

□ **Problematika zdrojů na financování zdravotnictví ve vybraných evropských zemích**

Pavλίna Hejduková

Úvod

Zdroje na financování zdravotnictví jsou neustále diskutovaným tématem ve kterékoliv době, ať v dávné historii, tak v současnosti. Samozřejmě je nutné si uvědomit, že nejen samotné zdroje, ale také jejich efektivní využití by mělo podléhat analýzám na trhu zdravotnických služeb. Avšak skutečnost, odkud přicházejí do zdravotnictví prostředky na jeho financování, je jakousi prioritou, které by se měla věnovat pozornost.

Jednoduše lze rozdělit zdroje ve zdravotnictví na zdroje soukromé a zdroje veřejné. Pod soukromými zdroji si lze představit zdroje stojící mimo veřejný sektor, pod zdroji veřejnými zdroje pocházející z veřejného sektoru.

Každá země má specifické podmínky financování zdravotnictví, záleží na tom, zda je více sociálním státem či podporuje spíše liberálnější přístupy. Podstatný je však fakt, že ve všech případech se každá země potýká s otázkou, kde brát další zdroje a jak s nimi zacházet, aby bylo zdravotnictví udržitelné.

Nejdůležitější roli v rámci soukromých zdrojů hraje v Evropské unie (EU) tzv. Private health insurance, v rámci veřejných zdrojů daně a povinné veřejné zdravotní pojištění. Vybraným aspektům těchto zdrojů se věnuje předložený článek a jeho cílem je poukázat na rozmanitost zdrojů využívaných pro financování zdravotnictví v evropských zemích.

Příspěvek si klade za cíl poukázat na využívané zdroje financování zdravotnictví v zahraničí a poté vytipovat, které ze zahraničních zkušeností v oblasti financování zdravotnictví je možné využít ve zdravotní reformě v ČR.

1 Private health insurance jakožto soukromý zdroj ve financování zdravotnictví a jeho základní aspekty

Soukromé zdravotní pojištění označované v dokumentech EU jako PHI (Private health insurance) lze definovat jako zdravotní pojištění či poplatky hrazené jednotlivcem či zaměstnavatelem vztahené ke konkrétní fyzické osobě. Daný produkt může nabízet v rámci EU mnoho rozličných subjektů veřejného i soukromého charakteru, od neziskových zdravotních pojišťoven přes nemocniční pokladny.

Jelikož většina zemí EU má jako hlavní zdroj financování zdravotní péče stanoveno zá-

konné zdravotní pojištění, hraje na trhu zdravotní péče soukromé zdravotní pojištění jen doplňkovou vedlejší roli a nelze na něj pohlížet izolovaně od veřejných rozpočtů. Právě veřejné rozpočty, principy plateb veřejného povinného /zákonného/ zdravotního pojištění a jejich zákonné úpravy ovlivňují pravidla na trhu soukromého zdravotního pojištění. Sekhri, Savedoff (2004)

Mnoho zemí EU však PHI využívá zejména pro zlepšení přístupu ke službám poskytovaným nad rámec zákonného pojištění a pro lepší výběr poskytovatelů ze strany klientů /pacientů, pojištěnců/. Colombo, Tapay (2004)

V některých zemích hraje PHI menší, v některých větší roli ve financování zdravotní péče. Příklady a základní principy PHI lze ilustrovat v následující tabulce:

Tabulka č. 1: Funkční klasifikace PHI trhů

Role na trhu	Řídící subjekt v rozvoji zdravotnictví	Krytí financované z PHI	Příklady praxe v EU
Náhradní	systém veřejného zdravotního pojištění pokrývající určitý podíl obyvatel	krytí lidí vyloučených z veřejného systému nebo majících možnost se vyčlenit z veřejného zdravotního pojištění	Německo
Doplňková (služby)	definované služby kryté z veřejného zdravotního pojištění	služby vyloučené z veřejného zdravotního pojištění	Dánsko, Nizozemsko
Doplňková (uživatelské poplatky)	zdravotní péče je z velké části hrazena z veřejného zdravotního pojištění pokrývající náklady na zdravotní péči	statutární poplatky se týkající veřejného zdravotního systému	Belgie, Francie
Nadstandardní	zákazníci (spokojenost s kvalitou zdravotní péče v rámci veřejného systému)	PHI zajišťuje rychlejší přístup ke zdravotním službám a možnost lepšího výběru	Španělsko, Švédsko, V. Británie

Zdroj: Mossialos, Thomson, 2002. Foubister et al, 2006. Upraveno a přeloženo autorkou.

Jaká forma z funkční klasifikace PHI trhů převládá ve vybraných zemích EU, zobrazuje následující tabulka. V některých zemích funguje několik forem PHI, avšak autorka se zaměřila pouze na dominantní roli v PHI na trhu zdravotní péče.

Tabulka č. 2: Vybrané země EU a dominantní role PHI na trhu zdravotní péče

Země	Dominantní role PHI na trhu (viz funkční klasifikace)	Možnost volby PHI	Příklad využití PHI
Česká republika	nadstandardní	celá populace	soukromý nadstandardní pokoj v nemocnici
Rakousko	doplňková (služby)	celá populace	úkony dentistů, očních lékařů, psychoterapie, rehabilitace, domácí péče
Španělsko	nadstandardní	celá populace	soukromá péče, rychlejší přístup k péči
Německo	náhradní	domácnosti s vyššími příjmy, osoby samostatně výdělečně činné vyjmuté ze zákonného pojištění	podobné výhody a financování jako u zákonného pojištění
Švédsko	nadstandardní	celá populace	soukromá péče, vybraná nemocniční péče, rychlejší přístup
Francie	doplňková (poplatky)	celá populace	platby zákonných uživatelských poplatků
Nizozemsko	doplňková (služby)	celá populace	úkony dentistů, očních lékařů, psychoterapie, logopedie, některé formy kosmetické chirurgie
Velká Británie	nadstandardní	celá populace	akutní péče (např. plánovaná operace), screening, závodní preventivní péče
Dánsko	doplňková (služby)	celá populace	úkony dentistů, očních lékařů, psychoterapie, zdravotnické pomůcky
Norsko	nadstandardní	celá populace	soukromá nemocniční péče, rychlejší přístup
Belgie	doplňková (poplatky)	celá populace	platby za nemocniční péči

Zdroj: Mossialos, Thomson, 2009. Zkráceno, upraveno a přeloženo autorkou.

Velikost trhu soukromého zdravotního pojištění je ovlivněna (podobně jako celý systém zdravotnictví) mnoha faktory politického, historického či ekonomického rázu, ale také ochotou a schopností obyvatel jednotlivých zemí platit za spotřebovanou zdravotní péči.

Velikost trhu PHI lze odhadnout na základě tří základních parametrů:

- přínos PHI jakožto snižování či stagnaci veřejných výdajů na oblast zdravotnictví,
- úroveň obyvatel (vzdělanost, výše důchodů),
- úroveň pojistného.

Zejména v novějších členských státech EU je stále malý rozsah využití PHI pro financování zdravotní péče, přestože téměř všechny země mají problémy s financováním zdravotní péče z veřejných prostředků. Další skutečností, která jistě přispívá k malému rozsahu PHI v novějších členských státech EU v oblasti zdravotní péče, jsou nižší důchody ve srovnání se staršími členskými státy a také malé povědomí obyvatelstva o odpovědnosti za své vlastní zdraví a spoléhání se na stát a jeho zajištění zdravotní péče včetně finanční stránky.

Stejně jako rozsah využití PHI, tak i podmínky soukromého zdravotního pojištění jsou v rámci EU dosti nejednotné a rozličné.

Informace o vybraných zemích, jejich zdrojích financování zdravotnictví a dále konkrétně o tom, kdo může uzavřít smlouvu PHI (tj. kdo může nakupovat soukromé zdravotní pojištění), zda existuje omezení uzavření pojištění či jak je uzavřen PHI kontrakt, jsou shrnuty v následujících tabulkách.

Tabulka č. 1 zobrazuje % podíl jednotlivých zdrojů na financování zdravotnictví ve vybraných evropských zemích. Zemí s největším podílem PHI z prezentovaných zemí je Francie. Jelikož se autorka v práci zaměřuje na evropské země, nejsou zde ale zobrazeny země, které patří také mezi ty, kde je větší podíl PHI jako jsou Kanada, Austrálie či Spojené státy americké. U těchto států je však daná skutečnost předpokládaná v souvislosti s modelem privátního zdravotnictví, který je v daných zemích uplatňován. European Commission eurostat (2010)

Tabulka č. 3: *Financování zdravotnictví v EU z různých zdrojů (v %)*

Země	Vládní výdaje vyjma sociálních pojistných fondů	Sociální pojistné fondy	Soukromé pojišťovací podniky vč. soukromého sociálního pojištění	Soukromé výdaje domácností	Neziskové instituce	Podniky (jiné zdroje než zdravotní pojištění)
Belgie	12,4	62,8	5,6	19,0	0,3	0,0
Bulharsko	17,7	38,5	0,5	42,6	0,4	0,3
ČR	5,0	77,1	0,2	16,1	1,2	0,4
Dánsko	83,8	0,0	1,7	14,4	0,1	0,0
Německo	7,1	70,2	9,7	12,3	0,4	0,4
Španělsko	67,3	4,8	5,8	21,5	0,6	0,0
Francie	5,3	73,5	13,5	6,9	0,1	0,7
Nizozemsko	5,4	76,7	6,2	60,0	3,2	2,5
Rakousko	30,5	47,0	4,8	16,3	1,3	0,1
Polsko	7,6	64,5	0,6	24,0	0,3	0,2
Slovensko	6,4	63,6	0,0	26,6	0,8	2,6
Finsko	59,0	15,4	2,2	20,0	1,2	2,1
Švédsko	82,3	0,0	0,2	16,5	0,2	0,8
Norsko	69,8	13,6	0,0	16,5	0,0	0,2
Švýcarsko	16,2	42,9	9,2	30,7	1,0	0,0

Zdroj: European Commission Eurostat, 2010. Zkráceno, upraveno a přeloženo autorkou.

V tabulce č. 4 jsou uvedeny podmínky PHI ve vybraných zemích EU. Jak je vidět v dané tabulce, v některých zemích je PHI možno sjednat u celé populace, avšak v mnoha případech je možné nakoupit PHI pojištění pouze do určité věkové hranice. Ve většině jmenovaných zemí neexistují další omezení možnosti uzavřít pojištění. Převažuje forma smluvního ujednání na principu průběžném, tzn., které se v průběhu pojistné smlouvy mění.

Tabulka č. 4: Podmínky PHI ve vybraných zemích EU

Země	Kdo může nakupovat PHI pojištění?	Omezení možnosti uzavření pojištění	Forma smluvního ujednání – průběžná či životní
Česká republika	celá populace	NE	průběžná (měnící se)
Rakousko	lidé pod definovanou věkovou hranici	NE	životní
Španělsko	lidé pod věkovou hranici 65 let /nová smlouva/	NE	<i>informace nejsou k dispozici</i>
Německo	jako náhradní – osoby s vyšším příjmem v posledních třech letech; jiná forma PHI – celá populace	náhradní – NE; jiná forma – ANO	životní
Švédsko	celá populace, pro některé produkty jen pod definovaný věk	NE	průběžná
Francie	celá populace, pro některé produkty jen pod definovaný věk	obvykle NE	průběžná
Nizozemsko	celá populace	obvykle NE	průběžná
Velká Británie	lidé pod věkovou hranici obvykle 65 let / nová smlouva/	NE	průběžná
Dánsko	většinou lidé pod věkovou hranici 60 let	NE	průběžné
Norsko	lidé pod věkovou hranici 67 let	NE	průběžné
Belgie	celá populace	ANO	životní

Zdroj: Mossialos, Thomson, 2009. Zkráceno, upraveno a přeloženo autorkou.

Jiné je i nastavení pojistného ve vybraných zemích EU. Shrnutí uvádí tabulka č. 5. u převažujících vstupních faktorů pro stanovení pojistného hrají ve většině zemí podstatnou roli věk, zdravotní stav, místo bydliště, příjem či rodina pojištěnce.

Tabulka č. 5: Nastavení PHI pojistného ve vybraných zemích EU

Země	Proměnné při stanovení pojistného	Požadované lékařské informace
Česká republika	náhradní - zdravotní stav	lékařská prohlídka
Rakousko	věk, pohlaví, bydliště, zdravotní stav, zákonná zdravotní pojišťovna	anamnéza (pro některé případy i rodinná)
Španělsko	věk a pohlaví (prioritní), zdravotní stav (druhotný)	anamnéza
Německo	věk, pohlaví, zdravotní stav	anamnéza
Švédsko	věk	lékařské prohlášení
Francie	vzájemné - věk, místo bydliště; skupinové - výše příjmu	anamnéza
Nizozemsko	věk, zdravotní stav	anamnéza
Velká Británie	věk, životní styl, zaměstnání, místo bydliště	anamnéza, lékařská prohlídka
Dánsko	vzájemné - věk, zdravotní stav; soukromé - věk, status zaměstnaného; skupinové - počet zaměstnanců, druh práce, nemocenská a zdravotní politika	lékařské prohlášení (o způsobilosti a vyloučení nevhodných podmínek pro pojistné)
Norsko	věk, zdravotní stav	anamnéza
Belgie	vzájemné - věk, počet členů rodiny; soukromé - věk, místo bydliště	ne lékařské prohlášení

Zdroj: Mossialos, Thomson, 2010. Zkráceno, upraveno a přeloženo autorkou.

Další podstatné rozdíly na trzích PHI lze nalézt v regulaci daného trhu a jeho právní úpravě. V zemích, jako je například Belgie, Francie, Rakousko či Německo existuje speciální legislativní úprava PHI, ve Švédsku, Dánsku či UK není stanovena speciální právní norma pro PHI.

Odlišnosti jsou také v rámci ve vývoji a postavení veřejnosti k PHI. Thomson, Mossialos, (2010)

Tabulka č. 6: Podstatné skutečnosti v oblasti vývoje trhu PHI a veřejných diskuzí o PHI ve vybraných zemích EU

Země	Vývoj trhu PHI a veřejné diskuze k danému problému
Česká republika	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> trh PHI je zatím spíše ve fázi diskuzí <input type="checkbox"/> v roce 2008 zavedeny regulační poplatky, za pobyt v nemocnici, návštěvu praktického lékaře či využití pohotovosti <input type="checkbox"/> v plánu je umožnění větší konkurence v oblasti zdravotního pojištění <input type="checkbox"/> dá se říci, že v pravém slova smyslu „pojištění“ PHI jako takové neexistuje
Rakousko	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> trh s PHI funguje od r. 2000 <input type="checkbox"/> některé profesní skupiny mají možnost vystoupit z povinného veřejného pojištění a nahradit jej PHI <input type="checkbox"/> soukromé pojištění klade větší nároky na prevenci a kvalitu poskytovaných služeb, snižování nákladů
Španělsko	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> neexistují veřejné diskuze k PHI <input type="checkbox"/> PHI se v budoucnu bude ubírat směrem k nadstandardním službám neposkytovaným v rámci veřejného systému NHS <input type="checkbox"/> protože služby poskytované v rámci NHS jsou srovnatelné a tedy stejně dobré jako v rámci PHI, není třeba je nahrazovat
Německo	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> neustálé diskuze o trhu PHI <input type="checkbox"/> od r. 2007 zákonné pojištění povinné pro celou populaci, s výjimkou vyčleněných osob, které využívají jako náhradní pojištění PHI <input type="checkbox"/> v r. 2007 změna zákonné sazby pojistného stanovené centrálně a možnost pojištěncům sdílení nákladů na několika úrovních

Švédsko	<ul style="list-style-type: none"> □ debaty o porušení zásad rovnosti – jedna strana pohlíží na PHI jako na skutečnost, které může vést k tomu, že bohatší skupiny obyvatel budou platit díky PHI méně na daních do veřejného zdravotního systému, druhá strana obhájí PHI zejména tím, že zkrácení čekacích dob díky PHI přispěje i ke zkrácení čekacích dob v rámci veřejného zdravotního pojištění
Francie	<ul style="list-style-type: none"> □ zájem o přesun části prostředků ze zákonného pojištění do PHI □ lidé mají však obavy o přístupu ke zdravotní péči □ regulační poplatky od poloviny 80. let zavedeny za návštěvu praktického lékaře, na léky a pobyty v nemocnici
Nizozemsko	<ul style="list-style-type: none"> □ v r. 2006 zavedení zákonného zdravotního pojištění a zrušení náhradního PHI □ PHI upraveno tak, aby nebyli zvýhodněni pojištěnci při přechodu k jiné soukromé pojišťovně
Velká Británie	<ul style="list-style-type: none"> □ snahy o snížení délky čekacích dob v rámci NHS pravděpodobně snížily využití PHI □ pacientům umožněno využívat PHI u služeb, kde není možno využít NHS
Dánsko	<ul style="list-style-type: none"> □ od r. 2002 pojištění v rámci PHI umožnilo využít odčitatelné daňové položky, což vedlo ke zdesetinásobení PHI □ debaty o nerovnosti k přístupu péče veřejností □ debaty pro využívání daňových odpočtů i pro zaměstnavatele
Norsko	<ul style="list-style-type: none"> □ PHI považováno za porušení zásad rovnosti □ v r. 2003 byly zavedeny daňové úlevy pro zaměstnavatele, v r. 2006 zrušeny bez konkrétních důvodů
Belgie	<ul style="list-style-type: none"> □ v roce 2007 zrušeno PHI jako náhradní pojistný systém □ zavedení regulačních opatření k lepšímu přístupu k PHI □ dochází k navýšení pojistného

Zdroj: Mossialos, Thomson, 2009. Zkráceno, upraveno a přeloženo autorkou.

Názory na zavedení a podporu trhů PHI se často přiklánějí k názoru, že PHI podrývá cíle zdravotní politiky. Zejména se uvádí finanční ochrana a rovnost v přístupu k financování zdravotní péče.

Lze se přiklonit k výše uvedenému názoru, že mnoho PHI případů přispívá k finanční ochraně v širším kontextu systému zdravotní péče. Tím, že existuje na trhu systém PHI, dochází k větším vládním regulacím, a tudíž by mělo docházet k větší kontrole v systému zdravotní péče. Další pozitivní bod lze spatřovat v oblasti doplňkového soukromého pojištění, zejména u regulačních poplatků (tzv. uživatelských poplatků ve zdravotnictví). Současně však autorka chápe a bere v úvahu i skutečnost, že zavedení PHI může oslabovat cíle zdravotní politiky, a to zejména v případě PHI v roli náhradníka za veřejné pojištění. Systém náhradního pojištění plní PHI například v Německu a tam dochází k tomu, že lidé s vyššími příjmy opouštějí systém veřejného zdravotního pojištění a využívají PHI jako náhradní formu pojištění. Poté dochází k odlivu finančních prostředků, které by jinak plynuly do veřejné sféry, do sféry soukromé. Dalším problémem je, že stanovení cen nákupu zdravotnických služeb pro pacienty v rámci PHI vede k tomu, že zdravotnická zařízení mohou mít větší zájem o pacienty ze soukromého systému než o pacienty z veřejného systému. Účinky PHI na celý zdravotnický systém jsou tudíž smíšené. Vzhledem k demografickým prognózám ve všech zemích EU, je vliv PHI podstatný zejména v případě, že veřejné zdravotnictví neprovede změny zohledňující dané prognózy, tzn. například nestanoví povinné platby v rámci veřejného systému zdravotní péče týkající se péče o starší občany apod.

Tabulka č. 7: *Možné pozitivní a negativní aspekty PHI trhů v souvislosti se zdravotním systémem*

Možné výhody PHI trhů	Možné nevýhody PHI trhů
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> větší a efektivnější kontrola celého zdravotnického systému 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> větší zájem zdravotnických zařízení o PHI pacienty
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> úspora veřejných zdrojů krytí zdravotní péče 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> odliv finančních prostředků ze systému veřejného zdravotního pojištění
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lepší a rychlejší přístup ke zdravotní péči 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> omezení rovnosti v přístupu ke zdravotní péči

Zdroj: Vlastní zpracování autorky.

2 Veřejné zdroje ve financování zdravotnictví a jejich základní aspekty

Veřejné zdroje sloužící k financování zdravotnictví obsahují zejména daně a povinné veřejné zdravotní pojištění pokrývající celou či většinu populace.

I zde je třeba upozornit na skutečnost, že převládajícím zdroje v rámci veřejných prostředků je buďto zdravotní daň či zdravotní pojištění a dána je tato skutečnost politikou a právní úpravou problematiky zdravotnictví.

Financování z veřejných zdrojů je založeno na silném principu solidarity, a to v rámci všech zemí EU.

Zvýšení veřejných zdrojů je jedním z dalších nástrojů, jak získat na financování zdravotnictví větší finanční prostředky. Danou skutečnost lze zajistit několika způsoby:

- stanovení vyšší sazby pojistného na veřejné zdravotní pojištění či zdravotní daně,
- rozšíření základny (vyměřovacího základu) pro výpočet pojistného či zdravotní daně,
- zrušení stropu pro odvod pojistného či zdravotní daně či rozdílné stanovení tohoto stropu,
- získání veřejných prostředků z více zdrojů – vyšší participace obcí či krajů na financování zdravotnictví a částečné financování i z jiných daní.

Snahy o změnu některého z výše uvedených aspektů financování zdravotní péče z veřejných zdrojů proběhly v mnoha zemích EU. Vybrané změny jsou zobrazeny v následující tabulce.

Tabulka č. 8: Příklady změn ve financování zdravotnictví vedoucí ke zvýšení veřejných zdrojů ve financování zdravotnictví

Země	Způsob zvyšování veřejných zdrojů
Dánsko	zavedení zdravotní daně přerozdělené prostřednictvím blokových grantů obcím a krajům, které také dále přidávají do systému zdravotnictví
Francie	daně jako další zdroj financování zdravotnictví
Maďarsko	zrušení maximálního odvodu pojistného na veřejné zdravotní pojištění
Německo	rozdílná výše maximálního odvodu pojistného na veřejné zdravotní pojištění pro starší a novější spolkové země se zohledněním hospodářské situace /stanovení maximálního odvodu dle průměrného příjmu/

Zdroj: Vlastní zpracování autorky na základě: European Commision, 2010.

Pro ilustraci jsou v následující tabulce uvedeny sazby pojistného na veřejného zdravotní pojištění či sazby zdravotní daně ve vybraných zemích pro rok 2010. Díky nejednotnosti v definici zdravotního pojištění (kdy v některých zemích je zvlášť vyčleněno ze sociálního pojištění a v některých je součástí sociálního pojištění) a dále díky dalším odlišným aspektům jako jsou například další zdroje určené pro financování zdravotnictví z jiných daní, například municipálních, daní z příjmů, daní ekologických apod., nejsou dané údaje zcela srovnatelné. Avšak cílem je poukázat právě na možnosti a rozmanitosti v systému zdravotní péče v různých zemích. Rozdíly lze spatřovat zejména ve výši sazeb a v terminologii daných příspěvků – ve Velké Británii není přesně stanoveno, jakou výší z daní jednotlivce – zaměstnanec přispívá do systému zdravotnictví a dále, jak autorka zjistila z provedených rozhovorů u jednotlivců žijících ve Velké Británii, dochází z výše uvedeného důvodu k problému, když se osoba přestěhuje do jiného státu, kde funguje princip platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění s doložením údajů o platbě pojistného, resp. příspěvku na zdravotnictví.

Důležitou roli na trhu plátců hrají zaměstnanci, proto na je na ně poukázáno v následující tabulce.

Tabulka č. 9: *Sazby pojistného na veřejné zdravotní pojištění či sazby zdravotní daně u zaměstnanců bez příspěvku zaměstnavatelů ve vybraných zemích v roce 2010*

Země	Sazby pojistného na veřejné zdravotní pojištění/ zdravotní daně
Česká republika	4,5 % pojistné od zaměstnance
Dánsko	8 % od jednotlivce – zaměstnance zdravotní daň včetně sociálního pojištění
Francie	0,75 % příspěvek zaměstnance na zdravotní pojištění, 5,25 % sociální příspěvek zaměstnance z daně z příjmů
Norsko	7,8 % od jednotlivce – zaměstnance zdravotní daň včetně sociálního pojištění
Německo	8,2 % pojistné od zaměstnance
Slovensko	5,4 % pojistné od zaměstnance
Velká Británie	centralizovaný systém NHS – není stanovena zdravotní daň ani pojistné jako samostatná položka

Zdroj: Vlastní zpracování autorky na základě Health Care Around the World, 2010. Taxrates, 2010.

Vyměřovací základ pro výpočet pojistného na veřejné zdravotní pojištění či základy daně pro výpočet zdravotní daně či zdravotního pojištění u zaměstnance je stanovena v rámci EU stejnou metodikou a činí ho zjednodušeně řečeno hrubá měsíční mzda.

Na problém samotného zdroje samozřejmě navazuje organizace zdravotního pojištění

či zdravotní daně. Principy a fungování zdravotního pojištění velkou měrou ovlivňují chod celého zdravotnického systému. V systémech zdravotnictví, kde je zdravotní pojištění převažující formou financování, jsou nositeli zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny, v případě NHS veřejná správa. Problémem, který se v evropských státech v souvislosti s pojištěním vyskytuje, je zejména skutečnost, že mezi zdravotními pojišťovnami není velké konkurenční prostředí, spíše že chybí konkurence. Na straně druhé jsou případy, kdy se pro zjednodušení systému a snížení administrativních nákladů podporuje slučování zdravotních pojišťoven, například i do jedné velké instituce. Jak již bylo uvedeno na příkladech jednotlivých států, zdravotní pojišťovny v Evropě jsou založeny na různých principech, přes neziskové organizace, vládního či nevládního charakteru až po soukromé subjekty fungující na bázi akciových společností. Rozdílnost lze spatřovat také v pojistných plánech pojišťoven, v přerozdělování pojistného či v dohledu nad samotným zdravotním pojištěním.

Tabulka č. 10: Příklady změn ve financování zdravotnictví vedoucí k podpoře lepší organizace zdravotního pojištění či NHS

Země	Změny v organizaci zdravotního pojištění či NHS
Nizozemsko	zavedení rozdílného nominálního pojistného u jednotlivých pojišťoven
Německo	gate-keeper system v pojistném plánu za nižší výši pojistného
Polsko	vznik jedné zdravotní pojišťovny
Velká Británie	přerozdělování finančních prostředků praktickým lékařům dle počtu pacientů, věku a nemoci od Ministerstva zdravotnictví

Zdroj: Vlastní zpracování autorky na základě: Kolektiv autorů, 2009.

3 Závěr

Jak vyplývá z výše uvedených skutečností, zdroje využívané k financování zdravotnictví jsou v evropských zemích opravdu rozličné. Je také velmi složité provádět mimo jiné jejich komparaci či přesně vyčíslit, která forma je ve které zemi lepší než v ostatních apod. Spíše je nutné pohlížet na dané zdroje jako možnosti, na kterých lze stavět základní kameny pro financování zdravotnictví, brát je jako inspiraci. Právě v oblasti PHI lze spatřovat nový potenciál pro ČR. Lze konstatovat, že mnoho PHI případů přispívá k finanční ochraně v širším kontextu systému zdravotní péče. Tím, že existuje na trhu systém PHI, dochází k větším vládním regulacím, a tudíž by mělo docházet k větší kontrole v systému zdravotní péče. Další pozitivní bod lze spatřovat v oblasti doplňkového soukromého pojištění, zejména u regulačních poplatků (tzv. uživatelských poplatků ve zdravotnictví). Současně však je třeba brát v úvahu i skutečnost, že zavedení PHI může oslabovat cíle zdravotní politiky, a to zejména v případě PHI v roli náhradníka za veřejné pojištění. Poté dochází k odlivu finančních prostředků, které by jinak plynuly do veřejné sféry, do sféry soukromé. Dalším problémem je, že stanovení

cen nákupu zdravotnických služeb pro pacienty v rámci PHI vede k tomu, že zdravotnická zařízení mohou mít větší zájem o pacienty ze soukromého systému než o pacienty z veřejného systému. Účinky PHI na celý zdravotnický systém jsou tudíž smíšené. Vzhledem k demografickým prognózám ve všech zemích EU, je vliv PHI podstatný zejména v případě, že veřejné zdravotnictví neprovede změny zohledňující dané prognózy, tzn. například nestanoví povinné platby v rámci veřejného systému zdravotní péče týkající se péče o starší občany apod. – v ČR lze doporučit a vzhledem k samotné zdravotní politice využít PHI jako doplňkové, v žádném případě ne zavedení PHI jako náhradního systému. V oblasti veřejných zdrojů lze do ČR aplikovat v některých zemích již zavedený Gate-keeper systém a odstranění stropů pro platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění z důvodu posílení role solidarity a vnímání pojistného jako daňového příjmu veřejných rozpočtů. Zásadní je však samotné využití těchto zdrojů a zpětná vazba v oblasti porovnání výstupů a vstupů, což je mnohdy opomíjeno.

Literatura

- [1] Colombo, F., Tapay, N. *Private health insurance in OECD countries*. The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. Paris: OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 15, 2004.
- [2] European Commission eurostat. Health Statistics. [online] 2010 [cit. 21.8.2011]. Dostupné z: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php>.
- [3] Foubister, T., Thomson, S. et al. *Private medical insurance in the United Kingdom*. Copenhagen, World Health Organization, 2006.
- [4] Health care economist. Health Care Around the World. [online] 2010 [cit. 7.7.2011]. Dostupné z: <<http://www.healthcare-economist.com>>.
- [5] Kolektiv autorů. *Zdravotnictví za hranicemi*. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Praha: 2009.
- [6] Mossialos, E., Thomson S. Voluntary health insurance in the European Union. in e Mossialos, a Dixon, J Figueras and J Kutzin (eds), *Funding health care: options for Europe*, Buckingham: Open University Press, 2002.
- [7] Sekhri, N., Savedoff, W. *Private Health Insurance: Implications for Developing countries*. Geneva: WHO, 2004.
- [8] Taxrates. [online] 2010 [cit.1.7.2011]. Dostupné z: <<http://plato.stanford.edu/entries/comte/>>.
- [9] Thomson, S., Mossialos, E. *Private health insurance in the European Union*, Brussels: European Commission, 2002.
- [10] Thomson, S., Mossialos, E. Private health insurance and the internal market. In: Mossialos, Elias and Permanand, Govin and Baeten, Rita and Hervey, Tamara, (eds.) *Health systems governance in Europe: the role of EU law and policy*. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 2010. ISBN 9780521747561, s. 419 – 460.

*Pavλίna Hejduková, Vysoká škola manažerské informatiky a ekonomiky,
Vltavská 585/14, 150 00, Praha 5, Pavlina.Hejdukova@vsmie.cz*

The issue of resources for health care financing in selected European countries

Pavλίna Hejduková

Abstract: Each country has specific terms of financing health care. It is depending on whether the welfare state is more or supports more liberal approaches. Significant is the fact that in all cases, each country faces the question of where to take additional resources and how to treat them to a sustainable health care. The most important role in the private funding plays in the European Union private health insurance, in the public sources the tax and compulsory public health insurance. Selected aspects of these sources present this article which illustrates the diversity of resources used to finance health care in European countries.

Keywords: finance, health insurance, health tax, private health insurance, private sources, public sources.

JEL classification: I18