

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta sociálních věd
Institut sociologických studií
Katedra veřejné a sociální politiky

Irena Karlová

Zdravotní pojištění v USA

Diplomová práce

Konzultant: MUDr. Petr Háva, CSc.

Praha, květen 2006

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen zdroje informací, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze, dne

Poděkování

Děkuji MUDr. Petru Hávovi, CSc. za cenné připomínky a podněty pro tuto práci a dále své rodině za vytvoření podmínek pro psaní této práce i pro celé studium.

Obsah:

1.	Slovo úvodem	6
2.	Vymezení problému	7
3.	Cíle	9
4.	Metody a zdroje	10
4.1.	Metody	10
4.2.	Zdroje	10
Teoretická část		
5.	Úvod	12
6.	Zdravotní pojištění	13
6.1.	Veřejnoprávní pojištění	13
6.2.	Soukromé zdravotní pojištění	14
6.3.	Obecné výhody zdravotního pojištění	14
6.4.	Výše pojistného	15
6.4.1.	Pojistné ve veřejnoprávním zdravotní pojištění	15
6.4.2.	Pojistné v soukromém zdravotním pojištění	15
6.5.	Omezování nákladů a poptávky	17
6.6.	Zdravotní pojištění z daňového pohledu	19
7.	Typologie zdravotního pojištění	21
7.1.	Financovací mechanismy	22
7.2.	Klasifikace modelů zdravotního pojištění	24
7.2.1.	Zdroje financování zdravotního pojištění	24
7.2.2.	Povinné a dobrovolné zdravotní pojištění	25
7.2.3.	Skupinové a individuální pojištění	25
7.2.4.	Metoda výpočtu pojistného	26
7.3.	Nárok na veřejnoprávní zdravotní pojištění	26
7.4.	Klasifikace funkcí soukromého zdravotního pojištění	27
7.4.1.	Primární funkce (<i>primary</i>)	27
7.4.2.	Duplikátní funkce (<i>duplicate</i>)	28
7.4.3.	Komplementární funkce (<i>complementary</i>)	28
7.4.4.	Doplňková funkce (<i>supplementary</i>)	29
7.5.	Zdravotní pojištění ve vztahu k ostatním způsobům shromažďování zdrojů na financování zdravotní péče	31
Analytická část		
8.	Historická analýza vybraných událostí zdravotního pojištění v USA	33
9.	Analýza současného systému zdravotního pojištění v USA	41
9.1.	Soukromé zdravotní pojištění	41
9.2.	Programy veřejného zdravotního pojištění	42
9.2.1.	<i>Medicare</i>	43
9.2.2.	<i>Medicaid</i>	45
9.3.	Přímé platby (<i>out-of-pocket payments</i>)	46
9.4.	Financování péče o nepojištěné	47
9.5.	Pojišťovací systémy	47
9.5.1.	Platby za úkony (<i>fee-for-service</i>)	47
9.5.2.	Řízená péče (<i>managed care</i>)	47
10.	Analýza současných problémů	52
10.1.	Nákladnost zdravotní péče	54
10.1.1.	Množství zdravotní péče	59
10.1.2.	Ceny služeb zdravotní péče	59
10.1.3.	Faktory ovlivňující množství a ceny zdravotní péče	59
10.2.	Dostupnost zdravotní péče	60
10.3.	Zdravotní stav	61
10.4.	Složitost systému	62
10.5.	Závěr analýzy současných problémů	62
11.	Aktéři systému zdravotního pojištění	64
11.1.	Hlavní aktéři	64
11.2.	Role veřejného a soukromého sektoru v zdravotnictví USA	67
11.3.	Nepojištění	68

12.	SWOT analýza systému zdravotního pojištění v USA po roce 2000	70
13.	Závěr	71
14.	Resumé	73
14.1.	České resumé	73
14.2.	English resume	73
15.	Použité zdroje a literatura	74
16.	Seznam tabulek, obrázků, grafů a příloh	78
17.	Přílohy	

1. Slovo úvodem

K tématu této práce jsem se dostala díky své osobní zkušenosti se zdravotní péčí ve Spojených státech amerických. Za cestu sanitkou, několik vyšetření a zhruba 2,5hodinový pobyt ve filadelfské nemocnici jsem obdržela účet na 4 000 amerických dolarů. A to přesto, že jsem se již při vyšetření prokázala platným zdravotním pojištěním a předala kontakt na pojišťovnu. Zkušenost s následným zprostředkováváním informací v trojúhelníku pojišťovna - já - nemocnice ve mně zanechaly natolik hluboký dojem, že jsem se rozhodla ji využít jako podnět pro svou diplomovou práci.

K rozhodnutí mi dopomohla i určitá znalost místního prostředí. Ve Spojených státech jsem strávila celkem 7 měsíců, z nichž polovinu jsem pracovala jako street-fundraiser pro neziskovou organizaci Children International, která vyhledává sponzory pro financování programu adopce na dálku.

Každý den jsem tedy měla možnost mluvit s lidmi z nejrůznějších skupin – úředníci, chudí lidé, bezdomovci, svobodné matky, marnotratné dívky z bohatých rodin, psychicky labilní lidé, lidé z různých rasových a etnických menšin - černoši, hispánci, asiáté a mnoho dalších. Pestrá škála příběhů, které jsem od nich vyslechla, mi umožnila vytvořit si plastický obraz prostředí, o němž píši.

Dalším inspirujícím faktorem byla skutečnost, že můj dědeček JUDr. Jaroslav Karel pracoval již od roku 1936 ve zdravotním pojišťovnictví a prošel s touto oblastí velkou část jejího napínavého vývoje na československé scéně.

2. Vymezení problému

Spojené státy nemají národní pojišťovací plán (*national health insurance program*). Více než 15 % Američanů – tedy přes 40 milionů¹ - nemá žádné zdravotní pojištění. Další miliony lidí jsou pojištěny neúplně či nedostatečně. Mnozí jsou tak odkázáni na pomoc charitativních organizací a na podpůrné programy, podobně jako je tomu v málo vyspělých státech světa.

Spojené státy však na zdravotní péči vydávají nejvíc finančních prostředků na světě v poměru ke svému HDP. Průměr zemí OECD je 8% podíl HDP, v USA je to dvojnásobek – 14 % HDP (Příloha 3). Přesto se však ukazuje, že efektivita není o nic vyšší než v ostatních vyspělých státech, jejichž výdaje se pohybují okolo průměru OECD.²

Zdravotní péče je v USA extrémně drahá a to především z důvodu rychlého vývoje nových technologií a inovace poskytovaných služeb, což je zároveň jednou z hlavních předností amerického zdravotnictví. Díky novým technologiím se zvyšuje intenzita zdravotní péče, což může v dlouhodobém efektu náklady na jednotlivé služby snižovat. Ceny zvyšuje i objem služeb zvýšený např. systémem úhrad za úkony, který motivuje lékaře k poskytování velkého až nadbytečného množství služeb.

Pojišťovací systém je velice složitý a je obtížné se vyznat v něm samotným i v obrovském množství informací.³

Individuální soukromé pojišťovací plány se pro mnoho lidí stávají finančně nedostupnými. Nejrozšířenější je skupinové zaměstnanecké pojištění, které však lidé (až do roku 1996) při opuštění zaměstnání ztráceli. Lidé nad 65 let mají automaticky nárok na zdravotní pojištění ve státním programu *Medicare*. Jako záchranná síť pro nejchudší funguje státní program *Medicaid*. Náklady na tyto programy od svého zavedení v 60. letech raketově vzrostly a staly se významným břemenem na bedrech rozpočtu federálního i rozpočtů státních.

¹ Pozn. rok 2002. In: *Health, United States, 2004, With Chartbook on Trends in the Health of Americans*. National Center for Health Statistics, Maryland: 2004.

² Docteur, E., Suppanz, H., Woo, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003. No. 350, s.5.

³ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002.

Rozdíly objemu finančních zdrojů na hrazení zdravotní péče mezi obyvatelstvem vede k rozdílům v dostupnosti zdravotnických služeb pro různé skupiny obyvatel. Jedná se většinou o lidi z chudých a nízkopříjmových skupin, kteří se nekvalifikovali do státních záchranných programů, popř. sami nebyli schopni získat dostatek informací o možnostech zapojení se do těchto programů.⁴

⁴ Docteur, E., Suppanz, H., Woo, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003. No. 350.

3. Cíle

Hlavním cílem této práce je analýza systému zdravotního pojištění v USA se zaměřením na diskusi příčin jeho hlavních současných problémů.

Dílčí cíle:

- přehled systémů zdravotního pojištění
- analýza historického vývoje zdravotního pojištění v USA vedoucího k současnému stavu
- identifikace příčin hlavních současných problémů systému zdravotního pojištění v USA
- dílčí závěry provedených analýz pomocí metody SWOT

Výzkumné otázky:

- proč je systém tak složitý?
- proč se nedaří odstranit složitost systému zdravotního pojištění?
- proč je daný systém pojištění v USA tak neefektivní?
- daří se naplňovat 3 hlavní cíle zdravotního systému⁵ – dobrý zdravotní stav populace, přístup ke zdravotní péči bez (především finanční) diskriminace (*fairness*) a přiměřenou a dostatečně rychlou reakci na zdravotní potřeby obyvatel (*responsiveness*)⁶?

⁵ MURRAY, CH., FRENK, J. *A Framework For Assessing the Performance of Health Systems*. In: Bulletin of the World Health Organization, 2002, Vol.78 (6), s.717-730.

⁶ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002.

4. Metody a zdroje

4.1. Metody

Pro vymezení kořenů problémů jsem využila **historickou analýzu událostí**. Analýza událostí shrnuje historické kořeny problému, jeho vývoj, reakce, které problém vyvolal a opatření, která byla implementována na jeho odstranění. Zachycuje tedy problém v jeho časové dimenzi.

K identifikaci vztahů a hierarchie mezi jednotlivými problémy využívám **strom problémů**. Ten je univerzálním nástrojem pro nalezení závislostí jednotlivých problémů a podproblémů. Jedná se o grafické znázornění v podobě diagramu, jehož nejvýše položená položka vyjadřuje hlavní problém a níže položené znázorňují podproblémy, které hlavní problém způsobují.

Ačkoliv již po krátké době zjistíme, že realita je velmi složitá a že většina problémů nemá lineární uspořádání, je to velmi účinná metoda ke strukturaci problému. Dojde k uspořádání vztahů, k identifikaci faktorů souvisejících s problémem a především k odlišení klíčového problému od problémů dílčích.⁷

SWOT analýza je velmi častou metodou pro strukturaci problému. Tato metoda se původně používala jen v komerční sféře, kde bylo třeba analyzovat stav podniku pro pozdější tvorbu klíčového strategického plánu. SWOT je akronym anglických výrazů pro silné stránky (strengths) a slabé stránky (weaknesses), pro příležitosti (opportunities) a hrozby (threatens). Tato metoda dává poměrně rychlý a relativně přesný přehled celkového stavu problému, popř. stavu podniku.⁸

4.2. Zdroje

Pro práci jsem využila analýzu dokumentů věnujících se problematice systémů zdravotního pojištění obecně a především pak v USA. Pro potřeby této analýzy jsem využila především materiály Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD), články z amerického zdravotnického časopisu *Health Affairs*, informace Světové zdravotnické organizace (WHO), ale i internetové stránky příslušných institucí ve Spojených státech. U OECD to byly převážně analytické studie (*working papers*) ze zdravotnické a ekonomické sekce (*OECD Group on Health*;

⁷ Veselý A., *Metody a metodologie vymezení problému*. Praha: UK FSV CESES, 2005.

⁸ Veselý A., *Metody a metodologie vymezení problému*. Praha: UK FSV CESES, 2005.

OECD Economics Department Papers). U WHO se jednalo především o rozsáhlé statistické údaje z celého světa. Pro rozšíření obecných teoretických základů jsem čerpala z materiálů *European Observatory – Health Care Series*.

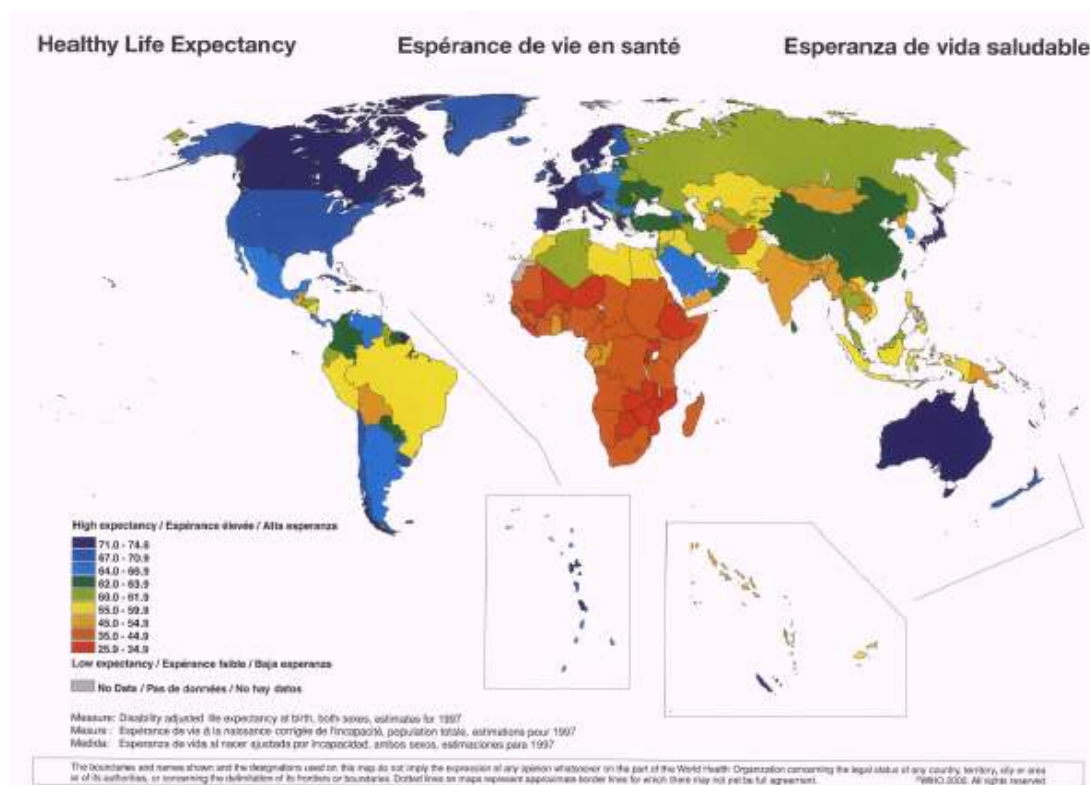
Práci obohatilo i mé krátké zúčastněné pozorování v podobě jednání s americkou nemocnicí a pojišťovnou a také četná setkání se zástupci různých sociálních skupin.

5. Úvod

Financování zdravotnictví je jednou z nejdůležitějších politik každé země, vždyť se zdravím celého národa je většinou velmi úzce spojena vyspělost ekonomiky i ostatních oblastí.

Můžeme si povšimnout, že většina zemí s vysokou střední délkou života, která je jedním z hlavních indikátorů výkonnosti zdravotní politiky země, patří mezi tzv. vyspělé země. Naopak země s vysokou mortalitou již ve středním věku patří většinou mezi tzv. země třetího světa.

Obrázek 1: Střední délka života



Zdroj : www.who.int

Financování této oblasti se však ukazuje jako nesmírně složité a každá země musí sama oscilovat mezi různými individuálními způsoby, jak tento problém řešit. Cílem je, aby se každá limitně blížila k maximálně dokonalému a vyhovujícímu systému.

6. Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění je definováno jako minimalizace rizika náhlých a vysokých nákladů na zdravotní péči, které mohou představovat pro občany často zásadní problém.^{9 10}

Postupným historickým vývojem se stalo součástí ústav právo na ochranu zdraví, které tak zákonně vymezilo způsoby, jak zajistit rovnou dostupnost zdravotnických služeb, založenou na jejich správném financování.¹¹ Základem financování zdravotnictví je vytváření a udržování dostatečných finančních zdrojů.

Pokud by se platilo pouze přímými úhradami, dostupnost zdravotních služeb by lidé dostávali adekvátně ke svému platu či jiného důchodu, popřípadě by se museli spoléhat na finanční pomoc svého okolí nebo na pomoc podpůrných a charitativních organizací (takto to funguje v málo vyspělých zemích nebo v zemích s vysokým procentem nepojištěných občanů). To však nevede ke spravedlivému uspokojení zdravotních potřeb obyvatelstva.¹²

Toto ošetřují systémy zdravotního pojištění:

- veřejnoprávní – z financí vybraných různými způsoby od občanů, platí se přímo do státních rozpočtů nebo na zvláštní účet zdravotního pojištění – např. v ČR
- soukromé

6.1. Veřejnoprávní pojištění

Veřejnoprávní pojištění vychází z myšlenky, že zdraví z velké části ovlivňují faktory, které člověk sám nemůže ovlivnit (dědičné choroby, úrazy aj.), pojištění tedy funguje na principu solidarity s těmito „méně šťastnými“. Platí ho všichni občané, jeho výše se odvozuje stanoveným procentem od výše příjmu. Dochází zde tedy k solidárnímu přerozdělování mezi jednotlivými příjmovými skupinami. Za

⁹ *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance*. OECD Study on Private Health Insurance. OECD, 2004.

¹⁰ CUTLER, D.M., ZECKHAUSER, R. J. *The Anatomy of Health Insurance*. NBER Working Paper 7176, June 1999. www.nber.org/papers/w7176

¹¹ HÁVA, P. *Zdravotní politika*. Pracovní text ke kurzu Zdravotní politika vyučovaného v ZS 2005/06 na Katedře Veřejné a sociální politiky FSV UK.

¹² *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. WHO, 2000. ISBN: 92-4-156198-X.

určité skupiny obyvatel platí příspěvky na zdravotní pojištění stát (děti, studenti, důchodci).¹³

6.2. Soukromé zdravotní pojištění

V mnoha zemích na světě existují soukromé zdravotní pojišťovny poskytující individuální soukromé zdravotní pojištění. Do těchto fondů platí jen ti, kteří uzavřeli s komerční pojišťovnou smlouvu a jejich pravidelné platby jsou odvozeny od individuální smlouvy. Soukromé pojištění bere v potaz výši rizika nákladů na zdravotní služby poskytované jedinci, jeho životní styl, zdravotní stav, věk, druh zaměstnání aj.¹⁴ Tyto firmy se chovají pro-ziskově. Jsou tedy založeny na myšlence, že pojistné vybírané od klientů bude v dlouhodobé perspektivě vyšší než proplácená zdravotní péče. Jestliže tedy placené pojistné překročí výši nákladů na zdravotní péči a také na administrativu, pojišťovna získává výnos.¹⁵ S výnosy pojišťovny nakládají různě podle svých pravidel. Některé zisk rozdělí mezi své akcionáře v podobě dividend, jiným to umožňuje snížit klientům pojistné – čímž mohou přilákat nové klienty. Pokud je pojišťovna např. i provozovatelem zdravotnického zařízení, pak může zisk investovat do inovací a do zlepšení péče.

6.3. Obecné výhody zdravotního pojištění

Ensor shrnuje výhody zdravotního pojištění do 4 hlavních bodů:¹⁶

1. Vzhledem k tomu, že nemoc a neodkladná zdravotní péče přicházejí většinou nečekaně, je těžké na ně mít připravené finanční prostředky, které by umožňovaly náklady okamžitě pokrýt. (některé očekávány být mohou – porod, pravidelné zubní prohlídky aj.)
2. Výdaje, které okamžitá péče vyžaduje, mohou mít katastrofický a dlouhodobý dopad na rozpočty domácností – nutná dlouhodobá hospitalizace, složité operace, nákladné diagnostické testy.

¹³ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002.

¹⁴ WITTER, S., ENSOR T. (eds.) *An Introduction to Health Economic for Eastern Europe and the Former Soviet Union*. John Wiley, 1997, s.39.

¹⁵ LOWI, J.T., GINSBERG, B. *American Government: Freedom and Power*. New York: Norton&Comp., 1998. ISBN: 0-393-07190-2.

¹⁶ WITTER, S., ENSOR T. (eds.) *An Introduction to Health Economic for Eastern Europe and the Former Soviet Union*. John Wiley, 1997, s.37.

3. Lze říci, že většina nemocí či potřeb zdravotních zákroků postihuje občany právě v době, kdy jsou jejich příjmy nízké – dětství, těhotenství a porod, post-produktivní věk. V těchto obdobích potřebují nejvíce zdravotní péče, ale zároveň jim jejich životní situace nedovoluje vydělat si dostatečné prostředky na pokrytí péče.
4. Zdravotní pojištění tedy snižuje životní nejistotu občanů a zároveň posiluje ekvitu mezi občany – přerozdělováním prostředků „od zdravých a bohatých k nemocným a chudým“.

6.4. Výše pojistného

6.4.1. Pojistné ve veřejnoprávním zdravotní pojištění

Veřejnoprávní zdravotní pojištění je založeno na vysokém počtu pojištěnců – přispěvatelů. Riziko náhlých vysokých nákladů se tak rozkládá na velký počet lidí. Vzhledem k tomu, že lze jen těžko očekávat náhlé vysoké náklady na všechny klienty pojištění (podobný princip jako u banky), lze průběžně pokrýt náklady na všechny pojištěnce. Je tedy proto v zájmu každé pojišťovny mít ve své klientské základně maximálně možný počet klientů (stejně jako v bance).

Výši pojistného se zabývá tzv. **pojistné plánování**, které na základě informací o vývoji demografických ukazatelů (např. věková struktura klientů), o spotřebě jednotlivých druhů zdravotnických služeb (zejména nákladné odborné zákroky a vyšetření; hospitalizace), o vývoji nákladů aj.¹⁷

S rozvojem nových zdravotnických technologií, které jsou finančně velmi náročné, však dochází k růstu nákladů a tedy i ke zvyšování odvodů. Vysoké příspěvky do fondů sociálního a zdravotního pojištění snižují motivaci k práci, spoření i podnikání.¹⁸ Lidé se pak mohou snáze uchýlovat k daňovým podvodům, šedé ekonomice či k upřednostňování volného času.

6.4.2. Pojistné v soukromém zdravotním pojištění

Výše pojistného v soukromém zdravotním pojištění se určuje podle individuálního rizika pojištěnce – pojistné zvyšují faktory jako vyšší věk, horší zdravotní stav, častější nemocnost aj. Tedy ti více nemocní platí zároveň i vyšší

¹⁷ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002.

¹⁸ Kubátová, K. *Daňová teorie a politika*. Praha: EUROLEX BOHEMIA, 2000. ISBN: 80-902752-2-2.

platby. Pojistné vychází ze skutečnosti, že někteří pojištěnci budou vyžadovat vyšší náklady než ostatní, někteří budou pojištění využívat minimálně.

V zemích s neexistencí systému veřejnoprávního pojištění jsou občané, kteří nemají dostatečné příjmy, odkázáni na pomoc rodiny či charity. Vlády těchto zemích bez veřejnoprávního pojištění však většinou podporují rizikové skupiny občanů alespoň minimální pomocí.¹⁹

Ensor uvádí jednoduchou formuli, jak spočítat výši pojistného:²⁰

$$\text{Pojistné} = \frac{\text{náklady na zdravotní péči} + \text{administrativní náklady} + \text{rezerva} + \text{zisk}}{\text{počet pojištěnců}}$$

Pojišťovna jako zisková organizace se tedy snaží uložit vyšší pojistné těm, u kterých je vyšší riziko vysokých nákladů. Hlavními indikátory, které **míru rizikivosti** pojištěnce (*risk rating*) odhalují a o kterých je třeba zjistit maximum informací, jsou jeho zdravotní záznamy, současný životní styl, záznamy o rizikových faktorech jako vysoký tlak, kouření, a dále se započítávají skutečnosti jako věk, pohlaví, rasa aj. Zvýšené pojistné však je pro některé lidi nepřijatelně vysoké a tedy zůstávají raději nepojištěni.

Ačkoliv mohou pojišťovny vynaložit maximální úsilí na zjištění rizikivosti potencionálního pojištěnce, nikdy jejich informace nebudou úplné. Vzhledem k tomu, že klient je předem informován o započítávaných rizikových faktorech určujících výši jeho pojistného, přirozeně se snaží navenek se maximálně připodobnit ideálnímu neproblematickému prototypu „ukázkového“ pojištěnce. V rámci jedné skupiny pojištěnců, kteří byli identifikováni na stejné rizikové úrovni, se tak v čase mohou projevit významné rozdíly. Zkreslování skutečného stavu ze strany pojištěnce se nazývá *adverse selection* nebo také *antiselection*. *Adverse selection* se definuje jako situace, kdy má jedinec možnost získat nižší pojistné, než by odpovídalo jeho opravdové míře rizika (*individual risk rating*).²¹

¹⁹ *Individual Versus Job Based Health Insurance: Weighing the Pros and Cons*. In: Health Affairs, 1999, vol. 18, no.6, s.28-44.

²⁰ WITTER, S., ENSOR T. (eds.) *An Introduction to Health Economic for Eastern Europe and the Former Soviet Union*. John Wiley, 1997, s.39.

²¹ *Blue Cross and Blue Shield Health Care Terms*. www.bcbs.com/glossary/glossary.html

Došlo totiž k informační asymetrii (*asymmetric information*), kdy jedna strana – tedy pojištěnec – má větší množství relevantních informací.²²

Pojišťovny se tedy snaží pojištěnce motivovat k odhalení svého skutečného zdravotního stavu (popř. jiných relevantních údajů) pomocí široké nabídky různých pojišťovacích plánů. Ensor uvádí příklad kdy pojišťovna nabízí několik plánů, u kterých je pojištěnec ve svém zájmu nucen sám zvážit míru své rizikovosti. Pojišťovna může nabízet např. 2 plány:²³

Plán A – měsíční pojistné \$20, ale 100% krytí nákladů - vybírají si ti s vyšším rizikem

Plán B – měsíční pojistné \$12, ale jen 90% krytí nákladů - vybírají si ti, kteří nepředpokládají vyšší náklady na svou zdravotní péče a zbylých 10 % případně doplatí, nižší pojistné pro ně tedy bude výhodnější.

6.5. Omezování nákladů a poptávky

Poměrně častým problémem je výskyt tzv. **morálního rizika** (*moral hazard*). Morální riziko označuje přílišné využívání až zneužívání zdravotnických služeb, ke kterému motivuje skutečnost rozložení plateb na skupinu.²⁴ Dotyčný tedy není demotivován výší nákladů, které by musel platit z vlastních zdrojů. Nejčastěji se uvádí morální riziko pojištěnců.

Ve veřejnoprávním pojištění, kdy všichni platí stejně bez ohledu na individuální riziko, je vysoká tendence neodpovědnému chování (např. kouření, nadměrné využívání služeb), které často vede ke zbytečnému a odvratitelnému zhoršení zdravotního stavu. To vede ke spotřebě většího množství nákladnějších služeb, a tedy vyšším výdajům na zdravotnictví.

U soukromého pojištění je problém podobný. Pojištěnci využívají zdravotnických služeb nad míru, více než je nutné. Nejsou motivováni k využívání „přiměřené“ péče, neboť si zdravotní zákroky přímo nehradí. Pojišťovny to mohou

²² WITTER, S., ENSOR T. (eds.) *An Introduction to Health Economic for Eastern Europe and the Former Soviet Union*. John Wiley, 1997, s.183.

²³ WITTER, S., ENSOR T. (eds.) *An Introduction to Health Economic for Eastern Europe and the Former Soviet Union*. John Wiley, 1997, s.40.

²⁴ CUTLER, D.M., ZECKHAUSER, R. J. *The Anatomy of Health Insurance*. NBER Working Paper 7176, June 1999, s.15. www.nber.org/papers/w7176

řešit obecným zvýšením pojistného, pak se to ovšem nezaslouženě projeví na všech pojištěncích.²⁵

Morální riziko na straně poskytovatelů péče se vyskytuje především v systémech, kde jsou poskytovatelé služeb placeni za jednotlivé úkony (*fee-for-service*). Mohou využívat své informační převahy nad pacienty a nabízet jim nadbytečné a drahé služby. Dochází ke stavu, který se označuje jako poptávka vyvolaná nabídkou. Pokud není ani pacient svým pojištěním ani přímými platbami motivován k minimalizaci úkonů, dochází k neekonomickému plýtvání. Toto je velkým problémem např. v USA, kde jsou zdravotnické služby velmi drahé.

Snaha o snížení či eliminaci morálního rizika se projevuje v opatřeních, kdy pojišťovny vyžadují částečné krytí nákladů pacientem (*cost-sharing*).

Může využít 3 způsoby:²⁶

1. zřejmě nejčastější je případ, kdy pojištěný za každou položku platí fixní odpočitatelnou položku (*deductible*) a náklady ji přesahující jsou placeny pojišťovnou. Pojišťovny mají i na tyto odpočitatelné položky podrobné „ceníky“ sazeb, které odlišují různé druhy zákroků (v USA se *deductibles* na zdravotní péče pohybují od \$15 do \$500, u předepsaných léků od \$10 do \$100).²⁷
2. pojištěný platí procentuální část všech nákladů (*co-insurance*)
3. pojišťovna stanoví finanční strop, do kterého jednotlivé úhrady pokryje, veškeré přesahující náklady platí již pojištěný

Některé pojišťovny motivují klienty k nulové spotřebě zdravotní péče tím, že jim poskytují slevy z pojistného (*no-claim bonuses*).

Částečné krytí nákladů pacienty sice může snižovat nadbytečnou poptávku po zdravotní péči, na druhé straně však číhá jiné úskalí. Spoluplatby mohou odradit či zkomplikovat život těm, pro které i pouhá spoluplatba představuje příliš velkou finanční zátěž. Tato poptávková regulace je tedy nástrojem, který může implicitně snížit rovnost přístupu ke zdravotním službám.

²⁵ HÁVA, P. *Zdravotní politika*. Pracovní text ke kurzu Zdravotní politika vyučovaného v ZS 2005/06 na Katedře Veřejné a sociální politiky FSV UK, s.28.

²⁶ WITTER, S., ENSOR T. (eds.) *An Introduction to Health Economic for Eastern Europe and the Former Soviet Union*. John Wiley, 1997, s.41.

²⁷ *HMO Blue New England contract. Your contract – subscriber certificate*. (podrobná pravidla a ceník hrazených úkonů a služeb). Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts 2002.

6.6. Zdravotní pojištění z daňového pohledu

²⁸V daňových soustavách se příspěvky na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění neuvádí, autoři je řadí mezi jiné fiskální, popř. parafiskální platby²⁹. Mají totiž účelové zaměření a tvoří paralelní oblast veřejných příjmů. Příspěvky jsou upraveny zvláštními zákony a jejich povinnost a pravidelnost plateb naplňuje fakticky charakteristiku daní.³⁰ Je tedy běžné, že se v celém světě o těchto „příspěvcích“ mluví jako o daních.

Platby těchto parafiskálních daní mohou pokrývat:³¹

- starobní a invalidní důchod
- nemocenské dávky
- dávky v mateřství
- dávky v nezaměstnanosti
- náhrady při pracovních úrazech
- další dávky – dle uzákonění v jednotlivých zemích
- **zdravotnické služby**

Příspěvky jsou zařazovány mezi daně povinné a neúčelové. Jak již bylo řečeno, nesplňují podmínky pro zařazení do kategorie daní, ale svými vlastnostmi se daním silně přibližují – v podobě povinnosti a pravidelnosti plateb. Výše je určována podle výše důchodu (nejčastěji platu), jejich výplata však není odvozena od výše příspěvků – důležité právě u zdravotní péče. Jako žádné daně neberou v potaz faktory jako věk, pohlaví, zdravotní stav, životní styl, riziko ztráty zaměstnání aj.

V ČR odborníci navrhují zahrnout příspěvky na zdravotní pojištění a na sociální zabezpečení do jedné daně s daní z příjmu fyzických osob. Např. osobám samostatně výdělečně činným by tak stačilo navštívit pouze jeden úřad.

²⁸ Kubátová, K. *Daňová teorie a politika*. Praha: EUROLEX BOHEMIA, 2000. ISBN: 80-902752-2-2.

²⁹ „Parafiskální fond, do kterého je parafiskální platba placena, je veřejným fondem, existujícím vedle veřejných rozpočtů. Jde tak vlastně o oddělené financování, ale stále o veřejné peníze.“ Kubátová, K. *Daňová teorie a politika*. Praha:EUROLEX BOHEMIA, 2000, s.182. ISBN: 80-902752-2-2.

³⁰ Hamerníková, B. *Veřejné finance*. Praha: Victoria Publishing, 1996. ISBN: 80-7187-050-1, s.81.

³¹ Kubátová, K. *Daňová teorie a politika*. Praha: EUROLEX BOHEMIA, 2000, s.182. ISBN:80-902752-2-2.

Daňová teorie o přesunu a dopadu říká, že není rozhodující, na které straně trhu je daň statutárně uložena. Ekonomický důsledek je stejný – ať (v jakémoliv poměru) platí zaměstnavatelé či zaměstnanci.

Příspěvky mohou být přesouvány:

- do cen výrobců – platí je nakonec spotřebitel a jejich dopad je regresivní
- příspěvky mohou být přesunuty dozadu na pracovníky – snižují jejich reálnou mzdu

Z pohledu zaměstnanců a zaměstnavatelů jde vlastně o daň placenou na trhu práce. Tato daň z pracovní síly zdražuje práci a má tak distorzní účinek na výběr výrobních faktorů. Cena práce je příliš vysoká a tak se zvyšuje nezaměstnanost. Vyšší cena práce zároveň zvyšuje ceny výrobků a tím snižuje cenovou konkurenceschopnost výrobků na světových trzích.³²

³² Kubátová, K. *Daňová teorie a politika*. Praha:EUROLEX BOHEMIA, 2000, s.202. ISBN: 80-902752-2-2.

7. Typologie zdravotního pojištění

V jednotlivých zemích OECD se lze setkat s různými systémy zdravotního pojištění. Při jejich popisu a klasifikaci se však vyskytuje problém, že i stejné systémy či podobné rysy systémů zdravotního pojištění se nazývají různými jmény, a tato skutečnost znesnadňuje obecnou kategorizaci.

Přehledná klasifikace systému je užitečná především proto, že umožňuje snadnější sbírání potřebných informací o jednotlivých systémech – statistická data (pro srovnání a analýzy např. v mezinárodním kontextu aj.), informace o regulačních opatřeních - především ve vztahu k soukromému pojištění a k alternativním smíšeným systémům zdravotního pojištění (*mix systems of funding health care*). Dále pomáhá identifikovat proměnné, které ovlivňují činnost trhu se zdravotním (především soukromým) pojištěním, a role, jaké mohou jednotlivé druhy pojištění hrát.³³

Metoda tvorby typologie OECD

Tvorba navrhované typologie vychází ze dvou metod:

1. identifikovat proměnné v různých systémech
2. proměnné rozdělit do skupin k vytvoření logických kategorií

Typologie zdravotního pojištění navrhovaná OECD se opírá o 3 principy:³⁴

- typologie by měly vycházet z charakteristiky systémů – nezávisle na pojmenování daného systému v příslušné zemi.
- typologie by se měla důsledně použít na všechny země tak, aby bylo možné systémy s podobnými charakteristikami sloučit do kategorií
- typologie by měla být použitelná pro sběr dat a sloužit jako podklad pro analýzu a tvorbu politik, ale měla by být i schopná zachytit změny v čase - aniž by musela vytvářet nové kategorie.

³³ *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD 2004.*

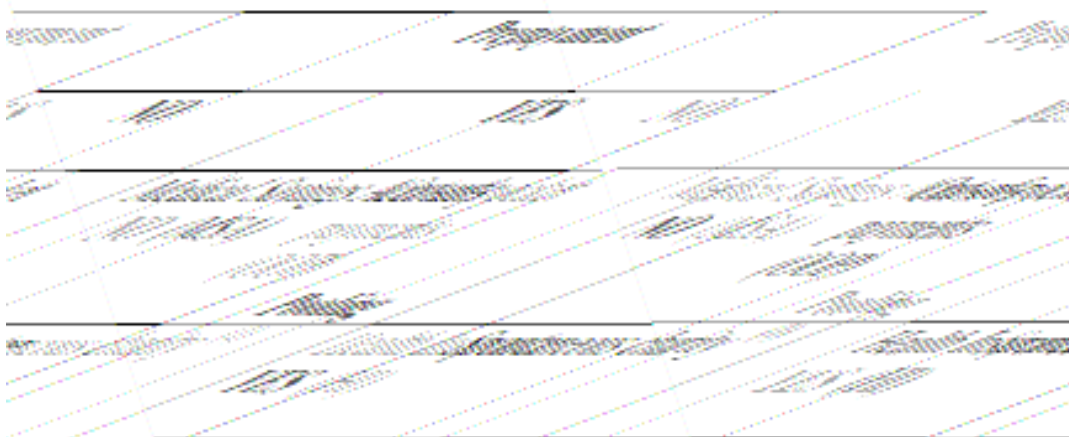
³⁴ *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD 2004.*

7.1. Financovací mechanismy

Financování zdravotní péče vychází ze 2 základních principů:³⁵

1. **Pre-payment** (předplacení, platby předem) – shromažďování a správa prostředků (*revenues*) - příspěvky (pojistné) jsou shromažďovány od jednotlivců předem a nezávisle od případného využití zdravotnických služeb, jsou využívány ve chvíli, kdy je klient potřebuje.³⁶
2. **Pooling** (přerozdělování v rámci solidarity) – shromažďování a správa výnosů (*revenues*) umožňuje přenést riziko nákladů na zdravotní péči na skupinu, nezůstává pouze na jednotlivci.³⁷ *Pooling* je výhodné jak pro pacienty, tak i pro poskytovatele služeb. Umožňuje klientům získávat potřebnou zdravotní péči v době i v množství, jaké potřebují, což zároveň zaručuje stabilní příjmy poskytovatelům. To zároveň dává pobídku k investicím do nových technologií a nových přístrojů.³⁸

Tabulka 1: Alternativy pro financování zdravotní péče



Převzato z *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD 2004, s.7.*

³⁵ *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance.* WHO, 2000, s.95n. ISBN: 92-4-156198-X.

³⁶ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe.* European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002.

³⁷ *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD 2004. s.7.*

³⁸ *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance.* WHO, 2000, s.96-97. ISBN: 92-4-156198-X.

Tabulka 1 vyjadřuje jednotlivé kombinace existence *pooling* a *prepayment*:

1. **Přímé platby (*out-of-pocket payments - OOP*)** jsou založeny na okamžité úhradě zdravotních nákladů jednotlivcem. Nic se nepředplácí, riziko je zcela na pacientovi. Do těchto plateb spadají přímé platby i za služby, které nemá pacient hrazeny v rámci svého pojištění, spoluplatby a další individuální poplatky.³⁹
2. ***Medical Savings Accounts (MSA)*** umožňují předplatit si péči jen sám pro sebe. Klient pravidelně přispívá procentem svého platu a tyto zdroje může využít, kdykoliv potřebuje zdravotní péči. Poskytuje ale krytí jen do výše nákladů odpovídajících naspořené částce. Riziko nese pouze jednotlivec, nerozkládá se na skupinu. MSA fungují v rámci smíšeného financování zdravotní péče (*mix-system*), lidé je často doplňují připojištěním. V USA je např. k MSA povinné připojištění pro případ katastrofy (*catastrophic risk*). MSA byly v USA zavedeny jako prevence morálního rizika (*moral hazard*) a *adverse selection*.⁴⁰
3. **Charitativní pomoc** rozděluje ve skupině prostředky na zdravotní péči, které si její členové sami neshromáždili. Pomoc poskytuje minimální krytí potřeb a je často spontánní a krátkodobá.⁴¹
4. **Zdravotní pojištění** je způsob řízení finančního rizika, které je spojené s růzností výdajů jednotlivců na zdravotní péči, pomocí rozložení nákladů v čase (*pre-payment*) a mezi lidmi (*pooling*). Tlumí tak dopad neočekávaných výdajů na zdravotní péči.⁴²

³⁹ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002, s.22.

⁴⁰ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002, s.21.

⁴¹ *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance*. OECD 2004, s.21.

⁴² *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance*. OECD 2004, s.7.

7.2. Klasifikace modelů zdravotního pojištění

Modely zdravotního pojištění lze rozdělit podle několika kritérií:⁴³

1. podle zdrojů financování veřejného a soukromého zdravotního pojištění
2. podle míry povinnosti/donucení k účasti na zdravotním pojištění – povinné vs. dobrovolné zdravotní pojištění
3. podle toho, zda se jedná o skupinové či individuální pojišťovací programy
4. podle metody výpočtu pojistného

7.2.1. Zdroje financování zdravotního pojištění

Hlavní zdroje financování zdravotního pojištění jsou daně, platby sociálního pojištění a platby soukromého pojistného.⁴⁴

1. Veřejnoprávní zdravotní pojištění je financováno:⁴⁵
 - přímo z daní (*general taxation*) – spravuje centrální autorita
 - daněmi či příspěvky strhávanými přímo z platu, které jsou vyčleněny zvláště pro tento účel (*earmarked taxation*)⁴⁶
 - z příspěvků sociálního pojištění (*social security contributions*)
2. Soukromé zdravotní pojištění je financováno platbami pojistného ze soukromých zdrojů pojištěnce. Stát tento sektor do určité míry reguluje, dokonce ho často i finančně podporuje subvencemi či státními příspěvky. Dofinacování tohoto sektoru z veřejných zdrojů však nic nemění na soukromé povaze pojištění.

Je nutno dodat, že určitý druh přímých plateb (*out-of-pocket payments*) existuje jak v soukromém, tak i ve veřejnoprávním pojištění, a to v podobě spoluplateb, odpočitatelných položek (*deductibles*) či platby procentuální části všech nákladů (*co-insurance*).⁴⁷

⁴³ *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD 2004, s.8.*

⁴⁴ *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO, 2000. ISBN: 92-4-156198-X.*

⁴⁵ Witter, S., Ensor T. (eds) *An Introduction to Health Economic for Eastern Europe and the Former Soviet Union.* John Wiley&Sons, Ltd., 1997, s. 42.

⁴⁶ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe.* European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002.

⁴⁷ Witter, S., Ensor T. (eds) *An Introduction to Health Economic for Eastern Europe and the Former Soviet Union.* John Wiley&Sons, Ltd., 1997.

7.2.2. Povinné a dobrovolné zdravotní pojištění

Jednotlivé systémy se liší v míře vynutitelnosti účasti na zdravotním pojištění.⁴⁸

1. Povinné zdravotní pojištění – jedinec je na základě právního ujednání povinen být účastníkem zdravotního pojištění. Tato povinnost může být celonárodní – potom lze mluvit o „Národním zdravotním pojištění“ (*NHI – National Health Insurance*) nebo se může týkat pouze určitých skupin – např. osoby s nižším než stanoveným příjmem.⁴⁹

Může jít o:

- jednotný systém, kdy je jednotlivec povinen se účastnit určeného druhu pojištění
- pojištění je povinné, ale lze vybírat mezi alternativními plány nebo poskytovateli

2. Dobrovolné pojištění – není zákonně povinné, účast na může být na základě

- dobrovolného pojištění poskytovaného zaměstnavatelem nebo automatické na základě kolektivní smlouvy ve firmě. Zaměstnavatelé nejsou povinni pojištění poskytovat.
- absolutní dobrovolnosti – ačkoli existuje podpora účasti na zdravotním pojištění v podobě např. daňových úlev či finanční podpory, účast zůstává zcela dobrovolnou

7.2.3. Skupinové a individuální pojištění⁵⁰

- **skupinové pojištění (*group health insurance*)** – jedinec je pojištěn v rámci skupiny – např. pojištění poskytované zaměstnavatelem (*private employment group health insurance - PEGHI*) či zvláštní skupinové plány poskytované pojišťovny. Výhodou jsou nižší platby pojistného z důvodu nižších administrativních nákladů a většího rozložení rizika.

⁴⁸ *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD 2004.*

⁴⁹ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002.*

⁵⁰ *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD 2004, s.10.*

- **individuální pojištění** – mohou si ho koupit individuální zájemci, kteří jsou např. samostatně výdělečně činní, nepracují nebo nemají zaměstnanecké pojištění

7.2.4. Metoda výpočtu pojistného

Poskytovatelé pojištění určují výši pojistného na základě různých podmínek 3 základními způsoby:⁵¹

1. **Pojistné odvozené od výše příjmů (*income related premiums*)** – často existuje v systémech, kdy je zdravotní pojištění součástí sociálního pojištění. Pojistné se odvozuje procentuálně od výše příjmů.
2. ***Private community-rated health insurance*** – pojistné je určováno na základě průměrného rizika komunity, takže všichni účastníci se podílejí na společném shromažďování a na redistribuci prostředků v rámci skupiny (*pooling*). Výši pojistného mohou ovlivnit různé faktory, např. pozdější zapojení do skupiny aj.
3. **Osobní míra rizikovosti pojištěnce (*private risk-related health insurance*)** – pojistné se určuje podle individuálního rizika, jež může ovlivnit např. věk, pohlaví povolání, rodinná anamnéza, předchozí využívání zdravotních služeb aj. Pojistné se pak určuje podle tabulkových výpočtů předpokládaných výdajů na zdravotní služby. Hrozí zde riziko nerovného přístupu ke zdravotní péči.⁵²

7.3. Nárok na veřejnoprávní zdravotní pojištění

Role soukromého zdravotního pojištění je v rámci zemí OECD velmi rozmanitá. Vztahy mezi veřejným a soukromým zdravotním pojištěním a jejich dopad na celý systém lze charakterizovat 2 základními proměnnými:

- **nárok (*eligibility*) na programy veřejného zdravotního pojištění** - některé skupiny obyvatelstva nemají nárok na veřejné zdravotní pojištění – např. lidé s vyššími příjmy než je stanovená hranice. Jsou tak nuceni se pojistit v rámci soukromého pojištění.

⁵¹ *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD 2004.*

⁵² MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002, s.141.

- **rozsah hrazených zdravotních služeb** – např. některé druhy služeb nemusí být kryty veřejným zdravotním pojištěním, ale lze se pojistit/připojistit soukromým pojištěním.

7.4. Klasifikace funkcí soukromého zdravotního pojištění

Dle 2 výše uvedeným kritérií lze určit 4 hlavní role soukromého zdravotního pojištění:^{53 54}

1. Primární (substituční; jediný možný zdroj), *primary (substitute, principal)*
2. Komplementární (*complementary*)
3. Duplikátní (*duplicate*)
4. Doplnková (*supplementary*)

Toto dělení je samozřejmě zjednodušené, ale pro schématickou představu dostatečně názorné. V praxi se však často jednotlivé funkce prolínají, což komplikuje statistický sběr dat (např. pojišťovny často uvádějí souhrnné údaje za zdravotní a mimozdravotní služby).

7.4.1. Primární funkce (*primary*)

Soukromé zdravotní pojištění je pro jedince jediným možným zdrojem zdravotního pojištění. Důvodem může být neexistence systému veřejnoprávního zdravotního pojištění, ale také případ, kdy jedinci nemají na krytí veřejnoprávním pojištěním nárok (*not eligible*) nebo nárok mají, ale dobrovolně se ho vzdávají (*opt out*).

Primární soukromé zdravotní pojištění může fungovat:

- **substitučně (*substitute*)** – alternativní soukromé zdravotní pojištění nahrazuje krytí nákladů na ty zdravotnické služby, které by jinak bylo možné získat z veřejného nebo zaměstnaneckého zdravotního pojištění. Je určeno pro ty, kteří na veřejnoprávní pojištění nemají nárok nebo se nároku vzdávají (*opt out*).⁵⁵

⁵³ *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD 2004, s.17n.*

⁵⁴ *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO, 2000. ISBN: 92-4-156198-X.*

⁵⁵ *MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) Funding Health Care: Options For Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002, s.19.*

- jako *jediný možný zdroj zdravotního pojištění (principal)* – soukromé zdravotní pojištění je jediným zdrojem krytí nákladů na zdravotní služby. Patří sem i zaměstnanecké pojištění, které zaměstnavatel určil jako povinné.

7.4.2. Duplikátní funkce (*duplicate*)

Soukromé zdravotní pojištění v této funkci do větší či menší míry kopíruje nabídku hrazení nákladů i za služby již obsažené v plánech veřejného zdravotního pojištění. Soukromé zdravotní pojištění se tedy nabízí hlavně jako alternativa k plánům veřejného sektoru. Často to znamená umožnění přístupu k širší síti poskytovatelů zdravotní péče a často i k lepší úrovni zdravotní péče např.

- přístup ke službám soukromých zdravotnických zařízení, která nejsou dostupná v rámci veřejného pojištění.
- rychlejší dostupnost péče, privilegovanost – „předbílání front“ (*bypassing lines*) pojištěnců ze sektoru veřejného pojištění
- přístup k péči, která není podmíněna omezováním nákladů – např. v podobě posílání pacienta na konsiliární vyšetření (*gatekeeper system*)
- libovolný výběr lékaře, nemocnice nebo jiného poskytovatele.

Toto pojištění ze své podstaty nezakládá nárok na osvobození od povinnosti platit příspěvky do systému veřejného zdravotního pojištění.⁵⁶

7.4.3. Komplementární funkce (*complementary*)

Soukromé zdravotní pojištění zde především doplňuje nabídku služeb veřejnoprávního zdravotního pojištění. Tímto pojištěním se mohou lidé připojit např. pro případ nákladů, které by jinak nebyly proplaceny (spoluplatby aj.). Doplňovat může služby i tam, kde soukromé zdravotní pojištění hraje primární funkci (ať již jako substitut nebo hlavní zdroj), ale je určeno jen ke krytí určité části nákladů.⁵⁷

⁵⁶ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002, s.19.

⁵⁷ *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance*. OECD 2004, s.17n.

7.4.4. Doplnková funkce (*supplementary*)

Soukromé zdravotní pojištění pokrývá především nadstandardní zdravotní služby, jež nejsou vůbec zahrnuty ve veřejném pojištění. Může se jednat např. o dlouhodobou péči, stomatologickou péči, nadstandardní léky, rehabilitaci, alternativní a doplňkovou péče, komfortní ubytování a nadstandardní služby v nemocnici. Při využití tohoto druhu připojištění může být zdravotní péče samotná placena z veřejného pojištění.

Tabulka 2: Klasifikace soukromého zdravotního pojištění z funkčního hlediska

		Existuje nárok na veřejné zdravotní pojištění?	
Jestliže soukromé zdravotní pojištění...		Ano	Ne
Náklady na zdravotní služby kryté soukromým zdravotním pojištěním	... hradí nutné náklady na zdravotní služby, běžně kryté veřejnoprávním pojištěním...	Duplikátní	Primární -substituční -jediný zdroj
	... pokrývá náklady na běžnou péči, které by jinak nebyly veřejným pojištěním proplacenypak je jeho funkce: Komplementární	
	... hradí náklady na špičkové a nadstandardní zdravotní služby , které nejsou zahrnuty ve veřejnoprávním pojištění...		Doplňková

Upraveno podle *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD 2004, s.17.*

7.5. Zdravotní pojištění ve vztahu k ostatním způsobům shromažďování zdrojů na financování zdravotní péče

Systémy zdravotní péče jsou v praxi financovány především smíšenými systémy. Jednotlivá heterogenní uspořádání se liší v tom, jak jsou přeneseny na jednotlivce v průběhu času náklady na zdravotní služby a riziko, které se pojí s růzností každého příjemce zdravotní péče.

Problematika zemí s různými typy smíšených systémů zdravotního pojištění (*mix systems*)⁵⁸

- 1. Země s převažujícím soukromým zdravotním pojištěním** čelí problematice selhávání trhu se zdravotním pojištěním. Mohou se vyskytovat problémy jako morální riziko (*moral hazard*); *adverse selection* (zatajování informací pojištěncem ve snaze získat levnější pojistné), výběr pojištěnců na základě rizikovosti (*risk selection*). To zabraňuje dosáhnout klíčových principů zdravotní péče – ekvity a efektivity. Dochází k tomu, že nízkopříjmové skupiny a riziková jedinci nejsou schopni si zdravotní pojištění kvůli vysoké ceně zakoupit. Je nutné analyzovat roli regulačních a finančních opatření v oblasti prevence a omezování sociálního znevýhodnění, které postavení soukromého zdravotního pojištění způsobuje.⁵⁹
- 2. V zemích s rozsáhlým veřejnoprávním pojištěním (*public health cover*)** může fungovat soukromé zdravotní pojištění jako významný prostředek ke snížení finanční zátěže veřejného pojištění. V mnoha zemích OECD existuje soukromé zdravotní pojištění paralelně k veřejnoprávnímu pojištění.

Zde je třeba zkoumat dopad soukromého zdravotního pojištění na výdaje na zdravotnictví a na celkové veřejné výdaje, a dále do jaké míry a zda soukromé pojištění dává vzniknout službám s různou kvalitou. Je nutno analyzovat, do jaké míry a jakým způsobem by mělo být soukromé zdravotní pojištění regulováno či podporováno (např. fiskálními podněty).

⁵⁸ *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance. OECD 2004, s.7.*

⁵⁹ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002.*

3. **V zemích, kde velká část zdravotních služeb není zahrnuta do veřejnoprávního systému pojištění**, popř. spoluplatby jsou příliš vysoké, stává se soukromé zdravotní pojištění nutným východiskem. Opět jsou zde obavy o ekvitu a stejnou dostupnost péče pro všechny, zejména pro rizikové skupiny obyvatelstva.

4. **Země, ve kterých část populace nemá přístup k veřejnoprávnímu pojištění** nebo si může vybrat soukromou alternativu, se snaží předcházet rozdílům v kvalitě poskytovaných zdravotních služeb. Další otázkou pak je, zda lze umožnit pacientům se soukromým pojištěním rychlejší přístup ke zdravotní péči a/nebo k lepším službám.

8. Historická analýza vybraných událostí zdravotního pojištění v USA

V této kapitole segmentuji historický vývoj významných událostí týkajících se systému zdravotního pojištění v USA.

Historická analýza je logickým začátkem pro analýzu systému zdravotního pojištění v USA. Pochopení historického vývoje je pro tuto oblast klíčové. Lze totiž bezpečně konstatovat, že kořeny současných problémů leží právě tam. Většinu problémů se nepodařilo systematicky řešit a každý problém na sebe nabaloval další a ještě náročnější problémy.

Vývoj rozdělují na:

- období tvorby individualistické povahy Američanů ve vztahu k solidárnímu principu zdravotního pojištění
- období Velké hospodářské krize po roce 1929
- poválečný vývoj
- 60.léta prezidenta Johnsona – přijetí významných sociálních zákonů
- 70. a 80. léta charakteristická růstem nákladů na zdravotní péči
- 90.léta ve znamení nepřijatého pokusu o reformu zdravotního pojištění prezidenta Clintona
- období po roce 2000 s expanzí výdajů státního rozpočtu

Etapa tvorby individualistického charakteru Američanů

Současný stav systému zdravotního pojištění v USA je výsledkem vývoje delšího než by se na první pohled mohlo zdát. Představitel nejmladší historické školy v Německu, Max Weber, ve své knize „Protestantská etika a duch kapitalismu“ (1905) zjistil zajímavou skutečnost, že jak v Evropě, tak i v USA je statisticky mezi „kapitalisty, podnikateli, ale i vyšší kvalifikovanou vrstvou dělnictva a zejména vyšší technicky a ekonomicky školeným personálem“⁶⁰ většina protestantů - kalvinistů. Pro protestanty je charakteristický specifický sklon k ekonomickému racionalismu a

⁶⁰ WEBER, M. (ed. ŠKODA, J.) *Autorita, etika a společnost*. Praha: Mladá Fronta, 1997, s.239. ISBN: 80-204-0611-5.

individualismu, jaký je u katolíků spíše vzácný – jejich ideálem je naopak chudoba a pomoc ve společenství.⁶¹ Podle Webera kalvinistická víra zdůrazňuje odříkání, pracovitost, snahu o sebezlepšování a cílevědomou touhu po úspěchu. Kalvinisté věří, že světský úspěch je důkazem Boží milosti a spasení.

Většina těch, kteří přicestovali do USA, byli lidé hledající lepší život, zároveň to však byli lidé odkázaní zcela sami na sebe. Samostatnost a soběstačnost ve všech ohledech byly nezbytnou součástí každodenního života. To tedy znamenalo ještě větší důraz na odpovědnost sám za sebe, za své zlepšování, za rozvoj své osobnosti, za své blaho a za svůj úspěch.

Již zde lze tedy spatřovat kořeny mnohých současných charakteristik Američanů a jejich systému zdravotního pojištění. Odpovědnost člověka sama za sebe nedávala po dlouho dobu velký důvod k pojištění vycházejícího z principu rozdělení rizika na celou skupinu. Po Velké hospodářské krizi se tento přístup částečně změnil, avšak přístup ke zdravotnímu pojištění je dodnes založen na individuální bázi, nikoliv na paternalistické jako je tomu ve většině Evropy.⁶²

Až do počátku 20. století nehrál stát v boji proti chudobě příliš velkou roli. Výše zmíněný individualismus a celková antipatie k vládě tomu nedávaly plodnou půdu.⁶³ Převládalo mínění, že o „zasluhující chudé“⁶⁴ se lze starat pouze individuální pomocí či v rámci charitativních organizací.

S přesunem obyvatel z venkova do měst a s industrializací společnosti míra soběstačnosti lidí klesala a vazby mezi jednotlivými skupinami začaly být těsnější, propojenější a na sobě více závislejší. Lidé se tak stali závislími na systému produkce distribuce a směny probíhající ve městech.⁶⁵

⁶¹ HOLMAN, R. *Dějiny ekonomického myšlení*. Praha: Beck, 2005, s.129. ISBN:80-7179-380-9.

⁶² LOWI, J.T., GINSBERG, B. *American Government : Freedom and Power*. New York: Norton&Comp., 1998, s.342n. ISBN: 0-393-07190-2.

⁶³ Witter, S., Ensor T. (eds) *An Introduction to Health Economic for Eastern Europe and the Former Soviet Union*. John Wiley&Sons, Ltd., 1997.

⁶⁴ Koncept pocházející z chudinských zákonů z alžbětinské Anglie. „Zasluhující si chudí“ jsou ti nikoliv vlastní vinou nezaměstnaní a bezmocní, jsou chudí např. z důvodu nemoci či jiné neovlivnitelné události. „Nezasluhující si chudí“ jsou tuláci a vlastní vinou (např. z lenosti) nezaměstnaní, kteří si pomoc obce nezasluhují. In: MURRAY, CH. *Příliš mnoho dobra. Americká sociální politika 1950-1980*. Praha : SLON, 1998, s.27. ISBN: 80-85850-55-9.

⁶⁵ O'CONNOR, K., SABATO, L.J. *American Government: Continuity and Change*. New York : Longman, 2000, s. 612. ISBN: 0-231-07689-3.

Při **Velké hospodářské krizi** (*Great Depression*) na počátku 30.let však lidé rychle pochopili, že tvrdá práce není sama o sobě zárukou ekonomické soběstačnosti a že chudoba nemusí být zapříčiněna osobním selháním nebo osobní neschopností, ale důsledkem nedokonalého ekonomického systému. Konstrukt zasluhujících se a nezasluhujících se chudých tak vzal rychle za své. Ukázalo se, že stát ani charity nemají dostatečné zdroje pro zmírnění dopadu ekonomické krize.

Nedokonalost ekonomického systému tak dala vzniknout podpoře zmírňování chudoby, ale i redistribuce bohatství a kontrole ekonomiky pomocí fiskální politiky.

Za této situace se začal vytvářet *Social Security System* (systém sociálního zabezpečení). V **polovině 30. let** byl vytvořen sociální systém (*welfare system*), který do určité míry sám fungoval jako nástroj fiskální politiky: ⁶⁶Při útlumu ekonomiky a zvyšující se nezaměstnanosti, pomohou zvyšující se výdaje na dávky udržet míru poptávky spotřebitelů. Tak proběhne recese rychleji a s menšími ztrátami. Naopak při ekonomické expanzi, kdy dochází k velmi nízké nezaměstnanosti a k velkým státním výdajům, odvody sociálního zabezpečení ztlumí hrozící inflaci.

Změna v chápání příčin chudoby a přiznání nerovných příležitostí k získání zabezpečení a prosperity ovlivnily zákonodárce při vytváření důležitého Zákona o sociálním zabezpečení (*Social Security Act, 1935*). Někdy se mu říkalo „stát blahobytu“ (*the welfare state*).

Zdravotní péče se do té doby platila převážně přímými platbami – až 90 %. Po hlubokém finančním úpadku všech obyvatel se zdravotní péče stávala nedostupnou. Poskytovatelé péče se tak obávali, že jim jejich pacienti nebudou moci uhradit náklady za poskytnutou péči, proto to byli oni, kdo iniciovali boj za zavedení zdravotního pojištění.

Původně zákonodárci usilovali o to, aby se součástí *Social Security Act* stal i zákon o Národním zdravotním pojištění (*National Health Insurance*). V čele amerického zdravotnictví však měla silnou pozici Americká zdravotnická asociace (*American Medical Association - AMA*), která se stavěla rozhodně proti navrženému programu. Hrozilo, že problematický návrh programu národního zdravotního pojištění

⁶⁶ LOWI, J.T., GINSBERG, B. *American Government : Freedom and Power*. New York: Norton&Comp., 1998, s.342n. ISBN: 0-393-07190-2.

ohrozí přijetí celého Zákona o sociálním zabezpečení (*Social Security Act*). Národní pojištění se tedy obětovalo ve prospěch již tak převratného zákona.

Po 2.světové válce dal prezident Harry Truman novou šanci zavedení povinného národního pojištění. Jeho úsilí vyvolalo bouřlivé diskuse nejen na politické scéně, ale i v různých skupinách a na veřejnosti. Zpočátku se zdálo, že má toto úsilí silnou podporu. Později se však ukázalo, že sílu American Medical Society nelze podceňovat. Tentokrát se k ní přidaly i farmaceutické společnosti, soukromé zdravotní pojišťovny a konzervativci. Podobní aktéři jako i v dnešní době. Podařilo se jim systém povinného zdravotního pojištění hanlivě stigmatizovat jako „socialized medicine“ (sociální lékařství). Na počátku 50.let se tato agenda dostala až na samý okraj politických zájmů.⁶⁷

V roce 1958 téma opět obnovili liberálové v podobě návrhu o hrazení nákladů na nemocniční péči pro staré občany, kteří požívají výhod *Social Security Act*. Podstatou diskusí byla tentokrát spíše pomoc starým než diskuse o povinném pojištění. Tyto snahy později ve změny skutečně vyústily.

K největšímu rozšíření systému od roku 1935 došlo v **průběhu 60.let**. Program Johna F. Kennedyho usiloval o aktivnější úlohu vlády. Především snaha pomoci lidem tak, aby si byli schopni pomoci sami - „postavit je nohy“. Plány však přerušila jeho vražda.

Tato tragédie přivedla do prezidentského úřadu mistra v zákonodárství Lyndona B. Johnsona právě ve chvíli, „kdy se spojovaly i další historické síly“.⁶⁸ To, že se najednou zrodilo tolik nových zákonů ze sociální oblasti nebylo náhodou. Kromě silné a schopné osobnosti Johnsona byly oněmi historickými silami trvajícím ekonomická prosperita, uznání problému strukturální chudoby, přesunutí hnutí za občanská práva na Sever a nakonec neúspěšnost dosavadních programů proti chudobě.

⁶⁷ O'CONNOR, K., SABATO, L.J. *American Government: Continuity and Change*. New York : Longman, 2000, s. 612. ISBN: 0-231-07689-3.

⁶⁸ MURRAY, CH. *Příliš mnoho dobra. Americká sociální politika 1950-1980*. Praha : SLON, 1998, s.35. ISBN: 80-85850-55-9.

Tyto faktory daly během pouhých 3 let (1964-1967) vzniknout mnoha zákonům významně reformujícím sociální politiku USA.

Pojem „Great Society“ vytvořil Lyndon B. Johnson v roce 1964 jako symbol pro svou vnitřní politiku. Jeho program byl velmi revoluční a Johnsonovi úspěchy se zdály neuvěřitelné. Je třeba však podotknout, že částečně sklídl ovoce předpřestované tím, jemuž byl vice-prezidentem, tedy Johnem F. Kennedym. Johnson bojoval v Kongresu za vytvoření sítě sociální pomoci jako součást boje proti chudobě. Také se pokusil o zrušení rasové segregace (např. zrušení rasové segregace v nemocnicích).⁶⁹

Za jeho vlády bylo přijato mnoho sociálních zákonů, často však nebyly důkladně promyšlené a jejich nedostatky se v čase umocňovaly. Spolu s výdaji na válku ve Vietnamu (konec 50. – začátek 70.let) vytvářely hluboké deficity.⁷⁰

Ve zdravotnické legislativě bylo nejvýznamnější vytvoření programů *Medicaid* a *Medicare*. Tyto programy byly Kongresem přijaty po 20letém boji s *American Medical Society* i s dalšími aktéry. Programy vzaly v potaz, že lidem, kteří si nemohou dovolit soukromé pojištění, může nemoc jejich úspory rychle vyčerpat, a to zvláště těm nejvíce potřebným – starým, chronicky nemocným, rodinám s dětmi aj.

Přijetím *Medicare* a *Medicaid* se USA zařadily mezi většinu demokratických států, z nichž některé zavedly programy veřejné péče o zdraví již v 19.století.

70.léta

V rámci snahy o reformu byl zaveden systém platby péče za poskytnuté úkony (*fee-for-service*). To vedlo k prudkému růstu nákladů. *Medicare* se stal velmi nákladný a pro rozpočet představoval velkou zátěž. To bylo způsobeno např. i demografickými změnami – prodlužování střední délky života a díky vyspělé zdravotní péči snižující se úmrtnost. O to více potřeba zdravotní péče narůstala a náklady na ni závratně rostly.⁷¹

⁶⁹ PURVIS, T.L. *Encyklopedie dějin USA*. Praha : Ivo Železný, 2004. ISBN: 80-237-3889-5.

⁷⁰ O'CONNOR, K., SABATO, L.J. *American Government: Continuity and Change*. New York : Longman, 2000, s. 612. ISBN: 0-231-07689-3.

⁷¹ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.13.

80.léta

V roce 1983 byl učiněn pokus o snížení výdajů na *Medicare*. Kongres schválil používání tzv. *diagnostic related groups (DRG)*. V tomto systému se nemocnicím za vykonanou operaci či poskytnutou službu vyplácejí předepsané částky nezávisle na skutečné výše nákladů. Dříve nemocnice dostávaly zapláceno až do výše „rozumných nákladů“ (*all reasonable costs*). Výsledek DRG se projevil záhy – nemocnice zkrátily dobu pobytu pacienta v nemocnici a snažily se snižovat i ostatní náklady. Náklady, které se díky zavedení této metody nepokryly, přesunuly nemocnice na soukromě pojištěné a tedy na soukromé zdravotní pojišťovny. Náklady na zdravotnictví však začaly opět stoupat.⁷²

V roce 1986 byl přijat zákon o povinném poskytnutí akutní péče bez ohledu na to, zda se pacient může prokázat dostatečným finančním zabezpečením.⁷³

90.léta

V 90.letech prožíval velkou expanzi systém řízené péče (*managed care*), jinak však docházelo pouze k okrajovým úpravám systému, pokračoval růst nákladů a přetrvávala nízká celková efektivita systému.

Dlouhodobá kumulace problémů vyvolala další pokus o celkovou reformu systému, o niž se pokusil prezident Bill Clinton. Důraz měl být kladen především na to, aby byl pojištěn každý bez ohledu na to, jestli je zaměstnaný nebo ne. Doposud znamenala - na rozdíl od evropských systémů - ztráta zaměstnavatele zároveň i ztrátu zaměstnaneckého pojištění a tedy náhlou nepojištěnost nejen propuštěného pracovníka, ale i jeho rodiny.⁷⁴ Pojišťovny by podle tohoto návrhu již nemohly nadále vybírat své pojištěnce podle diskriminujících faktorů jako věk, pohlaví, region, ale ani podle zdravotního stavu. Šlo tedy o transformaci směrem ke garanci univerzálního přístupu ke všem složkám zdravotní péče, bez zohledňování momentální ekonomické situace.

⁷² O'CONNOR, K., SABATO, L.J. *American Government: Continuity and Change*. New York : Longman, 2000, s. 637. ISBN: 0-231-07689-3.

⁷³ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350.

⁷⁴ BROWN, L.D., SPARER, M.S. *Window Shopping: State Health Reform Politics In The 1990s*. In: Health Affairs, 2001, vol. 20., no.1. pp.230-236.

Tato reforma byla převratnou především z toho důvodu, že narušovala doposud samozřejmé tržní principy tohoto segmentu. Zejména proto se stala terčem odporu republikánské většiny v Kongresu, která reformu v roce 1994 odmítla. Tento neúspěch zmařil naděje mnoha lidí, kteří se k této reformě upínali.⁷⁵

Důvodů, proč se návrh nepřijal, bylo samozřejmě více. Velkou roli – opět – sehrály zájmové skupiny a Asociace Amerických zdravotních pojišťoven, které se jasně stavěly proti a poukazovaly na to, na co Američané slyší - že případné přijetí této reformy by znamenalo omezení svobodné volby a přílišné zásahy úřadů do života občanů. Slabá politická opora a nedostatek přitažlivých návrhů pro širokou veřejnost nevyvolaly dostatečnou veřejnou podporu a odezvu.

Bylo to podobné jako v době, kdy se za Johnsonovy vlády jednalo o přijetí programu *Medicare*. V té době ale byla mezi těmi, kteří by profitovali, silná voličská základna starých lidí, u kterých se pomoc stala jasnou a nekontroverzní. Podporu měla i u mladších ročníku – vždyť přeci každý do této fáze dospěje. V roce 1994 však byla situace jiná. Podporovatelé byla nehomogenní slabší skupina. V programech se nejednalo o návrzích, které potenciálně většinu lidí čekají, ale šlo spíše o apel na intergenerační a meziskupinovou solidaritu. Vzhledem k tomu, že většina Američanů byla se svou péčí relativně spokojena, nebojovali za návrhy ani ti, kteří v zásadě reformu podporovali.

Návrh se komplexně zabýval všemi součástmi zdravotní péče, ale dával i velký důraz na prevenci zaměřenou především na děti a mladistvé. Clintonova administrativa se zasloužila o podporu boje s pasivním kouřením a s obezitou (Příloha 4). Pokusili se znevýhodnit prodej tabákových výrobků např. zvyšováním cen těchto produktů. I zde se ovšem ukázala síla lobbyistických skupin – v tomto případě společnosti zabývajících se distribucí a prodejem tabákových výrobků.

V roce 1996 byl přijat důležitý zákon o *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)*, který umožňoval dosud nemožné ponechání si pojistného

⁷⁵ OBERLANDER, J. *The Politics Of Health Reform: Why Do Bad Things Happen To Good Plans*. In: Health Affairs – Web Exclusive. August 27, 2003. W3-s.391-404.

plánu i při opuštění zaměstnání. Dále také omezoval možnost pojišťoven odmítat klienty, kteří již mají nějakou nemoc či zdravotní problémy (*pre-existing conditions*).⁷⁶

V roce 1997 byl přijat významný zákon „*Balanced Budget Act*“ (*BBA*). Ten finančně podpořil preventivní péči, vytvořil větší výběr v oblasti *choice-programs*⁷⁷ a péče o děti z nízkopříjmových rodin se stala jednou z národních priorit. Nepojištěné děti se mohly zařadit do programu *State Children's Health Insurance Program (SCHIP)*.⁷⁸

Po roce 2000 dochází k růstu fiskálního rozpočtu. Rostou téměř všechny výdaje, za administrativy G.W. Bushe nedošlo - v rozporu s předchozími republikánskými sliby - k žádné restrikci či významnému omezení výdajů. Jedním z mohutných výdajů jsou válečné výdaje.⁷⁹ I podíl federálních výdajů na zdravotnictví nadále stoupal, výdaje na *Medicare* se stabilizovaly na 32 %, stejně jako se stabilizoval federální podíl výdajů na program *Medicaid* (okolo 10 %).⁸⁰ Byla zavedena možnost spoření na zdravotní výdaje pomocí *Health Care Savings Accounts*.

⁷⁶ O'CONNOR, K., SABATO, L.J. *American Government: Continuity and Change*. New York : Longman, 2000, s. 639n. ISBN: 0-231-07689-3.

⁷⁷ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350.

⁷⁸ *The Future of Children*. Spring 2003, vol. 13, no.1. The David and Lucile Packard Foundation, 2003. ISSN 1054-8289.

⁷⁹ ZAJÍČEK, M. *Republikánům už drahá vláda nevadí*. Liberální institut, 2006. www.libinst.cz/clanky.php (20.5.2006)

⁸⁰ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350

9. Analýza současného systému zdravotního pojištění v USA

Analýza stavu zdravotního pojištění v USA po roce 2000 navazuje na předchozí historickou analýzu událostí, jejíž proud ústí do současnosti. Nejprve charakterizují stav soukromého zdravotního pojištění, posléze veřejného zdravotního pojištění s důrazem na jeho 2 hlavní programy *Medicare* a *Medicaid*. Dále charakterizují přímé platby a problematiku financování péče o nepojištěné. Nakonec analyzují dva úhradové systémy – platby za úkon (*fee-for-service*) a systém řízené péče, která má hlavní typy organizací - *Health Maintenance Organizations (HMO)* a *Preferred Provider Organizations (PPO)*.

9.1. Soukromé zdravotní pojištění

V USA mají téměř tři čtvrtiny obyvatelstva soukromé pojištění. Největší podíl na tom mají skupinová pojištění poskytovaná zaměstnavateli, která velikostí své členské základny umožňují nejvyšší distribuci rizika mezi členy. Zaměstnavatelé nejsou nijak povinováni zdravotní pojištění zaměstnancům nabízet, ale jeho poskytování je daňově zvýhodňováno. Náklady na toto pojištění se snižují především díky skupinovému charakteru, který umožňuje vysoké úspory na administrativní výdaje.

Oproti tomu je jen malá část obyvatelstva pojištěna individuálním soukromým pojištěním. Pro tento segment je typická vysoká nákladnost na administrativu související s tvorbou plánu individuálního pojištění. Výše pojistného se určuje podle individuálního rizika klienta. Nevýhodou je možné odmítnutí pojištěnce na základě vyššího rizika – pokročilejší věk, nevhodný životní styl, špatná diagnóza (*pre-existing conditions*) aj. Tyto plány mívají vysoké odečitatelné položky (*deductibles*).⁸¹

Problém nedostupnosti zdravotního pojištění se snaží řešit i státní a komunitní sféra, jež nabízí alternativní skupinové programy. V těchto programech hrají individuální rizikové faktory pouze malou roli. Někteří jedinci mohou získat nárok na dotované pojistné. Státům je zákonně uloženo vytvářet pojišťovací plány i pro vysoce

⁸¹ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.8.

rizikové občany (*high-risk pools*), kteří jsou jinak jen těžko pojistitelní (*hard-to-insure*).⁸²

9.2. Programy veřejného zdravotního pojištění

Zákon zřizuje dva druhy programů veřejného zdravotního pojištění – příspěvkové (*contributory*) a nepříspěvkové (*noncontributory*).

Do **příspěvkových** (*contributory*) programů se v podobě daní odvádějí povinné platby – jedná se o tzv. vynucené spoření (*forced savings*). V tomto systému jsou tři programy:⁸³

- *Old Age, Survivors, and Disability Insurance (OADSI)*
- *Medicare*
- *Unemployment compensation*

Tento systém je považován za konzervativní přístup k sociálnímu zabezpečení – nespolečá na individuální spoření lidí pro případ nutnosti ve stáří a v nezaměstnanosti. Daně „*Social Security*” se nestřádají na individuálních účtech, ani nefungují proporcionalně, jsou tedy jedním z mála nástrojů redistribuce bohatství ve americké společnosti – bohatí chudým, mladí pracovníci starým penzistům.

Nepříspěvkové (*noncontributory*) programy se nazývají „*Public Assistance Programs*” (veřejná podpora pro nezabezpečené sociálním pojištěním).⁸⁴ Programy jsou „*means tested*” – uchazeči o tuto podporu procházejí ověřováním potřebnosti.

⁸² FUCHS, V. *National Insurance Revisited*. In: Health Affairs, Winter 1991, s.8n.

⁸³ LOWI, J.T., GINSBERG, B. *American Government : Freedom and Power*. New York: Norton&Comp., 1998, s.343. ISBN: 0-393-07190-2.

⁸⁴ MURRAY, CH. *Příliš mnoho dobra. Americká sociální politika 1950-1980*. Praha : SLON, 1998, s.287. ISBN: 80-85850-55-9.

Nepříspěvkový program má tyto části:⁸⁵

- *Medicaid*
- *Food stamps*
- *Aid to Families with Dependent Children*
- *Supplemental Security Income* - finanční příspěvky pro staré, slepé a postižené
- *Housing Assistance to Low-income Families*
- *School Lunch Program*
- *Training and Employment Program*

Old Age, Survivors, and Disability Insurance (OASDI) se často nazývá jako „sociální zabezpečení“ (*Social Security*). Je to program z původního *Social Security Act* z roku 1935. Program spravuje na federální úrovni *Social Security Administration* v *Department of Health and Human Services*. Předmětem je zabezpečení důchodu pro staré občany, příjem pro postižené a pro sirotky a vdovy.⁸⁶

Všichni občané jsou povinni do programu přispívat procentuální částkou ze svých příjmů, přičemž část spolufinancuje zaměstnavatel. Přispívat jsou povinni i osoby samostatně výdělečně činné. Tento příspěvek se označuje jako *FICA (Federal Insurance Contribution Act)*.

Obvyklá doba odchodu do důchodu je 65 let. Odchod do předčasného důchodu v 62 letech je možný, ale provází ho snížení dávek. Podobně jsou dávky sníženy i pracujícím nad 65let. Po 70. roce života již nedochází k žádným omezením.

9.2.1. ***Medicare***⁸⁷

Další z programů pocházející z Johnsonovy „*Great Society*“ zásadně rozšířil dávky sociálního zabezpečení. Tento program pokrývá většinu nákladů na léčení pro všechny osoby nad 65 let a dále pro oficiálně uznané postižené (*qualified disabled*).⁸⁸

⁸⁵ LOWI, J.T., GINSBERG, B. *American Government : Freedom and Power*. New York: Norton&Comp., 1998, s.343. ISBN: 0-393-07190-2.

⁸⁶ PLANO, J.C., GREENBERG, M. *The American Political Dictionary*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers,1993. s.493n. ISBN: 0-15-500-2813.

⁸⁷ zákon byl přijat 30.7.1965, v platnost vstoupil 1.7.1966

⁸⁸ PURVIS, T.L. *Encyklopedie dějin USA*. Praha : Ivo Železný, 2004. ISBN: 80-237-3889-5.

Medicare má 2 části.⁸⁹

Část A je povinná a financuje se z příjmové daně sociálního zabezpečení (*Social Security Payroll Tax*). Na této platbě se stejnou měrou podílejí zaměstnanci i zaměstnavatelé.⁹⁰ Poskytuje základní pojištění na péči ve velkém množství nemocnic a ošetrovatelských zařízení (*nursing homes*), péči související s hospitalizací a následná vyšetření, na domácí ošetrovatelskou službu (*home health service visits*), na diagnostická vyšetření pro osoby nad 65 let i na hospicovou péči.

Část B je dobrovolný doplňkový zdravotnický program, který lidem nad 65 let pokrývá i služby praktických lékařů poskytované doma, v ambulanci, nemocnici či v jiných zdravotnických a sociálních zařízeních. Tento doplňkový program je financován jednak z měsíčních příspěvků těch, kteří jsou do programu zapojeni, a jednak z federálních peněz.⁹¹

Tradiční formu programu v roce 2001 užívalo 86 % účastníků, ostatní byli zapojeni do programu *Medicare+Choice Program*.

V programu *Medicare* jsou platby nemocnicím, lékařům a ostatním poskytovatelům určovány a hrazeny předem (*prospective payments*). Výše plateb za prováděné výkony se určují podle systému *DRG (diagnosed-related groups)*, které umožňují kalkulaci odhadovaných nákladů. V tomto systému se vytvořily národní sazby za službu či skupinu služeb na základě diagnózy a typu poskytovaných služeb. Takto postavený systém umožňuje vysokou míru kontroly nad celkovými výdaji, ne však nad objemem služeb.

Medicare+Choice Program vznikl jako součást *Balance Budget Act (BBA)*. Je založen na principech tradičního *Medicare* programu, ale jeho součástí jsou i instituce soukromého zdravotního pojištění. Určuje jakým způsobem jsou služby pojištěncům poskytovány a především rozšiřuje počet poskytovatelů zdravotní péče, kteří se mohou poskytování programu *Medicare* účastnit.⁹²

⁸⁹ PLANO, J.C., GREENBERG, M. *The American Political Dictionary*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers, 1993. s.493n. ISBN: 0-15-500-2813.

⁹⁰ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.10.

⁹¹ Blue Cross and Blue Shield Health Care Terms. www.bcbs.com/glossary/glossary.html

⁹² Blue Cross and Blue Shield Health Care Terms. www.bcbs.com/glossary/glossary.html

9.2.2. Medicaid⁹³

Tento program *Great Society* (Velké společnosti) financoval léčebné výlohy příjemců sociální pomoci a invalidních osob, které se nevešly do podmínek programu *Medicare*.⁹⁴ *Medicaid* se podobá části A *Medicare*, ale potřebnost se ověřuje podle pravidel společných pro národní i státní úroveň. ⁹⁵ Tento zákon byl implementován v rámci zákona o sociálním zabezpečení. *Medicaid* je financován jak z federálních, tak ze státních zdrojů. Poměr příspěvků se odvozuje od výše průměrného příjmu v daném státě. Federální podíl ve jednotlivých státech tvoří 50-83 %.⁹⁶

Program spravují individuálně státy podle rámcových federálních směrnic. To vede k velké rozmanitosti mezi jednotlivými státy – v rozsahu krytí služeb, obsahu, výši pojistného aj. Některé státy se rozhodly i pro rozšíření služeb *Medicaid* nad minimálních standardy dané federální vládou.

Zhruba 75 % lidí pobírajících *Medicaid* jsou nízkopříjmové rodiny s dětmi, nejvíce peněz se však vynakládá na pomoc chudým seniorům a postiženým. Jedním z důvodů je fakt, že *Medicaid* je jediným programem, který hradí dlouhodobou zdravotní péči. Tu nekryje ani *Medicare* ani většina soukromých pojišťovacích plánů. Příslušnost pojištění dlouhodobé zdravotní péče do systému sociální pomoci je mezi zeměmi OECD ojedinělé.

Součástí programu *Medicaid* je zvláštní program zaměřený na pomoc nepojištěným dětem z nízkopříjmových rodin - ***State Children's Health Insurance Program (SCHIP)***. Tento program byl vytvořen jako součást *Balanced Budget Act* v roce 1997. Pomoc dětem přichází ve formě zvláštních programů nebo jako rozšíření nároku na pobírání *Medicaid*. V případě programu *SCHIP* se federální vláda podílí na spolufinancování vyšším procentem než u běžných podmínek *Medicaid*.

Na počátku devadesátých let se rychle zvyšoval počet těch, kteří spadali do podmínek daných programem *Medicaid*. Bylo to především z důvodu zpomalující se ekonomiky a zvyšující se nezaměstnanosti. V polovině devadesátých let se při novém

⁹³ přijat 30.7.1965

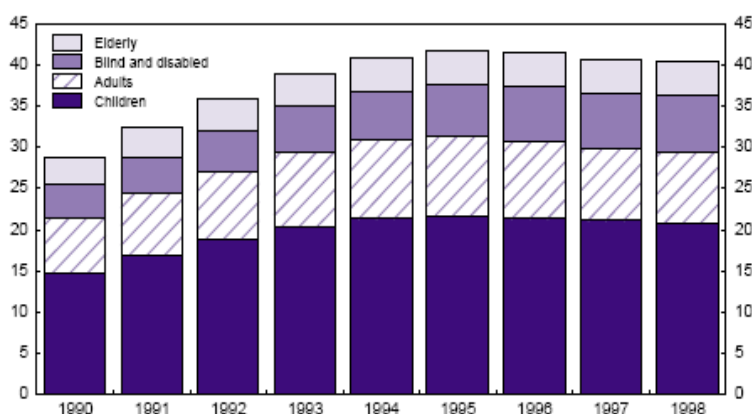
⁹⁴ PURVIS, T.L. *Encyklopedie dějin USA*. Praha: Ivo Železný, 2004. ISBN: 80-237-3889-5.

⁹⁵ PLANO, J.C., GREENBERG, M. *The American Political Dictionary*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers, 1993, s.493n. ISBN: 0-15-500-2813.

⁹⁶ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.12.

růstu ekonomiky počet začal opět pomalu snižovat. Od roku 1999 se však přebytek ve státním rozpočtu umožnil zvýšení počtu osob, jimž byla pomoc v rámci programu *Medicaid* přiznána. To však začalo postupně zvyšovat výdaje nejen z federálního rozpočtu, ale také ze státních rozpočtů.⁹⁷

Graf 1: Počet nově přijatých osob do programu *Medicaid*



Zdroj Urban Institute In: DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.13.

9.3. Přímé platby (*out-of-pocket payments*)

Přímé platby zahrnují veškeré platby spojené s užíváním zdravotní péče, včetně odečitatelných položek (*deductibles*), spoluplateb fixní (*co-payment*) nebo procentuální částkou (*co-insurance*) a všech dalších plateb, které nejsou zahrnuty v pojištění. V rámci populace se podíl přímých plateb v jednotlivých skupinách výrazně liší.⁹⁸

⁹⁷ LOWI, J.T., GINSBERG, B. *American Government : Freedom and Power*. New York: Norton&Comp., 1998, s.343. ISBN: 0-393-07190-2.

⁹⁸ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.13.

9.4. Financování péče o nepojištěné

Zdravotní péče se dostává i těm, kteří nejsou pojištěni. Na základě zákona z roku 1986 o povinném poskytnutí akutní péče musí zdravotnické zařízení ošetřit každého pacienta bez ohledu na jeho schopnost péči uhradit. Náklady na péči o nepojištěné se v jednotlivých oblastech USA významně liší, stejně jako se i liší způsoby, jak se s těmito náklady vypořádat. Část nákladů nepojištění hradí přímo ze svých prostředků. Cena poskytnutých služeb je pro nepojištěné často vyšší než pro pojištěné pacienty se stejnou diagnózou, některé nemocnice jsou však ochotny účtovat lidem s nízkými příjmy i nižší platby. Značné finanční břemeno zůstává na nemocnicích a veřejných zdravotnických zařízeních. Vzhledem k počtu pacientů, kteří nejsou pojištěni, dostávají tyto instituce zvláštní finanční podporu od státu. Zároveň část těchto nákladů přesouvají na pojištěné pacienty (*cost-shifting*). Velkou roli v poskytování a financování této péče hrají charitativní organizace zdravotnického typu.⁹⁹

9.5. Pojišťovací systémy

9.5.1. Platby za úkony (*fee-for-service*)

Až do devadesátých let byla poskytovaná péče hrazena především na základě sazebníku za poskytované výkony (*fee-for-service*). V roce 1996 mělo tento způsob krytí nákladů 27 % dělníků, v roce 2001 už to bylo jen 7%.¹⁰⁰ Charakteristickým rysem byla možnost pojištěnce navštívit jakéhokoliv poskytovatele zdravotní péče, který akceptoval jeho pojišťovací plán.

9.5.2. Řízená péče (*managed care*)

V devadesátých letech nastala mohutná expanze tzv. řízené péče (*managed care*). Řízená nebo také koordinovaná péče (*managed/coordinated care*) je termín pro opatření, která ovlivňují typ a množství služeb, jež jsou pacientům poskytovány.¹⁰¹ Tento způsob lze využít jak v soukromé sféře, tak i ve veřejném sektoru.

⁹⁹ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350.

¹⁰⁰ GABEL, J.R. et al. Job-Based Health Insurance in 2001. *Health Affairs*, vol. 20, no.5. In DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.14.

¹⁰¹ Blue Cross and Blue Shield Health Care Terms. www.bcbs.com/glossary/glossary.html

Plány v rámci řízené péče se liší od tradičních pojišťovacích plánů především v tom, že je to smluvní a provozní vztah mezi jednotlivými pojišťovacími plány, pojištěnci a poskytovateli zdravotní péče. Hlavním cílem je kontrolovat náklady vynaložené na péči, omezit nadměrnou spotřebu služeb, jež vzniká např. při informační asymetrii, kdy může dojít k poptávce vyvolané nabídkou.¹⁰²

Řízená péče v sobě zahrnuje několik nástrojů – přehled o využívání služeb, kontrola rozhodování o jejich poskytování, omezování či alespoň ovlivňování volby lékaře či poskytovatele zdravotní péče, dojednávání podmínek a výší plateb poskytovatelům.¹⁰³

Kontrola využívání služeb se může projevat např. v primární péči, kdy praktický lékař působí jako „gate-keeper“, tedy ten, kdo rozhoduje o „puštění“ k další péči. Řízená péče vyžaduje povolení k přístupu k jednotlivým službám - především ke specialistům, hospitalizaci aj. Výsledky kontroly mohou vést k odmítnutí plateb za některé nadbytečné služby, k zavedení předpisů, k omezování využívání služeb, k předepsání rozsahu určitých služeb – např. vymezení délky hospitalizace pro jednotlivé diagnózy. Dále může vést i ke snaze o školení lékařů, jejichž náklady dlouhodobě neodpovídá nastaveným parametrům.¹⁰⁴

Plány řízené péče mají vytvořenou vlastní síť smluvních poskytovatelů zdravotní péče. Náklady vzniklé u nesmluvního poskytovatele jsou také pokryty (*point-of-service plans*), ale za vyšší částku.

V rámci řízené péče existují dva typy organizací:

1. Health Maintenance Organisations (HMO)
2. Preferred Provider Organizations (PPO)

¹⁰² REINHARDT, U.E. *The United States Health-Care System: Recent History and Prospects*. Presentation for the Commonwealth Fund's 2001 International Symposium on Health Care Policy, Washington, D.C. October 9-11, 2001.

¹⁰³ ŠULCOVÁ, P. *Poptávkově regulované mechanismy ve zdravotnictví ve Velké Británii, USA a České republice*. Praha, 1999, s.92. Diplomová práce obhájená na FSV UK.

¹⁰⁴ *A Brief History of Managed Care*. Tufts Managed Care Institute, 1998. www.thci.org/downloads/briefhist.pdf

1. *Health Maintenance Organisations (HMO)*

Počátky HMO lze nalézt ve Spojených státech již ve 30. a 40. letech 20. století. Největší boom tyto organizace zaznamenaly v letech 1980-1991, kdy jejich počet vzrostl z 236 na 550¹⁰⁵, v roce 1996 to bylo již přes 600.¹⁰⁶

Podstatou HMO je propojení pojišťovny a poskytovatelů zdravotní péče. HMO prodávají své služby přímo zaměstnavatelům nebo individuálním zájemcům na základě ročního poplatku.¹⁰⁷

HMO mohou být založeny jako ziskové i jako neziskové organizace. Svůj rozpočet si sestavují na základě počtu klientů, jejich složení a plateb odpovídajícího pojistného. Pojistné není určováno na základě příjmů pojištěnců (nejde tedy o sociálně solidární systém), ale v závislosti na individuálním, popř. skupinovém riziku. HMO jsou relativně rovnoměrně rozmístěny po celém území USA, liší se však výší plateb pojistného, mírou finanční spoluúčasti, kvalitou a rozsahem poskytovaných služeb aj.

HMO poskytují péči všem, kdo se zaregistrují a předplácejí si péči pravidelnými platbami. Tyto organizace se tak stávají konkurencí pro soukromé zdravotní pojišťovny, kterým mohou odvádět klienty především z důvodu nižšího pojistného a většího rozsahu služeb.

Charakteristiky HMO:¹⁰⁸

- platba za diagnózu při nemocničním pobytu
- čekací lhůty na neakutní péči
- důraz na preventivní péči, podpora zdravého životního stylu
- podpora preventivních zákroků
- plynulost služeb díky předávání dokumentace pacientů
- racionalizace při výběru technologií

¹⁰⁵ HOFFMEYER, MCCARTHY *Financing Health Care I,II*. Kluwer Academic publishers, 1994. In ŠULCOVÁ, P. *Poptávkově regulované mechanismy ve zdravotnictví ve Velké Británii, USA a České republice*. Praha, 1999, s.93. Diplomová práce obhájená na FSV UK.

¹⁰⁶ *Brief History of Managed Care*. Tufts Managed Care Institute, 1998.

¹⁰⁷ CUTLER, D.M., ZECKHAUSER, R. J. *The Anatomy of Health Insurance*. NBER Working Paper 7176, June 1999, s.32. www.nber.org/papers/w7176

¹⁰⁸ upraveno podle KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, 1998. In: ŠULCOVÁ, P. *Poptávkově regulované mechanismy ve zdravotnictví ve Velké Británii, USA a České republice*. Praha, 1999, s.93. Diplomová práce obhájená na FSV UK.

Existuje několik typů HMO, které postupně vykrystalizovaly jako reakce na potřeby jednotlivých aktérů.¹⁰⁹

- **Group model HMO** (skupinový model) – je založen na smlouvě mezi HMO a zdravotnickým zařízením, které poskytuje různé druhy a specializace služeb. HMO platí fixní částky za každého klienta, bez ohledu na skutečně poskytnutou péči (kapitační platba).
- **Network model HMO** (síťový model) – je případ, kdy HMO uzavírá smlouvy s několika nezávislými poskytovateli péče. Pacienti mají možnost si vybrat lékaře z nabídnuté sítě smluvních poskytovatelů. I zde se jedná o kapitační princip.¹¹⁰
- **Staff model HMO** (zaměstnanecký model) – HMO je majitelem vlastního zdravotnického zařízení a lékaře najímá. Lékaři jsou motivováni ke snižování nákladů pomocí odměny ve formě podílu na zisku. Typickým příkladem je pojišťovna Kaiser Permanente.¹¹¹
- **Independent Practice Association HMO model (IPA)** (tzv. model nezávislých individuálních praxí) - HMO má uzavřené smlouvy přímo s několika nezávislými lékaři, kteří poskytují služby členům HMO ve svých ordinacích, které slouží pro jejich ostatní pacienty.¹¹² Tento model je v USA velmi rozšířený. Za péči o pacienty HMO se platí opět kapitačně.
- **Mixed model HMO** (smíšený model) – různé kombinace všech výše uvedených typů HMO

2. **Preferred Provider Organizations (PPO)** – smluvní poskytovatelé

Tento koncept vznikl na počátku 80.let a rychle se rošířil. *PPO* lze charakterizovat jako kombinaci tradičních pojišťovacích plánů a *HMO*. *PPO* poskytuje

¹⁰⁹ ŠULCOVÁ, P. *Poptávkově regulované mechanismy ve zdravotnictví ve Velké Británii, USA a České republice*. Praha, 1999, s.94. Diplomová práce obhájená na FSV UK.

¹¹⁰ CUTLER, D.M., ZECKHAUSER, R. J. *The Anatomy of Health Insurance*. NBER Working Paper 7176, June 1999, s.33. www.nber.org/papers/w7176

¹¹¹ CUTLER, D.M., ZECKHAUSER, R. J. *The Anatomy of Health Insurance*. NBER Working Paper 7176, June 1999, s.32. www.nber.org/papers/w7176

¹¹² *Blue Cross and Blue Shield Health Care Terms*. www.bcbs.com/glossary/glossary.html

služby za snížené ceny v případě, že členové budou používat služby určených smluvních poskytovatelů zdravotní péče (*in-network providers*).¹¹³ Péče od nesmluvních zařízení (*out-of-network providers*) je hrazena jen zčásti, v některých případech vůbec.¹¹⁴

Příkladem fungování *PPO* je např. uzavírání smluv mezi zaměstnavatelem a poskytovatelem o zajištění zdravotní péče pro zaměstnance. Pojistné je nižší než v běžném tržním prostředí a poskytovatelům velký počet klientů zajišťuje dostatečné příjmy.

Lze říci, že *PPO* dávají pacientům větší míru volnosti ve volbě lékaře než *HMO*. Zároveň se snaží své pacienty směřovat k lékařům, kteří jsou smlouvou zavázáni k poskytování nejméně nákladné péče (při zachování kvality). Podobně jako v *HMO*, i zde existuje několik typů *PPO*, z nichž některé lze jen těžko od *HMO* odlišit.

Výrazně odlišným typem *PPO* je tzv. *Exclusive Provider Organisation (EPO)* (organizace výhradních poskytovatelů). Péče lékaře, který není členem *PPO*, není vůbec hrazena, pouze v případě, že se jednalo o akutní péči. V tomto systému jsou lékaři placeni za výkon podle smluvního – levnějšího – sazebníku.

¹¹³ *Blue Cross and Blue Shield Health Care Terms*. www.bcbs.com/glossary/glossary.html

¹¹⁴ CUTLER, D.M., ZECKHAUSER, R. J. *The Anatomy of Health Insurance*. NBER Working Paper 7176, June 1999, s.32. www.nber.org/papers/w7176

10. Analýza současných problémů

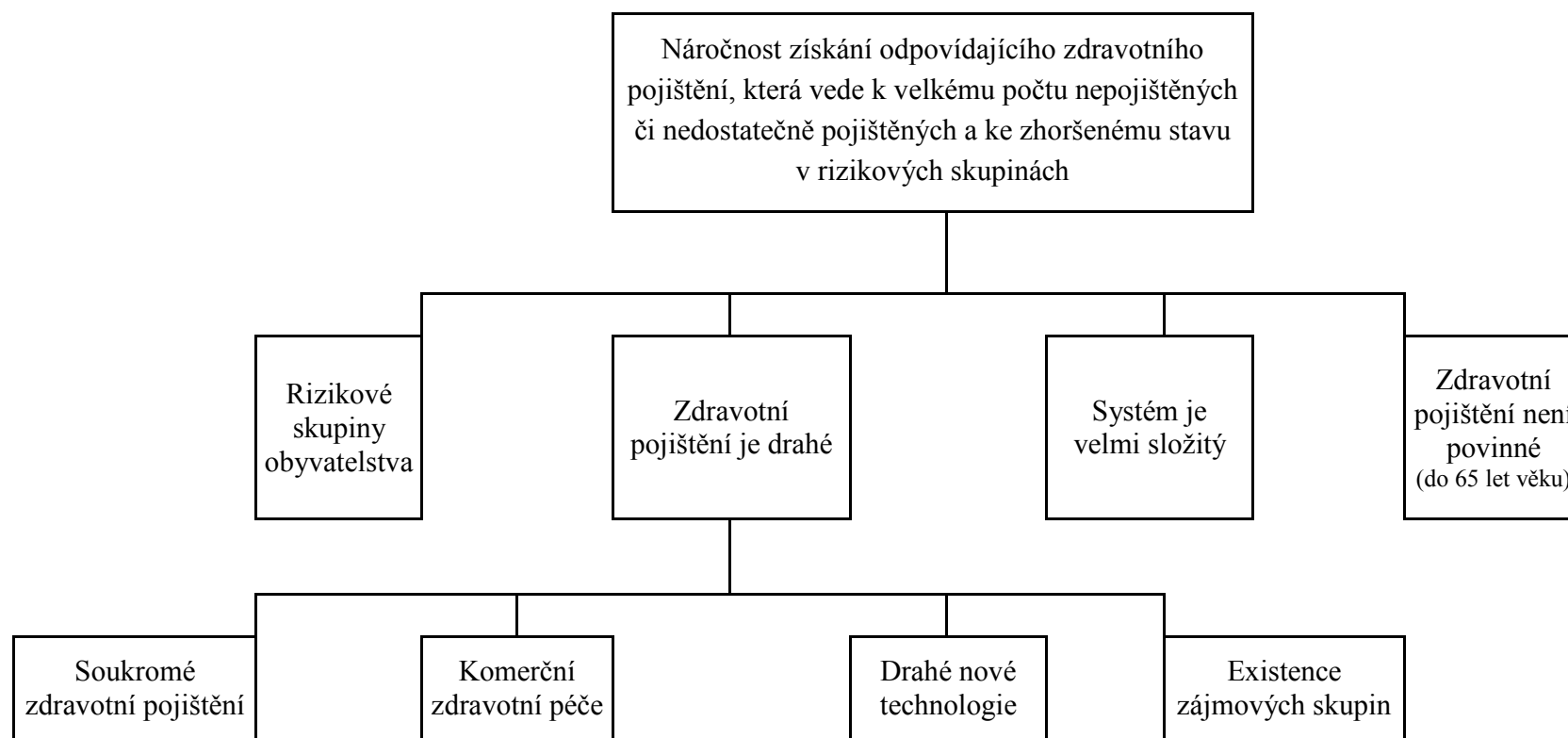
Systém zdravotního pojištění v USA je velice složitý a má mnoho nedostatků. Na základě předchozí historické analýzy a analýzy současného systému zdravotního pojištění v USA jsem proto vybrala hlavní problémy, které ztěžují fungování amerického systému zdravotního pojištění.

Z těchto problémů jsem vytvořila strom problémů, který znázorňuje vztahy mezi nimi a jejich příčiny. (Viz Graf 2: Stromový diagram vybraných problémů zdravotního pojištění v USA).

Dále podrobněji analyzuji jednotlivé problémy a jejich příčiny pomocí kombinace kvantitativního i kvalitativního přístupu.

Hlavním problémem je obtížnost, se kterou lze odpovídající zdravotní pojištění získat. Zdravotní pojištění vyžaduje velké finanční náklady, které si především lidé z rizikových skupin často nemohou dovolit vynaložit. Navíc je systém velmi složitý a těžko se v něm orientuje. Zdravotní pojištění není až do důchodového věku povinné, absence donutitelnosti je tedy též jedním z důvodů vysokého počtu nepojištěných občanů.

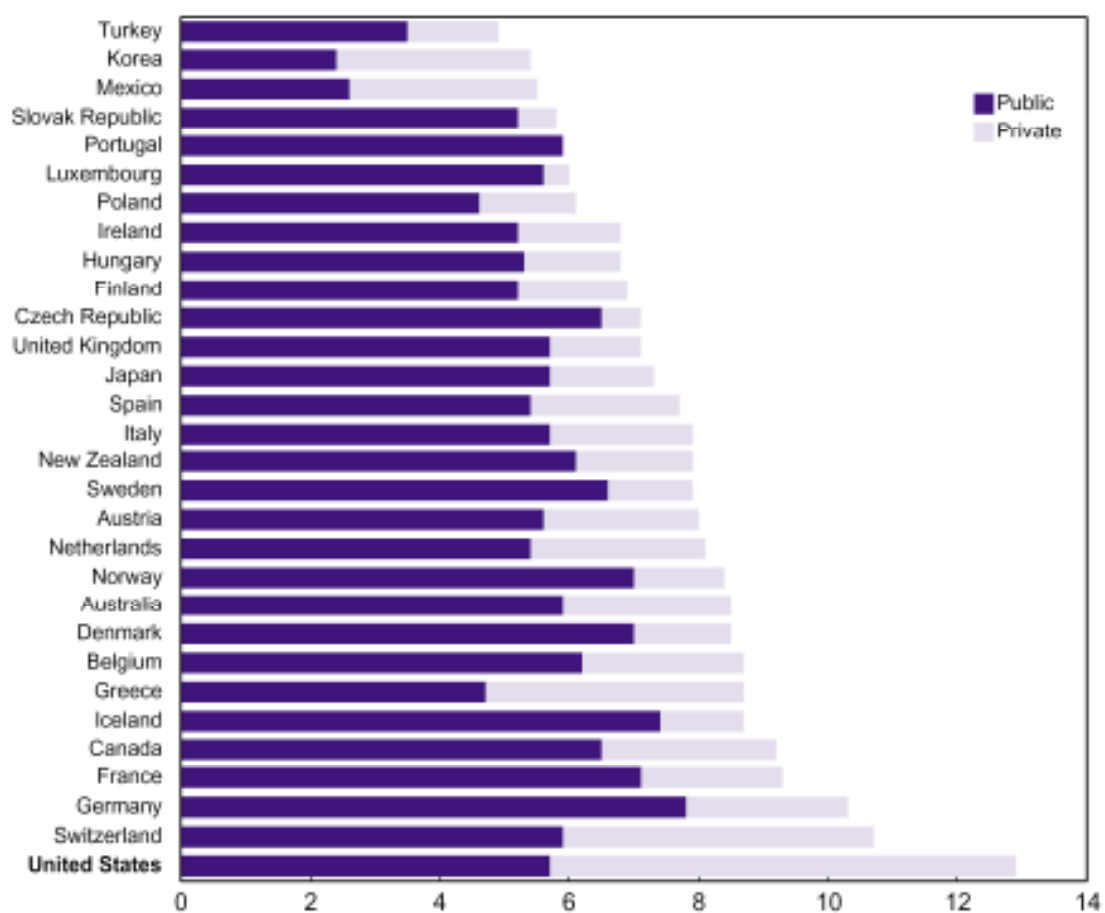
Graf 2: Stromový diagram vybraných problémů zdravotního pojištění v USA a jejich příčin



10.1. Nákladnost zdravotní péče

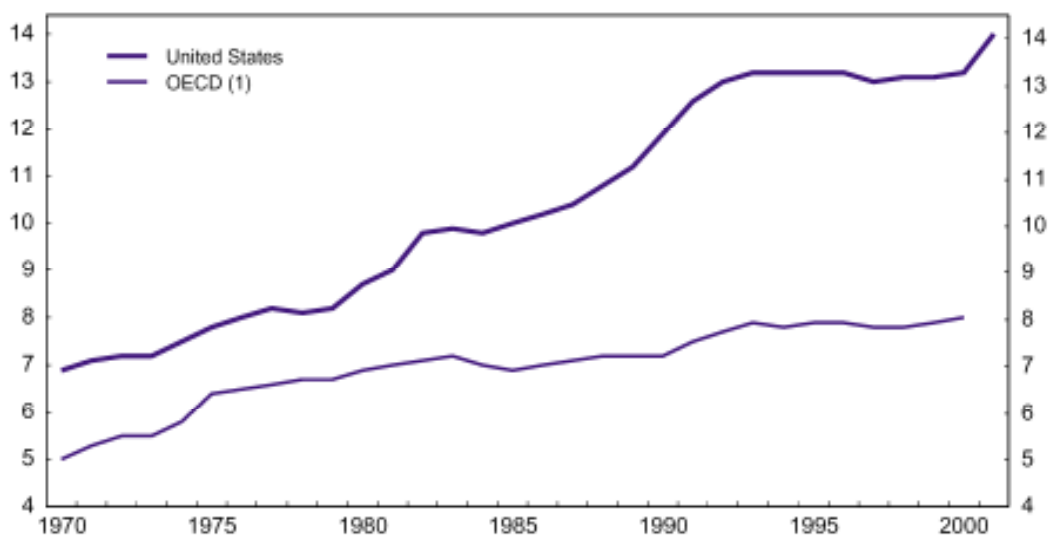
Specifikem zdravotnického sektoru v USA jsou mimořádně vysoké výdaje. V roce 2001 dosahovaly výdaje na zdravotní péči 14 % HDP, přičemž průměr zemí OECD je 8 %. Další v pořadí bylo Německo a Švýcarsko se zhruba 10 % - tedy s významným odstupem.

Graf 3: Výdaje na zdravotní péči v zemích OECD v procentech HDP (1999)



Zdroj: OECD Health Data, 2002. In: DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.19.

Graf 4: Vývoj výdajů na zdravotní péči jako procento HDP



Zdroj: Centres for Medicare and Medicaid Services and OECD. In: DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.21.

Výdaje na zdravotní péči byly v USA byly vždy vyšší než výdaje zemí OECD (Graf 4). V období 60. a 70. let bylo tempo růstu výdajů podobné, ale v období 1980-1990 se růst výdajů v USA významně odchytil od vývoje výdajů v OECD a to kvůli vysokému zdražení cen zdravotní péče. Po stabilizaci se v 90. letech situace na krátkou dobu stabilizovala. Pokud přepočítáme výdaje na osobu podle parity kupní síly, ukazuje se rozdíl mezi státy OECD a USA ještě zřetelněji - v roce 2000 byly v USA výdaje \$4 631 na osobu, což je dvojnásobek průměru zemí OECD.

Tabulka 3: Výdaje na zdravotní péči na osobu – podle zdrojů financí (%)

	1960	1970	1980	1990	1995	2000	2004
Soukromé zdroje	78,6	64,8	59,7	61,0	55,4	56,7	54,9
- Přímé platby	55,2	39,7	27,1	22,5	16,9	17,2	15,1
- Soukromé pojištění	21,4	22,3	28,3	33,4	33,4	34,6	36,1
- Jiné	2,0	2,8	4,3	5,0	5,1	5,0	4,4
Veřejné zdroje	21,4	35,2	40,3	39,0	44,6	43,3	45,1
• <i>Federální zdroje</i>	<i>8,7</i>	<i>22,9</i>	<i>29,3</i>	<i>28,6</i>	<i>34,1</i>	<i>32,8</i>	<i>32,0</i>
- Medicare	0,0	11,5	16,9	17,6	20,6	19,2	19,2
- Medicaid+SCHIP	0,0	4,3	6,4	6,6	9,5	9,8	10,7
- Jiné	8,7	7,1	6,0	4,4	4,0	3,8	2,1
• <i>Státní a místní zdroje</i>	<i>12,6</i>	<i>12,3</i>	<i>11,1</i>	<i>10,5</i>	<i>10,5</i>	<i>10,5</i>	<i>13,2</i>
- Medicaid+ SCHIP	0,0	3,7	5,1	4,8	6,2	6,9	7,4
- Jiné	12,6	8,6	5,9	5,6	4,3	3,6	5,8

Zpracováno dle DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.8. Rok 2004 zpracován dle: Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group; U.S. Bureau of the Census. (Příloha 2)

Tabulka 3 názorně ukazuje, že většina financí, které se vydávají na zdravotní péči, pochází ze soukromých zdrojů. Proto tedy nemá federální vláda přímou kontrolu nad výdaji na zdravotní péči, jako je tomu v jiných zemích OECD, kde veřejné krytí představuje průměrně 75 % těchto výdajů.¹¹⁵ Podíl soukromých zdrojů se v čase však postupně snižoval. V roce 1960 to bylo 78,6 %, ale v roce 2004 to bylo už jen 54,9 %. Jedná se tedy o 24% snížení soukromých výdajů na zdravotní péči. Při podrobnější analýze dat soukromých zdrojů (Tabulka 3) je ale zapotřebí si všimnout, že podíl soukromého zdravotního pojištění v letech 1960-2004 stoupl o 14 %, zatímco podíl přímých plateb klesl o 40 % - z 55 % v roce 1960 na 15 % v roce 2004. Růst podílu soukromého pojištění lze částečně vysvětlit rozšiřováním poskytování zaměstnaneckého zdravotního pojištění. Zvyšování počtu klientů soukromého

¹¹⁵ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350.

zdravotního pojištění a lidí, kteří se kvalifikovali do programu *Medicare* a *Medicaid*, naopak ovlivnilo snížení přímých plateb.

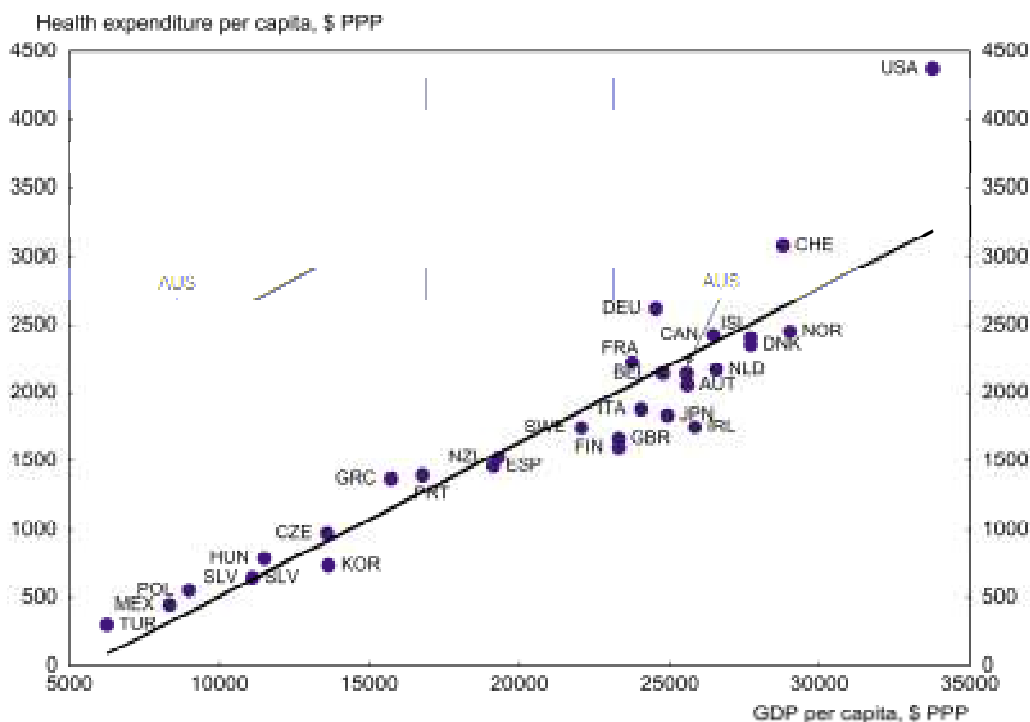
Veřejné zdroje se stávaly šetřejšími a z původních 21 % hrazení nákladů zdravotní péče v roce 1960 se vyšplhaly až na 45 % v roce 2004, blíží se tedy k pokrývání poloviny celkových nákladů. Při důkladnějším pohledu na tabulku je třeba si všimnout, že růst se týká pouze federálních zdrojů, státní a místní zdroje se po celé vybrané období pohybují okolo 11%. Federální výdaje se vyšplhaly z 8 % na 32 %. Faktory k tomu vedoucí jsou zcela zřejmé. Sociální programy *Medicare* a *Medicaid* byly přijaty v roce 1965 a právě růst jejich nákladů zapříčinil zásadní zvýšení veřejných výdajů z federálních zdrojů. Do roku 2004 se výdaje na program *Medicare*, který je financován jen z federálních zdrojů, zvýšily o 19%. U programu *Medicaid* to bylo 9 %. Nižší růst federálních výdajů na *Medicaid* zřejmě souvisí se spolufinancováním programu se státními a místními zdroji. Na státní a lokální úrovni tyto náklady vzrostly sice na 7 %, ale pokles „ostatních“ nákladů umožnil stabilní podíl státních a místních zdrojů.

Programy *Medicare* a *Medicaid* se tak staly největší zátěží federálního rozpočtu. Kongres postupně oba programy rozšiřoval a v roce 1992 bylo 34 mil. lidí pojištěno v rámci *Medicare* a 29 mil. v *Medicaid*.¹¹⁶ V nominálním vyjádření náklady na *Medicaid* v roce 2004 dosáhly \$172 mld. z federálních zdrojů a \$119 mld. ze státních a místních zdrojů (Příloha 1). Náklady na *Medicare* zásadně převýšily původní předpoklady – v letech 1980-1992 vzrostly ze \$35 mld. na \$132 mld., v roce 1996 již dosáhly \$203 mld.¹¹⁷ a v roce 2004 dosáhly \$309 mld. (Příloha 1)

¹¹⁶ PLANO, J.C., GREENBERG, M. *The American Political Dictionary*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers, 1993. s.493n. ISBN: 0-15-500-2813.

¹¹⁷ O'CONNOR, K., SABATO, L.J. *American Government: Continuity and Change*. New York: Longman, 2000, s.639. ISBN: 0-231-07689-3.

Graf 5: Vztah HDP a výdajů na zdravotní péči (1999) (přepočteno na jednotlivce)



Zdroj: OECD Health Data, 2002. In: DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.20.

Vysoké výdaje lze odůvodnit mimo jiné i vysokým finančním potenciálem USA. V mezinárodním srovnání byl prokázán vztah mezi výší HDP jednotlivých zemí a jejich celkovými výdaji na zdravotní péči na jednoho obyvatele. Srovnávané údaje jsou přepočteny na americké dolary podle parity kupní síly. V grafu sledujeme regresní křivku a poměr jednotlivých států vůči ní (Graf 5). Státy pod regresní křivkou vydávají na zdravotnictví relativně méně než ty nad regresní křivkou. V praxi to znamená, že státy pod regresní křivkou mají jiné priority, na které vynakládají prostředky. Státy pohybující se nad regresní křivkou vydávají na zdravotnictví více než je nutné. Ztrácejí tak příležitosti v jiných sektorech. Graf 5 ukazuje USA na zcela odchýlené pozici nad regresní křivkou. To odpovídá přefinancovanému stavu amerického zdravotnictví.

10.1.1. Množství zdravotní péče

Podle údajů OECD však v USA nevysvětluje objem poskytovaných zdravotnických služeb vysoké výdaje na zdravotnictví. Naopak je jejich množství srovnatelné s OECD, v některých oblastech i nižší. Např. délka pobytu v nemocnici – USA 1,1 dne, OECD 2,2 dne. Tato čísla však neposkytují informace o intenzitě poskytované zdravotní péče. Bylo zjištěno, že v USA se užívá vyspělých intenzivních technologií – např. je zde největší počet přístrojů na tomografická vyšetření (CT) a magnetickou rezonanci (MRI) v přepočtu na 1 obyvatele.¹¹⁸

10.1.2. Ceny služeb zdravotní péče

Bylo zjištěno, že ceny jednotlivých služeb v USA jsou bezpochyby vyšší než ceny za srovnatelné služby v rámci zemí OECD. Tento fakt je hlavní příčinou vysokých nákladů na americké zdravotnictví.¹¹⁹

Jedním z důvodů, proč se Spojené státy v mnoha směrech dostaly do extrémních pozic, byl prudký nárůst cen služeb v osmdesátých letech, který ve snížené míře pokračoval i v devadesátých letech (Příloha 6). Zpomalený nárůst v druhé polovině 90.let lze přičítat expanzi řízené péče (*managed care*) a také přijetí *Balanced Budget Act (BBA)*.

10.1.3. Faktory ovlivňující množství a ceny zdravotní péče

V této otázce hraje roli několik faktorů, hlavním z nich jsou investice do inovací zdravotnických technologií. Investice do technologického pokroku zapříčiňují asi 75 % růstu cen zdravotní péče.¹²⁰ Lepší technologie umožňují intenzivnější péči a tak se zvyšuje i objem jejího využívání. Celkové náklady se tedy zvyšují. Některá

¹¹⁸ OECD Health Data, 2002. In DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.20.

¹¹⁹ DANZON, P., KIM, *International PriceComparisons for Pharmateuticals: Measurement and Policy Issues*. Pharmaco Economics, 1998. In DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.23.

¹²⁰ NEWHOUSE, J.P. Medical Care Cost: How Much Welfare Loss? *Journal of Economic Perspectives*, vol. 6, no.3, Summer 2001. In: DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.23.

technologická zlepšení však mohou nahradit např. i několik starších technologií či strojů a tak může v konečném efektu dojít i ke snížení nákladů na péči.

Dalším faktorem hrajícím roli ve výdajích na zdravotní péči jsou systémy plateb. Například v systému plateb podle poskytnutých úkonů (*fee-for-service*) (časté u *Medicare* či *PPO*) jsou poskytovatelé finančně zainteresováni na nabízení a provádění co největšího množství úkonů. Vzhledem k informační asymetrii není pacient většinou schopen rozeznat nutné a nadbytečné služby. Pokud má dobré pojištění a musí platit jen nízké spoluplatby, ani k tomu není motivován.

K nadměrnému poskytování služeb se lékaři uchylují i z důvodu, že chtějí zabránit riziku zanedbání či neposkytnutí dostatečné péče (*malpractice*). Obavy z případného trestního stíhání tedy mohou zvýšit objem služeb poskytnutých např. i jen kvůli vyloučení malé pravděpodobnosti onemocnění.

Dalším faktorem jsou zvyšující se platy lékařů a zdravotnického personálu, změny v právních předpisech, zvyšování se rizikových faktorů jako je obezita, znečištění životního prostředí, rozvoj civilizačních chorob aj.

10.2. Dostupnost zdravotní péče

Jedním z důsledků náročnosti získání zdravotního pojištění, vysokých cen zdravotnických služeb, složitosti systému aj. je snížená dostupnost zdravotní péče pro mnoho lidí (*fairness*).¹²¹ Riziko, že bude jedinec nepojištěn, souvisí s mnoha faktory – věk, příjmy domácnosti, geografická oblast, vzdělání, pracovní praxe, rasový či etnická původ, pohlaví (Příloha 7), ale také fakt, že zdravotní pojištění není povinné. Velká většina nepojištěných jsou chudí lidé a lidé na hranici chudoby, náchylnější jsou i skupiny Afro-američanů a příslušníků hispánského etnika, a dále velký počet imigrantů, jejichž příliv začal v posledních letech dělat starosti většině odvětví americké politiky.¹²² Ekvita získávání zdravotní péče a přístupu k ní je tedy velkým problémem. Tento problém částečně řeší státní programy *Medicare* a především *Medicaid* spolu se *SCHIP*. Ty poskytují prostor pro snižování nerovností. Důležitou

¹²¹ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002, s.118.

¹²² ZUVEKAS, S. H., TALLAFERRO G.S. *Pathways to Access: Health Insurance, The Health Care Delivery Systems, and Racial/Ethnic Disparities, 1996-1999*, s.150. In: *Health Affairs*, 2003, vol. 22, no.2, s.139-153.

roli hraje i činnost charitativních organizací, které zprostředkovávají zdravotní a preventivní péči zdarma nebo téměř zdarma.¹²³ Charitativní činnost je v USA velmi rozšířená a zapojuje se do ní velký počet dobrovolníků.

Větší riziko nepojištěnosti mají také zaměstnanci malých firem, které si často nemohou dovolit zprostředkovat zaměstnanecké zdravotní pojištění. Sekundárním problémem těchto lidí je nedostatek primární a preventivní péče. Těmto lidem se nedostává běžných preventivních vyšetření a případné zdravotní problémy bez včasné pomoci přecházejí do chronické podoby nebo se zhorší natolik, že nepřítomnost zdravotní péče by přímo ohrožuje život pacienta. Pokud se mu tehdy dostane zdravotní péče, náklady na ni jsou kvůli pozdnímu stádiu nemoci zbytečně vysoké.

Nepojištění mají přístup ke zdravotní péči, za kterou si zaplatí přímými platbami. Nouzovou zdravotní péči však získávají na pohotovosti (*emergency care*). Pohotovostní zařízení se většinou nacházejí v nemocnicích a jejich povinnost poskytnout péči je uzákoněna. Tato oddělení mají za úkol diagnostikovat a stabilizovat kritický stav pacienta bez ohledu na jeho možnost prokázat finanční zdroje na zaplacení poskytnuté péče.¹²⁴

Nejmodernější technologie jsou dostupné za předpokladu dostatečného pojištění či schopnosti služby zaplatit. Podle typu pojistného plánu potřebují pacienti dostat doporučení k výkonu od svého praktického lékaře, popř. zdravotní pojišťovny. Je však zajímavé, že na tyto procedury nejsou v USA na rozdíl od zemí OECD žádné čekací lhůty (kromě několika vysoce specializovaných odvětví jako jsou např. transplantace).¹²⁵

10.3. Zdravotní stav

Přestože USA disponuje velkými finančními zdroji a na zdravotní péči vynakládá mnohem více než všechny ostatní země OECD, zdravotní stav obyvatelstva je jen středně dobrý. Zdravotní stav se zásadně liší mezi jednotlivými skupinami

¹²³ VUCKOVIC N. *Self-Care Among The Uninsured: „You Do What You Can Do“* In: Health Affairs, July/August 2000. s. 197-199.

¹²⁴ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.28.

¹²⁵ DANZON, P. M., PAULY, M. V. *Insurance And New Technology: From Hospital to Drugstore*. In: Health Affairs, 2001, vol. 20., no.5. pp.86-100.

obyvatelstva. Náchylnější k horšímu zdravotnímu stavu jsou skupiny nepojištěných, sociálně slabých, lidí nemocných žijících v již ohrožených skupinách, imigranti a rasové a etnické skupiny – především černoši, hispánci.¹²⁶

10.4. Složitost systému

Celý systém zdravotního pojištění je velmi složitý, většině lidem působí velké problémy se v něm vyznat a vybrat si optimální plán pro své potřeby. Mezi poskytovateli panuje konkurence. Je vydáváno mnoho informačních materiálů a to jak ze strany pojišťoven, tak i v oblasti veřejného sektoru. Nelze si tedy stěžovat na nedostatek informací, právě naopak. Informační „džungle“ je pro zájemce o zdravotní pojištění jednou z největších překážek. Orientaci v celém systému se snaží usnadnit speciálně vytvořené státní agentury. Zprostředkování vhodného plánu zdravotního pojištění mají v pojišťovnách na starosti tzv. brokeři,¹²⁷ tedy cosi na způsob bankovních poradců.

Velké množství produktů a informací o nich znesnadňuje výběr především rizikovým skupinám. V některých zemích se proto zavedla opatření, která omezují flexibilitu pojišťoven. Pojišťovny jsou tak například povinny poskytnout standardizované (tedy lépe srovnatelné) produkty, je určena minimální hranice pojistného plnění a také je omezena možnost odmítnout krytí a upravit míru výpočtu pojistného na základě individuálního rizika.¹²⁸

10.5. Závěr analýzy současných problémů

Jako hlavní současný problém jsem identifikovala velkou náročnost získat odpovídající zdravotní pojištění, což vede k velkému počtu nepojištěných či nedostatečně pojištěných (kap.10.2.) a ke zhoršenému zdravotnímu stavu v rizikových skupinách (kap.10.3.).

Vliv na náročnost získání zdravotního pojištění mají různé faktory. Především je způsobena vysokými finančními náklady na placení pojistného, které pro mnoho

¹²⁶ ZUVEKAS, S. H., TALLAFERRO G.S. Pathways to Access: Health Insurance, The Health Care Delivery Systems, and Racial/Ethnic Disparities, 1996-1999. In: Health Affairs, 2003, vol. 22, no.2, s.139-153.

¹²⁷ *Health Insurance Glossary*. www.healthinsurance.org/insterms.html

¹²⁸ *Private Health Insurance in OECD Countries*. Policy Brief, September 2004. OECD, 2004.

občanů představují významný podíl jejich příjmů.¹²⁹ Dalším problémem je existence rizikových skupin v populaci (kap.10.3). Jsou to především chudí či lidé s nízkými příjmy, lidé s vysokou nemocností, imigranti a lidé z různých rasových či etnických skupin. Prostor pro řešení nerovností mezi jednotlivými skupinami obyvatelstva do určité míry řeší veřejné programy *Medicare* a *Medicaid*.

Náročnost získání správného zdravotního pojištění je dána i celkově velice nepřehledným systémem (kap. 10.4). Obrovské množství dostupných informací je spíše problémem než předností.

Nákladnost zdravotního pojištění (kap.10.1) je zapříčiněna vysokými cenami zdravotní péče (kap.10.1.2) a jejím objemem (kap.10.1.1). Zdravotní péče je totiž poskytována na komerčním principu a zdravotnická zařízení usilují o zisk. Cenu zdravotní péče zvyšuje především vysoká inovativnost zdravotnických technologií (kap.10.1.3). Přístup k novým postupům je poměrně snadný, je však třeba mít na něj dostatečné finanční prostředky (kap. 10.2.).

Vzhledem k tomu, že neexistuje systém národního zdravotního pojištění, většina lidí je pojištěna soukromými pojišťovnami (kap.10.1). Pojišťovny fungují na komerční bázi, pojistné je tedy pro mnoho lidí drahé. Ceny zdravotního pojištění ovlivňují významně i zájmy organizací jako American Medical Association, American Hospital Association, farmaceutické koncerny, pojišťovny aj.

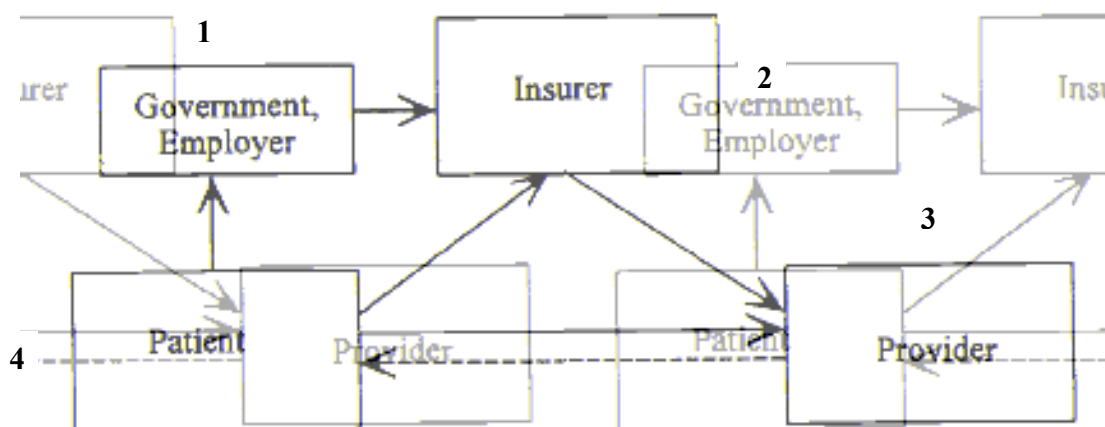
¹²⁹ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002, s.118.

11. Aktéři systému zdravotního pojištění

11.1. Hlavní aktéři

Typologii aktérů systému zdravotního pojištění jsem převzala od Cutlera, který znázorňuje aktéry a vztahy mezi nimi následujícím trojúhelníkem (*The Medical Care Triad*).¹³⁰

Graf 6: Vztahy mezi hlavními aktéry zdravotní péče



Pozn. Plné šipky představují tok peněz, přerušované tok služeb.

Zdroj: CUTLER, D.M., ZECKHAUSER, R. J. *The Anatomy of Health Insurance*. NBER Working Paper 7176, June 1999, Appendix, Figure 1. www.nber.org/papers/w7176

Tyto skupiny aktérů dále dělím na podrobnější kategorie, zvláště ještě přidávám jako 5. kategorii zájmové skupiny, které ovlivňuje a která zároveň i obsahuje všechny ostatní aktéry.

1. *Government, Employer*

- **Federální vláda, státní vlády, místní správa** (více viz kap.11.2.)
- **Zaměstnavatelé**, kteří svým zaměstnancům poskytují pojištění – v USA je většina pojištěných lidí pojištěna v rámci zaměstnaneckého pojištění. Podle výzkumů

¹³⁰ CUTLER, D.M., ZECKHAUSER, R. J. *The Anatomy of Health Insurance*. NBER Working Paper 7176, June 1999. www.nber.org/papers/w7176

poskytují zaměstnanecké zdravotní pojištění téměř všechny podniky, které mají přes 200 zaměstnanců a dále 65 % firem, které mají od 3 do 199 zaměstnanců¹³¹ Zaměstnavatelé tedy hrají důležitou roli jako zákazníci (*purchaser*) soukromých pojišťoven.

2. *Insurer*

- **Soukromé pojišťovny** – mají zásadní vliv na trh se zdravotním pojištěním. Vzhledem k jejich podstatě, že fungují na komerční bázi a jejich hlavním cílem je zisk, nedochází k naplnění principu solidarity. Dále se porušují principy rovného přístupu – pojišťovny upřednostňují klienty, o které mají zájem (*risk selection*) – pokud možno zdravé, mladé, finančně zajištěné. Tedy takové, u kterých je nízká pravděpodobnost výdajů na zdravotní péči.

3. *Provider*

- **Nemocnice** – v USA je okolo 7 000 nemocnic, z nichž zhruba třetina má komerční charakter.¹³² Dále existují soukromé nemocnice, které jejichž primárním cílem není zisk. Finance získávají mj. i od charitativních organizací a z dobrovolných fondů. Problémem nemocnic je jejich povinnost poskytovat zdravotní péči v rámci pohotovostí (*emergency units*), bez ohledu na potencionální schopnost či neschopnost náklady jakýmkoli způsobem uhradit. Tato péče je finančně velmi náročná. Vzhledem k počtu pacientů, kteří nejsou pojištěni a pohotovostní péči využívají, dostávají veřejné nemocnice zvláštní finanční podporu od státu. Důležitou roli hrají i *Veterans' hospitals* poskytující péči pro současné a bývalé členy ozbrojených sil.¹³³
- **Lékaři** – lékaři hrají významnou roli především jako vykonavatelé zdravotní péče. Mají však zásadní vliv na výši nákladů. V systému plateb poskytovaných za výkon

¹³¹ GABEL, J.R. et al. Job-Based Health Insurance in 2001. Health Affairs, vol. 20, no.5. In: DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.8.

¹³² *Health, United States, 2004, With Chartbook on Trends in the Health of Americans*. National Center for Health Statistics, Maryland: 2004.

¹³³ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002.

(*fee-for-service*) jsou motivováni k nabízení většího objemu služeb, než je nezbytně nutné. Dochází tak k plýtvání péčí i penězi. V systému řízené péče má lékař funkci *gatekeeper-a*, kdy určuje potřebnost a druh následné péče. Významně tak zasahuje do regulace nákladů.

- **Léky** – tvoří významnou položku v nákladech na zdravotní péči. Ceny léků jsou vysoké a pojišťovny se snaží omezit výdaje na ně. Proto jsou na léky uvaleny vysoké spoluplatby, popř. nízké odečitatelné položky (*deductibles*). Významný je i prodej tzv. over-the-counter léků v drogeriích, které nejsou na předpis a může si je koupit každý podle svého uvážení. Tato možnost hraje velkou roli ve péči o zdraví Američanů, kteří si tak nahrazují zdravotní péči při běžných onemocněních.¹³⁴ Farmaceutické společnosti jsou silnou lobbyistickou skupinou.

4. Patient

Pacienti – mají v USA svobodnou volbu pojištění a lékaře za předpokladu, že mají dostatečné finanční zdroje. Mají možnost přístupu k nejnovějším technologiím. Mezi jednotlivými skupinami pacientů (sociální, rasové aj.) jsou ale velké rozdíly, problémem je velký podíl nepojištěných (více viz kap.11.3).

5. Zájmové skupiny (*interest groups*) – hrají v USA zvláště významnou roli při tvorbě politiky, neboť prosazují různé pohledy na veřejný zájem. V souvislosti se zdravotním pojištěním sehrály zásadní roli ve 30.letech, po druhé světové válce i v 60.letech, kdy vždy bojovali proti zavedení povinného celonárodního systému zdravotnímu pojištění. Naposledy to pak bylo v 90.letech, kdy se proti Clintonovu návrhu reformy zdravotní péče a jejího financování vytvořilo mnoho zájmových skupin z již výše zmíněných aktérů - lékaři, nemocnice, pojišťovny, farmaceutické společnosti aj. Všichni vynaložili velké úsilí na propagaci svého pohledu na veřejný zájem, každý z těchto náhledů se však v nějakém podstatném detailu lišil. Clintonova administrativa se od těchto skupin distancovala a dokonce nechtěla jednat ani s dlouhodobě nejvýznamnější zájmovou skupinou *American Medical*

¹³⁴ DANZON, P. M., PAULY, M. V. *Insurance And New Technology: From Hospital to Drugstore*. In: *Health Affairs*, 2001, vol. 20., no.5. pp.86-100.

Association (AMA). Spojené síly zájmových skupin nakonec skutečně odmítnutí reformy prosadily.

11.2. Role veřejného a soukromého sektoru v zdravotnictví USA¹³⁵

- **Federální vláda**

Hlavní role spočívá v nákupu zdravotního pojištění a v roli zprostředkujícího agenta (*third-party payer*). Centrální autorita takto zabezpečuje 39 miliónů starších a postižených osob (*Medicare*), 9 miliónů federálních zaměstnanců a osob na nich závislých (*dependants*) a 6 miliónů armádních zaměstnanců a jejich rodin. Dále s přispěním jednotlivých států spolufinancuje záchranný program *Medicaid*, pomoc pro děti z nízkopříjmových rodin (*SCHIP*), poskytuje zdravotní služby určené válečným veteránům (*Veterans' Hospitals*) a další. Zároveň je také hlavním sběratelem statistických dat o zdravotnictví a je i hlavním finančním zdrojem pro výzkum zdravotnických služeb (*health services research*). Důležitým chybějícím faktorem je funkce národního plánování zdraví. Tuto roli zabezpečují jen některé federální agentury (*federal agencies*), které sledují trendy, charakteristiky a aspekty chování zdravotnického systému.

- **Státní vlády**

Míra regulace, způsob řízení i nákup pojištění jsou v jednotlivých státech velmi rozmanité. Obecně jsou státy odpovědné především za regulaci poskytovatelů zdravotnických služeb a pojišťoven. S federální vládou spolupracují na řízení a na financování podpůrných programů. Stát dále nakupuje pojištění pro své zaměstnance, čímž do určité míry ovlivňuje místní pojišťovací trhy.

- **Místní správa (city, county, parish)**

Místní správa spolupracuje se státem na regulaci a podporu poskytovatelů, kteří slouží v rámci „záchranné sítě“ pro potřebné (např. *county hospitals*). Dále provozují systém záchranné služby.

¹³⁵ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.7.

- **Soukromý sektor**

Většina zdravotnických zařízení je provozována soukromě. Mohou být řízena buď na základě neziskovosti (*non-for-profit*) nebo komerčně (*for-profit*). Podobně je tomu i s pojišťovnami, např. Blue Croos/Blue Shield, Kaiser Permanente, Harvard Pilgrim.¹³⁶ Některé pojišťovny slouží i jako zprostředkovatelé státního programu Medicare.

11.3. Nepojištění

Fuchs dělí nepojištěné do 6 kategorií:¹³⁷

1. chudí (*the poor*) – největší skupina nepojištěných. Nízké příjmy jim neumožňují získání žádného druhu zdravotního pojištění. Většina z nich pracuje (nebo jsou závislí na pracující osobě), ale nemohou si dovolit vydat tak vysoký díl svého platu na zdravotní pojištění.
2. nemocní a handicapovaní (*the sick and disabled*) – skupina lidí, kteří nejsou chudí, ale přesto si nemohou zdravotní pojištění dovolit. Jejich specifický zdravotní stav je zcela vylučuje z možnosti být pojištěn, častěji jsou jim však ukládány mnohem vyšší pojistné částky.
3. „problémoví“ (*the difficult*) – jedinci nepatří mezi chudé ani mezi nemocné, přesto mají problémy se získáváním pojistného na běžné cenové úrovni. Jsou to osoby samostatně výdělečně činné, pracovníci malých firem nebo nezaměstnaní.
4. ti, kteří téměř nevyužívají zdravotní péči (*low users*) – lidé, kteří se těší velmi dobrému zdraví, k lékařům stejně nechtějí chodit nebo zdravotní péči odmítají (např. z náboženských důvodů). Pro ně je koupě pojištění nezajímavá, snad jen pokud by mohli získat zvláště nízké pojistné.
5. hazardéři (*gamblers*) – ačkoliv většina lidí se snaží rizikům předcházet, osoby v této skupině spoléhají na své zdraví a upřednostňují využití svých zdrojů pro jiné účely

¹³⁶ ŠULCOVÁ, P. *Poptávkově regulované mechanismy ve zdravotnictví ve Velké Británii, USA a České republice*. Praha, 1999, s.96. Diplomová práce obhájená na FSV UK.

¹³⁷ FUCHS, V. *National Insurance Revisited*. In: Health Affairs, Winter 1991, s.8n.

6. černí pasažéři (*free riders*) – poslední skupinou jsou jedinci, kteří se nepojišťují, protože věří, že ve stavu nouze se jim péče o zdraví stejně dostane a někdo za ně náklady zaplatí. Ušetří náklady za pojistné a přesto v případě nouze využívají zdravotnického systému fungujícího z příspěvků platících.

Znaky chování „černých pasažérů“, lze identifikovat i v některých jiných skupinách - *low users* a *gamblers*. Jedince v rámci těchto 3 kategorií je těžké přesně rozlišit.

12. SWOT analýza systému zdravotního pojištění v USA po roce 2000

Slabé stránky - W	Silné stránky – S
<ul style="list-style-type: none"> • 15 % nepojištěných Američanů (2001)¹³⁸ • rostoucí náklady na zdravotní péči z veřejných zdrojů (kap.10.1, Tabulka 3) • vysoké náklady na zdravotní pojištění (kap.10.1) • vysoké ceny zdravotní péče (kap.10.1.2) • na zdravotnictví se vydává vysoký podíl HDP (kap.10.1) • existence rizikových skupin obyvatelstva (kap.10.2) 	<ul style="list-style-type: none"> • vysoká inovativnost v oblasti vývoje nových technologií (kap.10.1.2) • tradice špičkového výzkumu¹³⁹ • velká intenzita služeb (kap.10.1.3) • vysoká flexibilita systému¹⁴⁰ • velké finanční zdroje – vysoký HDP (kap.10.1) aj.
Hrozby – T	Příležitosti – O
<ul style="list-style-type: none"> • dlouhodobé odsouvání hloubkového systematického řešení problémů (kap.8) • neúměrně vysoké náklady na zdravotnictví (ve srovnání s jinými státy) ohrožují konkurenceschopnost ekonomiky a znamenají ztrátu jiných příležitostí (kap.10.1) • stále přicházející vlny emigrantů – především se jedná o ekonomickou imigrace¹³⁸ • nehomogenita obyvatelstva – sociální, národnostní, rasová, etnická¹³⁸ • silné a vlivné lobbyistické skupiny (11.1-5)¹⁴¹ 	<ul style="list-style-type: none"> • další rozvoj nových technologií, ještě větší intenzifikace (kap.10.1.3) • podpora výzkumu¹⁴¹ • intenzivnější využití finančního potenciálu (kap.10.1) • důraz na dostupnost preventivní péče¹⁴²

Pozn: SWOT analýza synteticky shrnuje poznatky předchozích analýz.

¹³⁸ Health, United States, 2004, With Chartbook on Trends in the Health of Americans. National Center for Health Statistics, Maryland: 2004.

¹³⁹ LOWI, J.T., GINSBERG, B. *American Government: Freedom and Power*. New York: Norton&Comp., 1998. ISBN: 0-393-07190-2.

¹⁴⁰ MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002.

¹⁴¹ DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350.

¹⁴² *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. WHO, 2000. ISBN: 92-4-156198-X.

13. Závěr

V rámci OECD má systém amerického zdravotního pojištění velmi specifický charakter. Jako nikde jinde ve světě v něm hraje zásadní úlohu soukromý sektor – a to nejen v oblasti pojištění, ale i v poskytování zdravotní péče. Veřejný sektor dává prostor pro řešení nerovností ve zdravotní péči o postižené a chudé a stará se o zdravotní péči seniorů. Zdravotnictví USA je výrazně přefinancováno, vysoké výdaje na tento sektor znamenají ztrátu jiných příležitostí.

Systém zdravotního pojištění je velmi složitý, neboť historický vývoj s sebou přinášel mnoho změn, které nebyly systematicky řešeny. Vznikl tak obtížný a komplikovaný labyrint pravidel a informačních zdrojů. Takto složitý decentralizovaný systém financování a regulací neumožňuje odpovídající kontrolu. Míra komplikovanosti, nízká motivace k vyřešení a složitost takového kroku představují téměř nemožnost vyřešení této situace.

Pro USA jsou charakteristické vysoké výdaje na zdravotnictví. Výše těchto výdajů (poměrně k HDP) představuje světové prvenství, přestože srovnatelné služby je možné v jiných zemích získat levněji. Lze tedy říci, že Američané získávají za více peněz méně služeb, než by získali jinde. To představuje zásadní problém efektivity amerického zdravotnictví. Neustále se vynakládá úsilí na snížení nákladů na zdravotní péči. Pokusy o změnu však přinesly převážně jen krátkodobé úspěchy. Částečně úspěšný byl systém tzv. řízené péče (*managed care*), jehož cílem je řídit a regulovat bujnou nabídku zdravotnických služeb. Dosud ale nebyl nalezen systémový klíč k vyřešení problémů a ke zefektivnění celého systému. Tento úkol si USA stále sune před sebou.

Dobrý zdravotní stav obyvatelstva jako cíl zdravotnických systémů se daří naplňovat jen částečně. Zdraví obyvatel se zásadně liší mezi jednotlivými skupinami obyvatelstva a odpovídá jejich ekonomické situaci. Rozdíly objemu finančních zdrojů na hrazení zdravotní péče mezi obyvatelstvem vede k rozdílům v dostupnosti zdravotnických služeb pro různé skupiny (*fairness*). Přes 15 % Američanů je zcela nepojištěno. Jedná se většinou o lidi z chudých a nízkopříjmových skupin, kteří se

nekvalifikovali do státních záchranných programů, popř. sami nebyli schopni získat dostatek informací o možnostech zapojení se do těchto programů.

System má vysokou přizpůsobivost (*responsiveness*) díky své schopnosti se velmi rychle vyvíjet a modifikovat podle potřeb a poptávky pojištěnců, podle regulací nařízených státem a také umožňuje rychlé zavedení nových technologií do užívání.

14. Resumé

14.1. České resumé

Cílem této práce je nalezení a diskuse hlavních současných problémů amerického zdravotního pojištění a jejich příčin za pomoci analýzy událostí, vytvoření stromu problémů a provedení SWOT analýzy. Teoretická část nejprve definuje různé druhy zdravotního pojištění a jeho zdrojů, klasifikuje různé modely zdravotního pojištění a jeho funkce. V analytické části jsou vybrány nejdůležitější body historického vývoje ve vztahu k tématu, které ústí v analýzu systému současné a vyplynulé problémy jsou dále diskutovány v analýze současných problémů. Výsledky analýz jsou shrnuty ve SWOT analýze. Hlavními problémy jsou drahé zdravotní služby způsobené především jejich rychlým vývojem (*responsiveness*), finanční náročnost získání odpovídajícího zdravotního pojištění, orientace ve složitém systému a v záplavě informací a existence významných rizikových skupin, kterým se nedostává potřebné zdravotní péče (*fairness*) a které se nacházejí v horším zdravotním stavu.

14.2. English resume

The aim of the thesis is to find and to discuss the main current problems of the American health insurance system and their causes through the event analysis, problem tree and the SWOT analysis. In the theoretical part, there are defined different types of health insurance and their sources, there is also performed a classification of different models of the health insurance and its functions. In the analytical part, there are selected the main historical events concerning the topic that lead into the problem analysis of the current system. The identified problems are further discussed in the analysis of current problems. The outcomes of the analysis are summarized in the SWOT analysis. The main problems concern very expensive health services caused by high technological innovation rate (*responsiveness*), the financial difficulties with gaining corresponding health insurance, the orientation in the very complicated system and in the vast amount of information resources, and the presence of the significant risk groups that do not have equitable access to the health care and that are thus in a worse health state.

15. Použité zdroje a literatura:

- *A Brief History of Managed Care*. Tufts Managed Care Institute, 1998. www.thci.org/downloads/briefhist.pdf
- *Blue Cross and Blue Shield Health Care Terms*. www.bcbs.com/glossary/glossary.html
- BOCCUTI, C., MOON, M. *Comparing Medicare and Private Insurers: Growth Rates In Spending Over Three Decades*. In: Health Affairs, March/April 2003, pp.230-236.
- BROWN, L.D., SPARER, M.S. *Window Shopping: State Health Reform Politics In The 1990s*. In: Health Affairs, 2001, vol. 20., no.1, pp.50-67.
- CUTLER, D.M., ZECKHAUSER, R. J. *The Anatomy of Health Insurance*. NBER Working Paper 7176, June 1999. www.nber.org/papers/w7176
- DANZON, P. M., PAULY, M. V. *Insurance And New Technology: From Hospital to Drugstore*. In: Health Affairs, 2001, vol. 20., no.5, pp.86-100.
- *Death Rate Variation in US Subpopulations*. In: Bulletin of The World Health Organization 2002, 80 (1).
- DOCTEUR, E., OXLEY, H. *Reformy zdravotnických systémů – poučení ze zkušeností*. Praha: IZPE, 2004. ISBN: 80-86625-19-2. Přeloženo z: Docteur, E., Oxley, H., *The OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*. Paris: OECD, 2004. ISBN 92-64-01559-0.
- DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350.
- FUCHS, R. V. *The Future of Health Economics*. Cambridge, MA, USA. NBER Working Paper 7379, October 1999.
- FUCHS, V. *National Insurance Revisited*. In: Health Affairs, Winter 1991.
- HAMERNÍKOVÁ, B. *Veřejné finance*. Praha: Victoria Publishing, 1996. 182s. ISBN: 80-7187-050-1.

- HÁVA, P. *Zdravotní politika*. Pracovní text ke kurzu Zdravotní politika vyučovaného v ZS 2005/06 na Katedře Veřejné a sociální politiky FSV UK.
- *Health at Glance: OECD Indicators – 2005 Edition. Czech Summary*. OECD, 2005. ISBN: 92-64-012621.
- *Health Insurance Glossary*. www.healthinsurance.org/insterms.html
- *Health, United States, 2004, With Chartbook on Trends in the Health of Americans*. National Center for Health Statistics, Maryland: 2004.
- *HMO Blue New England contract. Your contract – subscriber certificate*. Blue Cross and Blue Shield of Massachusetts, 2002.
- HOLMAN, R. *Dějiny ekonomického myšlení*. Praha: Beck, 2005. 539s. ISBN:80-7179-380-9.
- *Individual Versus Job Based Health Insurance: Weighing the Pros and Cons*. In: Health Affairs, 1999, vol. 18, no.6, s.28-44.
- JACKSON, P. M., BROWN, C. V. *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha: EUROLEX BOHEMIA – edice ekonomie, 2003. 733s. ISBN: 80-86432-09-2.
- KUBÁTOVÁ, K. *Daňová teorie a politika*. Praha:EUROLEX BOHEMIA, 2000. 225s. ISBN: 80-902752-2-2.
- LOWI, J.T., GINSBERG, B. *American Government : Freedom and Power*. New York: Norton&Comp., 1998. 509s. ISBN: 0-393-07190-2.
- *Medicaid At-a-Glance 2005*. A Medicaid Information Source. Publication No. CMS-11024-05. www.medicaid.com
- MELLO, M. M. *Understanding medical malpractice insurance: A primer*. The Robert Johnson Foundation. Research Synthesis Report no. 8., 2006.
- MILLER, W., VIDGOR, E. R., MANNING W.G. *Covering The Uninsured: What Is It Worth?* In: Health Affairs – Web Exclusive. March 31, 2004. W4-pp.157-167.
- MOSSIALOS, E., DIXON, A. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options For Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. WHO, 2002.
- MURRAY, CH., FRENK, J. *A Framework For Assessing the Performance of Health Systems*. In: Bulletin of the World Health Organization, 2002, Vol.78 (6), s.717-730.

- MURRAY, CH. *Příliš mnoho dobra. Americká sociální politika 1950-1980*. Praha: SLON, 1998. 337s. ISBN: 80-85850-55-9.
- O'CONNOR, K., SABATO, L.J. *American Government: Continuity and Change*. New York: Longman, 2000. 802s. ISBN: 0-231-07689-3.
- OBERLANDER, J. *The Politics Of Health Reform: Why Do Bad Things Happen To Good Plans*. In: Health Affairs – Web Exclusive. August 27, 2003. W3-s.391-404.
- PLANO, J.C., GREENBERG, M. *The American Political Dictionary*. Fort Worth: Harcourt Brace College Publishers, 1993. 672s. ISBN: 0-15-500-2813.
- *Private Health Insurance in OECD Countries*. Policy Brief, September 2004. OECD, 2004.
- *Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. OECD Study on Private Health Insurance*. OECD, 2004.
- PURVIS, T.L. *Encyklopedie dějin USA*. Praha : Ivo Železný, 2004. 575s. ISBN: 80-237-3889-5.
- REINHARDT, U.E. *Is There Hope For The Uninsured?* In: Health Affairs – Web Exclusive. August 27, 2003. W3-s.376-390.
- REINHARDT, U.E. *The United States Health-Care System: Recent History and Prospects*. Presentation for the Commonwealth Fund's 2001 International Symposium on Health Care Policy, Washington, D.C. October 9-11, 2001.
- SHERNOFF, W.M. *How to Make Insurance Companies Pay Your Claims*. Mamaroneck, New York: Hastings House, 1990. 222s. ISBN 0-8038-0325-6.
- SOJKA, M., KONEČNÝ, B. *Malá encyklopedie moderní ekonomie*. Praha: Libri, 1999. 271s. ISBN 80-85983-78-8.
- ŠULCOVÁ, P. *Poptávkově regulované mechanismy ve zdravotnictví ve Velké Británii, USA a České republice*. Praha, 1999. Diplomová práce obhájená na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy na katedře Veřejné a sociální politiky. Vedoucí práce MUDr. Petr Háva, CSc.
- TAYLOR, H. *How and Why The Health Insurance Will Collapse*. In: Health Affairs, 2002, vol. 21, no.6, s.195-197.
- *The Future of Children*. Spring 2003, vol. 13, no.1. The David and Lucile Packard Foundation, 2003. ISSN 1054-8289.

- *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance.* WHO, 2000. ISBN: 92-4-156198-X.
- *Velký anglicko-český slovník.* Praha: Academia, 1997. ISBN: 80-85927-36-5.
- VESELÝ, A. *Metody a metodologie vymezení problému.* Praha: UK FSV CESES, 2005. ISSN: 1801-1519.
- VLČEK, J. et al. *Ekonomie pro neekonomy.* Praha : CODEX Bohemia, 1998. 373s. ISBN: 80-85963-66-3.
- VUCKOVIC, N. *Self-Care Among The Uninsured: „You Do What You Can Do“* In: Health Affairs, July/August 2000. s. 197-199.
- WEBER, M. (ed. ŠKODA, J.) *Autorita, etika a společnost.* Praha: Mladá Fronta, 1997. 295s. ISBN: 80-204-0611-5.
- WITTER, S., ENSOR T. (eds.) *An Introduction to Health Economic for Eastern Europe and the Former Soviet Union.* John Wiley, 1997.
- YEGIAN, J.M., ROBINSON J.C. *Medical Management After Manager Care.* In: Health Affairs – Web Exclusive. May 19, 2004. W4-s.269-280.
- ZAJÍČEK, M. *Republikánům už drahá vláda nevadí.* Liberální institut, 2006. www.libinst.cz/clanky.php (20.5.2006)
- ZUVEKAS, S. H., TALLAFERRO G.S. *Pathways to Access: Health Insurance, The Health Care Delivery Systems, and Racial/Ethnic Disparities, 1996-1999.* In: Health Affairs, 2003, vol. 22, no.2, s.139-153.

Internetové odkazy:

www.oecd.org – Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (Organization for Economic Cooperation and Development)

www.who.int – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

www.healthaffairs.org – Health Affairs. The Policy Journal of the Health Sphere

www.observatory.dk – European Observatory on Health Care Systems

www.medicare.gov – informace o programu *Medicare*

www.medicaid.com – informace o programu *Medicaid*

www.bcbs.com – Blue Cross and Blue Shield Insurance Company

16. Seznam tabulek, obrázků, grafů a příloh

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Alternativy pro financování zdravotní péče.....	22
Tabulka 2: Klasifikace soukromého zdravotního pojištění z funkčního hlediska.....	30
Tabulka 3: Výdaje na zdravotní péči na osobu – podle zdrojů financí (%).....	56

Seznam obrázků:

Obrázek 1: Střední délka života.....	12
--------------------------------------	----

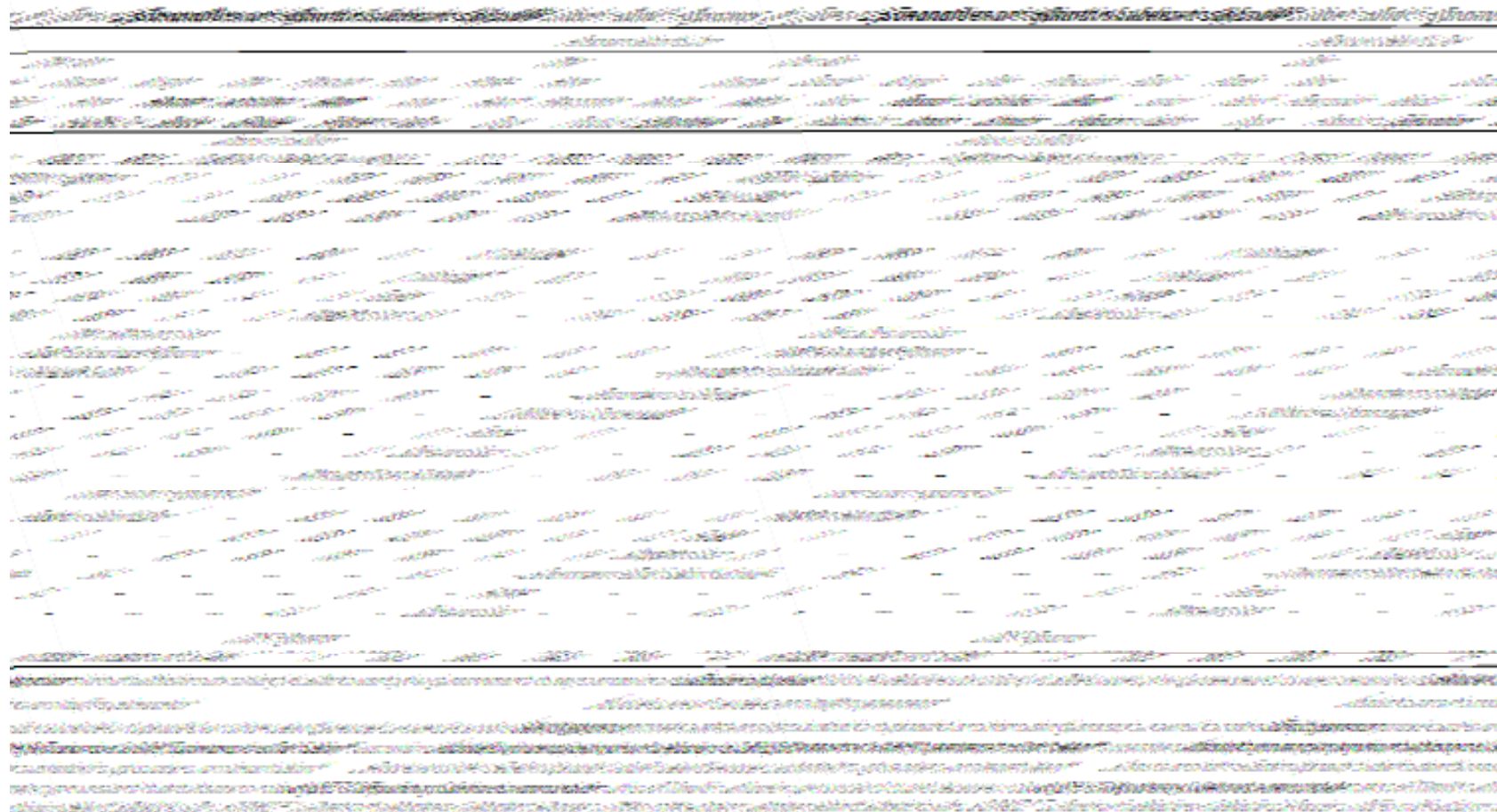
Seznam grafů:

Graf 1: Počet nově přijatých osob do programu <i>Medicaid</i>	46
Graf 2: Stromový diagram vybraných problémů zdravotního pojištění v USA a jejich příčin.....	53
Graf 3: Výdaje na zdravotní péči v zemích OECD v procentech HDP (1999).....	54
Graf 4: Vývoj výdajů na zdravotní péči jako procento HDP.....	55
Graf 5: Vztah HDP a výdajů na zdravotní péči (1999) (přepočteno na jednotlivce).....	58
Graf 6: Vztahy mezi hlavními aktéry zdravotní péče.....	64

Seznam příloh:

Příloha 1: Výdaje na zdravotní služby a na podporu veřejných programů v roce 2004.....	79
Příloha 2: Výdaje na zdravotní péči na osobu podle zdroje financí (1970-2004).....	80
Příloha 3: Výdaje na zdravotnictví v jednotlivých zemích jako podíl HDP.....	81
Příloha 4: Boj s kouřením a obezitou v 90. letech.....	82
Příloha 5: Distribuce typů zdravotního pojištění podle vybraných charakteristik v % (2000).....	83
Příloha 6: Mezinárodní srovnání indikátorů vztahujících se k výdajům na zdravotní péči.....	84
Příloha 7: Charakteristiky nepojištěných.....	85

Příloha 1: Výdaje na zdravotní služby a na podporu veřejných programů v roce 2004



Zdroj: Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group; U.S. Bureau of the Census.

Příloha 2: Výdaje na zdravotní péči na osobu podle zdroje financí (1970-2004) - vyjádřeno v nominální hodnotě a proporcionálně

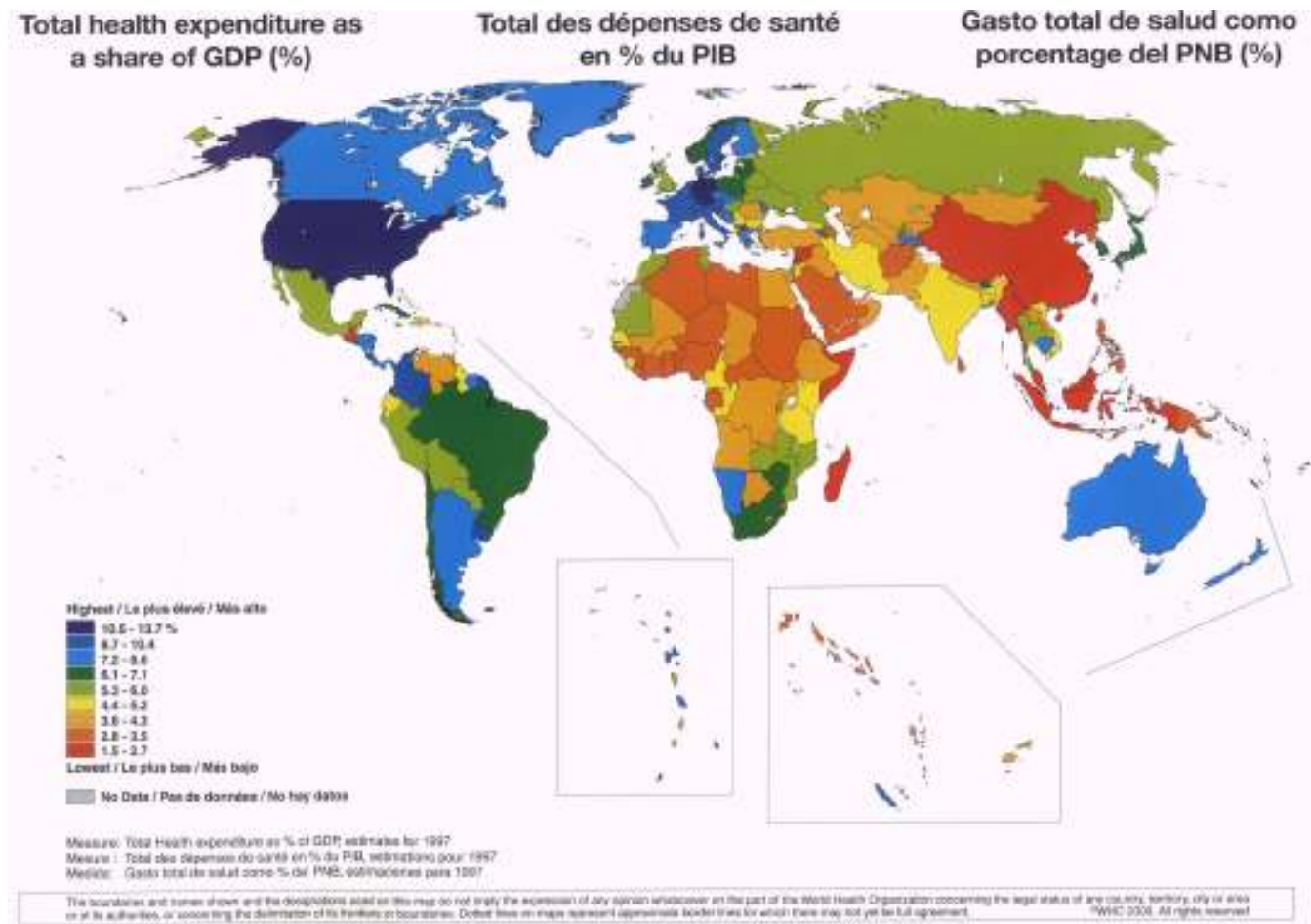
Individual Per Capita Personal Health Care Expenditures: Aggregate and Per Capita Expenditures: Selected Calendar Years 1970-2004 by Source of Funds: Selected Calendar Years 1970-2004 by Source of Funds: Selected Calendar Years 1970-2004 by Source of Funds: Selected Calendar Years 1970-2004

Year	Total Expenditures				Third-Party Payments		Total Expenditures			
	Public	Out-of-Pocket	Private	Other	Private	Other	Public	Out-of-Pocket	Private	
1970	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1971	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1972	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1973	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1974	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1975	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1976	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1977	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1978	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1979	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1980	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1981	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1982	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1983	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1984	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1985	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1986	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1987	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1988	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1989	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1990	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1991	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1992	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1993	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1994	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1995	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1996	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1997	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1998	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1999	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2000	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2001	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2002	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2003	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
2004	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

1. Includes Medicaid SCHIP Expansion & SCHIP
 2. Subset of Federal funds.
 3. Subset of Federal and State and local funds.
 4. Calculation of per capita estimates is inappropriate.
 5. Includes Medicaid SCHIP Expansion & SCHIP
 6. Subset of Federal funds.
 7. Subset of Federal and State and local funds.
 8. Calculation of per capita estimates is inappropriate.

Zdroj: Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group; U.S. Bureau of the Census.

Příloha 3: Výdaje na zdravotnictví v jednotlivých zemích jako podíl HDP



Zdroj: www.who.int

Příloha 4: Boj s kouřením a obezitou v 90.letech

Následující tabulka ukazuje, že boj s kouřením – na rozdíl od obezity - je relativně úspěšný.

	Tobacco consumption		Obese population	
	Per cent population daily smokers		Per cent total population	
	1990 ¹	2000 ¹	1990 ¹	2000 ¹
Australia	28.6	22.8	8.7	20.8
Austria	27.5	29.3	8.5	
Belgium	32.0	31.0		10.8
Canada	28.2	19.8		14.6
Czech Republic	26.1	23.5	11.2	14.2
Denmark	44.5	30.5	5.5	
Finland	25.9	23.4	8.4	11.2
France	28.5	27.0	6.5	9.6
Germany	31.2	24.7		11.5
Greece	38.5			
Hungary		30.1		19.4
Iceland	30.3	22.9	16.5	
Ireland	30.0	27.0		10.0
Italy	25.7	24.4		8.6
Japan	37.4	34.3	2.3	2.9
Korea	34.6	33.5		2.2
Luxembourg	33.0	32.0		
Mexico	25.1			
Netherlands	37.0	33.0	6.1	9.4
New Zealand	28.0	25.0	11.1	17.0
Norway	35.0	32.0		6.0
Poland	41.5			
Portugal	19.0	20.5		12.8
Slovak Republic			18.9	16.2
Spain	35.9	33.1	7.7	12.9
Sweden	25.8	18.9	5.5	9.3
Switzerland	34.0	33.0	5.3	6.8
Turkey	43.6			
United Kingdom	30.0	27.0	14.0	21.0
United States	25.6	19.0	22.6	26.0
Median	30.2	27.0	8.5	11.2

Zdroj: OECD Health Data 2002. In: DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350.

**Příloha 5: Distribuce typů zdravotního pojištění podle vybraných charakteristik
v % (2000)**

Characteristic	Covered by private or government insurance					Not covered or not by private or government insurance					
	Employment based	Government health insurance				Private insurance	Government health insurance				Private
	People	Total	Medical	Medicare	Medicaid	People	Total	Medical	Medicare	Medicaid	People
Sex											
Total	7128.0	64.1	24.2	10.4	13.4	98.0	7198.0	64.1	24.2	10.4	13.4
Male	7128.0	65.3	21.2	9.4	12.0	98.3	7198.0	65.1	20.2	9.4	12.0
Female	629.0	59.1	14.1	9.8	12.8	97.7	629.0	59.1	14.1	9.8	12.8
Race and ethnicity											
Total	7128.0	64.1	24.2	10.4	13.4	98.0	7198.0	64.1	24.2	10.4	13.4
White	659.5	63.3	8.6	14.2	20.3	98.9	659.5	63.3	8.6	14.2	20.3
Non-Hispanic	695.5	64.5	7.0	15.4	19.6	98.6	695.5	64.5	7.0	15.4	19.6
Hispanic	54.4	59.4	31	20.3	10.6	98.5	54.4	59.4	31	20.3	10.6
Asian or Pacific Islander	62.9	62.9	7.5	7.5	92.6	62.9	62.9	7.5	7.5	92.6	
Native American or Alaska Native	11.6	11.6	11.6	11.6	98.8	11.6	11.6	11.6	11.6	98.8	
Age											
Total	7128.0	64.1	24.2	10.4	13.4	98.0	7198.0	64.1	24.2	10.4	13.4
Under 18 years	642.5	64.2	8.7	0.6	0.6	98.7	642.5	64.2	8.7	0.6	0.6
18 to 24 years	728.2	64.1	6.3	1.1	1.1	98.3	728.2	64.1	6.3	1.1	1.1
25 to 34 years	728.2	64.1	6.3	1.1	1.1	98.3	728.2	64.1	6.3	1.1	1.1
35 to 44 years	728.2	64.1	6.3	1.1	1.1	98.3	728.2	64.1	6.3	1.1	1.1
45 to 64 years	728.2	64.1	6.3	1.1	1.1	98.3	728.2	64.1	6.3	1.1	1.1
65 years and over	728.2	64.1	6.3	1.1	1.1	98.3	728.2	64.1	6.3	1.1	1.1
Nativity											
Total	7128.0	64.1	24.2	10.4	13.4	98.0	7198.0	64.1	24.2	10.4	13.4
Native born	659.5	64.5	10.4	13.7	16.3	98.3	659.5	64.5	10.4	13.7	16.3
Foreign born	695.5	58.1	9.9	11.1	12.4	98.4	695.5	58.1	9.9	11.1	12.4
Native born in the US	674.3	63.6	10.2	4.8	7.7	98.7	674.3	63.6	10.2	4.8	7.7
Region											
Total	7128.0	64.1	24.2	10.4	13.4	98.0	7198.0	64.1	24.2	10.4	13.4
North	708.4	67.2	11.6	14.2	16.6	98.6	708.4	67.2	11.6	14.2	16.6
Midwest	708.4	69.5	5.4	13.2	13.2	98.2	708.4	69.5	5.4	13.2	13.2
South	708.4	64.5	11.9	11.5	16.8	98.7	708.4	64.5	11.9	11.5	16.8
West	708.4	64.5	11.9	11.5	16.8	98.7	708.4	64.5	11.9	11.5	16.8
Household income											
Total	7128.0	64.1	24.2	10.4	13.4	98.0	7198.0	64.1	24.2	10.4	13.4
Less than \$10,000	609.5	62.8	17.3	26.7	32.6	98.7	609.5	62.8	17.3	26.7	32.6
\$10,000 to \$14,999	609.5	60.9	9.8	14.7	16.8	98.9	609.5	60.9	9.8	14.7	16.8
\$15,000 to \$24,999	609.5	67.4	4.3	7.3	12.2	98.2	609.5	67.4	4.3	7.3	12.2
\$25,000 or more	609.5	64.9	2.2	5.2	9.3	98.3	609.5	64.9	2.2	5.2	9.3
Education (18 years and older)											
Total	7128.0	64.1	24.2	10.4	13.4	98.0	7198.0	64.1	24.2	10.4	13.4
Total	652.6	63.3	24.5	6.8	17.9	98.1	652.6	63.3	24.5	6.8	17.9
No high school diploma	652.6	55.7	32.6	32.6	32.6	98.6	652.6	55.7	32.6	32.6	32.6
High school graduate	7196.4	60.9	19.8	19.8	19.8	98.6	7196.4	60.9	19.8	19.8	19.8
Some college	7196.4	64.5	11.6	11.6	11.6	98.7	7196.4	64.5	11.6	11.6	11.6
Associate degree	7196.4	67.4	3.7	11.8	11.8	98.7	7196.4	67.4	3.7	11.8	11.8
Bachelor's degree or higher	7196.4	69.8	11.2	11.2	11.2	98.9	7196.4	69.8	11.2	11.2	11.2
Work experience (18 to 64 years old)											
Total	7128.0	64.1	24.2	10.4	13.4	98.0	7198.0	64.1	24.2	10.4	13.4
Total	695.5	64.6	6.2	2.8	2.8	98.4	695.5	64.6	6.2	2.8	2.8
Worked this year	695.5	74.6	3.3	0.6	0.6	98.6	695.5	74.6	3.3	0.6	0.6
Worked 1-3 years	695.5	71.4	2.5	0.4	0.4	98.5	695.5	71.4	2.5	0.4	0.4
Worked 4-9 years	695.5	66.9	2.5	1.6	1.6	98.7	695.5	66.9	2.5	1.6	1.6
Worked 10-14 years	695.5	57.6	19.5	13.0	13.0	98.4	695.5	57.6	19.5	13.0	13.0
Did not work	695.5	64.6	6.2	2.8	2.8	98.4	695.5	64.6	6.2	2.8	2.8

people hold multiple forms of coverage; not add up to totals because some people hold multiple forms of coverage; not add up to totals because some people hold multiple forms of coverage; not add up to totals because some people hold multiple forms of coverage. Source: US Census Bureau, Current Population Survey, March 2001.

DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.6.

**Příloha 6: Mezinárodní srovnání indikátorů vztahujících se k výdajům
na zdravotní péči (průměrný růst)**

1990-94	1995-99	1980-84	1990-94	1995-99	1980-84	1990-94	1995-99
Real expenditure¹				Real expenditure¹			
Canada	2.9	5.25.7	3.14.6	Canada	2.9	5.25.7	3.14.6
France	2.1		2.7	France	2.1		2.7
Germany	2.8	2.62.5	5.32.3	Germany	2.8	2.62.5	5.32.3
Italy	1.9	4.5	2.12.9	Italy	1.9	4.5	2.12.9
Japan	3.3	3.84.7	3.83.2	Japan	3.3	3.84.7	3.83.2
United Kingdom	3.2	3.53.4	4.03.8	United Kingdom	3.2	3.53.4	4.03.8
United States	3.5	6.46.0	4.56.5	United States	3.5	6.46.0	4.56.5
Relative prices²				Relative prices²			
Canada	-0.1	0.91.1	0.40.5	Canada	-0.1	0.91.1	0.40.5
France	0.1		-0.1	France	0.1		-0.1
Germany	0.4	0.81.6	0.30.1	Germany	0.4	0.81.6	0.30.1
Italy	-0.4	3.1	0.43.1	Italy	-0.4	3.1	0.43.1
Japan	1.5	0.40.4	0.81.2	Japan	1.5	0.40.4	0.81.2
United Kingdom	1.6	1.62.1	1.31.3	United Kingdom	1.6	1.62.1	1.31.3
United States	1.0	3.03.2	1.62.8	United States	1.0	3.03.2	1.62.8
Volume³				Volume³			
Canada	2.9	4.24.5	2.74.1	Canada	2.9	4.24.5	2.74.1
France	2.0		2.9	France	2.0		2.9
Germany	4.9	1.81.0	6.42.4	Germany	4.9	1.81.0	6.42.4
Italy	2.3	1.3	1.70.3	Italy	2.3	1.3	1.70.3
Japan	3.3	2.93.9	3.92.0	Japan	3.3	2.93.9	3.92.0
United Kingdom	2.6	1.91.4	2.92.5	United Kingdom	2.6	1.91.4	2.92.5
United States	2.5	3.32.7	2.93.6	United States	2.5	3.32.7	2.93.6
Real GDP				Real GDP			
Canada	3.5	2.72.1	2.63.8	Canada	3.5	2.72.1	2.63.8
France	2.2	2.41.7	1.93.0	France	2.2	2.41.7	1.93.0
Germany	1.5	2.31.2	3.22.9	Germany	1.5	2.31.2	3.22.9
Italy	1.9	2.41.8	1.63.1	Italy	1.9	2.41.8	1.63.1
Japan	1.3	4.03.0	1.84.7	Japan	1.3	4.03.0	1.84.7
United Kingdom	2.8	2.30.9	2.23.9	United Kingdom	2.8	2.30.9	2.23.9
United States	3.8	2.92.4	3.13.6	United States	3.8	2.92.4	3.13.6

Zdroj: OECD Health Data, 2002. In: DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.24.

Příloha 7: Charakteristiky nepojištěných

x (millions)	As a percentage of category	As a percentage of all uninsured	Number (millions)	As a percentage of category	As a percentage of all uninsured		
38.7	Total uninsured	14.0	100.0	38.7	Total uninsured	14.0	100.0
Sex				Sex			
20.2	Male	14.9	52.1	20.2	Male	14.9	52.1
18.6	Female	13.1	47.9	18.6	Female	13.1	47.9
Race and ethnicity				Race and ethnicity			
29.3	White	12.9	75.6	29.3	White	12.9	75.6
6.6	Black	18.5	17.1	6.6	Black	18.5	17.1
2.1	Asian and Pacific Islander	5.3	5.3	2.1	Asian and Pacific Islander	5.3	5.3
10.8	Hispanic (Hispanic or of any race)	28.0	28.0	10.8	Hispanic (Hispanic or of any race)	28.0	28.0
Age				Age			
8.5	Under 18 years	11.6	21.8	8.5	Under 18 years	11.6	21.8
7.3	18 to 24 years	27.3	19.0	7.3	18 to 24 years	27.3	19.0
7.9	25 to 34 years	21.2	20.5	7.9	25 to 34 years	21.2	20.5
6.9	35 to 44 years	15.5	17.9	6.9	35 to 44 years	15.5	17.9
7.8	45 to 64 years	12.6	20.2	7.8	45 to 64 years	12.6	20.2
0.2	65 years and over	0.7	0.6	0.2	65 years and over	0.7	0.6
Region				Region			
6.0	Northeast	11.4	15.5	6.0	Northeast	11.4	15.5
6.8	Midwest	10.8	17.5	6.8	Midwest	10.8	17.5
15.4	South	15.8	39.7	15.4	South	15.8	39.7
10.6	West	16.7	27.3	10.6	West	16.7	27.3
Household income				Household income			
13.9	Less than \$25 000	22.7	35.9	13.9	Less than \$25 000	22.7	35.9
12.8	\$25 000 to \$49 999	7.0	33.0	12.8	\$25 000 to \$49 999	7.0	33.0
6.5	\$50 000 to \$74 999	1.0	16.8	6.5	\$50 000 to \$74 999	1.0	16.8
5.6	\$75 000 or more	6.9	14.3	5.6	\$75 000 or more	6.9	14.3
Education (18 years and older)				Education (18 years and older)			
30.3	Total	14.8	78.2	30.3	Total	14.8	78.2
9.0	No high school diploma	23.3	23.3	9.0	No high school diploma	23.3	23.3
10.8	High school graduate only	27.9	27.9	10.8	High school graduate only	27.9	27.9
3.4	Bachelor's degree or higher	8.9	8.9	3.4	Bachelor's degree or higher	8.9	8.9
Work experience (18 to 64 years old)				Work experience (18 to 64 years old)			
30.0	Total	17.6	77.5	30.0	Total	17.6	77.5
22.8	Worked during year	6.2	58.9	22.8	Worked during year	6.2	58.9
7.2	Did not work	23.6	18.7	7.2	Did not work	23.6	18.7

Source: US Census Bureau, Current Population Survey, March 2001. Source: US Census Bureau, Current Population Survey, March 2001.
 Zdroj: US Census Bureau, Current Population Survey, March 2001. In: DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J. *The USA Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*. Paris: OECD Economics Department Working Papers, 2003, No. 350, s.27.