

Vysoká škola ekonomická v Praze

Národohospodářská fakulta



**Je zdravotnictví veřejný nebo
soukromý statek?**

bakalářská práce

Autor: Zuzana Rubešová

Vedoucí práce: Ing. Zdenka Vostrovská, CSc.

Rok: 2010

Prohlášení:

Prohlašuji na svou čest, že jsem bakalářskou práci na téma „Je zdravotnictví veřejný nebo soukromý statek?“ vypracovala samostatně a s použitím uvedené literatury.

V Praze, dne

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala Ing. Zdence Vostrovské, CSc. za odborné vedení této práce.

Abstrakt: ČJ

Zdravotní péče je vděčným předmětem diskuzí a existuje mnoho způsobů jak na ni nahlížet. Ve všeobecném podvědomí je zafixována jako služba, která by měla být poskytována zadarmo, protože je v Ústavě České republiky umístěna zmínka o ochraně zdraví občanů. Je ale tento přístup správný? Lze nahlížet na lidské zdraví jako na soukromý statek každého z nás a následně ho vrhnout do tržních vírů? Tato práce se problematikou zdravotní péče zabývá prostřednictvím ekonomických teorií a má za cíl najít odpověď na otázku, který přístup k zdravotní péči je pro společnost nejefektivnější. Výsledek teoretické části této práce je následně analyzován v praktické části.

Abstract: AJ

Health care is a grateful subject of discussion and there are many ways for her to inspect. In general subconscious is like fixing a service that should be provided free of charge because it is in the Constitution of the Czech Republic placed mention of protection of public health. But is this approach correct? Can be seen on human health as a private estate of each of us and then throw it into the market faith? This bachelor thesis deals with the issue of health care through economic theory and aims to find the answer to which access to health care is most effective for the company. The outcome of this theoretical work is then analyzed in the practical part.

Klíčová slova: zdravotnictví, veřejné statky, veřejně poskytované statky, financování

JEL klasifikace: H400, H510, I110, I180

OBSAH:

1. Zmapování oblasti zdravotní péče na území ČR dnes	3
1.1 Systémy financování zdravotní péče	3
1.2 Situace v České republice	3
1.2.1 Financování	4
1.2.2 Reformní návrhy	6
1.3 Determinanty zdraví	7
1.3.1 Co nejvíce ohrožuje Českou republiku?	7
1.3.2 Nadužívání zdravotních služeb	8
1.4 Důvody rostoucích výdajů zdravotnictví	9
1.5 Demografický vývoj	13
1.6 Poplatky u lékaře	14
2. Je zdravotnictví veřejný nebo soukromý statek?	15
2.1 Analýza zdravotní péče jako veřejného statku	15
2.1.1 Veřejné statky	15
2.1.2 Veřejný versus Veřejně poskytovaný statek	17
2.1.3 Zdravotní péče jako veřejný statek?	18
2.2 Veřejně poskytované statky	18
2.2.1 Zdravotní péče jako veřejně poskytovaný statek	19
2.2.2 Důvody tržních selhání ve vztahu k zdravotní péči	19
2.2.3 Selhává trh v prostředí zdravotní péče v ČR?	20
2.3 Analýza zdravotní péče jako soukromého statku	22
2.3.1 Soukromé statky	22
2.3.2 Tržní poskytování zdravotní péče v praxi	22
2.3.3 Chudí, staří a nepojistitelní	25
3. Praktická část - SWOT analýza	28
3.1 Zdravotní péče jako veřejně poskytovaný statek	28
3.1.1 Silné stránky	29
3.1.2 Slabé stránky	30
3.1.3 Příležitosti	32
3.1.4 Hrozby	33
3.2 Zdravotní péče jako soukromý statek	35
3.2.1 Silné stránky	35
3.2.2 Slabé stránky	37
3.2.3 Příležitosti	39
3.2.4 Hrozby	41

Úvod

Zdravotnictví a jeho financování je v dnešní době velice aktuální téma, především díky tomu, že se týká všech lidí. Ze sdělovacích prostředků slýcháváme názory z dvou rozličných úhlů pohledu. Tím prvním je laická populace, která je zvyklá na poskytování zdravotních služeb zadarmo a dokud tomu tak je, nemá důvod si stěžovat. Druhý úhel pohledu představuje přístup politiků a celkově vlády, která má za cíl oblast zdravotní politiky spravovat takovým způsobem, aby občanům byla zajištěna dostatečná zdravotní péče a zároveň bylo v silách tohoto mechanismu zajistit si dostatečné prostředky na svůj chod. V posledních letech se však situace stává vypjatou z důvodu nevyhnutelné reformy tohoto sektoru jako celku, protože systém, který fungoval do dnešní doby již není dále udržitelný.

První část této práce popisuje současnou situaci na poli zdravotní péče. Zejména jsem se zaměřila na otázku financování zdravotnictví, problémy, se kterými se české zdravotnictví potýká, důvody proč stále rostou výdaje na zdravotnictví a dále na segmenty, které vedou naši vládu k domněnì, že je třeba české zdravotnictví reformovat. Okrajově se tato část zaobírá i problematikou regulačních poplatků, jejichž téma není dodnes úplně vyřešeno.

Následuje teoretická část, ve které jsem si dala za cíl zodpovědět na základě ekonomické teorie, titulní otázku zda-li je zdravotnictví veřejný nebo soukromý statek. Jak jsem k svému překvapení zjistila na základě osobního průzkumu, mnoho lidí se domnívá, že zdravotnictví je ze své podstaty veřejný statek. V této části jsem chtěla najít podpůrné nebo naopak vyvracející argumenty pro toto tvrzení.

V této teoretické části se dále snažím zmapovat oblast poskytování zdravotní péče v širším kontextu. Stavím na protichůdných modelech, kdy je zdravotnictví poskytováno veřejně, jako v případě České republiky a jako model, který vůči tomuto systému dávám do kontrastu, používám model tržně-liberálního poskytování zdravotní péče, který je využíván ve Spojených státech amerických.

Poslední část této práce je SWOT analýza nejprve poskytování zdravotní péče jako veřejného statku, ve které jsem se pokusila popsat všechny části tohoto způsobu analýzy, které se v současné době jeví jako nejvíce klíčové. Následuje část analyzující zdravotnictví jako soukromě poskytovanou službu. Oba způsoby poskytování mají své výhody a naopak i své nevýhody a právě SWOT analýza nám může pomoci reflektovat, které jsou v přesile.

1. Zmapování oblasti zdravotní péče na území ČR dnes

Zdravotnictví jako takové je v médiích i politických debatách často probírané téma. Není tomu jen tak. Ačkoliv by se mohlo zdát, že zdraví každého z nás je komodita, kterou by si měl každý zabezpečit podle svého svědomí, potřeb a důchodu, právě zdraví národa, jakožto suma zdravotních stavů jednotlivců, je důležitým politickým zájmem a společenským tématem. Nejen, že zdravý národ je pro stát důležitý, protože jen ekonomicky aktivní a práce schopný lid může zajistit prosperitu celé země a právě proto je zdravotní systém ve většině vyspělých zemích ošetřován nějakým všeobecným systémem financování zdravotní péče¹.

1.1 Systémy financování zdravotní péče

Podle dostupné literatury můžeme mluvit o třech základních systémech financování zdravotnictví. Prvním je Státní zdravotní systém, který je financován čistě státem a veškerá zdravotní péče je poskytována bezplatně. Prostředky na něj plynou z daní a je poskytován například ve Švédsku, Dánsku či Velké Británii². Další systém, založený na všeobecném zdravotním pojištění je v odborné literatuře nazývaný Sociálně pojistný model. Funguje na principu zdravotního pojištění, které si každý ekonomicky aktivní jedinec platí buď sám, nebo se o něj dělí se zaměstnavatelem. Poskytovatel zdravotní péče je vázán smlouvou se zdravotní pojišťovnou k poskytování ošetření pojištěncům. Tento model funguje v České Republice, Francii, Kanadě, ale například i ve vzdáleném Japonsku³. Třetí systém je Tržně –liberální, který stojí na principu přímých plateb lékařům a zdravotním zařízením a dobrovolného komerčního zdravotního pojištění. Uplatňují jej Spojené státy americké a do roku 1996 jej praktikovalo také Švýcarsko⁴.

1.2 Situace v České republice

Každý z těchto tří systémů má bezesporu své klady a zápory a díky tomu dnes většina vyspělých zemí používá mix těchto dílčích systémů k financování sektoru zdravotních služeb. Nejinak je tomu i v České republice. Základem je systém Všeobecného zdravotního pojištění, do kterého přispívají všichni ekonomicky činní občané. Za osoby, které nejsou z nějakého důvodu schopny odvádět do systému svůj díl, platí pojištění stát. Konkrétně se jedná o

¹ Kromě USA

² Ochrana, F., Pavel, J., Vítek L. a kol.: Veřejný sektor a veřejné finance, Grada Publishing, 2010, str. 126

³ Tamtéž

⁴ Jarošová, D. - Úvod do komunitního ošetřovatelství, Grada Publishing, 2007, str. 16

nezaopatřené děti, studenty, poživatelé důchodů, uchazeče o zaměstnání, ženy na mateřské a tak dále. Jejich seznam je velmi obsáhlý a je bez problémů dohledatelný na stránkách Všeobecné zdravotní pojišťovny⁵. Koncept čistě komerčního zdravotního pojištění zatím v Česku není zaveden, avšak občan má možnost se pojistit tzv. soukromým zdravotním pojištěním, které ovšem nepokrývá náklady na léčbu pacienta, nýbrž má pacienta pojistit proti riziku ztráty příjmu při nemoci⁶.

1.2.1 Financování

Jak již bylo výše popsáno, v České republice máme zdravotní systém teoreticky postavený na financování z přímých a nepřímých zdrojů. Jen teoreticky proto, že přímý způsob financování zdravotní péče tvoří jen malou část celé struktury financování zdravotnictví. Je tomu tak především díky tomu, že si sice pacient může sám zaplatit za určité nadstandardní nástroje, pomůcky, laboratorní vyšetření a jiné, avšak musí jít o služby či pomůcky, které neproplácí zdravotní pojišťovna. Pro služby kryté veřejným zdravotním pojištěním není třeba cokoli doplácet.. V případě, že by poskytovatel zdravotní služby požadoval přímou úhradu od pacienta za zákrok, který je sice hrazený pojišťovnou, ale jednalo by se například o vyšetření v bližším termínu, byl by porušen zákon, konkrétně Listina základních práv a svobod, ve které se píše „*Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“⁷

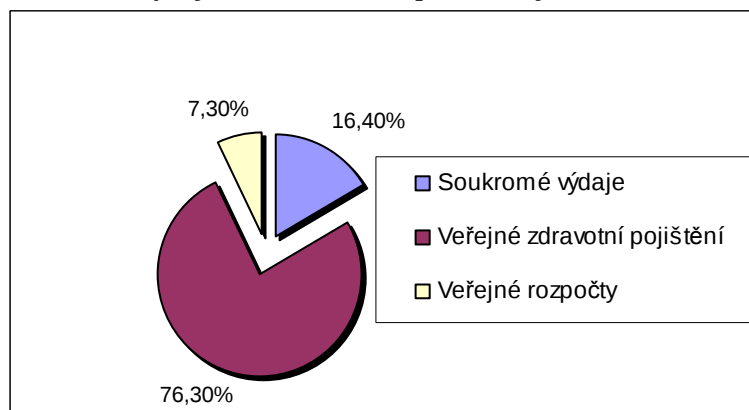
Financování z nepřímých zdrojů, které je v naší zemi nejvíce zastoupeno, je rozloženo na veřejné rozpočty, povinné pojištění a dále dobrovolné pojištění. Pro ilustraci uvádím strukturu celkových výdajů na zdravotnictví na Obrázku 1. Díky měnící se demografické struktuře, stále modernějším léčebním technologiím a především medikamentům, rok od roku rostou nejen výdaje ze státního rozpočtu, ale také výdaje zdravotních pojišťoven, viz. Obrázky 2,3 a 4. Tento trend není z hlediska zavedeného systému financování zdravotní péče, především pak ze zdravotního pojištění, udržitelný a proto je nejvyšší čas pro reformu tohoto sektoru.

⁵ Stránky Všeobecné zdravotní pojišťovny, online: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/Stat/>

⁶ Článek K čemu slouží soukromé pojištění?, online: <http://www.finance.cz/pojisteni/informace/soukrome-zdravotni/co-to-je/>, citováno 14.7.2010

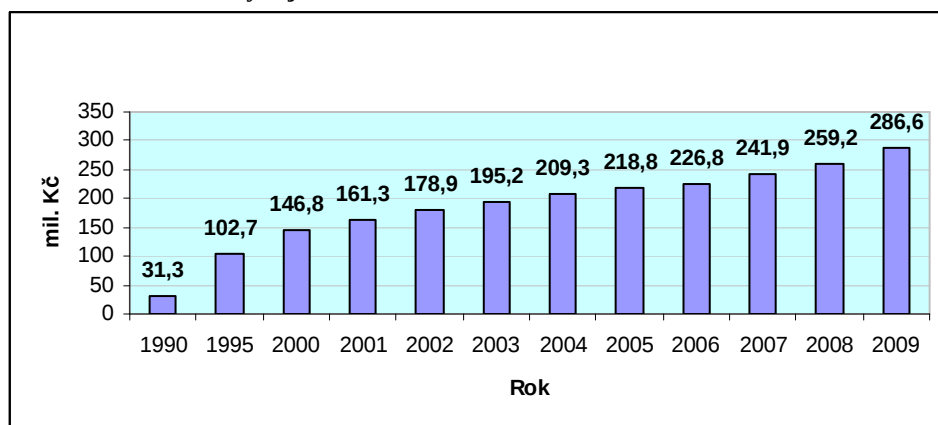
⁷ Listina základních práv a svobod: Hlava čtvrtá, článek 31, online : www.psp.cz

Obrázek 1: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování⁸



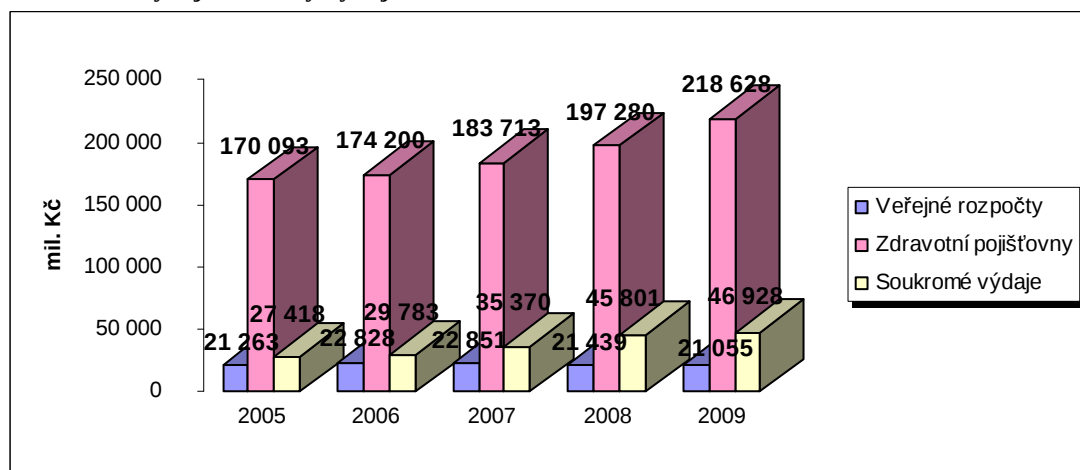
Zdroj: Vlastní graf z dat ÚZIS⁹

Obrázek 2: Celkové výdaje na zdravotnictví 1990-2009



Zdroj: Vlastní graf z dat ÚZIS¹⁰

Obrázek 3: Vývoj struktury výdajů na zdravotnictví 2005-2009



Zdroj: Vlastní graf z dat ÚZIS¹¹

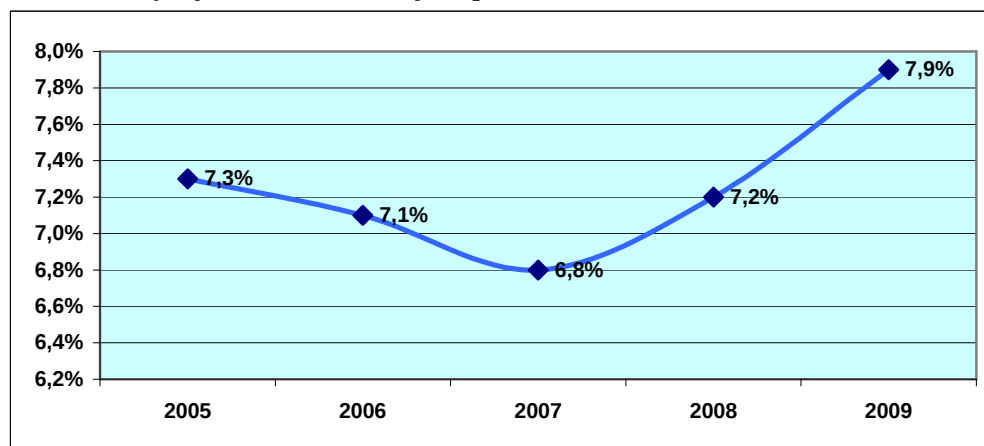
⁸ jako % celkových výdajů na zdravotnictví za rok 2009

⁹ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Celkové výdaje na zdravotnictví 2005–2009; 2010, online: www.uzis.cz/download_file.php?file=3746

¹⁰ Tamtéž

¹¹ Tamtéž

Obrázek 4: Výdaje na zdravotnictví jako podíl z HDP v %



Zdroj: Vlastní graf z dat ÚZIS¹²

1.2.2 Reformní návrhy

Reforma, která by měla pomoci vyřešit tuto nesnadnou situaci, musí mít tendence odklánět se co do poskytování zdravotní péče od modelu veřejně poskytovaného statku a zapojit občany do financování péče o své zdraví víc než kdy jindy. Prozatímní návrhy reformy zdravotního systému však mají stejné jádro a to, motivovat občany, aby se podíleli alespoň minimální účastí na přímém financování péče o své zdraví. Důvody jsou prosté. Demografické prognózy už delší dobu varují, že současný model financování zdravotní péče je neudržitelný především z důvodu rostoucí střední délky života, stárnutí populace a poklesu porodnosti, které povedou k tomu, že za několik desítek let nebude možné garantovat občanům postačující zdravotní péči hrazenou jen ze zdravotního pojištění.

V roce 1949 zákon 185/1949 Sb.¹³ zestátnil veškeré podniky, nemocnice nevyjímaje a zdravotní péče se stala bezplatnou. Tento model platil více méně do této doby. Je zřejmé, že přechod k částečně placené péči nebude líbivým gestem od vlády, která bude muset tuto problematiku aktivně řešit. Tento jev popisuje ekonomická teorie jako efekt západky („*ratchet effect*“), kdy jde zvyšovat blahobyt občanů různými výhodami a benefity z vládních rozpočtů, ale problém nastává, když chce stát začít tyto benefity regulovat (většinou z důvodu jejich neefektivnosti nebo neufinancovatelnosti). Tak jak to vidíme dnes, v případě zdravotní

¹² Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Celkové výdaje na zdravotnictví 2005–2009; 2010, online: www.uzis.cz/download_file.php?file=3746

¹³ Stránky Ministerstva vnitra České Republiky, online: www.mvcr.cz

péče a snahy zapojit pacienty do částečného financování své léčby a svých léků. Je zřejmé, že tyto očividně nevyhnutelné změny nebude možné provést způsobem, který nebude pro lidi bezbolestný a v tom je ukryt patrně největší problém. Takovouto reformu vláda jen stěží prosadí a situace se pravděpodobně změní až v době, kdy půjde skutečně „do tuhého“ a lidí se tento problém začne bezprostředně dotýkat.

1.3 Determinanty zdraví

V odborné lékařské literatuře se uvádí rozdělení determinant zdraví na přímé a nepřímé. *„Nepřímé determinanty zdraví jsou ty, které nepůsobí přímo na organismus, ale přesto mají vliv na zdravotní stav a to zejména celé populace. Patří sem především kulturní tradice a hierarchie hodnot, politicko ekonomický systém, demografická struktura, sociální stratifikace a v neposlední řadě role jednotlivce“*¹⁴. Tato oblast je, jak vidíme, ovlivňována především politicko-sociální situací v zemi. Problematika zdravotní péče je však součástí přímých determinantů zdraví, jimiž se v odborné literatuře rozumí *„determinanty, které působí přímo na lidský organismus. Jedná se konkrétně o životní prostředí, které má na zdravotní stav vliv přibližně z 25 %, genetický základ, jehož vliv na zdraví je uváděn taktéž 25%, životní styl, jakožto nejvýznamnější z determinant, která ovlivňuje zdraví z bezmála 60% a také zdravotnictví“*¹⁵, které zde můžeme chápat jako úroveň poskytované zdravotní péče v dané zemi a jehož vliv na zdraví se pohybuje okolo 15%.

1.3.1 Co nejvíce ohrožuje Českou republiku?

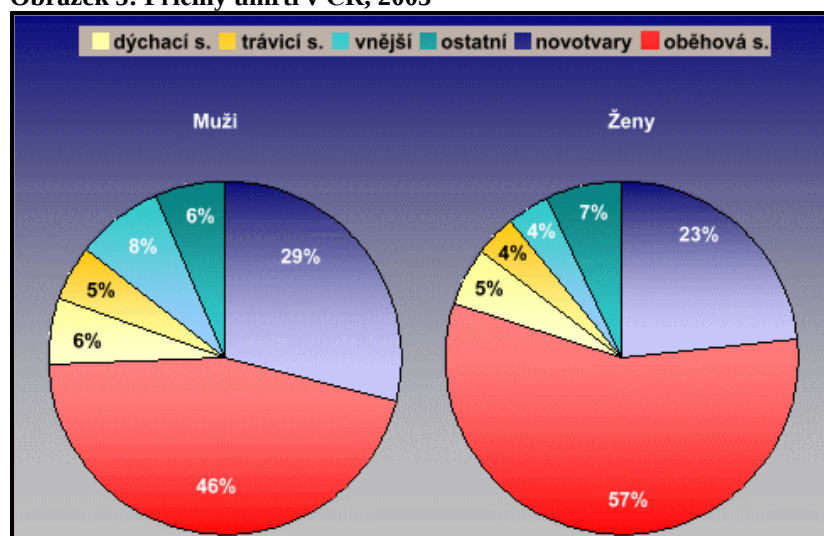
V našich končinách patří mezi nejzávažnější zdravotní problémy především nemoci oběhové soustavy (infarkt, angína pectoris apod.), nemoci trávicí soustavy a novotvary (zhoubné nádory). Jde o obtíže, které vycházejí víceméně ze špatného životního stylu, stravovacích návyků a pasivního trávení volného času a nejen že jsou nejčastějším důvodem k hospitalizaci pacienta ve zdravotním zařízení, ale jsou také nejčastějšími příčinami úmrtí nejen v ČR ale i v celé EU15. A právě zde je kámen úrazu – jedinec, který se na zdravotní péči, která je navíc

¹⁴ Šťastný, J.: Část první: ZDRAVOTNICTVÍ A DETERMINANTY ZDRAVÍ ,online: www.recepis.cz

¹⁵ Tamtéž

poskytována bezplatně, kouká jako na jediného možného řešitele svých zdravotních problémů. Většina lidí si vůbec neuvědomuje, že svému špatnému zdravotnímu stavu mohli ve většině případů sami zabránit nebo průběh onemocnění zmírnit. Nehledě na to, že zde dochází k velkému morálnímu hazardu, kdy díky povinnému pojištění, které zaručuje všem lidem právo na zdraví – tudíž bezplatnou zdravotní péči, nejsou lidé nijak motivováni k tomu, aby pro sebe a své zdraví udělali něco preventivně, protože by je to stálo „jejich“ peníze nebo čas, který je v dnešní době velmi drahou komoditou, takže obrazně řečeno další „peníze“ a přeci, až „půjde do tuhého“, tak je zdarma ošetří v nemocnici.

Obrázek 5: Příčiny úmrtí v ČR, 2005



Zdroj: server Demografie¹⁶

1.3.2 Nadužívání zdravotních služeb

Někteří lidé by mohli namítat, že finanční participace spotřebitelů lékařské péče by mohla některé sociálně slabší jedince vyloučit ze spotřeby. Ano, to je pravda, ale s ohledem na to, že zdravotní péče je v Česku nadužívána, až bych neměla obavy použít termín zneužívání, je třeba zaměřit pozornost právě na početnou skupinu „pseudopacientů“¹⁷, kteří hýří nejen finančními prostředky pojišťoven, ale také časem lékařů. Nejvíce postiženou oblastí zneužíváním se podle zdrojů jeví léky na recept, kdy si pacient místo toho, aby si koupil v lékárně dostupný medikament, například Paralen, který by ho vyšel na několik málo korun

¹⁶ Článek ANALÝZA: Na co umíráme? Z 6.4. 2007;2010, online: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=463

¹⁷ osoba, která vyhledává zdravotnická zařízení z jiného důvodu, než je obava o své zdraví

(necelých 16 Kč¹⁸), raději zajde za svým praktickým lékařem, aby mu onen lék předepsal a měl ho tudíž zadarmo.

Situace se za poslední dva roky trochu zkomplikovala poplatky za recept / položku, ale k ilustraci daného problému použiji data z roku 2008: „ročně je vydáno 96,6 mil. receptů a poukazu, do lékáren se vrací nepoužité léky za 2 mld. Kč– celková hodnota nepoužitých léků je pak až 10 mld.“¹⁹ Toto enormní číslo měly snížit poplatky za recept a položku, které byly zavedeny v rámci celého balíčku regulačních poplatků, platných od ledna 2008. Dále se otázkou regulačních poplatků zabývám níže (kapitola 1.6)

Idea, že podílení se pacientů na placení zdravotní péče, není tak úplně nefungující plán ukázal experiment RAND, prováděný v letech 1974 a 1982 ve Spojených státech, kdy se pacienti museli za různých podmínek podílet na nákladech své zdravotní péče. Výsledky ukázaly, že výdaje na zdravotní péči osob, které se podílely na experimentu a tudíž si část péče platily přímo, byly o 4/5 nižší než u osob s plným hrazením péče z pojištění²⁰. I když by se mohlo zdát, že výsledky pozorování jsou již zastaralé, není tomu tak. Jak je vidno, zapojit spotřebitele do financování zdravotní péče bude nezbytné alespoň v minimální míře.

1.4 Důvody rostoucích výdajů zdravotnictví

Neustále rostoucí požadavky na finanční prostředky do zdravotnického sektoru mají několik příčin. Za prvé, neustále se zlepšuje servis, který nám může nabídnout: nové přístroje na odhalování a léčení nemocí, nové pomůcky pro rehabilitace a v neposlední řadě nové léky. S nadsázkou lze říci, že neuplyne týden, kdy by nás media neinformovala o nějaké premiéře takového zařízení či nové, k lidskému organismu šetrnější, operační techniky. Ať již se jedná o různé laserové nože, používané při odstraňování nádorů či zařízení pracující na principu jiných druhů záření, tak jako je jejich účinnost a přesnost vysoká, do stejných výšin se dostávají také ceny, které za ně nemocnice musejí zaplatit. Cena jednoho přístroje se mnohdy pohybuje v řádu stovek milionů korun, ale vysoká úspěšnost jejich léčby dělá z jejich pořízení výhodnou a efektivní investici.

¹⁸ stránky Lékárna Volksversand, online: http://www.lekarna-volksversand.cz/shop.php?action=show_product_detail&product_id=176943, 20.8.2010

¹⁹ Čtrnáctideník CEVRO, článek reforma zdravotnictví, číslo 08/2008, vydáno 15.4.2008, online: www.cevro.cz/dwn/198260/201439_D_cs_14denik_2008_08.pdf

²⁰ Newhouse, J., 1996

Lidský potenciál a vědecká činnost

Zdravotní péče je v České republice na poměrně vysoké úrovni a to nejen co se týče zdatnosti lékařů a technickému vybavení, které si nezádá s obdobnými zařízeními jinde ve světě, ale také díky rozsáhlým výzkumům a vědní činnosti. Právě díky rozsáhlým výzkumům a novým metodám, kterých se v Česku rodí početně, se může péče o pacienty a úspěšnost prováděných zákroků neustále zlepšovat. To ovšem vyžaduje vyšší náklady.

Nové medikamenty

Dalším z důvodů rostoucích výdajů jsou vyšší ceny nových medikamentů, které se vedle například vyšší účinnosti mohou „pochlubit“ třeba minimálním množstvím vedlejších účinků. To, co je na trhu nové, zpravidla bývá na nějakou dobu relativně drahé, to je přirozený úkaz ať již se jedná o jakýkoliv trh, ale trh s léčivými je v tomto ohledu trochu komplikovanější. Nejenom že samotný vývoj a testování 1 léku nebo účinné látky stojí výrobce náklady ve stovkách milionů dolarů (udává se 800 milionů dolarů²¹), ale jeho osud není do konečného schválení kompetentními orgány, jistý. Dalším zásadním důvodem vysoké ceny nových medikamentů je patentová ochrana léčiv, která trvá 20 let a započítává se do ní i doba vývoje a testování nového preparátu. Poté mohou na trh vstoupit generika a cena díky konkurenci může jít dolů. Souhrnem nové, lepší léky, nemohou být levnější.

Civilizační choroby

Jak již jsem uvedla výše, v české republice stále roste výskyt takzvaných civilizačních chorob. Civilizační chorobou jsou označovány nemoci, které lidi ohrožují v důsledku současného životního stylu. Jedná se především o negativní vlivy vyplývající z příjmu kaloricky bohatých jídel živočišného původu, přeslazení, přesolování, znečištěného životního prostředí, stresu, nedostatku pohybu a nadměrného užívání alkoholu a cigaret. Takovéto stravovací návyky a především hektická doba pak mají za následek, že úroveň zdraví lidí klesá. Abych byla konkrétní jedná se nejčastěji o cévní onemocnění (předčasná ateroskleróza, infarkt myokardu, cévní mozkové příhody, hypertenze), poruchy příjmu potravy (obezita, anorexie), diabetes

²¹ Portál Měsíc - článek Vysoké ceny léků? Lepší už to asi nebude!, online: www.mesec.cz

mellitus, deprese, alergie a nádorová onemocnění²². Dalším významným důvodem, proč je důležité zaměřit se na prevenci těchto civilizačních chorob je ten důvod, že nemoci, které je provází postihují stále mladší a mladší ročníky. (hektická doba, kalorické svačiny do škol, mc donald jako víkendový oběd celé rodiny, PC místo hřiště).

Toho, že navzdory stále modernějším zdravotním zařízením, širšímu spektru dostupných potravin a stále nových možností jak aktivně trávit náš volný čas, přibývá lidí s těmito civilizačními chorobami, si všimla i vláda, která v roce 1998 přijala dokument nazvaný Akční plán zdraví a životního prostředí ČR, který vychází z iniciativ EU. Dokument se snaží vtáhnout problematiku „národního zdraví“ do politiky. Mezi jeho hlavní cíle patří „zlepšovat zdraví národa a vyrovnat nežádoucí rozdíly ve zdravotním stavu jednotlivých populačních skupin,“²³ a dále stanovil nejzávažnější onemocnění, proti kterým je třeba začít bojovat. Jako první poukázal na to, že je třeba odstranit neduhy našeho životního stylu a spojil je s výše vyjmenovanými chorobami. Jako hlavní přínos tohoto programu bylo stanovení priorit, které měly vést k eliminaci zhoršujícího se zdravotního stavu celé populace, a to zejména ve smyslu:

- pozitivní změny výživových zvyklostí,
- snižování prevalence kuřáctví,
- omezování a zvládání nadměrného stresu,
- zlepšení reprodukčního zdraví,
- snížení spotřeby alkoholu,
- optimalizace pohybové aktivity.

New Start

Lékaři z USA, které mají obdobné problémy týkající se životního stylu populace přišli s ucelenou a jednoduchou koncepcí New Start, který má sloužit jako program primární prevence. Funguje na následujících pilířích, zakódovaných v počátečních písmenech názvu programu: **N**utrition – výživa, **E**xercise – pohyb, cvičení **W**ater – voda, **S**unshine – sluneční svit, **T**emperance – střídmost a vyváženost, **A**ir – čerstvý vzduch a správné dýchání, **R**est – odpočinek, spánek **T**rust – důvěra, pozitivní životní orientace. Když se jedinec bude držet

²² přednášky od MUDr. Havlína na téma Civilizační choroby

²³ Ministerstvo zdravotnictví ČR - Akční plán zdraví a životního prostředí ČR, 1998, online: www1.szu.cz

tohoto konceptu, má velkou šanci civilizačním chorobám předejít.²⁴ Otázkou je, do jaké míry můžeme programy tohoto typu brát jako relevantní nástroje při řešení problému civilizačních nemocí v celonárodním měřítku a zdali není utopie, říkat lidem, že se mají chovat tak či onak, když všichni víme, že přejídáním, nedostatkem pohybu či kouřením si naše tělo ničíme a přes všechny tyto informace se stejně tak chováme.

²⁴ Stránky programu životního stylu New start, přístup z internetu www.newstart.com, článek Lehocká, J. - Civilizační nemoci a jejich prevence, publikováno 10.10.2008, online: www.zdn.cz

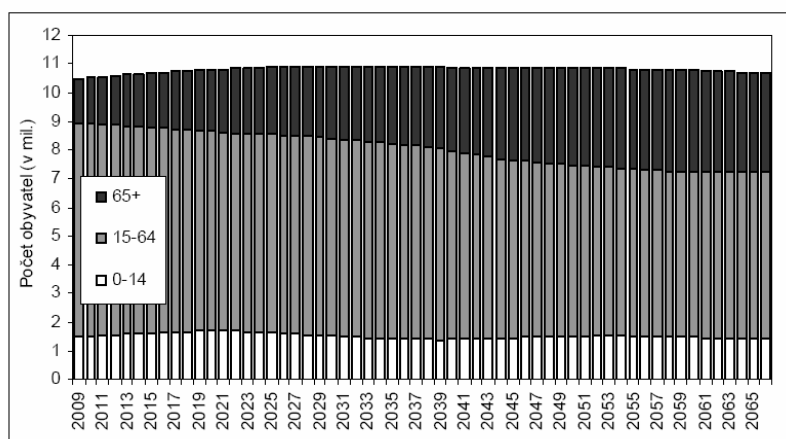
1.5 Demografický vývoj

Posledním determinantem rostoucích výdajů plynoucích do zdravotnictví je změna demografické struktury. Můžeme pozorovat rostoucí trend v průměrném věku populace, který činil v roce 2002 39,1 roku, pro letošní rok jsou prognózy 41,1 roku a demografické odhady pro rok 2065 počítají s průměrným věkem 47,7 roku²⁵. Dále nám roste podíl obyvatelstva mimo produktivní věk. Tento trend bude podle odhadů pokračovat. Ty předpokládají na rok 2065, jak můžeme pozorovat v grafu níže (Obrázek 6), 35,7 % obyvatel v poproduktivním věku. Do skupiny obyvatel, kteří nejsou v produktivním věku samozřejmě spadají i osoby dosud studující nebo mladší, avšak jejich klesající podíl bude mít čím dál menší dopad na výdaje do zdravotnictví, do té doby, než čistá porodnost předstihne úmrtnost, a populace přirozeně poroste.

Nejenom že se mění délka dožití. Lidé jsou déle naživu díky dobré zdravotní péči a výživě. Dále díky socio-ekonomickým aspektům po roce 1989 začalo docházet k postupnému snižování porodnosti a počtu dětí narozených jedné ženě. To že nám roste počet obyvatel v důchodovém věku má za následek, že je vyšší poptávka po zdravotnických službách a medikamentech. Člověk je největším spotřebitelem zdravotních služeb na začátku a na konci života.

Obrázek 6: Prognóza vývoje obyvatelstva 2009-2066

Obr. VIII.9 Složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin, střední varianta, 2009-2066 (k 1. 1.)



Zdroj: Stránky Českého statistického úřadu online: www.czso.cz

²⁵ čtrnáctideník CEVRO, článek reforma zdravotnictví, číslo 08/2008, vydáno 15.4.2008, online: www.cevro.cz/dwn/198260/201439_D_cs_14denik_2008_08.pdf

1.6 Poplatky u lékaře

Jak nám naše krátké zkušenosti ohledně poplatků za zdravotní péči ukázali, spotřebitelé tohoto statku, v České republice početná základna lidí v důchodovém věku, jsou především silnou pákou v rukou politických stran. A to ve skutečnosti nešlo ani o poplatky, které by měly za účel výrazně snížit výdaje zdravotních pojišťoven či přimět lidi k participaci při úhradě vyšetření. V tomto případě se jednalo o poplatky, které měly regulační charakter co se týče vysokého počtu pacientů, navštěvující praktické lékaře.

Toto gesto bylo, myslím, myšleno docela férově, kdy částka 30 korun českých měla rozdělit návštěvníky, hlavně praktických lékařů na ty, kteří vyšetřit skutečně potřebují od těch, kteří návštěvu lékaře berou spíše jako „společenskou událost“, díky kterým se taková návštěva doktora stala většinou náplní na půl dne.

Na tento neduh českých občanů se sice zaměřily regulační poplatky, které měly vcelku „nenásilným“ způsobem omezit návštěvy lékaře, které nebyly nezbytné. Princip byl jednoduchý: za každé ošetření stejná částka pro všechny. Jednoduché a spravedlivé. Když ale tuto křišťálovou jednoduchost začaly nabourávat požadavky na osvobození od placení pro stále větší a větší skupiny lidí, ztratil tento koncept smysl. Když dnes člověk čeká v čekárně, tak první co ho zaujme, je dlouhý seznam za jaké zákroky či ošetření pacient platí regulační poplatek a za jaké nikoliv, popřípadě jestli se poplatky týkají důchodců, dětí, těhotných žen.

Každá akce má ale i svou reakci. Všechny tyto poplatky měly a mají pouze regulační charakter, ale především díky špatné informovanosti lidí ohledně toho „za co že to vlastně platí“ a nepropracovanému marketingu takovéto akce, se regulační poplatky staly všeobecně kritizovanými. A co hůř, stal se z nich obchodní artikl v rukou politických stran.

2. Je zdravotnictví veřejný nebo soukromý statek?

2.1 Analýza zdravotní péče jako veřejného statku

V České republice je poskytování zdravotní péče chápáno v očích široké veřejnosti jako statek, respektive služba, která má být poskytována zadarmo a všem lidem na ně vzniká právo vyplývající přímo z Ústavy, respektive Listiny základních práv a svobod. Je tomu opravdu tak, kdy zdravotní péče splňuje kritéria podle kterých ekonomická teorie definuje veřejný statek? V této části své práce se pokusím najít pro toto tvrzení podpůrné argumenty vyplývající z ekonomických teorií, ve kterých právě témata veřejný statek a veřejné výdaje zastupují poměrně často diskutovanou oblast s ne vždy exaktními výsledky.

2.1.1 Veřejné statky

Okamžik, od kterého se ekonomové začali vážně zabírat problematikou veřejných statků a jejich poskytováním by se dal datovat rokem 1954, kdy s termínem veřejný statek poprvé vstoupil do vod teoretické ekonomie americký profesor ekonomie Paul Samuelson. Právě on ve svém článku *The pure theory of public expenditure*, publikovaném v časopise *Review of Economics*, poprvé rozdělil statky na soukromé a veřejné, respektive kolektivní. Tento článek slouží jako základní kámen mnoha publikací opírajících se o teorii veřejných statků. Ačkoliv se P. Samuelson ve svém článku dosti oddává matematizaci problematiky veřejných výdajů, obecného blaha, daní či užitku, přinesl ekonomické obci novou myšlenku. Bohužel se více do hloubky nezaobírá konkrétními vlastnostmi veřejných statků a čtenář se musí spokojit jen s definicí, že statky veřejné (kolektivní) spotřeby jsou takové, které „všichni využívají společně v tom smyslu, že spotřeba daného statku jednoho člověka nevede ke snižování spotřeby onoho statku jiným člověkem“²⁶, slovy dnešního ekonomického žargonu je daný statek nerivalitní a nelze nikoho vyloučit ze spotřeby onoho statku. Samuelsonova neúplná definice veřejných statků však dala možnost ostatním ekonomům důkladněji probádat toto téma. Obecně řečeno, hlavní podstata tohoto rozdělení spočívá, i dnes, na těchto dvou parametrech, které tyto statky měly dostatečně definovat. Když statek splňoval tato kritéria, dalo se mluvit o čistě veřejném statku.

Ve skutečnosti je čistě veřejných statků opravdu velmi minimální počet. Technologický pokrok a větší pozornost věnovaná stanovení vlastnických práv mnoho statků, které za

²⁶ Paul A. Samuelson - *The Pure Theory of Public Expenditure* (1954), str. 387, vlastní překlad

veřejné byly považovány, bylo transformováno do soukromých nebo klubových statků. Jako příklad lze jmenovat televizní vysílání, které mělo dlouhou dobu charakter veřejného statku. Nástupem nových a lepších technologií v podobě kabelové televizi nebo satelitu, došlo k transformaci trhu, kdy sice jedna jeho část zůstala veřejně poskytovaná, ale zbylá část byla postavena na soukromém podnikání s placenými kanály nebo balíčky kanálů, kdy byl ze spotřeby vyloučen jednoduše ten, kdo si více televizních kanálů nepředplatil. Tímto příkladem bych ráda na závěr této části poukázala, že nedělitelnost nemusí nutně vést k nevylučitelnosti ze spotřeby, jak se v některých zdrojích můžeme dočíst²⁷.

Dříve ekonomická teorie pracovala jen se statky soukromými a veřejnými, tzn. statky, které stojí na opačných koncích určitého spektra. Ale jak již jsem zmiňovala výše, statky u kterých není o jejich přiřazení ke statkům veřejným není pochyb, je minimum. O vyplnění mezery mezi oběma extrémy této škály se pokoušelo více ekonomů a tak se v dnešní literatuře věnované rozdělení statků na veřejné a soukromé, setkáváme s rozličnými tabulkami popisující různé kombinace vlastností, které přiřadí statek do určité kategorie statků. Nejvíce do povědomí se dostala tabulka, strukturovaná jako matice, popisující statek podle kritéria rivalitní x nerivalitní, vylučitelný x nevylučitelný. Pro ilustraci uvádím příklad jedné takové tabulky z učebnice Zásady ekonomie (Mankiw, 1999, str.233).

tabulka 1: Rozdělení statků

Vylučitelné	ANO	Rivalitní	
		ANO	NE
	NE	<i>Soukromé statky</i> - <i>oblečení</i> - <i>kornouty zmrzliny</i> <i>Společné zdroje</i> - <i>ryby v mořích</i> - <i>životní prostředí</i>	<i>Přírozené monopoly</i> - <i>požární ochrana</i> - <i>kabelová televize</i> <i>Veřejné statky</i> - <i>národní obrana</i> - <i>znalosti</i>

Zdroj: N.Gregory Mankiw: Zásady ekonomie, 1999

²⁷ Provazníková, R., (1999), str.17

V ekonomických učebnicích můžeme najít více období rozdělení výše popsané matice statků, avšak podstata zůstává vždy, více méně, stejná. Někteří autoři toto rozdělení doplňují o dělitelnost.

Obecně můžeme říci, že „*čím více tenduje spotřeba statku k nerivalitě, nedělitelnosti a nevylučitelnosti ze spotřeby, tím více prostoru se nabízí pro to, aby státní zásahy pomohly nastolit vyšší míru efektivnosti procesu alokace zdrojů*“.²⁸ Pakliže má statek z větší části podstatu veřejného statku, má stát tendence intervencemi napravovat „nedostatky“ jeho přirozeného prostředí, s přesvědčením, že veřejným poskytováním dané služby nebo statku se trh stane efektivnějším.

2.1.2 Veřejný versus Veřejně poskytovaný statek

Díky výše popsanému, vyvstávají v ekonomické a odborné literatuře nejasnosti, které jsou zapříčiněny záměnou termínu *veřejný statek* za *statek veřejně poskytovaný*. Toto bohužel nejsou jediné zákeřné body celé této teorie a především její terminologie. Mnoho autorů si pojem veřejný statek definuje podle svého. Není výjimkou, když autor odborného článku definuje veřejný statek následujícím způsobem: „*...jakékoliv zboží nebo služba, které se skupina nebo společenství jednotlivců rozhodne, z jakýchkoliv důvodů, poskytovat prostřednictvím kolektivní organizace*“.²⁹ Zajisté takto definované veřejné statky zahrnují některé ty „opravdu“ veřejné, ale jak je na první pohled vidět, tato definice stojí na konečném rozhodnutí o nakládání z pohledu vlastnictví, nikoliv o důvodech, proč je tomu právě tak.

Díky této mystifikaci ohledně náplně pojmu veřejný statek se pak ale nemůžeme divit tomu, že je zdravotní péče chápána v očích široké veřejnosti jako statek veřejný, když ani ekonomové samotní nejsou v některých případech v otázce definice za jedno.

Správně definovat veřejné statky bylo důležité především proto, aby bylo možno obhájit veřejné výdaje jako takové a v neposlední řadě jejich konstantní růst. Obecně můžeme říci, že vládních výdajů na veřejné statky bývá použito především k nastolování řádu na neefektivních nebo selhávajících trzích. V těchto případech jsou státní intervence do trhů, které takto selhávají, logickým krokem vlády.

²⁸ Malý, I., 1997, str. 1

²⁹ Buchanan 1987, str.11, překlad Ivan Malý

2.1.3 Zdravotní péče jako veřejný statek?

Po stručném úvodu do teorie veřejných statků je čas odpovědět si na otázku, zda lze zdravotní péči považovat za veřejný statek. Tak tedy popořadě. Zdravotní péče definovaná jako „*prevence, léčba a zvládání průběhu nemocí za účelem uchování dobrého duševního a fyzického stavu pacientů, prostřednictvím služeb nabízených zdravotnickými a ostatními přidruženými profesemi*“³⁰ nedisponuje žádným z předpokladů veřejného statku.

Zaprvé, jen s těží můžeme mluvit o tom, že zdravotní péče je služba nerivalitní. Ať se snažím najít alespoň jeden úhel pohledu, který by toto mé tvrzení vyvracel, nejsem úspěšná. Zdravotní péče je rivalitní; když bude lékař ošetřovat jednoho pacienta, nemůže v jednu a tu samou dobu věnovat pozornost léčení jiného pacienta.

Zadruhé je tu otázka nevylučitelnosti ze spotřeby. Stejně jako u předpokladu nerivality, která byla vyvrácena, budu muset zpochybnit i druhý předpoklad. Jistě, v tomto případě hraje velkou roli to, jak je zdravotní péče poskytována. Ale budeme-li ke zdravotní péči přistupovat jako ke kterékoliv jiné službě, není zde jediný důvod, proč by při poskytování zdravotní péče mělo docházet k problému nevylučitelnosti ze spotřeby.

Výsledky, ke kterým jsem výše dospěla naznačují, že chápání zdravotní péče jako veřejného statku je naprosto chybné. Z toho vyplývá, že spíše než naprosto fatální omyl v definování zdravotní péče jako veřejného statku, dochází spíše k záměně s veřejně poskytovaným statkem. Ty jsou poskytovány v naprosté většině z důvodů tržních selhání.

2.2 Veřejně poskytované statky

Jako důvod pro veřejné poskytování nějakého statku se nejčastěji uvádí selhání trhu nebo nerovnost příjmů. Většina zdrojů nejčastěji uvádí příklady tržních selhání negativní externality, monopolní sílu, nedokonalé informace a již zmiňovanou existencí veřejných statků. Z tohoto hlediska je třeba připustit, že zdravotní péče může být některými z těchto tržních selhání přímo ohrožena, pakliže by se stala součástí tržního systému. To samé musíme připustit i v případě nerovnosti příjmů, kdy by o zdravotním stavu obyvatel rozhodovaly jejich důchody.

³⁰ Stránky The free dictionary online: [www: medical-dictionary.thefreedictionary.com](http://www.medical-dictionary.thefreedictionary.com) , vlastní překlad, citováno 15.8.2010

2.2.1 Zdravotní péče jako veřejně poskytovaný statek

Zdravotní péče jako celek je vlastně takový mix různých druhů statků. Najdeme zde zástupce čistě veřejných statků, jako například plošné očkování, dále statky smíšené, jako je třeba ambulantní a nemocniční péče, stejně tak jako zástupce tržních statků v podání vysoce specializovaných výkonů.

2.2.2 Důvody tržních selhání ve vztahu k zdravotní péči

Monopoly

Jako jeden z důvodů pro veřejné poskytování statků byla existence monopolů. I dnes v oblasti poskytování zdravotní péče můžeme najít několik příkladů monopolů a oligopolů, jako jsou například transplantační programy. Díky tomu, že třeba zmiňované odvětví není na tržní bázi, není třeba se bát nějakých nekalých praktik, když odpadá obava o ovlivňování cen.

Informační asymetrie

Jako veliký důvod poskytování zdravotní péče veřejně vidím informační asymetrii. Lékař, jakožto vysoce specializovaný odborník, má vždy nad pacientem informační převahu, která začíná již diagnózou, dále pokračuje návrhem léčby, léčbou samotnou a končí návrhem účinných medikamentů. Pacient je zde naprosto odkázán na informace, které mu poskytne lékař a díky svým minimálním znalostem ohledně medicíny nemá více méně možnost odhalit případné nekalé jednání nebo neopodstatnění k pořízení a užívání doporučených léků či podstoupení doporučené léčby. Kdyby pacienti – spotřebitelé měli úplné informace o zdravotních problémech a možnostech jejich léčby, mohli by sami rozhodovat, jaké pracoviště či přímo lékaře navštíví. To je ovšem nereálné. Navíc musíme zohlednit případy, kdy ošetření je akutní a v tom případě je hlavním kritériem výběru nemocnice vzdálenost a její přístupnost, tudíž by zde ani za plné informovanosti pacienta nebyl prostor pro rozhodování podle spotřebitelských preferencí.

Existence externalit

Další bod, obhajující veřejné poskytování zdravotní péče jsou externality. Můžeme zde najít jak pozitivní externality, kdy zdraví jednoho jedince má velký přínos i pro ostatní osoby v jeho okolí, nebo lépe řečeno, pro celou společnost. Takový jedinec je ekonomicky aktivní, není roznašeč nemocí a je společensky aktivní.

Lze tu ale také najít příklady negativních externalit. Například očkování. Za situace, že by byla zaručena dostupnost po očkovací látce proti dané chorobě vysokou poptávkou a část populace si jí za tržní cenu koupila, stejně nebude zaručeno, že se obyvatelstvo danou chorobou nenakazí. Tím, že by látka byla poskytována za tržní cenu, by se jistě našla skupina lidí, kteří by si ji nemohli dovolit. Tito lidé by pak byli pro ostatní něco jako časovaná bomba. Jejich nakažením by mohlo dojít k mutaci viru na takový, který má vlastnosti, proti kterým ochranné látky očkování nejsou účinné. Když ještě vezmeme v potaz morální hazard očkovaných lidí, může dojít k epidemii a všechny prostředky, které byly vynaloženy jako prevence právě této situace by přišly na zmar. Proto je efektivnější tyto služby poskytovat veřejně, protože náklady by v jiném případě mohla nést celá společnost.

Nerovnost příjmů

Jako další příčina poskytování zdravotní péče veřejně je nerovné rozdělení důchodů. Vyspělé západní státy tendují k zajištění alespoň základní zdravotní péče všem ve snaze zabránit tomu, aby byla někomu odepřena tato služba jen z důvodu nedostatku peněz. Nejinak tomu je i v Česku, kdy je právo na zdravotní péči přímo zakotveno v Ústavě. Postavit zdravotní systém na tržních principech by zcela jistě znamenalo vyloučit některé lidi ze spotřeby. To by ovšem bylo v rozporu s Ústavou a proto státu nezbyvá, než zaručit všem, bez výjimky, potřebnou zdravotní péči zadarmo, nebo jen s minimální participací.

Existence veřejných statků

Poslední bod této části je již zmiňovaná existence veřejných statků. Jak již jsem rozebírala toto téma v předchozí části, nejedná se o velkou skupinu statků.

2.2.3 Selhává trh v prostředí zdravotní péče v ČR?

V poslední části této kapitoly se budu zabývat výše vyřčenou otázkou. Trh zdravotní péče je dosti specifickým trhem především díky tomu, že naprostá většina zdravotnických zařízení není provozována za účelem zisku. Ačkoliv se na tomto trhu střetává nabídka s poptávkou, generující optimální množství, které byl bylo třeba k tomu, aby byl trh v rovnováze, nedochází na něm k utváření tržní ceny zdravotních služeb. A právě absence ceny, která na

ostatních trzích ovlivňuje nejen nabídku a poptávku, ale také motivuje ostatní potenciální prodávající ke vstupu na trh nebo naopak k opuštění trhu.

Konkrétní příklady selhávání trhu poskytování zdravotní péče za předpokladu tržního prostředí, jsem popsala již v předchozí části a k doplnění tohoto tématu uvádím následující tabulku (Tabulka 2) k doplnění informací. Jak je na první pohled patrné, jsou mezi standardním trhem a trhem zdravotním velké rozdíly především v předpokladech pro fungování konkurenčního prostředí. Poskytování zdravotní péče ze zdrojů převážně všeobecného zdravotního pojištění se zdá být, dle dostupných informací a cílů hospodářské politiky, na místě.

tabulka 2 Nekonkurenčnost trhu zdravotnických služeb

Standardní trhy	Trhy ve zdravotnictví
Velké množství prodávajících	Pouze omezený počet nemocnic (mimo oblast velkých měst)
Firmy maximalizují zisk	Posláním většiny nemocnic není zisk
Homogenní komodity	Heterogenní komodity
Dobře informování kupujících	Špatně informování kupujících
Přímé platby spotřebitelů	Pacient hradí jen část nákladů

Zdroj: Stiglitz, J. E.: *Ekonomie veřejného sektoru*. Grada, 1997

2.3 Analýza zdravotní péče jako soukromého statku

2.3.1 Soukromé statky

Tato část mé práce bude pojednávat o možném pohledu na zdravotní péči jakožto soukromý statek. Ekonomická teorie popisuje soukromý statek jako statek, který je rivalitní a vylučitelný (spotřeba jednou osobou automaticky vylučuje spotřebu druhou osobou)³¹. Takový statek je vlastněn ve valné většině fyzickou osobou, která ho koupí, dědictvím nebo vypěstováním získala do svého vlastnictví. Statky takovéto povahy jsou běžně obchodovány na trzích a tržní mechanismus zde nemá žádné zásadní překážky. Trh statků, které jsou povahy soukromého statku bývá nejčastěji znázorněn pomocí grafu, kde se střetává nabídka a poptávka po daném statku, obecně nazývaném jako *marshallovy nůžky*. Právě střetnutím nabídky a poptávky se utváří tržní (rovnovážná) cena a ustanovuje se zde (rovnovážné) množství, při kterém je daný trh v rovnováze.

Ekonomické učebnice se v případě definice soukromého statku v naprosté většině shodují, takže pro tuto část práce se i já ztotožním s jejím zněním. Jak již bylo zmíněno v předešlé kapitole o veřejných statcích, zdravotní péče, tak jak jsem ji v předešlé části nadefinovala, je podle měřítek rivality a vylučitelnosti jednoznačně soukromý statek. Protože v České republice máme zdravotní péči jako veřejně poskytovanou službu, použiji pro analýzu zdravotní péče jakožto soukromého statku dostupných zdrojů vyplývajících z praxe Spojených států, kde mají bohaté zkušenosti s tímto způsobem poskytování zdravotní péče. Zaměřím se především na několik kritických bodů tohoto modelu.

2.3.2 Tržní poskytování zdravotní péče v praxi

Poskytovat zdravotní péči tržním nebo nějakým tržně-liberálním způsobem není z hlediska technického provedení velký problém. Pacient po zákroku obdrží fakturu na zaplacení dané částky za provedený úkon nebo vyšetření a na místě nebo do určitého data splatnosti ji zaplatí. Tento přístup má zajisté jak silné tak slabé stránky a je otázkou které by v praxi převážily. Dále se budu zabývat několika hlavními tématy, které by pro poskytování zdravotní péče tržním systémem mohly představovat značná úskalí.

³¹ Mankiw, (1999) , str. 232

Cena

Jako první se nabízí otázka výše ceny za poskytovanou zdravotní péči. Lze skutečně předpokládat, že by cena účtovaná pacientům byla přibližně na úrovni té rovnovážné? Kdyby lékaři a nemocniční zařízení fungovali na tržní bázi, tak lze soudit, že by vzájemná konkurence mezi nimi měla tlačit cenu co nejnižší na úroveň mezních nákladů. Takto by se trh nejspíše choval, za předpokladu, že by zde nedocházelo k žádným zásahům ze strany státu a existovala by plná informovanost poptávajících po zdravotní péči.

V Česku se tento model vyskytuje na poli zdravotních služeb například v oblasti plastické chirurgie, kdy jsou zákroky prováděny převážně na specializovaných klinikách a pacienti si všechna nezbytná vyšetření, prohlídky i konečný zákrok platí sami. Nutno však podotknout, že jimi prováděné zákroky nejsou v naprosté většině charakteru záchrany života či zdraví, tudíž pacienti, nebo lépe řečeno klienti, nejsou pod přímým tlakem vyplývajícím z ohrožení na životě či zdraví a mají dostatečné množství času pro nalezení nejlepšího „nabízejícího“ co se týče poměru cena:kvalita. Přesto, nebo snad právě proto, je na tomto odvětví dobře znázorněný praktický příklad, jak by taková zdravotní péče jako soukromě poskytovaná služba měla fungovat. Jelikož v dnešní době na českém trhu nabízí své služby kolem 200 plastických operatérů³², což lze označit za silné konkurenční prostředí, je vidět, že ceny za jednotlivé zákroky dosahují velmi obdobných částek.

Na druhou stranu, jak nám ukazuje praxe ze Spojených států, tak jednoduché to být vždy nemusí. Tamní lékaři, kteří poskytují své služby na tržním principu napříč odvětvími, bývají často kritizováni za příliš vysoké ceny, které nejsou založené jen na nákladech skutečně čerpaných při ošetřování pacientů, ale součástí ceny se mnohdy stává i složka sloužící jako prostředek pro krytí výdajů na advokáty, při poměrně častých soudních žalobách mířených proti lékařům nebo pro hrazení pojištění proti takovýmto žalobám. Můžeme pozorovat, že vysoké množství žalob uvalených proti lékařům je typické hlavně pro Spojené státy, ale podle odhadů odborníků, jen otázkou času, kdy se ve větší míře začnou objevovat i v České republice³³. Takováto praxe je však naprosto pochopitelná

³² Článek *Plastickou chirurgii jsem rozjel s 50 000 korunami, dnes platím milion a půl měsíčně* z portálu i.Dnes.cz s MUDr. Roman Kufa, 2008 online: podnikani.idnes.cz, citováno 18.7.2010

³³ Článek *Lékař a chyba aneb Vy jste nákej chytřej* na portálu lawyers.cz, 2003, online: www.lawyers.cz

Kdo hradí zdravotní péči?

Při tržním modelu poskytování zdravotní péče se na trhu budou střetávat spotřebitelé, nebo-li pacienti, a nabízející zdravotní péči, konkrétně specializovaní a praktičtí lékaři a nemocniční zařízení³⁴. Vztah mezi nimi bude probíhat na výše popsaném principu obdržení faktury za zákrok lékařem a následným zaplacením pacientem. Do tohoto vztahu může vstoupit ještě třetí strana v podobě společností nabízejících pojištění. Jelikož pojištění není pro americké občany povinné³⁵, mají možnost stát se pojištěnci buď na základě vlastní iniciativy nebo jim zdravotní pojištění platí zaměstnavatel. Na tamním trhu si konkuruje kolem tisícovky soukromých pojišťoven (1072 pro rok 2006³⁶), které klientovi zajišťují ve větší či menší míře hrazení lékařských služeb. Rozsah hrazených úkonů není jediným kritériem. Výše měsíčních poplatků je dalším a, jak by se dalo předpokládat, velmi důležitým faktorem při rozhodování o konkrétní pojistce. Tento způsob je na první pohled docela efektivním řešením situace úhrady případné zdravotní péče ale bohužel, jak můžeme pozorovat, i zde se nacházejí jistá úskalí.

Tím prvním je skutečnost, že před uzavřením smlouvy s danou společností zajišťující zdravotní pojištění je vstupní prohlídka klienta, kdy je zhodnocen zdravotní stav klienta a na jejím základě je klientovi vyměřena individuální výše měsíční pojistky. Tím ovšem vzniká skupina osob, které jsou nepojistitelné nebo pojistitelné jen za horentní sumy. Dalším krizovým bodem tohoto systému je skutečnost, že daná společnost má nasmlouvaný jen určitý počet zdravotnických zařízení a lékařů. Tím pádem se pojištěný může dostat do situace, kdy bude muset hradit účet za ošetření z vlastní kapsy, protože, zjednodušeně řečeno, nenavštívil tu „správnou“ nemocnici, což v případě nějakého akutního zranění, kdy rozhoduje čas, je snadno představitelná situace.

Chování zdravotních pojišťoven

Další problém je, že komerční pojišťovna, jejíž hlavním důvodem existence je zisk, se snaží odepřít zaplacení nákladnějších zákroků, které vyžadují pojištěnci, kteří onemocní nějakou závažnější nebo dlouhodobější nemocí. Jak píše Paul Krugman ve svém článku *Why markets*

³⁴ Pod tímto výrazem zahrnuji i rehabilitační, lázeňská a ostatní zařízení, která nejsou nutně charakteru nemocnic

³⁵ Americký prezident Barack Obama chce aby od roku 2014 bylo povinné pro všechny

³⁶ Statistical Abstract of the United States 2009 . [s.l.] : Government Printing Office, 2008. 1000 s. ISBN 9780160815348.

*can't cure healthcare*³⁷, takovéto pojišťovací společnosti se snaží pojištěným osobám odepřít proplacení léčby a vynakládají nemalé částky za vidinou ušetření peněz z uzavřených pojistek. Poté se jeví systém komerčních zdravotních pojišťoven jako společensky neefektivní, když na jednu stranu neváhá zaplatit různé specialisty a právníky na posouzení jednotlivých případů, které nechce proplatit a na druhou stranu, lidem, kteří na pojistku mají nárok a potřebují uhradit operace a vyšetření, nic platit nechce.

2.3.3 Chudí, staří a nepojistitelní

Zatím jsem ve svém popisu tržního modelu zdravotních služeb uvažovala jen situace, kdy se úhrada za ošetření či zákroky platí přímo pacienty nebo prostřednictvím soukromého pojištění. To je ale příliš zjednodušený pohled na celou situaci. Ve společnosti vždy budou existovat lidé, kteří nebudou mít dostatečné příjmy na to, aby za zdravotní služby mohli přímo platit nebo přispívat do nějakého systému zdravotního pojištění. A nejde jen o tyto lidi. Další ohroženou skupinou jsou lidé v důchodovém věku – jejich příjmy jim nedovolují klasické pojištění a společnostmi, které pojištění poskytují, mohou být vnímáni jako příliš riziková klienti a tudíž i zde hrozí nepojistitelnost těchto osob. Pak nastává otázka co s těmito lidmi? Stát má primární zájem na zdravém a praceschopném obyvatelstvu, takže bude v jeho zájmu, aby takovýmto lidem zabezpečil přístup ke zdravotní péči. Je zjevné, že tedy ani v případě tržního systému zdravotní péče, musí být vyhrazen nějaký prosto pro solidaritu. Pakliže se chudým nebo nepojistitelným lidem má dostávat nějaké základní úrovně zajištění zdravotní péče, zdroje, které tuto oblast mají financovat, musí plynout z daní. Ve Spojených státech osoby, které nemají prostředky na zajištění zdravotní péče o sebe a své děti nebo jsou již v důchodovém věku, podporuje vláda pomocí veřejného pojištění Medicaid a Medicare.

Medicaid

Medicaid je „program, který zajišťuje stát, financovaný jak z vládních daní tak z daní jednotlivých států, které platí zdravotní péči určitým nízkopříjmovým skupinám“³⁸. „Zajišťuje chudým lidem veřejné pojištění, které slouží k úhradě soukromě poskytovaných zdravotních služeb a můžeme o něm mluvit jako o hlavním rysu zdravotní péče ve spojených státech“.³⁹ Dále pak tento „program zahrnuje neodkladnou akutní a dlouhodobou péči a některé

³⁷ Blog Paula Krugmana, The New York times, Online: <http://krugman.blogs.nytimes.com>, 2009, citováno 14.8.2010

³⁸ BONDENHEIMER, T.S., GRUMBACH, K., 2002, str.16

³⁹ Tamtéž

*preventivní služby... Na území Spojených států je určujícím kritériem pro zařazení do programu příjem nižší, než životní minimum, které je zde označováno jako hranice chudoby.*⁴⁰

Medicare

Na obdobném principu funguje program Medicare, který je ovšem zaměřen výhradně na osoby starší 65 let. „*Medicare je zaměřen převážně na akutní péči, není z něj hrazena dlouhodobá péče a řada služeb neakutního charakteru, např. běžné celkové prohlídky pacientů*“.⁴¹

Proč je tolik lidí nepojištěných ?

U tržního modelu zdravotní péče a tudíž možnosti nechat se pojistit jen na základě dobrovolného rozhodnutí, zůstává velký otazník nad tím, kolik lidí bude natolik zodpovědných, aby se nechali pojistit. Lidé mají samozřejmě také možnost všechny zákroky platit přímo, ale je třeba poukázat na skutečnost, že léčba nemocí převážně dlouhodobějšího či závažnějšího charakteru není levnou záležitostí, která se pohybuje klidně v řádech stovek tisíc korun (například ozařování rakovinného bujení, kdy si pojišťovna účtuje za několika týdenní proceduru více jak 100 tisíc korun).

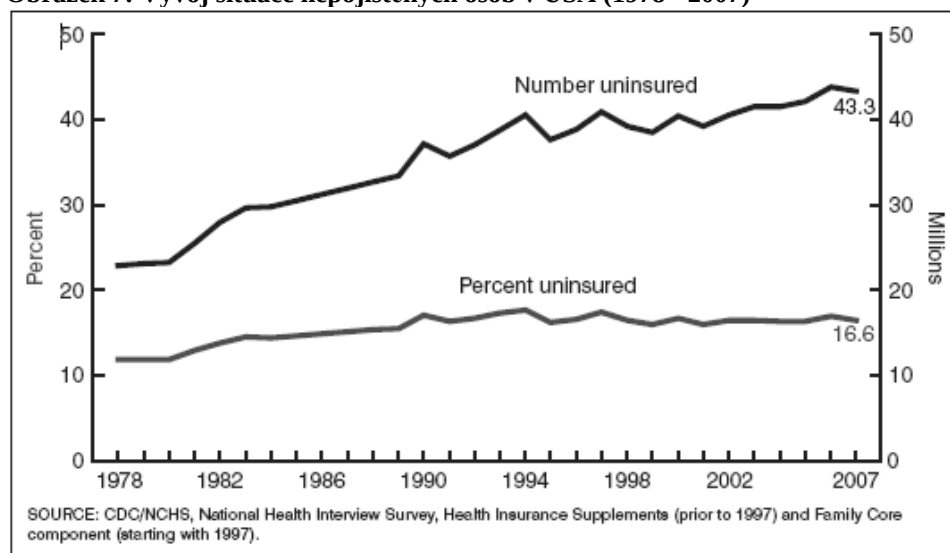
Jak nám data za posledních několik let ukazují v USA, vážné onemocnění jedné osoby může přivést k bankrotu celou rodinu, pokud daný jedinec nemá odpovídající pojištění. Jen stěží můžeme spekulovat o to, zda jsou lidé neinformovaní ohledně cen za zdravotní péči nebo má tuto skutečnost na svědomí lidská lehkovážnost a představa, že je samotné nemůže žádné závažné onemocnění potkat. Osobně myslím, že na tom bude mít podíl každá z výše zmiňovaných složek.

⁴⁰VOLF, Tomáš. Systém zdravotní péče v USA . [s.l.], 2007. 46 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. str. 18

⁴¹ Tamtéž str. 17

Pro představu uvádím v následujícím grafu (Obrázek 7) trend počtu nepojištěných osob v USA, který byl zveřejněn v Celonárodní zdravotní statistické ročence (*National Health Statistics Reports*) vydané v roce 2009 National Health Interview Survey. Nejnovější výzkumy mluví o 43,6 milionech nepojištěných občanů v produktivním věku (do 65 let) za rok 2008 což činí přibližně 17%⁴² této skupiny populace .

Obrázek 7: Vývoj situace nepojištěných osob v USA (1978 - 2007)



Zdroj: Robin A. Cohen a kol. - Health Insurance Coverage Trends, 1959–2007: Estimates from the National Health Interview Survey (2009), online: www.cdc.gov

Cifra přibližující se 20 % je již docela významné číslo a jak můžeme v posledních měsících sledovat v médiích, vláda Spojených států toto číslo považuje za alarmující a plánuje v blízké budoucnosti reformu zdravotního pojištění.

⁴² Portál Centers for disease control and prevention, online: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hinsure.htm>

3. Praktická část - SWOT analýza

V této části své práce jsem si stanovila za cíl zmapovat veřejné poskytování zdravotní péče a soukromé poskytování zdravotní péče pomocí takzvané SWOT analýzy. V případě zdravotní péče jako veřejně poskytované služby se budu opírat o zkušenosti, které má s tímto modelem zdravotní péče naše země. V druhém případě budu vycházet ze zkušeností Spojených států amerických. Popořadě se budu snažit najít silné a slabé stránky těchto systémů, posléze se pokusím odhalit příležitosti a hrozby, které tyto systémy přináší či kterým musí čelit.

3.1 Zdravotní péče jako veřejně poskytovaný statek⁴³

tabulka 3 SWOT analýza zdravotnictví jako veřejně poskytovaného statku

Zdravotnictví jako veřejně poskytovaný statek	
Silné stránky	Slabé stránky
Je poskytována všem bez rozdílu Zdravotní péče je dobře dostupná Je „zadarmo“ Dohled nad zdravím občanů	Nedostatek personálu Špatný vztah lékař x pacient Nízké standardy Nadužívání
Příležitosti	Hrozby
Prostor pro zdravotní politiku státu Zdravotní turistika	Odliv kvalifikované pracovní síly Zneužívání nepojištěnými Morální hazard Závislost na demografické situaci

⁴³ Na základě teoretické části této práce jsem došla k závěru, že zdravotní péče není charakteru veřejného statku a v ČR se jedná o veřejně poskytovanou službu, nebudu již dále pracovat se zdravotní péčí jako s veřejným statkem, nýbrž veřejně poskytovanou službou na bázi jak ji známe z České republiky.

3.1.1 Silné stránky

Je poskytována všem bez rozdílu

Jako vůbec nejsilnější stránka veřejného poskytování zdravotní péče se mi jeví skutečnost, že je poskytována všem, bez jakýchkoliv rozdílů. Každý pacient, který potřebuje ošetření, se ho dočká. Všichni občané ČR jsou pojištěnci Veřejné zdravotní pojišťovny nebo jiné zdravotní pojišťovny a pojištění si platí ze své hrubé mzdy, pakliže jsou pracující, a ostatní jsou zabezpečeni státem jakožto státní pojištěnci. Tento model postavený na solidaritě zdravých vůči nemocným, ekonomicky aktivních vůči ekonomicky neaktivním, se jeví jako dobře fungující, pakliže stát má za primární cíl všeobecnou dostupnost zdravotní péče.

Zdravotní péče je dobře dostupná

Velkým plusem je vysoká koncentrace nemocničních zařízení v naší zemi. Většina z nich nabízí široké spektrum různých odborníků, takže není zapotřebí, aby lidé za ošetřením cestovali závratné dálky. Díky tomu, že zdravotní pojištění zabezpečuje v ČR z valné většiny Veřejná zdravotní pojišťovna, se nestane, že by někoho nechtěli v ČR ošetřit na základě toho, že nemá s vaší pojišťovnou smlouvu.

Je „zadarmo“

Nadpis tohoto odstavce je trochu zavádějící, avšak sděluje tu vlastnost, o které si většina lidí myslí, že to tak opravdu je. Jako silnou stránku tohoto systému hodnotím to, že pacient při pobytu v nemocnici nemusí nic platit. Šetří to čas lékařům a starosti pacientům. Samozřejmě že ošetření a zákroky jsou finančně vyrovnávány se zdravotní pojišťovnou, ale pacient až donedávna nemusel v hotovosti platit lékařům vůbec nic.

Jak ukázala zkušenost s poplatky u lékaře, obtěžovalo to obě strany. Pacienti díky tomu, že musejí platit za něco, na co mají ze zákona právo a lékaři kvůli tomu, že celý ten administrativní proces byl svěřen do rukou jim. Ze sester se staly úřednice, vybírající peníze a vyplňující formuláře místo toho, aby se staraly o pacienty.

Dohled nad zdravím občanů

Tím, že je v ČR zdravotní péče poskytována veřejně, vzniká prostor pro zdravotní politiku státu. Ten má ve svých rukou nástroj, kterým může lidem pomáhat k lepšímu zdraví a lepšímu životu. To se týká především plošného očkování, které tím, že je pro malé děti povinné, plní na sto procent svůj účel. Zjednodušeně řečeno, stát může na určitý potenciální problém ohledně ohrožení zdravotního stavu obyvatelstva reagovat poměrně efektivním a rychlým způsobem, tím, že nakáže očkování proti reálné hrozbě epidemie.

Bohužel mě události, které se za poslední půlrok v ČR udály přesvědčily, že zdraví nemusí být pro politiky to zásadní. Jak jsme mohli pozorovat při „aféře“ s virem H1N1, známějším pod označením *prasečí* či *mexická chřipka*, která zasáhla před rokem více jak půl světa⁴⁴. Vidina zisku a výhod od různých farmaceutických firem lobujících za prosazení svého produktu (vakcíny) jakožto preventivní ochrany před touto nemocí naprosto zdiskreditovala vládu, která se nezdráhala utratit miliardy za vakcíny, které nakonec nikdo nechtěl díky možné hrozbě, tentokrát v podobě neznámých vedlejších účinků této vakcíny.

3.1.2 Slabé stránky

V této části se zaměřím na slabé stránky veřejně poskytovaného zdravotnictví. Všechny oblasti, které se mi jeví jako opravdu slabé stránky však mají jednu příčinu, kterou je nedostatek financí v tomto sektoru.

Nedostatek personálu

Jako nejzásadnější problém vidím nedostatek kvalifikovaného personálu, zvláště pak zdravotních sester. Na to, kolik požadavků na jejich profesi je vznášeno, je průměrná mzda nedostatečná a v roce 2008 činila 20 504 Kč⁴⁵. Celkově vzato i platy nastupujících lékařů, po absolutoriu a atestacích nejsou moc motivující. Konkrétně se jejich hrubá mzda průměrně

⁴⁴ Stránky Světové zdravotnické organizace, online: www.who.int, citováno 19.8.2010

⁴⁵ Stránky Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR, online: http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/07_2009/platy_a_mzdy_ve_zdravotnictvi_2008.pdf, citováno 19.8.2010

pohybuje kolem částky 22 770 Kč⁴⁶. To je podle mě hlavní příčina toho, že je málo kvalifikovaných pracovníků. Ne malá část lékařů proto opouští republiku a vydávají se za práci do jiné země, kde je jejich práce dostatečně ohodnocena. To je pro české zdravotnictví velká škoda a především ztráta, protože lékařské vzdělání je v naší zemi na velice dobré úrovni.

Špatný vztah lékař x pacient

Toto je dosti zásadní problém českého zdravotnictví a dovolím si tvrdit že je specialitou jen českou. Zcela jistě se to netýká všech zdravotnických zařízení, ale velmi často se setkáváme s obdobnými referencemi po návštěvě u lékaře či pobytu v nemocnici od našich známých či z médií. Pacienti si ošálení iluzí něčeho zadarmo představují, že se jim péče musí dostat okamžitě, jakmile dorazí do čekárny (obtíže neohrožující pacienta na životě) a to může mít za důsledek, že se k personálu nechovají s náležitou úctou a respektem. Na druhou stranu personál nemocnice zpravidla nemá motivaci k tomu, aby se k pacientům choval nějak lépe, než musí a z toho pramení neochota s pacientem zacházet lépe než je od nadřízeného požadováno. Těžko říci, který ze zúčastněných má na této situaci větší podíl. Právě zde si myslím je největší prostor pro zlepšování i když připouštím, že bez finančních stimulů se to nejspíše neobejde.

Nízké standardy

České zdravotnictví je ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi na dobré úrovni, jak potvrzují žebříčky WHO či OECD. To je zapříčiněno především tím, že spotřebovává v porovnání s ostatními zeměmi nižší prostředky. To má ovšem za následek, že českým pacientům nejsou dostupná vyšetření na nejmodernějších zařízeních, které jsou na trhu. Hlavní příčinou toho je, že na ně české nemocnice nemají peníze nebo protože vědí že jim platby za ošetření na takovýchto zařízeních neproplatí v plné výši zdravotní pojišťovna a přístroj si na sebe zkrátka nevydělá. A není to jen otázka drahých zařízení na léčení rakoviny jako jsou různé gama nože a kyber nože, které zkrátí léčení pacienta o několik týdnů a jsou k lidskému organismu daleko šetrnější než chemoterapie a ostatní metody založené na

⁴⁶ Stránky o.s. Mladí lékaři, online: http://www.mladilekari.com/wp-content/plugins/downloads-manager/upload/Stupnice_platovych_tarifu%20II.pdf , citováno 19.8.2010

ozařování. Tomu samému problému čelí i oblast medikamentů, kdy pojišťovna uhradí levnější variantu léku obsahujícího účinnou látku.

Nadužívání

Veřejně poskytovaná zdravotní péče vede bohužel také k jejímu nadužívání. Lidé, kteří si nemusí platit vyšetření a léky sami, se nezděrají jít k lékaři i s naprosto banálními obtížemi jako puchýř, bolest hlavy nebo plynatost. Samozřejmě, že tyto obtíže mohou být projevem nějakého závažnějšího onemocnění, ale zpravidla tomu tak není. Radši než by si zašli do lékárny sami a po poradě s lékárníkem si za částku 30 korun koupili Aspirin, tak je snadnější jít k lékaři a nechat si jej předepsat. Dále pak je tu skupina osob, především důchodového věku, kteří si návštěvou lékaře krátí dlouho chvíli. Na druhou stranu pracující lidé, kteří onemocní, mají povinnost zaměstnavateli zpravidla předložit neschopenku, kterou vám nevystaví nikdo jiný než lékař. Takže nemocný člověk, místo toho, aby ležel s chřipkou v posteli běhá po doktorech a shání neschopenku.

3.1.3 Příležitosti

V této části bych ráda popsala příležitosti a hrozby, které veřejné poskytování zdravotní péče nabízí a které mu také na druhou stranu hrozí. Jelikož je pro tuto část stěžejní působení hlavně externích vlivů budu se snažit zohlednit především možné vlivy ekonomické situace země, sociálního klimatu a demografické struktury.

Prostor pro zdravotní politiku státu

Skutečnost, že je zdravotní péče zaštiťována státem a poskytována plošně, nabízí vládě možnost do celkem velké míry ovlivňovat sektor zdravotnictví. Hlavní podstatu zdravotní politiky výstižně definuje dokument Zdravotní politika, jejíž autorem je Milan Cabrnach. „Úkolem společnosti je především střežit kvalitu a dostupnost zdravotní péče a vytvářet infrastrukturu pro komunikaci ve zdravotnictví”.⁴⁷ Vláda může efektivně řídit a hlavně kontrolovat úroveň zdravotní péče, trh práce v oblasti zdravotnictví a, při troše nadsázky, i

⁴⁷ MILAN CABRNOCH a kol.: Zdravotní politika, str. 3, online: <http://www.ods.cz/eu/download/docs/cabrnach-zdravotnictvi.pdf>, citováno dne 18.8.2010

zdravotní stav obyvatelstva. Typickým příkladem posledního zmíněného je například již několikrát zmiňované očkování.

Otázkou zůstává nakolik je využit potenciál tohoto poměrně významného nástroje. Situace se bude jistě lišit v zemích, kdy je zdravotní služby veřejně poskytována z velké míry z daní, jako je tomu například ve Velké Británii, nebo je tato služba hrazena primárně z povinného zdravotního pojištění, kdy „do hry“ vstupuje třetí strana v podobě pojišťoven, jako tomu v naší zemi.

Zdravotní turistika

Úhrada vyšetření a zákroků, která je hrazena buď přímo státem nebo zdravotní pojišťovnou má velký vliv na cenu, která je účtována za tyto služby. Tím, že zde nepůsobí přirozený cenotvorný proces, nestřetává zde se nabídka s poptávkou, musí se ceny jednotlivých zákroků odvíjet od jiného zdroje. V České republice je určuje zdravotní pojišťovna. Díky přibývajícimu množství pacientů, kteří se rozhodnou podstoupit zákrok v České republice, rok od roku přibývá lze vydedukovat, že poměr mezi kvalitou zde poskytované péče a cenou, kterou si účtují za zákrok přímo nemocnice, je příznivější než v ostatních zemích západní Evropy. Tento postřeh by se dal využít k zdravotnické turistice, která má zavedenou tradici například ve Spojených státech.

3.1.4 Hrozby

V této části práce se pokusím odhalit potenciální hrozby, kterým může systém veřejně poskytované zdravotní péče čelit především díky vlivům vnějšího prostředí.

Odliv kvalifikované pracovní síly

Jak již jsem zmiňovala o pár odstavců výše, zdravotnictví v České republice není dostatečně finančně ohodnoceno a to nutí především mladé lékaře k tomu, aby hledali lepší nabídky v zahraničí. Pro český systém je pak velmi neefektivní aby si vzdělal dobré lékaře, kteří po zjištění, jaké jsou v česku platové podmínky, odjeli nabízet své služby do zahraničí.

Zneužívání nepojištěnými

Český systém není dostatečně ochráněn před lidmi, kteří se nechají ošetřit a nemají pojištění nebo hotovost k úhradě zákroku či vyšetření, které jejich pojistka nepokrývá. Jde v největší míře o lidi zaměstnané na černo a turisty, kteří před odjezdem neuzavřeli zdravotní pojistku pro výdaje za zdravotní péči ze zahraničí. Takovéto zákroky pak zůstávají neuhrazeny pojistkou a často ani přímou platbou pacienta za ošetření. Nemocnice, kterým se takovýmto způsobem kupí pohledávky od pacientů, kteří byli ošetřeni zadarmo však nemají žádný účinný nástroj, jak se bránit.

Morální hazard

Veřejný zdravotní systém může mít značný podíl na tom, že lidé více hazardují se svým zdravím. Lidé vědí, že budou bezplatně ošetřeni a tudíž zde není žádný podnět k tomu, aby o své zdraví dbali alespoň zdravým životním stylem. Díky tomu, že valná většina populace vůbec netuší, jak nákladné je to či ono vyšetření, nemají potřebu se nějak krotit například ve spotřebě alkoholu, cigaret nebo například přejídání a už vůbec nejsou motivováni k tomu, aby pro své zdraví udělali něco za vlastní peníze (užívali například různé doplňky stravy). Tuto situaci by zcela jistě vyřešila alespoň minimální míra spoluúčasti na platbách za ošetření nebo naopak, získání nějakých bonusů od pojišťovny v případě, že by člověk byl na určitý věk ve velmi dobrém fyzickém stavu a pečoval o své zdraví.

Závislost na demografické situaci

Jelikož největší část výdajů na zdravotnictví tvoří výdaje zdravotních pojišťoven⁴⁸, je zřejmé že musí být zohledňována demografická situace země. V době jako je dnes, kdy podíl osob v důchodovém věku na pracujícího člověka je 1:1, nebude dlouho udržitelný. Na financování zdravotnictví se podílí také stát, jehož podíl činí 7 procent a toto číslo má tendenci být rok od roku nižší. V případě, že se situace nezačne řešit s dostatečným předstihem, je možné že se celé zdravotnictví dostane do značných problémů vyplývajících z nedostatku zdrojů pro plynulé poskytování veřejné zdravotní péče.

⁴⁸ 200 592 mil. Kč za rok 2008, online: www.uzis.cz, citováno 5.8.2010

3.2 Zdravotní péče jako soukromý statek⁴⁹

tabulka 4 SWOT analýza zdravotnictví jako soukromého statku

Zdravotnictví jako soukromý statek	
Silné stránky	Slabé stránky
Lepší kvalita Uhrazení všech provedených zákroků Lepší vztah lékař – pacient Zamezení plýtvání zdrojů	Problém s lidmi, kteří nedosáhnou na ceny vyšetření a zákroků Změna infrastruktury zdravotnických zařízení Vliv na ceny Element vlastních zájmů lékařů Potřeba odborníků v tomto oboru a rozpor dosavadních zájmů
Příležitosti	Hrozby
Lepší vzdělání lékařů Lepší informovanost pacientů Příležitost pro investory Možnost zaplatit si nadstandardní služby	Vývoj odvětví závisí na ekonomice Přijetí soukromého pojištění veřejností Živná půda a cíl pro různé zájmové skupiny Zdraví jako komodita měřená penězi – etické?

3.2.1 Silné stránky

Lepší kvalita

Hrazením služeb zdravotnických zařízení buď přímo nebo na principu komerčního pojištění by zcela jistě vedlo ke zvýšení zdrojů v tomto sektoru. To by mělo za důsledek zlepšení kvality poskytovaných služeb. Dalším faktorem ovlivňujícím tuto premisu by zcela jistě bylo působení konkurenčního prostředí. Díky tomu, že by si pacient v případě zranění a nemoci, které jej nepřímo ohrožují na životě, mohl vybrat nemocnici nebo přímo lékaře, kterému by své zdraví svěřil do svých rukou by zde nastala situace, kdy by poskytovatelé byli daleko více motivováni k nabízení lepších služeb, lepších zařízení nebo nadstandardní péče. Při troše optimismu lze očekávat, že konkurenční boj by po určité době začal tlačit i ceny zákroků a vyšetření dolů.

⁴⁹ Analýza se bude zabývat zdravotní péčí jako tržně poskytovanou službou

Uhrazení všech provedených zákroků

V dnešním systému zdravotní péče je naprostá většina zákroků hrazena pojišťovnou. Přesto zde zůstává prostor pro poskytování zdravotnických služeb, které později nejsou uhrazeny. Týká se to především osob cizí národnosti, které zde nemají pojištění nebo osob, které pracují na černo a pojištění si ze „své kapsy“ neplatí a využívají lékařských služeb. Soukromé poskytování by donutilo poskytovatele těchto služeb si důkladněji ohlídat, kdo na zaplacení vyšetření či zákroku má finance a kdo nikoliv.

Lepší vztah lékař – pacient

Motivace vyšších zisků a získání lepší reputace toho či onoho pracoviště bude mít zcela zajisté za následek zlepšení osobního přístupu k pacientovi. Jak již jsem zmiňovala v předchozí části této práce, nedostatečné finanční ohodnocení a samotná náročnost práce někdy vede k ne příliš dobré komunikaci mezi zdravotním personálem a pacientem. Vyšší finanční ohodnocení by jistě zdravotnický personál motivovalo k přívětivějším vztahům, protože slušné chování k pacientovi a splnění jeho potřeb zvyšovalo zcela jistě kredit celého zdravotnického zařízení nebo ordinace. V opačném případě by zaměstnanec, kterému činí obtíže pracovat s lidmi, což je opravdu náročný prvek této práce, musel přemýšlet o dalším působení v tomto oboru.

Zamezení plýtvání zdrojů

Zásadním problémem veřejně poskytované zdravotní péče se jeví plýtvání zdrojů. Nadužívání zdravotní péče vede k vyšší spotřebě léků a vyšetření a to stojí nemalé peníze. Soukromé poskytování zdravotní péče by tento neduh veřejně poskytované zdravotní péče zcela jistě omezilo, ne-li by ho úplně vymýtilo. Jedinec nebo komerční pojišťovna si bude pečlivě rozmyslet, zda je například určitý lék nezbytný a zda zdroje na něj vynaložené opravdu povedou k vyléčení dané osoby nebo pojištěnce. Nejde tu však o to, odpírat někomu zdraví nýbrž eliminovat již zmiňované nadužívání léčiv, které je velkou specialitou naší země. Pro ilustraci: v roce 2005 byly do sběrných košů v lékárnách vráceny medikamenty v hodnotě 3

miliardy Kč⁵⁰. To je obrovské číslo a dále můžeme jen spekulovat, za kolik miliard skončily medikamenty v obyčejných rodinných koších.

3.2.2 Slabé stránky

Problém s lidmi, kteří nedosáhnou na ceny vyšetření a zákroků

V rámci soukromého poskytování zdravotní péče, které bude financováno buď přímo nebo nějakým druhem komerčního pojištění, je zřejmé, že zde bude existovat skupina osob, které nedosáhnou výší svých příjmů na ceny, které budou požadovány za zdravotní péči, především operace či nákladnější vyšetření.

Tyto osoby bude s největší pravděpodobností muset nějakou měrou zabezpečit stát. Jedná se především o osoby s nízkými příjmy, osoby nezaměstnané a osoby v důchodovém věku. Jak můžeme pozorovat na situaci ve Spojených státech amerických, kde stát zabezpečuje těmto skupinám alespoň základní zdravotní péči pomocí programů Medicare a Medicaid. Souhrnem i zde, v tržně-liberálním systému poskytování zdravotní péče, bude třeba určité solidarity mezi lidmi, protože tyto systémy jsou hrazeny z daní.

Změna infrastruktury zdravotnických zařízení

Poskytování zdravotnických zařízení jen na tržní bázi pravděpodobně povede k přeměně infrastruktury zdravotnických zařízení. Situace, na kterou jsme v Česku zvyklí, kdy je obecně vzato, v každém menším městě poliklinika popřípadě nemocnice se širokým spektrem specializovaných oddělení by se změnila především díky tomu, že kapacita některých takových zařízení není naplněna a tudíž není efektivní. Pacientům by se snížil standard v tom smyslu, že by za specializovanějšími zákroky a vyšetřeními museli cestovat do těch nemocnic, kde se poskytovatelům vyplatí provozovat nákladné přístroje a technologie.

Na druhou stranu je velmi pravděpodobné, že by se úroveň těchto „přeživších“ zařízení zvýšila a tedy by mohla svým pacientům poskytnout lepší služby, prostředí i ošetřující.

⁵⁰ Stránky České lékárnické komory, online: <http://www2.lekarnici.cz/module.php?module=29&article=2712>, citováno 20.8.2010

Vliv na ceny

Nejvíce viditelný vliv má soukromé poskytování zdravotních služeb na ceny. Působením tržního mechanismu, nabídky a poptávky a konkurence, ustálí v delším období cenu zákroků na úrovni ceny rovnovážné. Zde ovšem vzniká prostor pro polemiku, zda tento mechanismus opravdu takto efektivně funguje nebo jsou ceny zákroků v zemích, které zajišťují veřejné poskytování zdravotní péče příliš nízké.

Pokusím se Českou republiku porovnat s případy zemí, využívající jak tržní systém, tak veřejný. Jako první bych chtěla poukázat na příklad USA a jejich cenu za zákrok. Konkrétně jsem si vybrala kompletní výměnu kyčle. Ve spojených státech za takovou operaci zaplatíte 24 000 USD což je zhruba 464 tisíc korun. Naproti tomu v Česku se taková operace pohybuje kolem 200 tisíc korun⁵¹. Rozdíl je více jak 50 procent.

Jako druhý příklad porovnání cen jsem použila data z Austrálie, která má zdravotní systém také založen na veřejném zdravotním pojištění. U protinožců pacient ze návštěvu všeobecného lékaře platí cca 60 AUD⁵², což je přibližně 1020 korun. Za návštěvu odborného lékaře pacient platí dokonce 130 AUD⁵³, to je zhruba 2210 korun. V Česku pacient zaplatí za odborné vyšetření, jakým je například gastrokopie částku zhruba 1100 korun.

Element vlastních zájmů lékařů

Vidina zisku zdravotnických zařízení může některé poskytovatele motivovat k neférovému jednání vůči pacientům v tom smyslu, že budou upřednostňovat dražší zákroky před levnějšími nebo přijímat pacienty s dlouhodobějším charakterem onemocnění ochotněji než pacienty, kteří jim do pokladny takové zisky nepřinesou. Přesto, že je tu tato potenciální hrozba, jak můžeme sledovat na datech z USA, jejich systém se s tímto problémem výrazněji nepotýká nebo k němu neposkytuje zdroje.

⁵¹ Rozhovor s MUDr. Tomáš Rubeš, 20.8.2010

⁵² Stránky finančního portálu Měšec.cz, online <http://www.mesec.cz/clanky/osetreni-ve-svete-zadna-lace/>, citováno 20.8.2010

⁵³ Tamtéž

Potřeba odborníků v tomto oboru a rozpor dosavadních zájmů

Soukromé poskytování zdravotní péče může vést k změně struktury zdravotnického personálu. Vidina velkých zisků v některých odvětvích může mít za následek přebytek nebo naopak nedostatek poskytovatelů v oborech, kde jde o menší zisky. Tržní mechanismus by postupem času měl trhy daného odvětví vyčistit, přesto přechodná doba, než se tomu tak stane, bude velký boj o peníze pacientů.

Většina lidí, kteří vykonávají práci zdravotnického personálu má, dle mého názoru, v určité míře altruistické sklony a svou práci dělají, hlavně v dnešní době, z přesvědčení, že lidem je třeba pomáhat. Můžeme jen spekulovat, zda by finanční motivy zakomponované v tržním poskytováním zdravotní péče tyto osoby neodradily od angažovanosti v sektoru zdravotnictví.

3.2.3 Příležitosti

Lepší vzdělání lékařů

Motivy, které by mohly do tohoto odvětví přilákat více lékařů budou pravděpodobně silnější než v případě veřejně poskytovaného zdravotnictví. Mzdy porostou, bude se zlepšovat kvalita pracovního prostředí, zvýší se i úroveň vzdělání poskytovaná budoucím lékařům. Tyto všechny podněty povedou k tomu, že přibude lidí, kteří se rozhodnou tento složitý a velice zodpovědný obor 6 let studovat. Vidina odpovídajícího zabezpečení a určitého životního standardulepší reputaci celému odvětví.

Lepší informovanost pacientů

Pacienti budou mít vlastní zájem na zjištění si co nejvíce informací o nabízených zdravotních službách v dostupných nemocnicích a ostatních zdravotnických zařízeních. Avšak tato skutečnost musí být podporována hlavně státem a legislativou, aby jednotliví poskytovatelé zdravotní péče byli nuceni veřejnosti předkládat přehledné a pro laickou veřejnost pochopitelné informace o službách, které nabízí, o jejich cenách nebo například o možnostech nadstandardní péče, kterou si pacient může při svém pobytu v nemocnici připlatit.

Jako další nástroj k lepší orientaci v množství nabízených služeb a jejich porovnání budou jistě fungovat i internetové portály, kde jednotliví spotřebitelé – pacienti, budou moci

zhodnotit zkušenost se svým lékařem nebo pobytem v té či oné nemocnici. Na podobném principu již dnes funguje portál Znamý lékař⁵⁴, kde se pacient dozví, zda jím vybraný lékař přijímá nové pacienty, kde ordinuje a především jaké jsou na něho reference.

Příležitost pro investory

Fungování zdravotnických zařízení na tržní bázi představuje ve skutečnosti to, že se velká zdravotnická zařízení změní na akciové společnosti. Zde se otvírá prostor pro vstup velkých investorů do tohoto odvětví. Lidé budou lékaře, operace a různá vyšetření potřebovat vždy a proto se výhledově do budoucnosti jedná o dobře uložené peníze. Možné obavy investorů může zmenšovat také postoj státu, který v případě hrozícího bankrotu většího objektu, by podal pomocnou ruku v podobě půjčky či dotace.

Pro pacienty by to navíc znamenalo zlepšení úrovně služeb a zvýšení kapacit (lůžek).

Možnost zaplatit si nadstandardní služby

Jako vůbec největší příležitost vidím v otevření možnosti nabídnout pacientovi široké spektrum nadstandardních služeb. Ať už jde o lepší nástroje používané k vyšetření nebo endoprotézu z odolnějšího materiálu, pacient bude mít na výběr. Tímto směrem se již pozvolna ubírá zdravotnictví v České republice ale možnosti poskytování nadstandardních služeb zde mají ještě velké rezervy.

Do tohoto bodu spadá také možnost zaplatit si za bližší termín operace. Jsou lidé, jako například vrcholoví manažeři, kteří ocení možnost zaplatit určitou sumu za to, aby na operaci či složitější vyšetření nemuseli čekat 3 měsíce ale třeba jen týden.

⁵⁴ Internetový portál Znamý lékař, online <http://www.znamylekar.cz>

3.2.4 Hrozby

Vývoj odvětví závisí na ekonomice

Tak jako u ostatních odvětví, která fungují na tržním principu, i vývoj zdravotnictví poskytovaného soukromě a placeného přímo nebo z pojistky daného pojištěnce, by mohlo být ořeseno vývojem ekonomiky dané země. Vlivy inflace, nezaměstnanosti či hrubého domácího produktu mohou na v Dlouhém období stabilním trhu způsobit komplikace. Vysoká inflace bude snižovat hodnotu zboží a služeb a ceny porostou. Vysoká míra nezaměstnanosti může vést k situaci, kdy mnoho lidí nebude mít dostatečné zdroje k plnění pojištění a už vůbec ne k přímému financování zdravotních služeb.

Tyto hrozby, ohrožující nejen zdravotní systém, ale především jejich důsledky můžou mít za následek vysoký podíl lidí, kteří nebudou dostatečně zajištěni ohledně zdravotních služeb. Jako další důsledek se může jevit odliv investorů, či kvalifikované pracovní síly.

Přijetí soukromého pojištění veřejností

V teoretické části jsem se zmínila problematiku zajištění určitého minima zdravotní jistoty i pro občany, které nedosáhnou na pokrytí zdravotnických služeb na úrovni tržních cen. Pro země, jako jsou USA, kde tržní systém funguje mnoho let a je tento princip již přirozený, přesto tu lze najít slabé články, které by bylo záhodno nepodceňovat. Největší hrozba se mi jeví množství nepojištěných osob a celkový princip nechávat na vůli lidí samotných, zda se nechají pojistit. Lidé, jak je obecně známo, mají omezenou racionalitu a většina z nich si, dle mého názoru, nedokáže představit všechny důsledky, které by jeho záporné rozhodnutí v otázce pojištění mělo.

Živná půda a cíl pro různé zájmové skupiny

Významnou hrozbou pro zdravotní systémy, zejména pak pro tržně-liberální, je existence zájmových skupin, především z řad farmaceutických společností, které mohou formou benefitů jednotlivým poskytovatelům, značně ovlivnit rozhodování o léčbě navrhované pacientům, lékaře.

Tento problém se rozhodně netýká jen tržního poskytování zdravotní péče a lze ho pozorovat i například v Česku, kdy činily náklady na „marketingové působení výrobců léčiv na předepisující lékaře 5 - 6 mld.Kč“⁵⁵ pro rok 2005. Avšak díky veřejnému poskytování zdravotní péče na tyto praktiky nedoplácí sami pacienti ale především pojišťovny. Tomu by ale u tržního systému bylo naopak a zisk, o který by tyto farmaceutické firmy bojovaly by šel přímo z kapes pacientů, kterým díky informační asymetrii nezbývá nic jiného než svému lékaři věřit.

Zdraví jako komodita měřená penězi – etické?

Ve všech vyspělých zemích je zdraví občanů v národním zájmu. Poskytování zdravotní péče na tržní úrovni však bortí představy o hodnotě života a zdraví tím, že je nucena vyjadřovat je v penězích. Zde vyvstává otázka, zda je etické, měřit něčí život v peněžních jednotkách. Intuitivně bych odhadla, že země s vyšší mírou věřících lidí, se budou spíše přiklánět k veřejnému poskytování zdravotní péče, protože jsou všichni „bratři a sestry“. O to více mě zaráží situace v USA. Země, kde 85 procent⁵⁶ dospělé populace inklinuje k nějakému druhu náboženství se každý musí starat sám o sebe a svou rodinu.

Když se na to však podívám z jiného úhlu pohledu, nikoho dnes nepřekvapí, že je vypsána odměna za dopadení členy Al-Kaidy nebo že v dávné minulosti bývaly vypsány tučné odměny za dopadení různých padouchů „živých či mrtvých“. Smrt je daleko lépe uchopitelnější z pohledu nějaké monetární hodnoty než zdraví a život.

⁵⁵ Stránky České lékařnické komory, online: <http://www2.lekarnici.cz/module.php?module=29&article=2712>, citováno 20.8.2010

⁵⁶ Vlastní výpočet z dat U.S. Concensus, online: <http://www.census.gov/compendia/statab/2010/tables/10s0075.pdf>, citováno 20.8.2010

Závěr

V této práci jsem si stanovila za cíl najít odpověď na otázku zda-li je zdravotnictví, respektive poskytování zdravotních služeb, veřejný nebo soukromý statek. Má počáteční hypotéza byla, že zdravotnictví je podstaty soukromého statku, který naprosto splňuje kritéria požadovaná na soukromé statky. To znamená je rivalitní a lze u něho předpokládat vylučitelnost ze spotřeby.

V teoretické části jsem se přesvědčila, že tomu tak opravdu je a že zdravotnictví se veřejnému statku ani v nejmenším nepřibližuje. Proč tedy většina lidí považuje zdravotnictví za veřejný statek? Nejprve jsem uvažovala za důvod neznalost laické veřejnosti v oboru teoretické ekonomie, ale s tímto názorem jsem se, k mému velkému překvapení, setkala i na akademické půdě od svých spolužáků. To mě o to více motivovalo v psaní této práce.

Za nástroje, které mi měly pomoci k objasnění dané otázky, jsem se rozhodla použít ekonomické teorie, zvláště pak ty, které pojednávají o veřejných a veřejně poskytovaných statcích. Odborných článků o veřejných statcích, jejich dělení a vlastnostech, je dostupné velké množství, přesto bylo poměrně tvrdým oříškem najít mezi nimi odpovídající údaje. Díky tomu, že se někteří autoři těchto publikací nezdráhají definovat veřejné statky podle své vlastní definice, která ne vždy bývá úplně v souladu s tou „Samuelsonovskou“, byla tato část poměrně náročná.

V průběhu práce jsem, myslím, odpověděla i na otázku výše. Mnoho lidí se domnívá, že zdravotnictví je veřejný statek nejspíše proto, že v široké veřejnosti dochází k záměně definice veřejný statek za veřejně poskytovaný statek. To je jádro celé této mystifikace. Když se podstata statku zamění za důsledek nakládání s tímto statkem, pak dochází k takovým omylům.

Teoretickou část jsem se vždy snažila podpořit daty, která byla dostupná pro veřejný nebo soukromý statek a vztahovala se k problematice zdravotnictví.

Před tím, než jsem začala psát tuto práci, jsem se přikláněla spíše k systému tržního poskytování zdravotní péče, avšak v průběhu jejího psaní jsem se pomalu odkláněla od tohoto názoru. Čím více jsem se tématem poskytování zdravotní péče tržně-liberálním způsobem zabývala, tím více jsem nabýval na jistotě, že „tudy cesta nevede“. Nechávat na lidech samotných způsob toho, jak zabezpečí své zdraví se mi jeví jako velmi nezodpovědné.

Díky tomu, že Spojené státy poskytují zdravotní službu na tomto principu, můžeme s přehledem pozorovat, jaký problém tento sektor vlastně pro tuto zem je.

Na jednu stranu si lidé stěžují na nekalé jednání komerčních zdravotních pojišťoven a na druhou stranu se dočtete, že nechtějí mít ve své zemi žádný typ „socialistického“ zdravotnictví, míněno zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Jestli se ze své současné situace budou chtít vymanit budou muset nejspíše povolit ze svých obav ze socialismu a dívat se na místo to minulosti do budoucnosti.

V České republice je problém naprosto opačný. Lidem je zdravotní péče garantována bezplatně na základě Ústavy a financována ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Jak se dočteme v této práci a také ve sdělovacích prostředcích, i tento systém není úplně ideální v tom smyslu, že změny demografické struktury, mohou tento dlouholetý model vychýlit z fungujícího statusu. Vlády již několik let „hrozí“ nutnou reformou tohoto sektoru a díky tomu vyvstává na našem politickém poli rozpor mezi politickými stranami.

Popisy obou modelů zdravotní péče jsem se zcela záměrně snažila popsat především z úhlu pohledu, jaký na něj budou mít nebo mají pacienti nebo občané. Analyzovat toto odvětví z pohledu efektivity na bázi makroekonomických ukazatelů nebylo předmětem této práce.

V praktické části této práce jsem se snažila popsat možné silné stránky, slabé stránky, příležitosti a hrozby pro každý systém financování zdravotní péče zvláště. I když se z pohledu silných stránek jeví tržní poskytování zdravotní péče jako efektivnější, slabé stránky, které jej doprovází, jsou dle mého osobního názoru, daleko horší než slabé stránky veřejně poskytované zdravotní péče. O něco hůře dopadlo veřejné poskytování co do výčtu možných příležitostí, které nabízí.

Analýzu obou způsobů poskytování zdravotní péče bych shrnula do doporučení, kdy držet se učebnicově jednoho nebo druhého modelu nebude zcela efektivní pro celou společnost, zvláště pak výhledově do budoucnosti. Dle mého názoru by situaci poskytování zdravotní péče pomohlo ustálit vyšší podílení pacientů na zdravotnické služby. Veřejné zdravotní pojištění má v Česku již silnou tradici a násilná změna tohoto systému na tržní by se zcela jistě neobešla bez obtíží a především bez občanské nespokojenosti. Lidé jednou navyklí na bezplatnou zdravotní péči se nejspíš jen stěží přizpůsobí takovému systému, který od nich

očekává nejenom velkou míru finančních zdrojů, ale především by úplně změnil pohled na lidské zdraví.

Úplným závěrem bych ráda shrnula, že cílů, které jsem si pro tuto práci vytyčila se mi podařilo dostát. Podařilo se mi popsat povahu statku zdravotní péče, podle kritérií moderních ekonomických učebnic. Přesto jsem při psaní prvních řádků předpokládala, že se mi na konci této práce dostane nějaké více exaktní odpovědi na otázku, jakým směrem by měla být reforma našeho zdravotního systému. K mému překvapení jsem zjistila, že zdravotnictví definované jako *soubor služeb a zboží, které mají za cíl spravovat zdraví národa*, je příliš zjednodušená definice a velmi vzdálená od skutečného světa. Zdravotnictví je mix statků, které jsou všelijaké povahy, a upřednostňování jednoho systému před druhým by mohlo vést k neefektivitě celého systému.

Seznam použité literatury:

Literatura:

/1/ OCHRANA, František, et al. Veřejný sektor a veřejné finance . [s.l.] : Grada Publishing, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3228-2.

/2/ BONDENHEIMER, T.S., GRUMBACH, K. Understanding Health Policy. A clinical approach. McGraw-Hill Companies 2002, ISBN 0-07-112470-5.

/3/ PROVAZNÍKOVÁ, Romana. *Financování měst, obcí a regionů : Teorie a praxe*. 2. aktualizované a rozšířené vydání . Praha : Grada Publishing, 1999. 304 s. ISBN 978-80-247-2789-9.

/4/ MALÝ, Ivan. Veřejné statky a veřejně poskytované statky. In *Sborník prací ESF MU*. Brno Masarykova univerzita Brno, 1997. ISBN 80-210-1713-9

/5/ STIGLITZ, J. E. Ekonomie veřejného sektoru. Praha: Grada, 1997. 661s. ISBN 80-7169-454-1.

/6/ MANKIW, Gregory N. Zásady ekonomie. [s.l.] : Grada Publishing, 1999. 763 s. ISBN 8071698911.

/7/ BUCHANAN, James M. Public finance in democratic process: fiscal institutions and individual choice . [s.l.] : UNC Press, 1987. 307 s. ISBN 0807841900.

/8/ JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetrovatelství. [s.l.] : Grada Publishing, 2007. 99 s. ISBN 8024721503.

/9/ NEWHOUSE, J. Free for All?: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment , Harvard University Press, reprint 1996 ISBN 0-674-31914-1

Odborné články:

/10/ Houdek,P.: Teoretický koncept základů komerčního zdravotního pojištění v ČR, 2008, dostupné na internetu: http://inbes.org/ds/docs/02_zdravotni%20reforma.pdf

/11/ Challenger: Nemocné zdravotnictví I, vydáno 12.9.2005, přístup z internetu: <http://www.dfencz.com/view.php?cisloclanku=2005091202>

/12/ Paul Krugman: Why markets can't cure healthcare, vydáno 25.7.2009, přístup z internetu: <http://krugman.blogs.nytimes.com/2009/07/25/why-markets-cant-cure-healthcare/>

/13/ MUDr.Havlín, J.: Přednáška na téma Civilizační choroby, ZS 2006/2007, přístup z internetu: http://gerstner.felk.cvut.cz/biolab/X33BMI/referaty/2006_2007_ZS/1615/HAVLIN_civilizacni_choroby.pdf

/14/ MUDr. Šťastný, J.: Zdravotnictví a determinanty zdraví, vydáno 2005, přístup z internetu: www.recepis.cz/ke_stazeni/determinanty.recepis.pdf

/15/ Ing.Rostková: přednášky k předmětu Ekonomika zdravotnictví, dostupné na internetu: <http://moodle.vsb.cz/archiv/mod/resource/view.php?id=21357>

/16/ Lehocká,J.: článek *Civilizační nemoci a jejich prevence*, 2008, dostupné na internetu: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/civilizacni-nemoci-a-jejich-prevence-397832>

/17/ Bukač, P.:článek *Vysoké ceny léků? Lepší už to asi nebude!*, 2007, dostupné na internetu: <http://www.mesec.cz/clanky/vysoke-ceny-leku-lepsi-uz-to-asi-nebude/>

Ostatní zdroje:

- Stránky Všeobecné zdravotní pojišťovny, dostupné na internetu: www.vzp.cz
- Stránky Českého statistického úřadu, dostupné na internetu: www.czso.cz
- Stránky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, dostupné na internetu: www.uzis.cz
- Stránky Světové zdravotnické organizace, dostupné na internetu: www.who.int
- Stránky programu NEW START, dostupné na internetu: http://www.newstart.com/what_is.php
- Stránky Národního akčního plánu zdraví a životního prostředí – Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1998, dostupné na internetu: <http://www1.szu.cz/chzp/nehap/nehapcz3.htm>

Seznam tabulek:

tabulka 1: Rozdělení statků	16
tabulka 2: Nekonkurenčnost trhu zdravotnických služeb	21
tabulka 3: SWOT analýza zdravotnictví jako veřejně poskytovaného statku	28
tabulka 4: SWOT analýza zdravotnictví jako soukromého statku	35

Seznam obrázků:

Obrázek 1: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování	5
Obrázek 2: Celkové výdaje na zdravotnictví 1990-2009	5
Obrázek 3: Vývoj struktury výdajů na zdravotnictví 2005-2009	5
Obrázek 4: Výdaje na zdravotnictví jako podíl z HDP v %	6
Obrázek 5: Příčiny úmrtí v ČR, 2005	8
Obrázek 6: Prognóza vývoje obyvatelstva 2009-2066	13
Obrázek 7: Vývoj situace nepojištěných osob v USA (1978 - 2007)	27