní péče dosahuje „úspor z rozsahu“ produkce (Palmer, 2006).

Výroky v předchozím odstavci, které vycházejí z obecných charakteristik sociálně-demokratického modelu i z jeho švédské praxe, mohou překvapit znalce britského

systému Národní zdravotní služby (NHS), protože ten byl koncipován jako součást poválečného britského systému sociálního zabezpečení, přičemž britská Labour Party, která tuto koncepci uvedla do praxe, vycházela ze závěrů Beveridgeovy komise – a Beveridge byl liberál, v 50. letech byl dokonce předsedou Liberální strany. Beveridge nastolil požadavek poskytování bezplatné zdravotní péče pro všechny občany – s tím, že má jít o nejlepší a nejmodernější zdravotní péči (britská Bílá kniha z roku 1944). Systém velkorysé univerzální zdravotní péče pro všechny rozhodně nezapadá do liberalismu, ani moderního.

Jedním ze zásadních důsledků rychlého rozvoje možností zdravotní péče a prodloužení lidského věku je zásadní tlak na zvyšování nákladů na zdravotní péči, který se ve světě promítl i v celkovém pojetí univerzalizmu zdravotní péče. Zatímco dříve se vycházelo z toho, že zdravotní péče má být poskytována každému v plném rozsahu a kvalitě („veškerá zdravotní péče pro každého“), dnes již dominuje „nový univerzalizmus“, podle něhož je možno všem poskytovat jen základní péči, nikoliv tedy péči veškerou. Jinými slovy: má-li být dnes poskytována zdravotní péče všem, nemůže být poskytována veškerá možná péče. To platí pro všechny sociální modely, v každé zemi musí být – již z praktických důvodů – definován „balík základní péče“.

Sociálně-demokratický sociální model je ve své základní, výchozí koncepci spojen s výhradním poskytováním veřejných služeb, zde zdravotní péče. V praxi příslušných zemí byla koncepce s různou intenzitou modifikována, prosadilo se využívání tržních nástrojů, do systému začaly být zapojováni soukromí podnikatelé (zejména praktiční lékaři), soukromé společnosti a neziskové organizace. Došlo i na pronájmy veřejných nemocnic soukromým společnostem, např. i ve Švédsku. To podstatně modifikuje sociálně-demokratický model v pojetí Espinga-Andersena. My se zde však omezujeme na základní složku financování zdravotnického systému a zde nedošlo k podstatným změnám v příslušných zemích, i nadále se zde vychází z přímého financování veřejné zdravotní péče z veřejných prostředků, bez využití veřejné pojišťovny.

Zvláště v americké literatuře bývají rozlišovány dva submodely veřejně financované zdravotní péče podle toho, zda poskytovateli zdravotní péče jsou (převážně) veřejné instituce, či soukromé podniky. Veřejně financované poskytování zdravotní péče v jinak soukromém zdravotnictví bývá charakterizováno jako „single-payer system“, čili systém s jedním plátcem; příkladem je Kanada. Naproti tomu veřejně financované veřejné zdravotnictví bývá v USA a Kanadě často označováno jako socializované zdravotnictví (*socialized medicine*) a jako typická země se zde uvádí Velká Británie.

V Evropě je single-payer systém chápán obecněji, jako každý systém financování zdravotní péče s jedním veřejným financérem. Bez zřetele na to, zda tímto financérem je přímo stát (či regiony), nebo jimi zřízená monopolní veřejná zdravotní pojišťovna.

Jako single-payer systém lze označit i systémy veřejného zdravotního pojištění ve většině postkomunistických zemí, kdy toto pojištění je provozováno jednou, veřejnou zdravotní pojišťovnou. Vzorem zde většinou byl systém sociálního zdravotního pojištění, nikoliv však již bismarckovský, segmentovaný, ale univerzální s tím, že neplatí konstrukce zahrnutí dětí a jiných závislých osob do pojištění zaměstnance. Od konceptu

jedné veřejné zdravotní pojišťovny se očekávalo potlačení jisté fragmentace předchozího zdravotnického systému a případně také zabezpečení stability financování zdravotnictví využitím institutu pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Využití účelového zdanění ve prospěch zdravotnictví však obecně neznamená zajištění více zdrojů pro zdravotnictví. Účelová daň sama o sobě nezajistí optimální úroveň výdajů na zdravotní péči (Jönsson, 1997). Spíše generuje dodatečné problémy a vícenáklady. Přiměřenost nákladů na veřejně placenou zdravotní péči by měl zajistit celostátní zdravotní fond, integrovaný či neintegrovaný do jedné celostátní veřejné zdravotní pojišťovny.

Evropský parlament schválil koncem roku 2008 rezoluci o budoucnosti systémů sociálního zabezpečení a penzí: pokud jde o jejich financování a trendy k individualizaci. Poslední část této rezoluce je věnována zdravotní péči a dlouhodobé péči, závěrečný 57. bod této části rezoluce doporučuje členským zemím přispět k efektivnosti a rovnosti v jejich systémech zdravotní péče snížením počtu rizikových společenství (pools), nebo – ještě lépe – vytvořením jednoho (single) národního poolu, který může usnadnit strategické řízení a koordinaci v celém zdravotnickém systému. Pozoruhodný je i bod 49, který zní: „(Evropský parlament) uznává rostoucí popularitu řešení založených na trhu a privatizaci ve financování zdravotní péče jako všelék na nákladovou explozi, neefektivnost a problémy kvality péče, zejména v nových členských zemích; uznává narůstající doklady o tom, že funkční privatizace systémů sociálního zdravotního pojištění, ziskový motiv a konkurence mezi finančními zprostředkovateli obvykle zdravotnické systémy zdražují, zatímco jejich přínosy pokud jde o tlumení nákladů, efektivnost a kvalitu péče jsou pochybné; z tohoto důvodu doporučuje, aby členské země se single-payer systémem si tento model zachovaly.“ Vyjadřování je dosti „diplomatické“, nicméně preference single-payer systému je evidentní. Pozoruhodný je i následující bod, který v systémech s příspěvkem na sociální pojištění, vybíranými ze mzdy, doporučuje rozšířit tento vyměřovací základ o příjmy nevýdělečného charakteru. Čili je zde doporučení směřující k aplikaci koncepce „občanského pojištění“, resp. k financování zdravotní péče daní z příjmů (European, 2010).

Sociálně-demokratický sociální model byl na úseku zdravotní péče v mnoha směrech modifikován „infiltrací“ tržních prvků. To se však netýká financování veřejné zdravotní péče jako celku – ta je pojímána jako veřejný výdajový program, financovaný z veřejného rozpočtu, bez využití institutu pojistného. Tento systém lze považovat za efektnější než západní systémy sociálního zdravotního pojištění. Srovnávací analýzy systémů sociálního zdravotního pojištění a systémů zdravotní péče, financovaných z veřejných rozpočtů, totiž obvykle docházejí k závěru, že sociální zdravotní pojištění je nákladnější, aniž by představovalo větší kvalitu (Wagstaff, 2009).

V zemích OECD a EU má převažující podporu single-payer systém; za jeho základní verzi lze považovat financování veřejné zdravotní péče z veřejných rozpočtů, vycházející ze sociálně-demokratického modelu, který je charakterizován univerzální poskytováním této péče – pro všechny rezidenty. V této základní verzi jsou rezidenti zahrnuti do veřejně financovaného systému zdravotní péče automaticky, bez podmínky sjednání např. pracovního poměru či pojistné smlouvy.

5. Neoliberální model

Neoliberální sociální model deklaruje maximum liberalismu a současně i výrazné státní zásahy, které mají umožnit či dokonce vytvořit obsáhlé konkurenční prostředí včetně potřebného sociálního zabezpečení. Je možné sem zařadit dosavadní i nastávající systém poskytování zdravotní péče v USA. Dosavadní zásadní modifikací tržního systému v USA jsou dva největší veřejné zdravotní programy Medicare a Medicaid a dále daňová podpora poskytování zdravotního pojištění či přímo zdravotní péče ze strany zaměstnavatelů. Je účelné se o nich zmínit podrobněji, protože se jim v zahraničí věnují celé generace teoretiků a politiků. Návazně se zmíníme o Obamově reformě a o dalších možných směrech vývoje amerického zdravotního modelu. Nemůžeme opominout nizozemskou zdravotní reformu, která byla inspirována teoretickými přístupy amerického profesora pro podmínky USA a která byla vzorem pro několik českých politiků a jejich odborných poradců. Čistý model jimi doporučovaného paušálního pojistného se uplatňuje ve Švýcarsku a v segmentu povinného soukromého zdravotního pojištění i v Německu. Zkušenosti s využíváním těchto systémů jsou pro českou politiku významné. Zajímavá je i ruská verze neoliberálního modelu.

Program Medicare, který byl zaveden v USA v roce 1965, je veřejným zdravotním pojištěním ve stáří a při některých formách invalidity. Jedinou podmínkou účasti je zaměstnání a navazující placení příslušné daně z mezd po dobu nejméně 10 let, nebo manželství s osobou splňující tuto podmínku. Základní složkou produktu je pojištění nemocniční péče. Nemocniční pojištění je financováno daní z mezd se sazbou 2,9%, z toho zaměstnavatel platí polovic. V rámci Obamovy reformy byla od roku 2013 zavedena druhá sazba 3,8%, která se vztahuje na mzdy nad 200 000 \$ ročně, popř. na veškeré kapitálové příjmy, pokud jsou větší než převyšek mezd nad uvedenou hranici. Z koncepčního hlediska lze financování nemocničního pojištění Medicare charakterizovat jako „občanské pojištění“. Podstatné je také to, že nejde o univerzální systém poskytování zdravotní péče, ale „jen“ o systém pro část populace, navíc s průběžným financováním, které je projevem „mezigenerační smlouvy“.

Účastníci programu Medicare si mohou ještě sjednat „zdravotní připojištění“, které se vztahuje na primární péči, tj. především na praktické lékaře a navazující služby. Tohoto připojištění využívá na 99% osob, které na něj mají nárok. Pojistné za zdravotní připojištění je totiž ze zákona určováno ve výši zhruba jedné čtvrtiny příslušných nákladů. Zdravotní připojištění Medicare je téměř univerzálním zabezpečením téže sociální skupiny jako v případě nemocničního pojištění Medicare, univerzality se přitom dosahuje v podstatě neoliberální metodou, extrémně vysokou dotací z federálního rozpočtu USA.

Medicaid je největším vládním (federálním a státním) výdajovým programem pro osoby s nízkými příjmy, je určen pro příjemce peněžitých dávek sociální pomoci. Medicaid je systémem nákupu soukromého zdravotního pojištění pro sociálně potřebné a nízkopříjmové skupiny osob, které projeví o toto zdravotní pojištění zájem. Rozsah pojištění je rozdílný podle jednotlivých států USA, federace pouze poskytuje dotace,

a to v závislosti na průměrných příjmech v jednotlivých státech. V roce 2009 byla cestou Medicaid pojištěna jedna pětina Američanů (63 mil.).

Americký model zdravotního zabezpečení se opírá o soukromé zdravotní pojištění. Přímou pojistnou smlouvu s některou ze soukromých zdravotních pojišťoven má však pouze poměrně malá část Američanů; většina má zdravotní pojištění zakoupené zaměstnavatelem – více jak 50 % obyvatelstva; jedná se o skupinové pojištění, které je podstatně levnější než individuální zdravotní pojištění. Nejmenší pojištěnost je u dospělých ve věku do 65 let: v roce 2011 mělo v této věkové skupině soukromé pojištění 64 % těchto osob a veřejné pojištění přes 15 %; 21 % bylo nepojištěno (Cohen, 2012). Celkový počet nepojištěných Američanů se dnes odhaduje na 46 mil., další zhruba stejný počet Američanů je pojištěn nedostatečně.

Zdravotní pojištění se rozvinulo v USA za druhé světové války, návazně na tehdy existující regulaci mezd. Zaměstnanecké zdravotní pojištění vzniklo jako zaměstnanecká výhoda (benefit), velkou měrou k tomu přispělo to, že nepodléhalo regulaci mezd a navíc pojistné bylo osvobozeno od zdanění příjmů, resp. bylo a je dosud daňově uznatelné. Podnikové zdravotní zabezpečení poskytuje nadpoloviční většina zaměstnavatelů; většinou jde o větší podniky a veřejný sektor. Tendence zapojení zaměstnavatelů do tohoto zaopatření je klesající, na placení pojistného se obecně vzato podílejí i zaměstnanci. Charakteristickým rysem amerického tržního modelu zdravotního zabezpečení jsou vysoké náklady na zdravotní péči nejen v přepočtu na obyvatele, ale i v relaci k HDP. USA dnes věnují na zdravotní péči již 18 % HDP. Celková úroveň poskytované zdravotní péče přitom významně zaostává za jinými vyspělými zeměmi. Ukazuje to tabulka 1, kde USA jsou celkově na 7. místě – z uvedených sedmi vyspělých zemí.

Pro americký tržní model poskytování zdravotní péče je typická vysoká správní režie, ta činí asi 31 % celkových nákladů. Vysoká režie je jak v segmentu poskytovatelů zdravotní péče, tak i u pojišťoven, resp. plátců za tuto péči. Přitom je samozřejmě podstatný rozdíl např. mezi režii „pojišťovny“ Medicare (3 %) a komerčními pojišťovnami (plátcí), kde se jedná o 20–27 % výdajů (Settgast, 2012).

Tabulka 1

Srovnání zdravotní péče v 7 státech (2010)

	Austrálie	Kanada	Německo	Nizozemí	Nový Zéland	Velká Británie	USA
Celkové pořadí	3	6	4	1	5	2	7
Kvalita péče	4	7	5	2	1	3	6
Dostupnost	6,5	5	3	1	4	2	6,5
Efektivnost	2	6	5	3	4	1	7
Rovnost	4	5	3	1	6	2	7
Život	1	2	3	4	5	6	7

Život = délka života, délka života ve zdraví, délka produktivního života

Zdroj: Davis, 2010

Obamova reforma zavádí v USA povinnost mít zdravotní pojištění a státní regulaci usiluje o vytvoření (ještě více) konkurenčního prostředí s cílem snížit ceny zdravotního pojištění. Součástí reformy je i zavedení systému community rating, kdy pojišťovny nemohou diferencovat pojistné podle dosavadního zdravotního stavu klienta. Součástí regulace je i definice balíku základní péče, jehož se povinné zdravotní pojištění týká.

Povinné soukromé zdravotní pojištění lze považovat za základní verzi neoliberálního modelu. K tomuto modelu patří univerzální pojistné, nezávislé na výši výdělků účastníka. Předpokládá se přitom poskytování dotace k univerzálnímu pojistnému podstatné části pojištěnců. Soukromá zdravotní pojišťovna nemůže odmítnout žádného klienta. V této verzi nesou pojišťovny kumulativní riziko, spojené s velkými individuálními rozdíly v potřebě zdravotní péče – ať již jsou dány jak věkem a pohlavím, tak i zcela individuálním zdravotním rizikem, odrážejícím se zejména v dosavadním zdravotním stavu.

Alternativou k nesení uvedených individuálních zdravotních rizik zdravotními pojišťovnami je státní regulace pomocí voucherů – tak to předpokládá Kotlikoff (2012). První dva body jeho Purple Health Plan požadují:

1. Všichni Američané dostanou každoročně voucher na nákup standardního pojistného produktu od poskytovatele podle vlastního výběru.
2. Vouchery odpovídají individuálnímu riziku; vouchery s vyšší částkou obdrží osoby s vyššími očekávanými náklady na zdravotní péči, podle zdravotní dokumentace.

Kotlikoff tedy předpokládá, že každý Američan dostane od vlády zdarma voucher ve výši potřebného individuálně vypočteného rizikového pojistného, za který si koupí zdravotní pojištění balíku základní péče. Celkovou cenovou úroveň přitom má stanovit vláda odvozeně od celkových vládních výdajů na zdravotní péči (např. 10 % HDP). Vše další zajistí trh. Kotlikoffův návrh reformy financování zdravotní péče jde dále za rámec Obamovy reformy, která v plném rozsahu platí od roku 2014, zůstává však na neoliberální bázi. Nejde o čistý single-payer systém – vouchery sice platí vláda, i nadále však funguje systém soukromého pojištění. Navrhovaný systém by pohltil i Medicare a Medicaid, což lze pojímat kladně (sjednocení systémů).

Na vysokou nákladovost, neodpovídající průměrné kvalitě poskytovaných služeb, reagují američtí teoretici dvěma diametrálně rozdílnými doporučeními: Liberálové typu Friedmana uvádějí, že rozhodujícím defektem amerického systému je existence zaměstnaneckých systémů zdravotního pojištění a zabezpečení a existence programů Medicare a Medicaid. Optimálním řešením by bylo tyto systémy a programy zrušit. Ve své esejí z roku 2001 Friedman doporučuje i dílčí řešení, „mezikroky“ snažící se respektovat zájmy některých aktérů, profitujících z dnešního systému. Takovým kompromisním, politicky přijatelným řešením by podle něj bylo zavedení povinného „katastrofického“ zdravotního pojištění, kryjícího jen největší rizika, s vysokou odčetonou spoluúčastí klientů, v kombinaci se zdravotním spořením se státní daňovou podporou (Friedman, 2001).

Protipólem liberalizačních tendencí typu Milтона Friedmana jsou návrhy na zavedení single-payer systému v USA, podle kanadského vzoru. Motivem je podstatné snížení administrativních nákladů a také zlepšení poskytované zdravotní péče. Zatímco

režie zdravotnického systému v USA se odhaduje na 31 %, v Kanadě představuje 17 % výdajů na zdravotní péči. V tomto směru se angažuje mj. Gerald Friedman; jedná se o akce s rozsáhlou podporou, např. akademické obce (Friedman, 2011).

Neoliberální systém zdravotního pojištění je v mnoha směrech praktikován ve Švýcarsku, byť je v tamní praxi často označován jako sociální nemocenské pojištění. Zavedením povinného zdravotního pojištění od roku 1996 byly sledovány tři cíle: kvalitní zdravotní péče pro všechny, sociální solidarita v podmínkách univerzálního pojistného a tlak na nezvyšování nákladů. Odchylkou od neoliberálního modelu je poměrně vysoké přímé financování nemocnic z kantonálních rozpočtů a povinná neziskovost pojišťoven. Pojistné za balík základní péče je u jednotlivých pojišťoven jednotné v rámci jednotlivých kantonů, a to diferencovaně pro tři věkové skupiny (děti do 18 let, mladí dospělí do 26 let, dospělí). Návazně jsou do těchto tří skupin řazeni pojištěnci s nárokem na „slevu“ z pojistného; tyto kantonální dotace pojistného představují samostatný systém sociální pomoci, s dávkou testovanou na příjem a majetek pojištěnce. Součástí balíku základní zdravotní péče není mj. zubolékařská péče.

Typickým jevem pro švýcarské povinné zdravotní pojištění jsou poměrně velmi vysoké spoluúčasti pojištěnců, včetně využívání „franšíz“ (roční odčtené spoluúčasti). Používají se i další typické konstrukce soukromého pojištění, zejména možnost zúžení rozsahu poskytované péče za slevu na pojistném (vyšší franšízy, omezení volby lékaře a zdravotního zařízení, telefonické konzultace před návštěvou lékaře). Od zavedení tohoto systému v roce 1996 proběhlo několik dílčích reforem sledujících lepší naplnění výše uvedených cílů. Nedaří se plnit třetí cíl: účinný systémový tlak proti růstu nákladů. Celkově se soudí, že úroveň zdravotní péče ve Švýcarsku je velmi vysoká, ale za cenu podstatně vyšších nákladů oproti jiným vyspělým zemím (OECD, 2011).

Od roku 2006 došlo k rozsáhlé reformě zdravotního zabezpečení v Nizozemí. Jedná se o systém povinného soukromého pojištění, s velmi silnou státní regulací včetně výrazných sociálních prvků. V Nizozemí bývá systém charakterizován jako soukromé pojištění s veřejnými garancemi či jako hybridní systém (kombinace sociálního a soukromého pojištění). Pojistné smlouvy se ujednávají podle soukromého práva a pojišťovny jsou soukromými pojišťovnami (zvláštního druhu); mohou přitom být i neziskovými organizacemi.

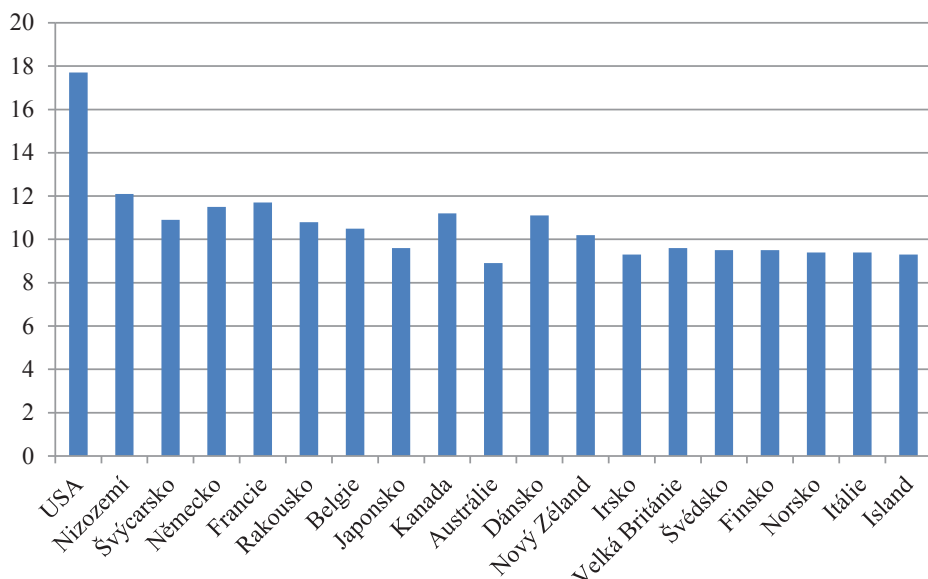
Odchylkou od neoliberálního modelu je dvojí systém financování povinného soukromého zdravotního pojištění v Nizozemí. Vedle univerzálního pojistného, které se tam označuje jako „nominální pojistné“ a které vybírají jednotlivé pojišťovny, existuje též systém „pojistného závislého na příjmu“ – jako v univerzálním sociálním pojištění, polovinu tohoto pojistného platí zaměstnavatelé. Toto druhé pojistné plyne do Centrálního zdravotního fondu, kde je zdrojem pro výplatu kapitačních plateb za jednotlivé klienty jednotlivým zdravotním pojišťovnám. Kapitační platby jsou diferencovány obdobně jako v Německu.

„Nominální pojistné“ za státní pojištěnce (děti do 18 let) platí stát. Je možno získat skupinovou slevu až 10 % (hlavně jde o slevy pro zaměstnance). Potřební mají nárok na státní příspěvek na nominální pojistné; tento státní příspěvek dostává asi 40 % pojištěnců. Nominální pojistné hradí u dospělých v průměru zhruba asi 50 % nákladů

príslušné zdravotní péče. Je možno sjednat vyšší než povinnou spoluúčasť pojišťence a bonusy při bežeškodním průběhu pojištění. Od roku 2006 došlo k rychlé koncentraci trhu povinného zdravotního pojištění; 4 pojišťovací skupiny v roce 2011 ovládaly 91 % trhu.

Obrázek 1

Výdaje na zdravotní péči ve vybraných zemích OECD v relaci k HDP (v %) v roce 2011, popř. 2010



Nizozemská reforma sledovala hlavně úsporu nákladů a posílení úlohy spotřebitele. Kvalita poskytované zdravotní péče byla dříve a je i dnes mezinárodně velmi pozitivně hodnocena. Euro Health Consumer Index vytvořil tento žebříček zemí: 1. Nizozemí, 2. Dánsko, 3. Island, 4. Lucembursko, 5. Belgie, 6. Švédsko, 7. Švýcarsko, 8. Francie, 9. Norsko, 10. Finsko, 11. Rakousko, 12. Velká Británie, 13. Irsko, 14. Německo, 15. Česko, 16. Slovensko atd. (Björnberg, 2012). Žebříček nebere na zřetel nákladnost zdravotnických systémů.

Reforma svých základních cílů zatím nedosáhla, podle oficiálních hodnocení reforma zůstala „viset“ na pomezí „centralizovaného systému státem řízené nabídky a cen a decentralizovaného systému založeného na řízené konkurenci“. Z těchto důvodů reformy dále pokračují. Zdravotní péče je v Nizozemí relativně nákladná; náklady jsou mírně vyšší ve srovnání i s jinými evropskými státy, které také více využívají tržních mechanismů k regulaci rozsahu poskytované zdravotní péče (Německo, Švýcarsko). Konkurence nevytváří dostatečný tlak na náklady (Schut, 2013).

Výroční zpráva státního dohledu ve zdravotním pojištění uvádí, že nizozemská rodina se dvěma rodiči majícími průměrné příjmy v roce 2012 utratila 25 % rodinného

příjmu na zdravotní pojistné. V absolutní částce jde o více než 14 000 EUR ročně. Pokud by měl pokračovat dosavadní trend růstu výdajů na zdravotní péči (4–5 % ročně), tak by tato rodina v roce 2040 vydala na toto pojistné již 50 % svých příjmů (NZa, 2013).

Obrázek 1 obsahuje 19 zemí OECD, seřazených do skupin podle míry uplatnění „trhu“ (vlevo) a „veřejného zaopatření“ (vpravo). Ve skupině zemí od Velké Británie po Island se výrazně uplatňuje sociálně-demokratický model; ve skupině zemí od Německa po Japonsko výrazně převažuje konzervativní model. Kanada a Austrálie mají single-payer systém s velmi výraznými tržními prvky. Dánsko, Nový Zéland a Irsko zase uplatňují sociálně-demokratický model s velmi výraznými tržními doplňky. Obrázek lze interpretovat jako potvrzení vyšší efektivnosti sociálně-demokratického modelu financování zdravotní péče. Efektivnost daného systému v dané zemi však závisí i na dalších faktorech.

Prvky neoliberálního modelu lze pozorovat v Rusku, s poněkud větší intenzitou od roku 2011, od účinnosti nového zákona o povinném zdravotním pojištění. Ústava i zákony přitom i nadále deklarují, že zdravotní péče je v Rusku pro všechny občany bezplatná a že zdravotní pojištění je součástí tamního sociálního pojištění. Teze o bezplatnosti se však fakticky týká pouze zdravotní péče zprostředkované povinným zdravotním pojištěním. Automaticky se účastníky tohoto pojištění stávají pracující, za realizaci odpovídají zaměstnavatelé. Ostatní občané jsou podle dikce zákona pojištěni státem, stačí se však přihlásit na příslušném místním úřadě; nikdo, ani stát, žádné pojistné neplatí. Zásadním zdrojem financování této zdravotní péče je Federální fond a 84 teritoriálních fondů povinného zdravotního pojištění. Přes tyto fondy protékají prakticky veškeré veřejné příjmy a výdaje na zdravotnictví. Zákon definuje minimální balík základní péče, platný pro celou Ruskou federaci. Balík základní péče, platný v jednotlivých teritoriích Ruska, může být širší. Pro nás jsou tyto balíky překvapivě úzké; nezahrnují třeba – až na výjimky – léky v ambulantní péči a péči o zuby. To údajně platilo i v epoše budování komunistické společnosti, takže Rusům to ani nepříjde jako nedostatek. Díky poměrně úzkému balíku základní péče je v Rusku přes 35 % zdravotní péče financováno soukromě, většinou přímo z kapes pacientů. Vedle toho se ještě předpokládá vysoký rozsah poskytování úplatků. Publikované údaje o podílu výdajů na zdravotní péči na HDP jsou poměrně nízké (5,2 %).

Systém financování veřejné zdravotní péče v Rusku do roku 2010 byl charakterizován jako hybridní – vzhledem k tomu, že přímé rozpočtové financování (podíl cca 40 % v roce 2009) podstatně převyšovalo výdaje systému povinného zdravotního pojištění (cca 25 %). Od roku 2011 bylo zvýšeno pojistné, které platí zaměstnavatelé procentem ze mzdy a které je zdrojem fondů povinného zdravotního pojištění. Od tohoto roku je také uzákoněno právo svobodné volby zdravotnického zařízení, lékaře v rámci tohoto zařízení a zdravotní pojišťovny.

Podle dikce zákona by zásadní roli v systému ruského povinného zdravotního pojištění měly hrát soukromé zdravotní pojišťovny. Uvádí se, že v Rusku má licenci na povinné zdravotní pojištění až 100 soukromých zdravotních pojišťoven, s až 261 pobočkami. 14 těchto největších pojišťoven má přes 70 % všech klientů. Platí zásada neziskovosti, což zřejmě znamená i každoroční bilancování přebytků a schodků

s územním fondem povinného zdravotního pojištění. Příjmem těchto pojišťoven jsou kapitální platby od příslušného fondu, režie pojišťoven je limitována na úrovni 1–2 % z těchto plateb, což je překvapivě nízké. Předpokládá se, že tyto soukromé zdravotní pojišťovny nefungují podle neoliberálních předpokladů, neusilují o snižování nákladů, v podstatě pouze přeučtovávají náklady na teritoriální fond povinného zdravotního pojištění. Je pravděpodobné, že soukromé zdravotní pojišťovny v Rusku fungují především jako zprostředkovatelé jiných finančních produktů těchto finančních skupin (Popovich, 2011).

Vcelku je zřejmé, že neoliberální systémy organizace a financování zdravotní péče jsou velmi členité a budou i nadále předmětem analýz a politických bitev. Praktické výsledky uplatňování těchto systémů minimálně zatím nepotvrzují efektivnost volby těchto systémů.

6. Komunistický model a postkomunistické reformy

Základní myšlenku sovětského zdravotního systému, poskytovat bezplatnou zdravotní péči veškerému obyvatelstvu, formuloval lidový komisař Semaško v roce 1918. Komunistický model bývá v literatuře většinou označován jako Semaškův model. Z čistě teoretického hlediska lze tento model charakterizovat jako mezní variantu sociálně-demokratického (Beveridgeova) modelu v jeho původní verzi. V západních zemích se systém univerzální zdravotní péče prosadil poprvé až v roce 1939 – se „zpožděním“ čtyř desetiletí za SSSR. Komunistický univerzální systém prakticky vylučoval jakékoliv soukromé poskytování zdravotní péče již z principu. Totéž platilo i o pojištění, dokonce termín sociální pojištění byl u nás a v některých dalších komunistických zemích ideologicky nepřijatelný – jako pozůstatek kapitalismu. Zdravotní péče byla organizována jako státní správa. Výjimkou z univerzálního systému byla existence státního sanatoria pro nomenklaturní kádry. Hlavním problémem fungování tohoto systému bylo jeho zasazení do „ekonomiky nedostatku“, do nedostatečně efektivního centrálně plánovaného hospodářství.

Po svržení komunistických režimů mohl dosavadní základ systému státní zdravotní správy fungovat dále, stačilo jen převzít zkušenosti té či oné západní země se systémem Národní zdravotní správy. Z různých důvodů se tak však většinou nestalo. Jednak byl obecně přitažlivý systém sociálního pojištění, který většina těchto zemí měla v minulosti. Vedle toho se zde začaly výrazně projevovat osobnosti a zájmové skupiny, především lékaři. U obyvatelstva se vyvolala vysoká očekávání, pokud jde o možnosti uplatnění svobodné volby a zvýšení kvality v poskytování zdravotní péče. Velkým lákadlem byla i privatizace. Nejvýrazněji se snahy o vytvoření trhu zdravotního pojištění projevíly v Česku a na Slovensku, ve většině ostatních evropských postkomunistických zemí byly vytvořeny monopolní zdravotní pojišťovny, které v podstatě převzaly hlavní váhu ve financování univerzální zdravotní péče. Současně bylo zaváděno pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Ve většině těchto zemí došlo v tomto směru především k formálním změnám, které systém veřejného zdravotnictví především zkomplikovaly: přešlo se k „vícezdrojovému“ systému financování.

Zavedení pojistného muselo znamenat i modifikovanou redistribuci příjmů obyvatelstva, tyto změny však zanikly v prudkých ekonomických a sociálních změnách, spojených s přechodem ke kapitalismu.

U nás byl počátkem 90. let nastartován výraznější reformní proces, směřující k zavádění tržních struktur a nástrojů ve zdravotnictví. Sem patří vznik „zaměstnavatelských“ zdravotních pojišťoven a zavedení plateb za výkony (*fee-for-service*) lékařských praxí. Před tím nás výslovně varovala Světová banka. Výsledkem byla nákladová exploze, podstatné zvýšení veřejných výdajů na zdravotnictví v relaci k HDP během několika let (Roberts, 2009). Po několika letech musel být v podstatě obnoven systém podrobného centrálního řízení. Většina nových zdravotních pojišťoven zanikla. Dnes máme systém „veřejného zdravotního pojištění“, poskytovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR a sedmi „zaměstnaneckými“ zdravotními pojišťovnami. Konkurence mezi těmito neziskovými pojišťovnami je v zásadě jen formalita, přesto bývá náš systém v mezinárodních přehledech charakterizován jako konkurenční. Dál v tomto směru pokročili na Slovensku, nicméně nová levicová vláda hodlá přejít k systému jedné zdravotní pojišťovny do konce roku 2013.

Pojistné veřejného zdravotního pojištění je u nás běžně považováno za „zdravotní daň“, přestože plyne od poplatníků k jednotlivým zdravotním pojišťovnám. Forma této daně připomíná pojistné v modelu sociálního pojištění – sazba je procentní, v letech 2008–2012 se používal (vysoký) výdělkový strop. Za tzv. státní pojištěnce (důchodci, děti apod.) platí stát paušální pojistné; jeho výše je určována podle fiskální úvahy vlády a zákonodárce, bez ohledu na skutečné náklady na zdravotní péči státních pojištěnců. Tzv. osoby bez zdanitelných příjmů jsou povinny platit (jiné) paušální pojistné samy, a to procentem z oficiální minimální mzdy. Veškeré pojistné na všeobecné zdravotní pojištění je u nás plně přerozdělováno podle nákladových indexů pro toto přerozdělování, které stanoví ministerstvo zdravotnictví každoročně vyhláškou. Nákladové indexy jsou diferencovány podle věku a pohlaví, jsou obdobou kapitačních plateb z německého Zdravotního fondu.

Klasifikace českého systému veřejného zdravotního pojištění není jednoduchá, neboť jde o směs, resp. pozůstatek různých systémů. Věcně by nejvíce „seděl“ sociálně-demokratický model, vzhledem ke stávající státní regulaci. Nejjednodušší reformou by tedy bylo zrušení všech zdravotních pojišťoven a zrušení pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Přitom lze zřídit Zdravotní fond, dotovaný ze státního rozpočtu. Pokrokem by bylo i samotné zjednodušení daňového systému uvedeného typu, tj. současně nemusí být nutně realizováno zrušení či fúze zdravotních pojišťoven. Kapitační platby jednotlivým pojišťovnám, ve výši odpovídající dosavadnímu výsledku přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami, by vyplácel Zdravotní fond.

V Česku je vícero příznivců nizozemského systému „řízené konkurence“, včetně výrazně oligopolní konkurence soukromých zdravotních pojišťoven a včetně dvojího pojistného – s tím, že nominální pojistné by mělo být ale nízké, aby se nemusel zavádět systém dotací tohoto pojistného. Z modelového hlediska jde o mix modelů, bez dostatečně zřejmých efektů; v každém případě by byla vysoká režíre výběru tohoto pojistného. Nejdříve je třeba provést volbu základního modelu – buď v zásadě neoliberální

model, nebo sociálně-demokratický model, případně doplněný o jednu zdravotní pojišťovnu. Každá zdravotní reforma se ovšem prosazuje obtížně, vzhledem k silným zájmovým strukturám. O úspěchu reformy přitom rozhodují i další parametry systému, včetně managementu a státní regulace.

7. Závěry

Beveridgeův systém Národní zdravotní služby odpovídá sociálně-demokratickému sociálnímu modelu. Je i dnes nejčastěji používaným systémem financování zdravotní péče v zemích OECD, což lze přičíst i v průměru nižším nákladům při poskytování balíku základní péče – ve srovnání s ostatními používanými sociálními modely. Tento model financování veřejné zdravotní péče se obejde bez jakékoliv účelové zdravotní daně, což je samo o sobě významnou nákladovou úsporou. Systém jedné veřejné zdravotní pojišťovny, používaný v převážné většině postkomunistických zemí, je modifikací sociálně-demokratického modelu, spočívající v existenci účelové daně, která je hlavním či modelově jediným zdrojem financování balíku základní péče v tomto submodelu. Tato účelová zdravotní daň, označovaná v praxi jako pojistné na veřejné zdravotní pojištění, může představovat jiné rozvržení břemene veřejných výdajů na zdravotní péči, než je charakteristické pro systém veřejných příjmů v dané zemi. Z pohledu teorie lze doporučit nahrazení zdravotní daně obecnými daněmi, zejména osobní daní z příjmů. Systém jedné veřejné zdravotní pojišťovny je, sám o sobě, jen institucionální podobou existence jednoho celostátního Zdravotního fondu. Systém jedné veřejné zdravotní pojišťovny nevyžaduje existenci účelové zdravotní daně.

Původní Bismarckův systém začlenění zdravotní péče o zaměstnance soukromého sektoru do jejich segmentovaných systémů sociálního pojištění je výrazem konzervativního sociálního modelu. Prosazení zásady univerzality poskytování zdravotní péče v téměř všech zemích se systémy sociálního nemocenského pojištění, při současném zásadním rozvoji nabídky a poskytování zdravotní péče, vedlo k rozrušení modelu segmentovaného sociálního pojištění. Systém sociálního zdravotního pojištění, určený primárně pro zaměstnance, ztratil svůj modelový smysl. Obecně jsou dvě cesty transformace sociálního zdravotního pojištění:

- sociálně-demokratická – směrem k jedné zdravotní pojišťovně až po její rozpuštění ve veřejné správě a
- neoliberální – směrem k privatizaci zdravotních pojišťoven a k vytvoření trhu zdravotní péče jako základního nástroje tlaku na kvalitu poskytování zdravotních služeb a na brzdění růstu nákladů na základní zdravotní péči.

Neoliberální model financování zdravotní péče má mnoho zastánců mezi teoretiky příslušné obecné ekonomické teorie, nemá ale výraznou podporu mezi politiky a konzumenty zdravotní péče. Mnohé neoliberální prvky se prosadily v řadě zemí, vycházejících ze sociálně-demokratického a konzervativního modelu – při řízení poskytování zdravotní péče. Modelový neoliberální systém financování balíku základní péče se opírá o povinné soukromé zdravotní pojištění, velmi intenzivně regulované státem. Součástí

neoliberálního modelu je paušální pojistné, v kombinaci se zvláštním systémem sociální pomoci, který umožňuje podstatné části obyvatelstva zaplacení tohoto pojistného. Neoliberální model se využívá v několika málo vysokopříjmových zemích, a to ještě s mnoha modifikacemi, např. v kombinaci s pojistným závislým na výdělku či s neziskovými pojišťovnami. Neoliberální charakter má Obamova zdravotní reforma, v jejímž rámci se zavede povinné soukromé zdravotní pojištění. Dosavadní výsledky neoliberálních zdravotních reforem nejsou pozitivní – pokud jde o vývoj nákladů. Země s těmito zdravotními systémy patří k nejnákladnějším na světě. Konečné slovo při rozhodování o zdravotnických reformách však vždy má mechanismus veřejné volby.

Literatura

- ARROW, K. J. 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 1963, Vol. 53, No. 5, pp. 141–149.
- BJÖRNERG, A. 2012. *Euro Health Consumer Index 2012. Report*. Danderyd: Health Consumer Powerhouse AB, 2012, pp. 1–81. ISBN 978-91-977879-9-4.
- COHEN, R. A.; MARTINEZ, M. E. 2012. *Health Insurance Coverage: Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey 2011*. National Center for Health Statistics, June 2012, pp. 1–37. Dostupné na <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/insur201206.pdf>
- DAVIS, K.; SCHOEN, C.; STREMIKIS, K. 2010. *Mirror, Mirror on the Wall Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*. 2010 Update. New York: The Commonwealth Fund, 2010.
- ENTHOVEN, A. C. 1997. Market-Based Reform of U.S. Health Care Financing and Delivery: Managed Care and Managed Competition. In SCHIEBER, G. J. (ed.) 1997, *Innovations in Health Care Financing*. Proceedings of a World Bank Conference. Washington: The World Bank, 1997, pp. 1–252. ISBN 0-8213-3964-8-252
- ESPING-ANDERSEN, G. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University Press, 1990.
- EUROPEAN PARLIAMENT. 2010. *Social Security Systems and Pensions*. European Parliament Resolution of 20 November 2008 on the future of social security systems and pensions: their financing and the trend towards individualisation (207/2290(INI)). Dostupné na <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:016E:0035:0044:EN:PDF>.
- FRIEDMAN, G. 2011. Universal Health Care: Can We Afford Anything Less? Why only a single-payer system can solve America's health-care mess. *Dollars & Sense*, July 1, 2011.
- FRIEDMAN, M. 2001. How to Cure Health Care. *Hoover Digest*. 2001, No. 3.
- FRIEDMAN, M. 2002. *Capitalism and Freedom*. 40th Anniversary Edition. Chicago and London: The University of Chicago Press, 2002, pp. 1–208. ISBN 0-226-26421-1.
- JÖNSSON, B.; MUSGROVE, P. 1997; Government Financing of Health Care. In SCHIEBER, G. J. (ed.) 1997, *Innovations in Health Care Financing*. Proceedings of a World Bank Conference. Washington: The World Bank, 1997, pp. 1-252. ISBN 0-8213-3964-8-252.
- KOTLIKOFF, L. 2012. The Purple Health Plan. Dostupné na <http://thepurplehealthplan.org/node/2>.
- NZA. 2013. Separating Fact from Fiction. Annual statement of the Dutch healthcare system 2012. Nederlandse Zorgautoriteit. Dostupné na http://www.nza.nl/104107/426385/Stand_van_de_Zorgmarkten-engelse_versie.pdf.
- OECD/WHO. 2011. *OECD Health Reviews: Switzerland*. Paris: OECD Publishing, 2011. ISBN 978-92-64-12090-7.
- PALMER, E. 2006. *Public Policy for Pensions, Health and Sickness Insurance. Potential Lessons from Sweden for Latin America*. Santiago de Chile: United Nations, 2006.

- POPOVICH, L.; POTAPCHIK, E.; SHISHKIN, S. et al. 2011. Russian Federation: Health System Review. *Health Systems in Transition*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, 2011, pp. 1–190. ISSN 1817-6127.
- PRŮŠA, J. 2012. Ekonomická a sociální otázka v českém zdravotnictví. *Terra libera*, Vol. 13, May/June 2012, pp. 3–4.
- REPUBLICAN PLATFORM. 2012. *We Believe in America*. 2012 Republican Party Platform. Dostupné na http://www.ontheissues.org/2012_RNC_Platform.htm.
- ROBERTS, A. 2009. The Politics of Healthcare Reform in Postcommunist Europe: The Importance of Access. *Journal of Public Policy*, December 2009, pp. 305–325.
- SCHUT, E.; SORBE, S.; HØJ, J. 2013. Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands. [Economics Department Working Paper No. 1010] Paris: OECD, 2013, pp. 1–36.
- SETTGAST, A. 2012. Achieving Universal Health Care for Kids (& Adults): The Minnesota Health Plan. Presentation. National Children's Study Speakers' Series. Saint Paul, Minnesota, 2012.
- STIFTUNG WARENTEST. 2009. Hausmannskost für viel Geld. *Stiftung Warentest*, Finanztest 3/2009, pp. 66–69.
- WAGSTAFF, A. 2009. Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD. [Policy Research Working Paper 4821]. Washington: The World Bank, 2009, pp. 1–37.

POLITICAL ECONOMY OF HEALTH CARE FINANCING

Jaroslav Vostatek, University of Finance and Administration, Prague, Centre of Economic Studies and Analyses, Estonská 500 – 101 00 Prague 10, CZ (jaroslav.vostatek@vsfs.cz)

Abstract

The paper aims at the correspondence of the health care financing systems to the social models (welfare regimes) as defined in the social theory and policy, including the trends in the OECD and CEE countries and utilizing the lessons from typical countries. We compare the liberal, social-democratic, conservative and neo-liberal models of health care financing, mentioning the Communist model and the single-payer system as well.

The National Health Service model may also today be considered as a viable, social-democratic model of the basic health protection. The social health insurance model was markedly modified by the transition to the universal health care provision to all residents and there are strengthening tendencies to the split-off of the health insurance from the social insurance system; the result might be a transition to the NHS model or, on the contrary, to the neo-liberal mandatory private insurance system. The choice of the health care financing is a question a political, economic and social choice and the particular solution is not seldom also substantially influenced by the stakeholders. That is why there are also substantial deviations of the paradigmatic reforms from the corresponding theoretical models.

Keywords

Health care, health insurance, National Health Service, health reform, welfare regime

JEL Classification

I18, H51, I13