Vysoká škola ekonomická v Praze
Národohospodářská fakulta
Hlavní specializace: Hospodářská politika

ZDRAVOTNÍ PÉČE – VEŘEJNÝ NEBO SOUKROMÝ STATEK?

diplomová práce

Autor: Anna Havlíčková
Vedoucí práce: Ing. Zdenka Vostrovská, CSc.
Rok: 2011

Prohlašuji na svou čest, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a s použitím uvedené literatury.

Anna Havlíčková
V Brně, dne 21.8.2011

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Ing. Zdence Vostrovské, CSc. za její ochotu, cenné rady a připomínky při zpracování této diplomové práce. Dále děkuji své rodině a přátelům za jejich podporu po celou dobu mého studia na Vysoké škole ekonomické.

ABSTRAKT

Hlavním cílem práce je na základě teoretických definic vymezit zdravotní péči jako ekonomický statek. Podstatná je diskuze, zda je zdravotní péče statek soukromý, nebo veřejný. Hypotéza stanovenou v úvodu práce předpokládá, že zdravotní péče je dle základních ekonomických charakteristik statek soukromý, ovšem existují objektivní důvody, proč ji poskytovat jako statek veřejný. V práci jsou pak definovány jednotlivé pojmy a teoretická východiska. Na základě různých odborných názorů je následně učiněn závěr, že podle základních ekonomických definic může být zdravotní péče chápána jako statek soukromý. Ovšem s potvrzením, že v reálném světě existují objektivní překážky bránící ponechat poskytování zdravotní péče čistě v rukou trhu. Dále jsou v práci zkoumány role jednotlivých subjektů zdravotnického systému a to včetně jejich nedostatků. Vše je prezentováno i na příkladu fungování systému zdravotnictví v ČR. V analytické části jsou na konkrétních příkladech demonstrovány rozpory teorie a praxe včetně rizik čistě soukromého financování zdravotní péče. Pro tyto účely jsou stanoveny tři příjmové skupiny obyvatelstva, u nichž je porovnávána výše úhrad za vybrané lékařské úkony s různými úrovněmi úspor. Práce obsahuje i kapitolu věnovanou metodám ekonomické analýzy a omezením jejich použití v analýze poskytování zdravotní péče.

ABSTRACT

The main of objective of this diploma thesis is to define health care as economic goods based on the theoretical definitions. The fact whether health care should be considered as private goods or public goods plays a vital role in this debate. The initial hypothesis presupposes that health care is (based on the basic economic criteria) private goods; however there is objective evidence demonstrating that health care should be understood in terms of public goods. The author defines the necessary terminology and theoretical concepts. According to several expert concepts the author concludes that based on the basic economic definitions health care could be understood as private goods, admitting that in the real world objective limitations exist, which prevent keeping health care exclusively in the economic sphere. The thesis also evaluates the role of individual health care sectors, including their drawbacks. The author demonstrates all concepts on the Czech health care system. In the analytic part of the thesis the author demonstrates discrepancies between theoretical concepts and practice on specific models, including the risks of exclusively private financing of health care. For this purpose three income groups has been defined. The author compares expenditures of these groups on selected medical services with different levels of their savings. The thesis also deals with methods of economical analysis and its limitations in health care system analysis.

KLÍČOVÁ SLOVA

Financovaní zdravotnictví, systém zdravotnictví, zdravotní pojištěni, zdravotní péče, poptávka po zdravotní péči, soukromý statek, veřejný statek

KEY WORDS

Financing of the health service, health service, health insurance, health care, health care demand, private goods, public goods

JEL KLASIFIKACE

I180 - Health: Government Policy; Regulation; Public Health

H400 - Publicly Provided Goods: General

H510 - National Government Expenditures and Health

I110 - Analysis of Health Care Markets

OBSAH

ÚVOD **7**
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA **9**
1.1 Definice základních pojmů 9
1.2 Právo na zdraví a sociální solidarita 13
1.3 Teorie hodnot 16
1.4 Vymezení pojmů veřejný a soukromý statek 18
1.4.1 Veřejný versus veřejně poskytovaný statek 22
1.5 Státní zásahy do zdravotnictví – zdravotní péče jako veřejný statek 23
1.5.1 Důvody státních zásahů dle Kennetha J. Arrowa 23
1.5.2 Další důvody pro poskytování zdravotní péče jako veřejného statku 25
1.6 Liberální přístup - zdravotní péče jako soukromý statek 27
2 METODY ANALÝZY **30**
3 SYSTÉM ZDRAVOTNICTVÍ **32**
3.1 Subjekty zdravotnického systému a jejich role v systému 32
3.1.1 Role státu 32
3.1.2 Role pojišťoven 36
3.1.2.1 Pojištění a náklady na zdravotní péči 38
3.1.3 Role občana 39
3.1.4 Role poskytovatele 40
3.2 Zdravotnictví v České republice 42
3.2.1 Systém zdravotnictví v ČR a jeho změny v čase 42
3.2.2 Zdroje financování 47
3.2.2.1 Veřejné zdravotní pojištění 47
3.2.2.2 Prostředky ze státního rozpočtu a rozpočtů územních orgánů 49
3.2.2.3 Přímé soukromé výdaje (výdaje fyzických a právnických osob) 50
3.2.2.4 Soukromé zdravotní pojištění 52
3.2.2.5 Strukturální fondy EU 52
3.2.2.6 Další finanční prostředky 53
3.2.3 Aktuální data zdravotnictví České republiky 53
4 ZHODNOCENÍ MOŽNOSTI PŘÍSTUPU KE ZDRAVOTNÍ PÉČI JAKO K SOUKROMÉMU STATKU **58**
4.1 Jednotlivé modely a východiska 58
4.2 Zhodnocení modelů 62
4.2.1 Model 1 62
4.2.2 Model 2 64
4.2.3 Model 3 65
ZÁVĚR **70**
SEZNAM TABULEK **74**
SEZNAM GRAFŮ **74**
SEZNAM OBRÁZKŮ **75**
SEZNAM PŘÍLOH **75**
ZDROJE **76**

ÚVOD

Otázka principů fungování a financování zdravotnictví je ve společnosti, médiích a politickou reprezentací země stále častěji diskutovaným tématem. Důležitost oblasti zdravotnictví je dána mj. tím, že zdraví celé populace má vliv nejen na každého jednotlivce, ale i na celou ekonomiku. Pokud totiž např. v populaci naroste podíl nemocných, tedy práce neschopných obyvatel, může to pro ekonomiku dané země znamenat nezanedbatelné problémy a ztráty. Dále je zdravotnictví také velmi důležitým odvětvím, které jako sektor národního hospodářství vytváří nemalou přidanou hodnotu a svým charakterem se řadí mezi high-tech odvětví. Jistě neopomenutelným důvodem, proč je nutné zdravotnictví věnovat zvýšenou pozornost je množství finančních prostředků, které do zdravotnictví vstupují a vystupují z něj jak z veřejných, tak privátních zdrojů. V referenčním roce 2009 tvořil objem těchto financí 7,9 % HDP České republiky.

Jednou z důležitých otázek, na kterou je třeba hledat odpověď (aby bylo možné učinit zásadní rozhodnutí ohledně systému poskytování zdravotní péče), proto je, zda ke zdraví přistupovat jako k soukromému, nebo jako k veřejnému statku. Stanovení této základní charakteristiky je nezbytné k dalšímu rozhodování o poskytování a financování zdravotní péče. Uvedená otázka má mnoho aspektů, jak hospodářských, tak morálních. Hledání odpovědi na ni je stěžejním cílem této práce. Hlavním zdrojem při hledání odpovědi na tuto otázku budou odborné publikace, články a různé statě především ekonomů, jejich vzájemné porovnání a konfrontace.

Základní hypotézou, ze které práce vychází je, že zdravotní péče je ze své podstaty a dle základních ekonomických charakteristik statkem soukromým (za základní ekonomické charakteristiky je považována vylučitelnost a rivalita). Ale existují zde i neopomenutelné důvody, které vedou k tomu, že je ke zdravotní péči i přes její charakter přistupováno jako ke statku veřejnému či smíšenému. Tyto důvody budou mimo jiné prezentovány i v praktické části této práce.

V první části této práce tak jsou definovány základní charakteristiky, nezbytné pro další pochopení daného tématu a teoretická východiska a přístupy k poskytování zdravotní péče. Definovány jsou zde například pojmy zdraví, péče o zdraví, zdravotní péče, zdravotnictví atd.

Dále se kapitola věnuje jednotlivým aspektům, které mají vliv na poskytování zdravotní péče, jako jsou právo na zdraví, sociální solidarita a výchozí teorie hodnot. Odehrává se zde i stěžejní část diskuzí, zda je zdravotní péče soukromý, či veřejný statek. Nejdříve je provedeno základní rozdělení statků za využití definic jednotlivých ekonomů a následně je vedena diskuze, do které kategorie spadá zdravotní péče s přihlédnutím ke specifikům uváděných v odborných publikacích. Dále jsou zde diskutována jednotlivá specifika na trhu poskytování zdravotní péče. To je následně doplněno o různé úhly pohledu na relevantnost a váhu těchto specifik.

Ve druhé kapitole jsou zmíněny možné metody ekonomické analýzy a jejich úskalí při použití ve zdravotnictví. Toto je zapotřebí z důvodu vysvětlení, proč se práce nedrží jen čisté ekonomické analýzy a do tématu zapojuje také etiku, morálku a právo.

Těžištěm třetí části je analýza fungování jednotlivých subjektů vystupujících v systému zdravotnictví (stát, poskytovatel, pojišťovny, pacient) s identifikováním možných zdrojů neefektivnosti těchto subjektů v systému. Následuje část věnovaná zdravotnictví v České republice, na jejímž příkladu jsou demonstrovány jednotlivé nedostatky systému. Jsou zde zmíněny i základní zdroje financování a způsoby platby za zdravotní péči, se kterými se občané ČR setkávají. Uvést základní charakteristiky zdravotnictví v České republice je potřebné také vzhledem k tomu, že samotná praktická část porovnávající jednotlivé modely vychází ze stavu platného v současnosti právě v České republice.

Závěrečná kapitola této práce obsahuje praktickou část, v níž jsou porovnány úhrady za zdravotní péči se současnou výší odvodů na povinné zdravotní pojistné (úspor) jednotlivých vybraných příjmových skupin. K tomuto srovnání jsou zvoleny konkrétní vzorové příklady. Výsledkem tohoto porovnání by poté mělo být zjištění, zda je možné poskytovat zdravotní péči čistě jako kterýkoliv jiný soukromý statek.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

1.1 Definice základních pojmů

Vzhledem k nejednotnosti terminologie je nutné nejdříve definovat základní pojmy, které jsou využívány v této práci. Bez definic základních pojmů, jako jsou pojmy zdraví, péče o zdraví, zdravotní péče, zdravotnické služby, zdravotnictví a zdravotní politika, by se dala jen stěží vést diskuse o zařazení zdravotní péče mezi veřejné či soukromé statky. Vysvětlení těchto základních pojmů pochází z publikací Durdisová, J.: Ekonomika zdraví, 2005, Kuvíková, H a kol: Ekonómia zdravotnictva a dalších.

Zdraví může definováno staticky, nebo dynamicky. Statická definice zdraví, se používala spíše v dřívějších dobách. V současnosti se stále častěji přechází k dynamickému pojetí, které vnímá zdraví jako proces. Dle tohoto pojetí lze zdraví definovat jako „soubor schopností člověka vyrovnat se s nároky vnitřního a vnějšího prostředí bez narušení životních funkcí“[1]. Za vnitřní prostředí je v této definici považován soubor faktorů, mezi něž patří dědičnost, náchylnost k některým chorobám, nebo odolnost vůči nim. Vnější prostředí je pak chápáno jako kombinace prvků přírodního a sociálního prostředí, kam patří mimo jiné např. pracovní prostředí nebo způsob života. Dále se zdraví vymezuje pozitivně nebo negativně, a to následujícím způsobem:

- v případě **negativního vymezení** je zdraví staticky posuzovaným stavem organizmu, který není vystaven účinkům chorob,

- **pozitivní vymezení** se snaží označit pozitivní znaky zdraví, nebo chápe zdraví jako stav organismu, který je schopen čelit vyššímu tělesnému i duševnímu zatížení.[2]

V zákoně č. 20/1966 Sb. v §11 je uvedeno toto: „Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.“[3] Převážná část zdravotní péče je realizována jako péče ex-post. Do zdravotní péče samozřejmě patří i péče ex-ante, ovšem jen její část poskytovaná

[1] DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005
[2] Kuvíková H. a kol: Ekonómia zdravotnictva, 1995
[3] Zákon č. 20/1966 Sb.

zdravotnickým systémem. Zatím co další ekologická, ekonomická, společenská, či soukromá opatření prováděná jako péče ex-ante se pod tento termín nezahrnují.

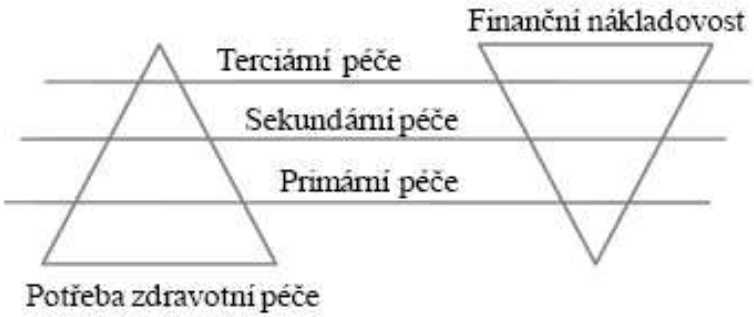
Zdravotní péči můžeme dělit podle různých hledisek, přičemž každé dělení se používá za jiným účelem. Za základní lze považovat dělení zdravotní péče na péči primární, sekundární a terciární.

Primární zdravotní péče zahrnuje v České republice péči praktických lékařů, základní stomatologickou a základní gynekologickou péči a vytváří tak širokou základnu pyramidy zdravotní péče. Pyramida zdravotní péče je znázorněna na následujícím schématu (Obr. 1).

Sekundární zdravotní péče zahrnuje specializovanou péči jako např. dermatologii, urologii, ortopedii, chirurgii. Jedná se tedy o specializovanější úkony.

Při charakteristice terciární sféry se názory jednotlivých autorů liší. Je možné setkat se např. s pojetím, které charakterizuje terciární sféru jako úzce specializovanou péči, kterou zjišťuje menší počet pracovišť na územní jednotce a jedná se např. o transplantace orgánů[4]. Další autor pak do terciární sféry řadí spíše péči související s dokončením léčebného procesu, jako je různá lázeňská, rehabilitační, ošetřovatelská či psychologická péče[5].

Obr. 1: Potřeba zdravotní péče ze společenského hlediska



Zdroj: DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005

Z výše uvedeného schématu je jednoznačně patrné, že množství péče poskytované v oblasti primární péče je největší, zatímco její nákladovost nejnižší. Právě naopak je tomu

[4] DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005
[5] Kuvíková H. a kol.: Ekonomia zdravotnictva, 1995

u péče řadící se do kategorie péče terciární, kde její vysoká specializovanost znamená také nejvyšší náklady.

Zdravotní péči je možné dělit i z hlediska financování. V takovém případě zde vznikají dva druhy zdravotní péče, a to garantovaná a negarantovaná. Důležitým členěním pro rozhodování o úhradách za zdravotní péči je dělení na péči standardní a nadstandardní. Rozsah standardní péče se v jednotlivých zemích liší, ale obecně lze říci, že se jedná o takový rozsah péče, který vede k návratu nebo uchování zdraví při použití péče pouze v nezbytném rozsahu.

S výše uvedeným pojetím souvisí definování péče potřebné a garantované. „Garantovaná péče představuje tu část potřebné zdravotní péče, která je v dané společnosti a v daném čase považována za tak závažnou, že se stává předmětem plné, nebo částečné úhrady z veřejných zdrojů.“[6]

Dalším možným dělením zdravotní péče je dělení na ambulantní a ústavní. Jako ambulantní je označována péče poskytovaná formou návštěvní služby (= pacient dochází k lékaři do ambulance v případě potřeby). Ústavní péče je poskytována v nemocnicích a dalších odborných zařízeních a vzhledem k tomu s sebou nese i podstatně vyšší náklady.

Něco jiného je péče o zdraví, ta je v širším smyslu chápána jako „komplex organizovaných a neorganizovaných činností, spočívajících v soustavě medicínských, zdravotně výchovných, ekonomických a politických opatření, jejichž cílem je uchovat, rozvíjet, upevňovat, chránit a navracet lidem zdraví a pracovní schopnost, prodlužovat lidský život, činit jej aktivní, spokojený a šťastný a zabezpečovat zdravý vývoj nových generací.“[7] Novější a jednodušší definice charakterizuje péči o zdraví jako „soubor všech opatření ekonomických, kulturních, sociálních a zdravotnických v rámci hospodářské, kulturní a sociální činnosti společnosti, pokud tato opatření ovlivňují zdraví společnosti“[8]. Existují dva základní způsoby péče o zdraví, a to péče ex-ante a péče ex-post. Ex-ante péče zahrnuje aktivity související s prevencí a zamezení vzniku chorob a péče ex-post se zabývá léčbou již vzniklých problémů.

[6] DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005
[7] Holčík, J., Žáček, A., Koupilová, I.: Sociální lékařství, 1998
[8] DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005

Péče o zdraví je pro národní hospodářství důležitá a to z důvodu zachování práce schopných jedinců. Péče ex-ante je podstatná i proto, že v době, kdy by měl požadovat péči ex-ante, si ještě jedinec žádné zdravotní problémy neuvědomuje a může tak mít tendenci péči o své zdraví zanedbávat. Péče ex-post je pak mnohdy nákladnější a zároveň s sebou přináší již zmíněné omezení práceschopnosti.

Zdravotnické služby jsou ze všech již zmiňovaných pojmů termínem nejužším. Jedná se o nemateriální činnosti vykonávané výhradně zdravotnickými pracovníky převážně ve zdravotnických zařízeních v rozsahu jejich odborné způsobilosti.[9]

Zdravotnictví je opět poměrně úzký pojem zahrnující soubor orgánů, institucí a jimi zabezpečovaných činností jako organizační celek. Pod pojem zdravotnictví spadají nejen organizace poskytující zdravotní péči, ale také instituce zdravotnického vzdělávání, výroby a distribuce, a v neposlední řadě výzkumné organizace. Hlavním úkolem zdravotnictví ale zůstává poskytování zdravotnických služeb a jejich organizace. Zdravotnictví patří do terciárního sektoru národního hospodářství a z velké části spadá do sektoru veřejného. Jednotlivým aktérům vystupujících v systému zdravotnictví a charakteristikám zdravotnictví v České republice jsou věnovány následující kapitoly.

A jako poslední zdravotní politika, která představuje souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví různých společenských skupin, či států.[10] Nebo dle jiného autora ji lze označit za politiku zásahů do determinant zdraví.[11] Ve zdravotní politice se vzájemně prolínají různá východiska a přístupy a ty všechny ovlivňují její hodnocení. Proto se ani tato práce nemůže oprostit od vlivu etiky, morálních hodnot a práva, které jako výchozí hodnoty ovlivňují další ekonomická řešení poskytování zdravotní péče. Východiska, která se v oblasti zdravotní politiky prolínají, jsou: zdravotně-politický přístup (cílem je zlepšování zdravotního stavu populace), ekonomický přístup (dosahování efektivního

[9] Ekonomika a financování zdravotnictví dostupné z http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/37541/1/TylsovaR_EkonomikaFinancovani_KS_2010.pdf dne 4.8.2011
[10] Gladkij, I., Strnad, L.: Zdravotní politika – Zdraví – Zdravotnictví, 2002
[11] Drbal, C.: Determinanty zdraví a zdravotní politika, 2001

využití zdrojů, řešení selhání trhu) a mocensko-politický přístup (zajišťování rovnováhy mezi zájmovými skupinami).[12]

1.2 Právo na zdraví a sociální solidarita

Jak se pojetí páva na zdraví vyvíjelo až do dnešní podoby, ukazuje i samotný historický vývoj lékařství a zdravotní politiky. Z historie se odvíjí formování názorů jednotlivých skupin zastánců či odpůrců konkrétního směru. Na historickém vývoji je také možno ukázat, že ne vždy byla zdravotní péče poskytována jako veřejná služba a co vedlo k zavedení tohoto přístupu.

Zdravotní politika se jako samostatná oblast začala do současné podoby vyvíjet přibližně v 1. polovině 19. století, kdy se také začaly vyčleňovat jednotlivé obory medicíny. Její vývoj souvisel s nástupem průmyslové revoluce a změnami v uspořádání společnosti. Vzhledem k přesunu obyvatel do měst, kde se tak zvyšovala koncentrace obyvatel, se rozmáhaly nakažlivé choroby. Proto se lékaři začali postupem času věnovat otázce, jak zabránit dalším epidemiím – to dalo vzniknout preventivní medicíně a hlavně medicíně uvažující o zdraví v širších souvislostech. Pro určení charakteru zdravotní péče byl tento moment důležitý, protože právě tehdy se začalo pohlížet na zdravotní péči jako na hodnotu veřejného zájmu. Právě kvůli infekčním chorobám se objevily první snahy státu zasahovat (v tzv. veřejném zájmu) do medicíny a lze říci, že se tak pomalu začala rodit zdravotní politika a definovat právo na zdraví. V Anglii byl v této souvislosti vydán první zákon na zlepšení veřejného zdraví již v roce 1848[13].

Z pohledu do historie dále vyplývá, že dříve hrála hlavní roli v poskytování zdravotní péče nemajetným lidem dobročinnost. Postupem času, kdy se ve společnosti začaly prosazovat pojmy jako spravedlnost, solidarita nebo utilita, které ovlivňovaly i pohled poskytování zdravotní péče, začal být patrný posun v poskytování zdravotní péče méně majetným od dobročinnosti ke státem garantované péči.

Chápání práva na zdraví velmi ovlivňuje možnosti přístupu ke zdravotní péči jako k soukromému statku. Jedná se o právo sociální. Jak pevně je právo na zdraví zakotveno

[12] Malý, I.: Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví, 1998
[13] DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005

v právních úpravách, závisí na tom, jak liberálně k němu ta která společnost přistupuje. Právě tendence zasahovat do sociálních práv jednotlivce daly vzniknout termínu sociální stát neboli stát blahobytu (ten klade vyšší důraz na přerozdělování, než na vlastní odpovědnost jedince[14]).

V některých případech s právem na zdraví úzce souvisí právo na život, které patří mezi práva základní, což může být také stimulem ke státním zásahům do fungování trhu se zdravotní péčí.

Toto právo je v České republice ustanoveno v Listině základních práv a svobod ČR a v zákonech č.20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu a č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V Listině základních práv a svobod se v hlavě čtvrté (Hospodářská, sociální a kulturní práva) nachází zřejmě nejjasnější výklad práva na zdraví, a to v článku 31, kde je uvedena následující definice: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“[15]

I v mezinárodních úmluvách existuje zakotvený nárok na nezbytnou zdravotní péči – viz např. Evropská sociální charta Evropské unie, která byla přijata 18. října 1961 v Turínu (pro Českou republiku vstoupila v platnost 3. prosince 1999), kde je uvedeno následující[16]:

- Článek 11 – Právo na zdraví
  „S cílem zajistit účinné uplatnění práva na ochranu zdraví, se smluvní strany zavazují buď přímo, nebo ve spolupráci s veřejnými a soukromými organizacemi přijímat opatření zaměřená zejména na:
    - v co nejvyšší možné míře odstranění příčin nemocí,
    - poskytování poradenských a vzdělávacích služeb na podporu zdraví a zvýšení odpovědnosti jednotlivce v záležitostech zdraví,
    - co největší prevenci epidemickým, endemickým a jiným nemocem.“

[14] Holman, R.: Dějiny ekonomického myšlení, str. 355
[15] http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html, staženo dne 30.3.2011
[16] Evropská sociální charta, staženo dne 30.3.2011

- Článek 13 – Právo na sociální a lékařskou pomoc

  „S cílem zajistit účinné uplatnění práva na sociální a lékařskou pomoc se smluvní strany zavazují:

  - zajistit, že každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopná si takové prostředky zajistit buď sama vlastním úsilím, nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc, a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu,
  - zajistit, že osoby, kterým je poskytována takováto pomoc, nebudou z tohoto důvodu zkráceni na svých právech politických a sociálních,
  - stanovit, že každému se může dostat prostřednictvím kompetentních veřejných nebo soukromých služeb takového poradenství a osobní pomoci nezbytné k předejití, zrušení nebo odstranění stavu potřebnosti jednotlivce nebo rodiny,
  - aplikovat ustanovení odstavců 1, 2 a 3 tohoto článku na principu rovného zacházení se svými státními příslušníky i na příslušníky ostatních smluvních stran Charty, kteří se nacházejí legálně na jejich území, v souladu s jejich závazky vyplývajícími z Evropské úmluvy o sociální a lékařské pomoci, podepsané v Paříži 11. prosince 1953.

Z těchto závazných právních norem vyplývá, že si vláda nemůže dovolit nechat zdraví občanů jen v rukou trhu. V takovém případě by jistě existovala nemalá část populace, která by na zdravotní péči nedosáhla, což by znamenalo porušení těchto základních právních norem. O problematice existence části populace, která by neměla dostatečné prostředky k zajištění zdravotní péče, pojednává praktická část této práce (viz kapitola 4).

Druhým významným pojmem ve vztahu ke zdravotní péči je tzv. sociální solidarita. Podle Krebse souvisí tato „především s utvářením a rozdělováním životních podmínek a prostředků jedinců a sociálních skupin v zájmu naplňování ideje sociální spravedlnosti. Sociální spravedlnost je spojená s procesy rozdělování a přerozdělování příjmů i šancí.“[17]

[17] KREBS, V.: Sociální politika., 2005

Sociální solidarita je široký pojem zahrnující mj. solidaritu chudého s bohatým, mladého se starým, zdravého s nemocným, ekonomicky aktivního jedince s jedincem ekonomicky neaktivním nebo dokonce solidaritu zodpovědných s nezodpovědnými [18]

V oblasti zdravotnictví je tak na základě principů sociální spravedlnosti zajištěna dostupnost zdravotní péče všem bez ohledu na jejich finanční prostředky. A právě universální sociální solidarita je dalším důvodem pro státní zásah do systému zdravotnictví.[19]

Systémy zdravotní péče založené na principu sociální solidarity vykazují následující znaky:

- přerozdělování finančních prostředků ve směru k sociálně slabým a nemocným,
- stanovují příspěvky na zdravotní péči dle finančních možností,
- a oddělují poskytování zdravotní péče od schopnosti platit za tuto péči [20]

Poslední zmíněný znak je zároveň jedním z důvodů tržních selhání na trhu zdravotní péče. Odtržením reálné platby za nakupovaný statek od jeho spotřeby dochází k ovlivnění poptávky, a to konkrétně k jejímu zvýšení. Tento jev je dále vysvětlen v části pojednávající o zdravotním pojištění (kapitola 2.4.2).

1.3 Teorie hodnot

Podstatnou roli v rozdílných teoretických přístupech ke zdravotní politice hraje teorie hodnot.

Stejně jako se liší hodnoty v jednotlivých společnostech, liší se i přístupy ke zdravotní politice, a tedy i k přístupu k poskytování zdravotní péče a k nahlížení na zdravotní péči vůbec. Hodnoty v konkrétní společnosti mají vliv i na to, zda bude ke zdravotní péči přistupováno jako ke statku veřejnému nebo soukromému a tedy i na to, zda bude stát vůbec nějakou zdravotní politiku vykonávat.

[18] Křížová E.: ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY V MEZINÁRODNÍM SROVNÁNÍ, 1998
[19] DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví, 2005, str. 108
[20] Křížová E.: ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY V MEZINÁRODNÍM SROVNÁNÍ, 1998

V Durdisová, J.: Ekonomika zdraví lze nalézt následující čtyři teoretické přístupy k chápání hodnot:

- deontologická teorie,
- konsekventní teorie (utilitarismus),
- liberální individualismus,
- kolektivismus.

Dle první zmíněné teorie – deontologické – existují trvale platné zákony a absolutní hodnoty, které jsou nezávislé na zkušenosti člověka. Podle konsekventní teorie se jedinec učí na základě empirie. Až z nabytých zkušeností je totiž schopen rozeznat, zda to, co vykonal, bylo správné, nebo špatné. V ekonomii se jedná o představu, že zdroje jsou rozdělovány účelně k optimálnímu prospěchu celé společnosti. Liberální individualismus je založen na právech člověka, který má možnost jednat dle svého uvážení a svobodně si volit z možností. Kolektivismus je naopak založen na komunitě, spojován bývá s termíny jako obecný prospěch či společenský užitek.

Z těchto filozofických přístupů k teorii hodnot jsou poté formulovány i jednotlivé náhledy na poskytování zdravotní péče. Jedná se o tyto tři modely:

- každému dle potřeb,
- každému dle zásluh,
- každému dle možností.

Z uvedených modelů lze pouze poslední přístup použít v případě, kdy je zdravotní péče považována za statek soukromý. Dva předcházející přístupy vyžadují vždy jistou míru řízení a přerozdělování bohatství ve společnosti. Tedy statek je v prvních dvou přístupech považován za veřejný, nebo je k němu alespoň jako ke statku veřejnému přistupováno.

Dalším kritériem, dle kterého lze rozlišit jednotlivé přístupy k poskytování zdravotní péče a který s předchozími třemi modely úzce souvisí, je míra odpovědnosti jednotlivce za své zdraví. Dle toho kritéria rozlišujeme celkem tři přístupy:

- liberální,
- egalitární,
- utilitární.

V liberálním pojetí hraje hlavní roli soukromý sektor a odpovědnost jednotlivce za své vlastní zdraví. Stát zasahuje ve velmi omezené míře. Zdravotní péče je zde považována za zboží a obchoduje se s ní bez státních regulací. Souvisí s přístupem „každému dle možností“ (viz výše).

Egalitární přístup vychází z modelu „každému dle potřeb“. Zde má každý nárok právě na takový rozsah zdravotní péče, jakou potřebuje. Solidarita je zde státem vynucená.

Poslední zmiňované pojetí, pojetí utilitární, souvisí s modelem „každému podle zásluh“. Je to systém, který se orientuje dle prospěchu, který přinese společnosti ošetření daného jednotlivce. Stává se tak, že člověk dostane menší péči, než jakou by potřeboval.

To jaké z jaké teorie vychází nastavení poskytování zdravotní péče v jednotlivých systémech zdravotnictví má vliv na přístupu ke zdravotní péči jako ekonomickému statku a soukromému či veřejnému. Ve skutečných systémech ve světě ovšem nikde nenajdeme příklad, kdy by byla zdravotní péče poskytována čistě jako statek veřejný nebo soukromý. Jinak je tomu však u ekonomické teorie.

1.4 Vymezení pojmů veřejný a soukromý statek

Jedno z diskutovaných specifik zdravotní péče spočívá již v tom, že to, co ve skutečnosti člověk poptává, je zdraví a nikoliv zdravotní péče. Zdravotní péče je jen prostředek k získání či obnově zdraví a to s ne vždy jistým výsledkem. Zdraví jako takové reálně poptávat nelze. Nikdo totiž není schopen poptávajícímu (pacientovi) stoprocentně zaručit, že získání konkrétní zdravotní péče, povede zároveň k získání zdraví. Zdravotní péče je dále poptávána také ke zmírnění utrpení a bolesti, nebo jako součást prevence související s udržením současného zdraví. Ale právě vzhledem k tomu, že na trhu lze poptávat a nabízet zdravotní péči nikoliv zdraví, se bude tato kapitola zabývat jejím charakterem jako ekonomického statku.

Statky se obecně dělí na vzácné neboli ekonomické, které jsou relativně vzácné vzhledem k poptávce po nich a volné, tj. statky, které nejsou ekonomickými. Statky volné existují v takovém množství, že nemusí být jejich spotřebitelům přidělovány – jejich tržní cena je

nulová.[21] Ekonomie se zabývá studiem statků vzácných (=ekonomických). Vzácnost je princip, kdy většina toho, co lidé chtějí je k dispozici jen v omezeném množství. Jedná se o jeden z univerzálních principů ekonomie.[22] V rámci tohoto základního rozdělení statků patří zdravotní péče mezi statky vzácné, tedy ekonomické. Vzácnost se projevuje například omezenou dostupností léčiv, lékařského personálu, nebo svým geografickým rozmístěním.

Dále se ekonomické statky dělí na statky veřejné (= zboží nebo služby, ze kterého mají všichni stejný prospěch. Tento prospěch je nedělitelný a není možné být vyloučen z jeho používání.[23]) a statky soukromé. Mezi těmito dvěma protipóly se nachází ještě statky smíšené, které jsou zmíněny dále. Dvě hlavní charakteristiky, které musí splňovat statek veřejný, jsou nevylučitelnost a nerivalita. Třetí charakteristikou jsou pak nulové mezní náklady na dodatečnou jednotku spotřeby. Nevylučitelnost ze spotřeby znamená, že neexistuje žádná možnost vyloučit člověka ze spotřeby daného statku. Nerivalita ve spotřebě pak říká, že pokud daný statek spotřebovává jeden uživatel, nic nebrání dalším zákazníkům tento statek užívat ve stále stejné kvalitě. Existují také smíšené kolektivní statky. Jsou to statky, které splňují podmínky soukromého statku, ale existuje u nich vztah přímé závislosti mezi kvantitou spotřeby a kvalitou.[24] Jiné rozdělení řadí mezi smíšené statky ty statky, které splňují jen ze dvou podmínek (nerivalita a nevylučitelnost). Na následující tabulce je přehledně znázorněno rozdělení statků dle splnění základních charakteristik.

Tab. 1: Dělení statků

(spotřeba):	vylučitelná	nevylučitelná
rivalitní	A	B
nerivalitní	C	D

Zdroj: Musgrave, R. A., Musgraveová, P. B.: Veřejné finance v toerii a praxi, 1994

Kombinace charakteristik A představuje statky čistě soukromé a kombinace D pak statky čistě veřejné (kolektivní). V případech B a C se jedná o různé typy statků smíšených.

[21] Macáková, L. a kol.: Mikroekonomie základní kurs, str. 271
[22] Holman, R.: Mikroekonomie středně pokročilý kurz
[23] Macáková, L. a kol.: Mikroekonomie základní kurs, str. 271
[24] Ekonomika zdravotnictví, dostupné z http://moodle.vsb.cz/archiv/course/view.php?id=107 dne 3.8.2011

Další definice veřejného statku vyskytující se v odborných publikacích jsou například tyto: Samuelson: „Jde o komoditu, jejíž užitky mohou být poskytovány všem lidem … aniž by to přinášelo vyšší náklady, než jsou spojeny s jejím poskytováním jedné osobě. Užitky těchto statků jsou nedělitelné a lidé nemohou být vyloučeni z jejich spotřeby…“[25]
Cullis a Jones: „Jedná se o statky, ze kterých mají všichni společný užitek v tom smyslu, že spotřeba tohoto statku kterýmkoliv jednotlivcem nezpůsobuje omezení spotřeby ostatních“[26]

Následující příklad uvádí, jak je to v praxi s těmito základními charakteristikami u zdravotní péče: pokud přijde do nemocnice pacient, který nemá prostředky na úhradu péče, pak existuje zcela jistě více možností, jak ho lze ze spotřeby vyloučit. Těmi jsou již samotné zabránění vstupu do zdravotnického zařízení, dále pak odmítnutí lékaře pacienta ošetřit. V tomto příkladu je samozřejmě opomenuto etické hledisko tedy pojetí zdraví jako hodnoty. Čistě z hlediska reálnosti provedení tedy zdravotní péče jistě charakteristiku nevylučitelnosti nesplňuje. Ani v případě nerivality není odpověď složitá. Jistě každý by souhlasil s tím, že lékař ošetřující jednoho pacienta nemůže zároveň ošetřovat druhého a stejně tak lék, který užije jeden nemocný, už stěží pomůže druhému. Ani tuto charakteristiku veřejného statku tedy zdravotní péče nesplňuje.

Z hlediska základní definice statků veřejných a soukromých po uvedení předchozího příkladu jednoznačně vyplývá, že zdravotní péče může být v teoretické rovině chápána jako statek soukromý. Ovšem v praxi existuje nemálo specifik, díky nimž i jednotliví ekonomové polemizují nad přesným zařazením a tedy i způsobem poskytování zdravotní péče. Důvodem mohou být výrazné externí efekty (suma individuálních užitků je nižší, než společenský užitek) a u některých druhů zdravotní péče je přímá závislost mezi kvantitou a kvalitou (př. epidemiologická péče).[27] Různé kategorie statků, tak jak je možné se s nimi v praxi poskytování zdravotní péče setkat, definuje R. Goulli.[28]

[25] Samuelson, P. A., Nordhaus, W. D.: Economics, 1989
[26] Cullis, J., Jones, P.: Public finance and Public Choice: analytical perspectives, 1992
[27] Dostupné z http://moodle.vsb.cz/archiv/course/view.php?id=107 dne 3.8.2011
[28] Goulli, R.: Zdravotnictví a veřejná ekonomie: Základní pojmy, kritéria a nástroje pro tvorbu a fungování efektivního systému zdravotnictví, 1997

Tab. 2: Kategorie statků ve zdravotnictví

Kategorie statků	Obsah statku	*Výrobce (poskytovatel) statku*
Čistý netržní statek	Povinné očkování.	Státní a nestátní zdravotnická zařízení.
pozitivní externalita	Epidemiologická péče.	
s automatickou spotřebou	Prevenční ošetření.	
s fakultativní spotřebou	Prenatální ošetření.	
Smíšený statek	Ambulantní a nemocniční péče a ošetření.	Státní a nestátní zdravotnická zařízení a ústavy.
	Péče sociálních ústavů.	
Nečistý tržní statek	Tarifní nadstandardní a specializovaná péče.	Stomatologická zařízení. Ortopedická a rehabilitační střediska.
Tržní statek	Vysoce specializované výkony.	Specializované kliniky (státní a nestátní).
monopol a oligopol	Plastická chirurgie. Transplantační programy.	Specializovaná pracoviště např. transplantační centra, kardiovaskulární centra.
	Produkty alternativní medicíny.	Zařízení alternativní medicíny.

Zdroj: Goulli, R.: Zdravotnictví a veřejná ekonomie, 1997 – vlastní zpracování

Třídění R. Goulliho však vychází z již nastavených hodnot a právních vztahů ve společnosti. Kdyby očkování nebylo povinné, nebude ani statkem veřejným (netržním). Při odhlédnutí od současného stavu společnosti, nastavení hodnot a právních norem a posuzování pouhé podstaty zdravotní péče jako ekonomického statku (služby) bude těžké najít jiný než soukromý statek. Ovšem právě díky tomu, že do zkoumání problematiky zdravotní péče vstupují etika, morálka a právo, dochází k neustálým diskuzím a nekončící snaze odpovědět na otázku přístupu ke zdravotní péči. Příkladem veřejného statku ve zdravotnictví může být výzkum. Tato práce se ovšem zabývá samotnou zdravotní péčí.

Dalším ekonomem zabývajícím se odlišnostmi zdravotní péče je E. Stiglitz[29], který na mikroekonomickém pohledu na charakter zdravotní péče ukazuje její odlišnosti od trhu volné soutěže. Je to zejména omezené množství nemocnic, z nichž se většina nesnaží maximalizovat svůj zisk (místo toho tu najdeme spíš motivaci byrokratů maximalizovat

[29] STIGLITZ, J., E: Ekonomie veřejného sektoru, 1997

svůj rozpočet), nejedná se o homogenní zboží, spotřebitel (v tomto případě pacient) nemá dostatek informací, a také si hradí jen malou část nákladů, což velice ovlivňuje efektivní střetávání nabídky s poptávkou a tím i efektivní míru spotřeby. Tyto náklady navíc většinou ani neplatí přímo, ale prostřednictvím třetích stran (v případě ČR prostřednictvím pojišťoven).

Názory na způsob poskytování zdravotní péče se u jednotlivých autorů liší. Dle teoretického přístupu zvaného egilitarismus, který je definován výše, by právo na život nemělo být eliminováno trhem. S tímto názorem ovšem jiní autoři nesouhlasí a nevidí důvod, proč by nemohla být zdravotní péče poskytována trhem tak jako jiné statky. Podstatným a zajímavým článkem zabývajícím se odlišnostmi trhu se zdravotní péčí je článek Uncertainly and the Welfare Economs of medical Care, jehož autorem je Kenneth Arrow, ve kterém jsou konkrétně popsány jednotlivá specifika poptávky po zdravotní péči. Ovšem za nevýhodou tohoto článku může být liberálně smýšlejícími ekonomy považován fakt, že jej lze použít jako ospravedlnění prosazování vládních intervencí a různých omezení. Mezi takové ekonomy patří i Ludwig von Mises, který jako obhájce liberalismu rozhodně kritizoval jakékoliv vměšování státu do fungování trhu.[30] Stejně tak nositel Pulitzerovy ceny Paul Starr ve svém díle The Social Transformation of American Medicine vyslovil názor, že nelze, aby veřejné zdravotnictví poskytovalo veškerou zdravotní péči.[31]

1.4.1 Veřejný versus veřejně poskytovaný statek

Jak bylo řečeno dříve je základní charakteristikou veřejného statku nerivalita a nevylučitelnost. Statků, které v čisté podobě toto kritérium splňují, je však velmi málo. Naopak existuje velké množství veřejně poskytovaných statků. Veřejně poskytovaný statek může být statek veřejný stejně tak jako soukromý. Jedná se o statky poskytované státem (či veřejnými institucemi) bez ohledu na jeho charakter dle ekonomického hlediska. Dle Benarda [32] existuje institucionální a ekonomické kritérium rozdělení statků. U institucionálního záleží na politickém rozhodnutí o způsobu poskytování daného statku. Mezi veřejně poskytované statky patří právě i zdravotnictví. Déle je možné jako příklad veřejně poskytovaných statků uvést vzdělání. Dle I. Malého může státní zásah přinášet tím

[30] Holman R. a kol.: Dějiny ekonomického myšlení, 2001
[31] Starr, Paul: The Social Transformation of American Medicine, 1984
[32] Benard, J.: Veřejná ekonomika, 1990

vyšší míru efektivnosti alokace zdrojů, čím více tenduje spotřeba statku k nerivalitě a nevylučitelnosti., v opačném případě vede veřejné poskytování statku ke ztrátám efektivnosti.[33]

1.5 Státní zásahy do zdravotnictví – zdravotní péče jako veřejný statek

Veřejné statky (= public goods) bývají považovány za jednu z klíčových kategorií pro analýzu příčin, forem a důsledků státních zásahů do ekonomiky.[34] Mezi důvody, jež se uvádí na obhajobu zásahů státu do oblasti zdravotnictví, se řadí například státní paternalismus, solidarita, nebo již z historie zakořeněný nárok každého člověka na zdravotní péči. V oblasti poskytování zdravotní péče se vyskytují tři druhy solidarity (solidarita mladého se starším, zdravého s nemocným a bohatého s chudým).

Přínosem státních zásahů by v ideálním případě měla být kvalitní zdravotní péče dostupná všem. Státní zásahy s sebou ovšem nesou i značná negativa a to především neefektivnost a stále rostoucí náklady na zdravotní péči. O stále rostoucích výdajích na zdravotnictví vypovídá graf č. 5 – viz kapitola 3.2.3.

1.5.1 Důvody státních zásahů dle Kennetha J. Arrowa

Na otázku *„Proč nefunguje zdravotnictví na tržních principech jako trhy s jiným „zbožím“?“* je možné najít odpověď v již zmiňovaném článku Kennetha J. Arrowa, který uvádí následující specifika zdravotní péče:

- Povaha poptávky – J. Arrow říká, že poptávka po zdravotní péči je nepravidelná a nepředvídatelná. Poptávka po zdravotní péči je také spojena s rizikem ztráty schopnosti si vydělávat peníze a postarat se o sebe. Toto riziko považuje Arrow za unikátní. V okamžiku, kdy člověk onemocní, začne se zhoršovat jeho rozpočtové omezení (to je dáno důchodem spotřebitele a cenami statků. Lze jej znázornit

[33] Malý, I.: Veřejné statky a veřejně poskytované statky
[34] Samuelson, P. A., Nordhaus, W. D.: Economics, 1989

křivkou spotřebních možností.[35]) a zhorší se tím i schopnost hradit potřebnou péči. Čím déle je člověk nemocný, tím více se jeho rozpočtové omezení zhoršuje. Tato vlastnost se u poptávky po jiných statcích nevyskytuje. Naopak nepravidelnost a nepředvídatelnost není až tak výjimečná, vyskytuje se i u jiných druhů poptávky (např. opravy).

- Očekávané chování lékařů – zde Arrow upozorňuje, že chování, které se očekává od „prodejců zdravotní péče“ se liší od chování, které očekáváme od běžných obchodníků. Zdravotní péče patří ke zboží, kde produkt je shodný se samotnou činností výrobce. Zákazník tak nemůže předem produkt testovat a musí lékaři velmi důvěřovat. Na rozdíl od jiných statků je téměř nemožné reklamovat špatně provedené lékařské ošetření bez souvisejících komplikací a následků.

- Nejistota produktu a asymetrie informací – uzdravení je velmi nepředvídatelné a nelze v každém jednotlivém případě vycházet z minulých zkušeností. Také se v oblasti poskytování zdravotní péče vyskytuje značná informační asymetrie (rozdílný rozsah informací nakupujícího a prodávajícího). Medicínské znalosti jsou velmi komplikované a lékař má mnohem více informací než pacient. Význam informační asymetrie ve zdravotnictví je vyšší než na jiných trzích právě z důvodu nemožnosti testování výsledného produktu a následných reklamací. Asymetrická informace je definována jako „ekonomická situace, ve které účastníci ekonomických vyjednávání (např. prodávající a kupující) disponují různými informacemi. Asymetrická informace se tak stává jednou z příčin selhání trhu.“[36]

- Podmínky nabídky – vstup do oboru je limitován získáním licence a tím rostou náklady na zdravotní péči. Ceny zvyšují i náklady na studium medicíny.

- Cenová praxe – zde Arrow zmiňuje například cenovou diskriminaci podle příjmu, nebo implicitní či explicitní fixování cen.

To jsou charakteristiky poptávky po zdravotní péči, které jsou zmiňovány jako důvod pro zásah státu do systému poskytování zdravotní péče.

[35] Holman, R.: Mikroekonomie středně pokročilý kurz, str. 580
[36] Žák, M. a kol.:Velká ekonomická encyklopedie

1.5.2 Další důvody pro poskytování zdravotní péče jako veřejného statku

V následujícím textu jsou popsány další tři odlišnosti trhu zdravotnických služeb (A až C) od ostatních konkurenčních trhů což odhaluje další možné důvody pro státní zásah ve sféře zdravotnictví (při poskytování zdravotní péče).

A. Nekonkurenčnost trhu zdravotnických služeb

J.E.Stiglitz [37] vidí omezenost konkurence především v neodrážení výrobních nákladů v ceně zdravotní péče. Rozdíly mezi trhem se zdravotní péčí a standardními konkurenčními trhy ukazuje následující tabulka.

Tab. 3: Rozdíl mezi trhy zdravotní péče a standardními konkurenčními trhy

Standardní konkurenční trhy	Trhy zdravotní péče
velké množství prodávajících	jen omezené množství nemocnic (mimo oblast velkých měst)
zisk maximalizující firmy	většina nemocnic neexistuje kvůli zisku
homogenní komodity	heterogenní komodity
dobře informovaní kupující	špatně informovaní kupující
spotřebitelé platí přímo	pacienti hradí jen část nákladů

Pramen: STIGLITZ, J., E: Ekonomie veřejného sektoru, 1997

V následujících odstavcích budou blíže popsány jednotlivé rozdíly vyplývající z tabulky:

- Omezené množství nemocnic – v České republice rozhodně neplatí, že by byl celkový počet nemocnic malý (spíše se polemizuje o opačném problému), ale je omezená dostupnost nemocnic na malých městech a tím i jejich výběr obzvláště v akutních případech.

- Nezisková forma – vedení nemocnic je motivováno jinými prioritami než maximalizací zisku, jako tomu bývá u soukromých subjektů, jak bylo již zmíněno dříve. Aby se toto mohlo změnit, bylo by potřeba změnit způsob financování,

[37] STIGLITZ, J., E: Ekonomie veřejného sektoru, 1997

případně dát vedením nemocnic vyšší pravomoci při rozhodování o finančních prostředcích, se kterými hospodaří.

- Heterogenní komodity – ani stejný zákrok nikdy neprobíhá stejně (neprovádí jej stroj a podmínky jsou u každého pacienta specifické). Z toho také vzniká problém s ohodnocením jednotlivých zákroků.

- Nedokonalá informovanost pacienta – pacient je většinou zcela odkázán na úsudek lékaře (dříve zmíněná informační asymetrie).

- Jen částečná existence přímé platby – pacient není motivován hledat si levnějšího lékaře vzhledem k tomu, že on za jeho výkon neplatí, resp. neplatí přímo. Dalším důsledkem nepřímé platby za zdravotní péči je, že jen málo pacientů (zákazníků) se zajímá o to, co si skutečně lékař za jeho ošetření naúčtuje. Podrobněji viz morální hazard a pojištění v kapitole 3.1.2.

B. Existence externalit

Častým důvodem, proč je i statek zcela zjevně soukromý řazen mezi statky veřejné jsou externality. Externalita je situace, kdy jsou společenské náklady nebo společenské výnosy vyšší než soukromé. Externality jsou dle Arthura C. Pigoua selháním trhu[38]. Existují dva typy externalit a to externality pozitivní a negativní. Pozitivní externalita vzniká, pokud někdo nenese plně výnosy své činnosti (společenské výnosy jsou vyšší než soukromé). Negativní externalita naopak vzniká, pokud někdo nenese plně náklady své činnosti (společenské náklady jsou vyšší, než soukromé).

Příkladem negativní externality ve zdravotnictví může být například přenos nakažlivých chorob, které vyžadují očkování nebo karanténu. Positivní externalitou pak může být právě to, že naočkovaný člověk na nikoho nepřenese nakažlivou chorobu. K prvnímu případu by docházelo, kdyby neexistovalo povinné očkování hrazené právě z povinného zdravotního pojištění. Výsledkem takového chování jednotlivce je ovlivnění dalších jedinců, kteří pak nesou náklady negativní externality v podobě nutných výdajů na zdravotní péči. Jak již

[38] Holman, R.: Mikroekonomie středně pokročilý kurz

bylo zmíněno, vzniká při poskytování (či neposkytování) zdravotní péče celá řada externalit pozitivních i negativních. A obzvláště ty negativní nás motivují k solidaritě při hrazení zdravotní péče lidem, kteří by na ni sami finančně nedosáhli. V opačném případě je pozitivní externalitou to, že v případě, že jedinec zůstane zdravý, může dál pracovat.

Externality jsou sice uváděny jako důvod pro státní zásah, ale existují i autoři, kteří s tímto přístupem nesouhlasí a dokonce uvádí možnosti tržního řešení externalit. Mezi ně patří Ronald Coase, William Baumol a Wallace E. Oates. Podle Ronalda Coase externalita není selháním trhu, nýbrž se jedná o špatně vymezená a nedostatečně chráněná vlastnická práva.[39]

C. Čistě kolektivní statky

Do financování zdravotnictví patři nejen zdravotní péče, ale i lékařský výzkum, který splňuje charakteristiku čistě kolektivního statku a je dalším důvodem pro alespoň částečnou spoluúčast všech občanů na financování.

Dalším již dříve zmiňovaným problémem je informační asymetrie. Ale ta existuje i jinde. Podstatné by bylo zajistit instituce, které by nám tuto informační asymetrii pomáhaly snižovat. Se stejným problémem je možné se setkat i na jiných trzích (např. produkty bank, pojišťoven), kde negativní vliv informační asymetrie pomáhají snižovat poradenské firmy, které místo zákazníků vyhledávají a zpracovávají potřebné informace. I sama konkurence na trhu však pomáhá informační asymetrii snižovat.

1.6 Liberální přístup - zdravotní péče jako soukromý statek

Pokud by bylo ke zdravotní péči přistupováno, jako ke statku soukromému, vzniká riziko, že ne každý a ne vždy bude mít finance na získání potřebné zdravotní péče. Následující texty uvádí možné příklady řešení v případě tohoto přístupu, tedy když zdravotní péče není garantovaná státem. Možnosti, které se v tomto případě nabízejí, jsou:

[39] Holman, R.: Mikroekonomie středně pokročilý kurz, str. 572

- Vlastní aktivita – výhodou je, že se jedná o řešení z dlouhodobého hlediska (tedy zajišťující určitou stabilitu) a nevýhodou jsou zde jen meze vlastní aktivity a možné zhoršující se rozpočtové omezení v době nemoci.

- Rodina, přátelé – výhodou je předpoklad větší ochoty pomoci u blízkých, než v případě potřeby získat pomoc z jiných zdrojů. I zde ovšem existují jistá omezení. Ne každý má totiž rodinu a přátele a ne každá rodina má dostatek financí.

- Tržní pojištění – zde je to otázka nesporně složitější a vstupují sem jistá omezení. Jedním je K. J. Arrowem zmiňovaná specifičnost poptávky po zdravotní péči. Konkrétně právě nepředvídatelnost a nepravidelnost může právě pojištění pomoci řešit. Ostatně s takovými charakteristikami je možné se setkat i na jiných trzích, kde právě soukromé pojištění řeší problémy s těmito charakteristikami související. Problémem se ovšem může stát ocenění újmy na zdraví. Vyvstává zde otázka jak stanovit pojistnou částku a výši pojistného a co se stane, pokud rozsah pojištění nebude dostačující. Dalším rizikem soukromého pojištění je chování pojišťoven a paradoxně jejich snaha maximalizovat zisk. To by mohlo v případě nejasného stanovení pravidel vést i k situacím, kdy se člověk stane nepojistitelným. Složitá diskuze by v této oblasti jistě byla vedena například ohledně nastavení výše pojistného u dětí s vrozenými vadami. Dalším problémem by byl morální hazard, související právě s nastavením výše pojistného dle současného zdravotního stavu pojištěnce v okamžiku uzavírání smlouvy s pojišťovnou. Důležitou podmínkou vzniku soukromého poskytování zdravotních služeb a vůbec vstupu trhu na pole zdravotnictví by byla dostatečná vybavenost pacientů informacemi, jasné nastavení pravidel soukromého pojištění a vyřešení situací, kdy soukromé pojištění nebude stačit na pokrytí potřebné zdravotní péče.

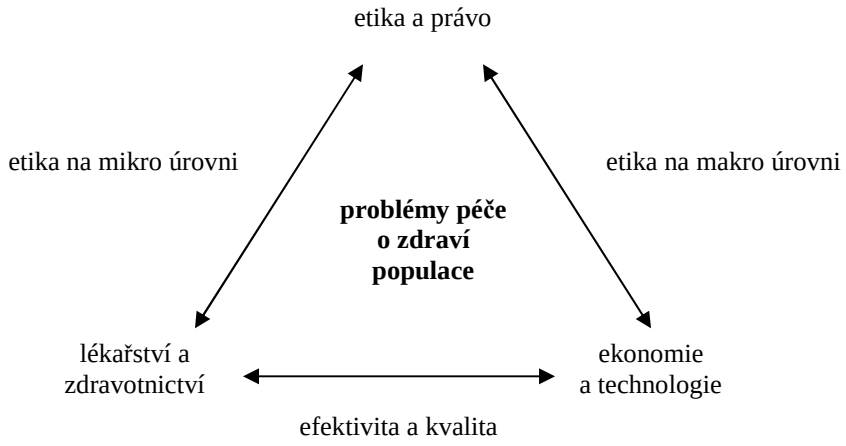
- Charita – působí již v mnoha oblastech, proto není důvod ji nezapojit do systému poskytování zdravotní péče. I zde vyvstává problém jedinečnosti zdravotní péče. Arrow v této souvislosti říká, že i jídlo je nutné k životu, ale pokud zůstane člověk bez peněz na jídlo, může si je nějak obstarat, ale pokud je člověk vážně nemocný a nemá peníze na zdravotní péči, sám si nepomůže.

Otázkou by i v případě přístupu ke zdravotní péči jako k soukromému statku zůstávalo, jak řešit situaci, kdy finanční prostředky a ani soukromé pojištění nepokryjí potřebnou péči. V současné společnosti je z hlediska nastavení hodnot a etiky totiž nepřípustné ponechat člověka bez ošetření.

2 METODY ANALÝZY

Existují různé metody ekonomické analýzy, mezi které patří analýza minimalizace nákladů (CMA), analýza nákladů a účinků (CEA), analýza užitků a nákladů (CUA) nebo analýza nákladů a prospěchu (CBA). Ty se však používají převážně k oceňování jednotlivých zdravotnických programů. Nebo porovnání jednotlivých zdravotních služeb. Do posuzování ekonomické efektivnosti zdravotnických služeb ovšem vstupují i jiné aspekty, které tuto analýzu komplikují. Mezi ty patří etické (zdraví je důležitou hodnotou, lékařská etika…) a technické námitky (výsledný produkt zdraví je těžko měřitelný). Nejinak je to i v případě analýzy hlavní otázky této práce. Na otázku, zda je zdravotní péče veřejný či soukromý statek (služba) není možné komplexně odpovědět bez zahrnutí etiky a morální volby. Vztah mezi etikou a zdravotní péčí ukazuje následující schéma.

Obr. 2: Vztah mezi etikou a ekonomií a zdravotní péčí[40]

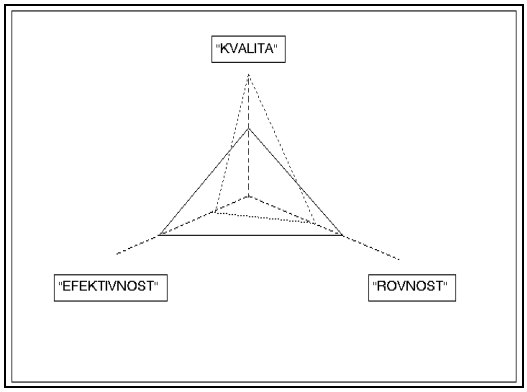


Zdroj: HOLČÍK, J., 2002.

Ve zkoumání efektivnosti zdravotnických služeb existuje tzv. „magický trojúhelník“, střetává se zde kvalita, rovnost a efektivnost. Problém získat jednoznačné odpovědi je právě v tom, že se jednotlivé cíle do jisté míry vzájemně vylučují. „Magický trojúhelník“ je vidět na obrázku č. 3.

[40] HOLČÍK, J. Úvod do studia zdravotního stavu populace, 2002

Obr. 3: Vztah mezi kvalitou, efektivností a rovností



Zdroj: Hodnocení zdravotní péče dostupné z http://moodle.vsb.cz[41]

To vše jsou důvody, proč tato práce zahrnuje nejen čistě ekonomickou analýzu, ale obsahuje také etické a morální východiska zakotvené v právních normách či nastavení hodnot společnosti.

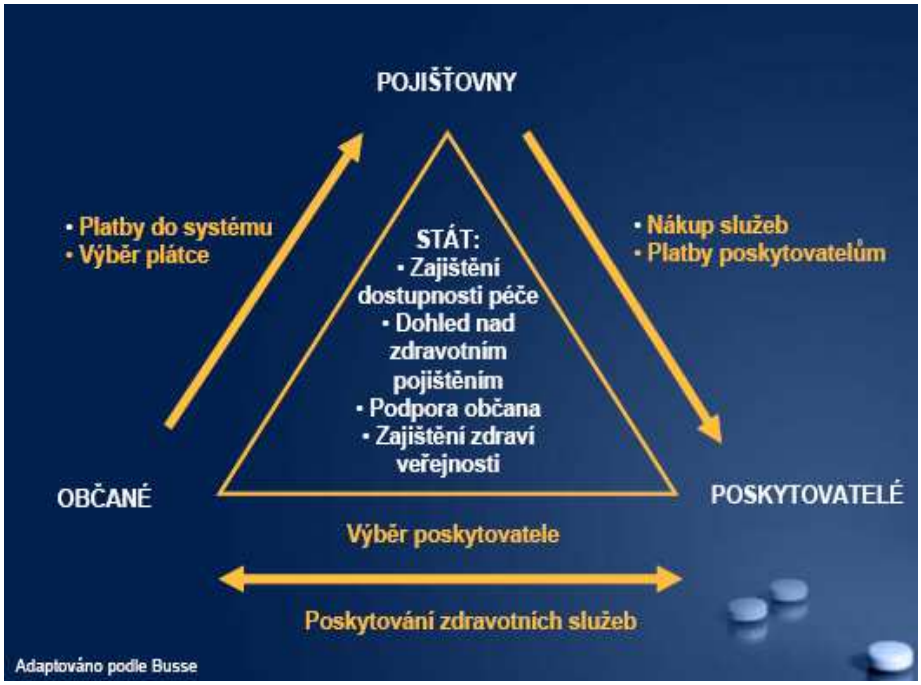
[41] Hodnocení zdravotní péče dostupné z http://moodle.vsb.cz/archiv/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=20686 dne 5.8.2011

3 SYSTÉM ZDRAVOTNICTVÍ

3.1 Subjekty zdravotnického systému a jejich role v systému

Na následujícím schématu je znázorněno, jak jednotlivé subjekty vystupující v systému zdravotnictví České republiky a jejich role. Konkrétně jsou pak role každého subjektu popsány v následujícím textu.

Obr. 4: Instituce a funkce v systému zdravotního zabezpečení



Zdroj: http://www.euro-forum.cz/prezentace/hrobon05-6.pdf, 22.11.2010

3.1.1 Role státu

Obecně vzato, jednotlivé ekonomické školy přistupují k roli státu a rozsahu přínosných státních zásahů velmi odlišně. Mezi ekonomické směry, zastávající přístup potřeby státních intervencí do fungování ekonomiky, patří například keynesiánství, jehož hlavním představitelem byl John Maynard Keynes. Jako důvody nutnosti státních zásahů uvádí existenci monopolů, existenci veřejných statků a externality trhu.

Naopak k odpůrcům státních zásahů patřil Milton Friedman a monetaristé, kteří byli zastánci liberální hospodářské politiky, kde je hospodářství regulováno tržním mechanismem střetávání nabídky a poptávky (tzv. neviditelná ruka trhu).[42]

Podrobněji jsou státní zásahy, jejich druhy a následky popisovány v dílech ekonomů rakouské školy, konkrétně v díle M. N. Rothbarda. Ten patří k zastáncům minimální role státu a ve svém díle Ekonomie státních zásahů píše, že „žádný vládní zásah do směny nemůže nikdy společenský užitek zvýšit.“[43] Odlišnost státu od ostatních institucí vidí ve dvou ohledech:

- Jedině stát smí násilím zasahovat do skutečných nebo potenciálních směn mezi ostatními lidmi.
- Jedině stát získává příjmy z povinných odvodů, vynucovaných násilím.

Analýzu rozdílů mezi státem a trhem lze nalézt také v díle Franze Oppenheimera, který zmiňuje dva základní způsoby uspokojování lidských potřeb: (a) výroba a dobrovolná směna na trhu – tzv. „ekonomické prostředky“a (b)vyvlastnění bohatství druhých – tzv. „politické prostředky“. Z tohoto rozdělení pak vyplývá definice státu jako „organizace politických prostředků“.[44]

Násilné zásahy do svobodného jednání a majetku rozděluje M. N. Rothbard do tří skupin:

1. Autistická intervence = omezení majetku, když nedochází ke směně. Tyto intervence mají vliv pouze na jedince samotného. Příkladem může být zákaz náboženských obřadů.
2. Binární intervence = vynucení násilné směny mezi jedincem a tím, kdo ke směně nutí. Důležitým příkladem jsou v této skupině intervencí daně a na druhé straně pak vládní výdaje.
3. Triangulární intervence = vynucení nebo zakázání směny mezi dvojicí subjektů. Patří mezi ně regulace cen, prohibice, patenty aj.

[42] Historické přístupy k roli státu v ekonomice, dostupné z http://www.ceed.cz/makroekonomie/03_role_statu_v_ekonomice.htm, staženo dne 03.04.2011
[43] Ekonomie státních zásahů, M.N.Rothbard, 2001
[44] Oppenheimer, Franz: The State, Vanguardpress, 1914

Ve zdravotnictví České republiky lze najít jak binární, tak triangulární intervence. Binární intervencí je samotný výběr pojistného na povinné zdravotní pojištění. Jako triangulární intervenci je možné označit sazebník plateb za výkony, kterým určuje cenu každého výkonu, a jedná se tedy o regulaci cen. Regulace cen může mít různé dopady a to dle toho, zda je stanovena cena maximální, nebo minimální. Ani v jednom případě ale nemůže dojít k vyčištění trhu. V případě minimální ceny je nabídka vyšší než poptávka a naopak stanovení maximální ceny vede k převýšení poptávaného množství nad nabízeným.

Konkrétně ve zdravotnictví by měl mít stát, dle liberálního přístupu, pouze omezenou roli, a to roli tvůrce pravidel a roli regulátora. Cílem těchto rolí je zajištění dostupnosti zdravotní péče a její kvality. Dále pak zajištění dostupnosti informací pro občany a určité kontroly. [45]

V současné době však dochází ve zdravotnictví České republiky k selhávání některých z těchto rolí státu. Mezi oblasti, kde stát zcela neplní svoji funkci, patří:

- Nejasné vymezení péče hrazené z veřejných zdrojů – občané nejsou dostatečně informováni o tom, co je ještě „ bezplatné“ (hrazené z veřejných zdrojů) a za co už si musí připlatit. Proto se nezřídka stává, že u každého doktora se doplácí za něco jiného a nikdo se tomu nebrání.
- Neexistence systematického dohledu nad finančním zdravím zdravotních pojišťoven.
- Dohled nad dostupností zdravotní péče – nedostatek související s dostupností zdravotní péče je příslušnost nemocnice k určité oblasti. Také existuje problém s vytížeností některých žádanějších nemocnic, kde jsou na výkon zdravotní péče dlouhé čekací lhůty. Kdyby zdravotnická zařízení fungovala jako běžná firma na trhu, tak by vyšší počet pacientů (zákazníků) umožnil rozšíření kapacity a uspokojení dalších zájemců o jejich péči.

Na druhé straně se v posledních letech ale zlepšila dostupnost informací o počtu výkonů vykázaných lékařem na pacienta. A zvyšuje se i počet obyvatel využívajících možnosti

[45] MuDr. Pavel Hruboň, M.S., Nutné role státu ve zdravotnictví, dostupné z http://www.euro-forum.cz/prezentace/hrobon05-6.pdf, dne 30.1.2011

získat přehled na ně účtovaných služeb, aby viděli, zda si lékaři nepíší i úkony, které nikdy neprovedli.

Naopak jsou oblasti, do kterých by stát zasahovat neměl a mezi něž patří:

- nákup zdravotní péče,
- platby poskytovatelům,
- nebo dokonce samotné poskytování zdravotní péče.

Důsledky zásahů do těchto oblastí jsou pak patrné v oblasti nákupu i poskytování zdravotní péče. Mezi tyto důsledky, se kterými se české zdravotnictví potýká, patří:

- investice do zdravotní techniky neodpovídající potřebě a ekonomické efektivitě,
- zadlužování celého systému kvůli nerespektování reálných ekonomických omezení,
- přetrvávající důraz na nemocniční péči namísto ambulantní,
- upřednostňování zájmu poskytovatelů před zájmy pacientů.

Všechny uvedené zásahy státu do zmíněných částí systému mohou vést ke zvyšování jeho neefektivnosti. Dle I. Malého, jak bylo zmíněno, dochází k růstu neefektivnosti při veřejném poskytování soukromých statků. Dalším z důvodů neefektivnosti je i nárůst byrokracie. Byrokrati se snaží na rozdíl od vedení firmy v konkurenčním prostředí o zvýšení svých rozpočtů namísto maximalizace zisku, a tak dochází k bujení byrokracie, které je charakteristické neefektivním růstem rozpočtu byrokrata. Další důvody proč by měl stát zasahovat do fungování trhů jen omezeně a jen tam, kde je to opravdu nutné jsou omezené informace, zpožděná rozhodnutí, či omezená kontrola nad byrokratickým aparátem.[46]

Vzhledem k tomu, že je v České republice zdravotní péče chápána jako sociální služba, na kterou má každý nárok a nerovnost rozdělení příjmů je kompenzována povinnou solidaritou, vstupuje vláda do vztahů jednotlivých aktérů na trhu se zdravotní péčí. Formy, kterými zasahuje vláda do těchto vztahů, jsou následující:

- Zajišťuje lékovou politiku
- Reguluje ceny zdravotnických služeb prostřednictví fondu zdravotního pojištění

[46] Ekonomie státních zásahů, M.N.Rothbard, 2001

- Dohlíží na zdravotní pojišťovny
- Zabezpečuje kvalitu zdravotnictví díky vzdělávacímu systému lékařů
- Provádí kontrolu zdravotnických zařízení a provádí ochranu zdraví (povinná očkování, hygiena…)

3.1.2 Role pojišťoven

Hlavní rolí zdravotních pojišťoven je platit zdravotní péči poskytovanou jejich pojištěncům. Dále jsou hlavním zdrojem financování zdravotnictví, mají pravomoc dohlížet nad poskytováním péče a mají v kompetenci i možnost lékaře „potrestat" ukončením smlouvy. Přesněji lze říci, že zdravotní pojišťovna v systému funguje jako subjekt, který organizuje směnný vztah mezi lékařem a pacientem"[47]

V České republice existují zdravotní pojišťovny od roku 1991, kdy byl přijat **Zákon č.550/1991 Sb., o péči o zdraví lidu a Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně**. Dominantní postavení má Všeobecná zdravotní pojišťovna, a to jak tržním podílem, počtem pojištěnců, tak i specifickým postavením mezi zdravotními pojišťovnami. Právě Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) vede registr pojištěnců, její ředitel je jmenován a odvoláván Poslaneckou sněmovnou parlamentu ČR. A podstatné je také to, že VZP nemůže zaniknout. To vyplývá ze Zákona č.551/1991 Sb., kde je uvedeno, že „majetek, se kterým hospodaří Pojišťovna (míněno VZP) nemůže být předmětem konkursu ani vyrovnání podle zvláštního předpisu." [48]

Kromě Všeobecné zdravotní pojišťovny existují v ČR ještě další zdravotní pojišťovny. Jedná se o pojišťovny odborové a zaměstnanecké. Pojištěnci se tak nabízí výběr pojišťoven a tím na trhu vzniká jisté konkurenční prostředí. Jak moc je prostředí konkurenční, a jaké výhody, či nevýhody z toho mohou plynout, rozebírá následující text.

Výhodou konkurenčního prostředí je nesporně snaha jednotlivých pojišťoven získat další pacienty spadajících pod jejich pojišťovnu, a tak se objevují na trhu zdravotního pojištění různé výhody a nabídky. Jedná se např. o příspěvky na léky, které nejsou ze zákona

[47] PUSTELNIK, K., JAROŠOVA, D. Úvod do studia zdravotnických systémů., 2003
[48] Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně

hrazeny, vitamínové balíčky, poukazy na sport, ochranné pomůcky i jiné výhody. Podstatné je samozřejmě i to, že si pacient může vybírat pojišťovací fond dle své momentální finanční a zdravotní situace.[49]

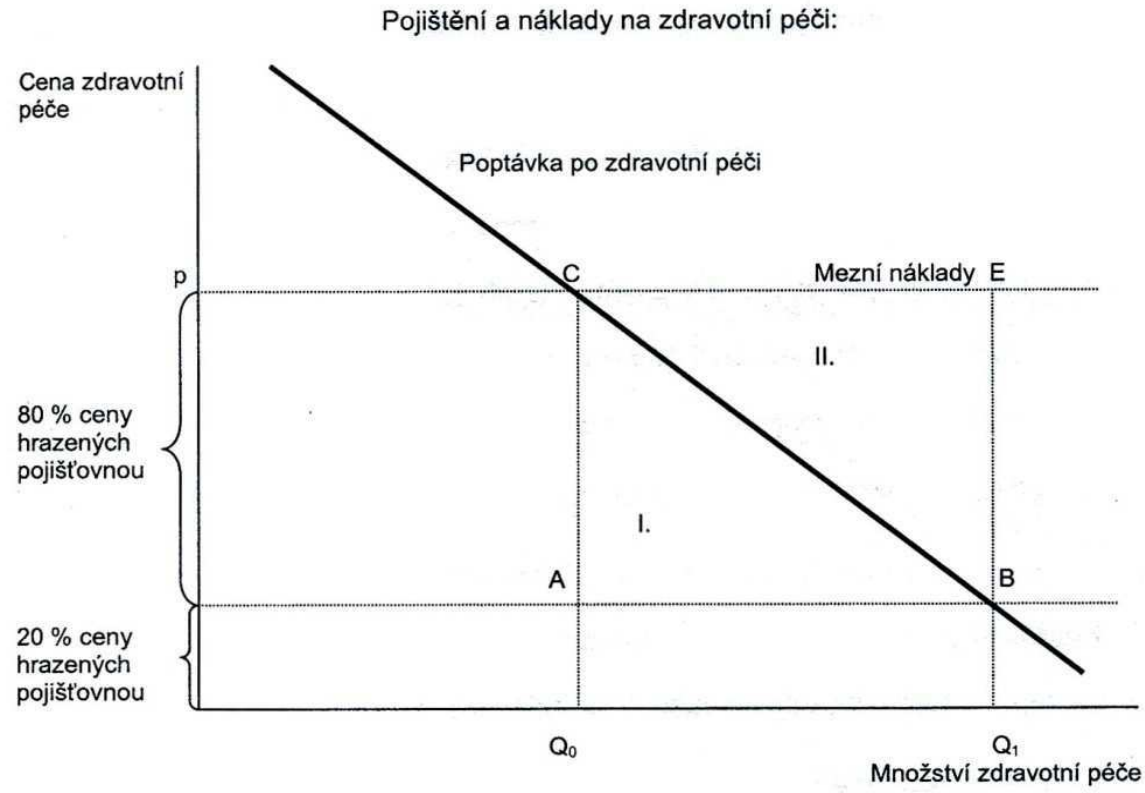
Ovšem konkurence mezi zdravotními pojišťovnami sebou nese jistá rizika, jakým může být snaha získat mladší a zdravější pojištěnce, nebo neschopnost jedince se v širší nabídce pojišťoven správně orientovat. Dle názoru autorky není ale tato nabídka zdravotních pojišťoven složitější než nabídka jiných finančních služeb v soukromém sektoru a konkurenční prostředí by tak mohlo vést ke vzniku různých poradenských firem, které by pomohly se v nabídce pojišťovacích fondů zorientovat. Ostatně i dle organizace Health Consumer Powerhouse se „ opakovaně ukazuje, že lepší hodnocení z pohledu hodnoty pro pacienta dosahují pojistné systémy s více zdravotními pojišťovnami“.[50]

[49] HROBOŇ, P., MACHAČEK, T., JULINEK, T. Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, 2005
[50] Mýty a pověry ve zdravotnictví dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/myty-a-povery-ve-zdravotnictvi_1149_1544_1.html dne 6.8.2011

3.1.2.1 Pojištění a náklady na zdravotní péči

Nyní může být upuštěno od toho, zda je pojištění soukromé nebo veřejné, protože jak ukazuje následující graf, vede jakékoliv pojištění vždy k vyšší spotřebě zdravotní péče, protože dochází k odtržení platby za péči od jejího spotřebovávání.

Graf 1: Pojištění a náklady na zdravotní péči



Zdroj : STIGLITZ, J.E. (1997)

Z grafu je patrné, že pacient, jemuž hradí 80% ceny pojišťovna, bude poptávat více zdravotní péče (bod Q1), než kdyby si hradil celou péči sám (bod Q0). V okamžiku potřeby péče je totiž zdravotní pojištění již utopeným nákladem (tj. „nákladem, který nemůžete ušetřit, ať už se rozhodnete pro kteroukoliv alternativu“[51]) a při spotřebování zdravotní péče již tento náklad není zvažován a péče je čerpána jakoby zadarmo. Proto pacient nepostupuje jako zákazník při koupi jiného statku a nezvažuje cenu versus užitek. To má za následek výskyt tzv. morálního hazardu (neboli neefektivního chování). Setkat se můžeme se dvěma formami morálního hazardu.

[51] Holman, R.: Mikroekonomie středně pokročilý kurz, 2002, str. 34

První je nadměrné čerpání péče i v případech, kdy ji pacient zdaleka nepotřebuje, ale vzhledem k tomu, že ho „nic nestojí“, tak lékaře navštíví. Setkávají se s ní např. praktičtí lékaři u seniorů, pro které může být návštěva lékaře způsobem sociálního kontaktu. Ovšem dle V. R. Fuchse jsou za nadměrné čerpání zdravotní péče zodpovědní nejen pacienti, ale také lékaři. Právě lékaři totiž rozhodují o potřebě léčby.[52]

Druhou formou neefektivního chování je absence prevence. Pokud má člověk péči zadarmo, tak není motivován investovat čas, úsilí a peníze na zabránění vzniku onemocnění. Tuto motivaci v podmínkách ČR nyní pomáhá vytvářet např. absence regulačního poplatku při preventivní prohlídce. Nebo jsou sem řazeny výhody poskytované jednotlivými zdravotními pojišťovnami, které dotují právě preventivní opatření, jako jsou helmy na kola pro děti nebo třeba příspěvky na vitamíny.

Pojišťovny mají ovšem velmi omezené možnosti, jak toto chování potírat a přitom právě ony by k omezení nadměrného čerpání byly nejvíce motivovány. Jedná se totiž o jejich zisk.

Vzhledem ke způsobu plateb za jednotlivé lékařské výkony (popsaných výše) vzniká neefektivnost i na druhé straně – na straně nabídky. Lékař je placen dle určitých předem daných kritérií, kde základ je výkonový. Ať jde o počet pacientů, nebo počet úkonů, lékař stejně jako pacient nemá motivaci šetřit a omezit nadspotřebu lékařské péče, protože tím by obíral sám sebe o peníze. To jsou neefektivity způsobené odtržením platby za úkon od úkonu samotného.

3.1.3 Role občana

Jak je vidět ze schématu na začátku druhé kapitoly (obr. 2), občan platí do systému, vybírá si plátce (pojišťovnu), spotřebovává zdravotní péči a vybírá si poskytovatele. V současné době některé jeho možnosti volby téměř postrádají smysl, případně k nim nemá dostatečné informace.

[52] FUCHS, V. R.: Who shall Live? Health, economics and social choices, 1975

V případě výběru zdravotní pojišťovny má sice občan možnost volby, ovšem v současné chvíli se pojišťovny mezi sebou liší pouze minimálně. I samy pojišťovny by mohly uvítat možnost více diferencovat nabídku svých služeb a mezi lidmi by jistě byl o takové možnosti, jako připojistit se na některé úkony, které nejsou placeny ze základního zdravotního pojištění (př. zubní náhrady). Tyto možnosti nyní rozšiřuje nabídka soukromého připojištění.

Existují jen omezené informace pro výběr zdravotnického zařízení. A pokud tyto informace existují, jsou často zavádějící a o způsobu porovnání jednotlivých zařízení a nastavení ukazatelů se tak i nadále vedou diskuze. Nefunguje tu (snad s výjimkou privátních zdravotnických zařízení) ani pro zákazníka základní a nejjednodušší způsob získávání informací jako je reklama. A tak většinou stále nezbývá nic jiného, než spoléhat se na doporučení známých (tzv. slovo z úst = forma reklamy), nebo prostě jen důvěřovat zcela neznámému lékaři. V této souvislosti je překvapivé, jaká důvěřivost je prokazována v tak důležité oblasti, jako je zdraví, ve srovnání například s nákupem spotřebního zboží. Vždyť i výběru pračky je věnována větší pozornost a existuje více dostupných informací pro rozhodování, než při výběru lékaře.

V současnosti již existují neformální cesty, jak informace o konkrétním lékaři získat, důležitým pomocníkem jsou při tom informační technologie (zejména internet), kde lze najít různé stránky s referencemi a hodnocením lékařů. Jedná se sice o informace subjektivní, ale jiné zatím k dispozici pacient nemá. Na úspěšném fungování těchto stránek je vidět, že pacient se stále více zajímá o to, kterému lékaři svěří své zdraví a neváhá tomu obětovat i čas potřebný pro získání těchto informací. Role pacienta se tak pomalu přesouvá z pasivního k aktivnímu přístupu.

3.1.4 Role poskytovatele

Poskytovatel se snaží zajistit potřebnou péči v co nejlepší úrovni. Druhým základním úkolem je zajistit si dostatek financí pro fungování zdravotnického zařízení. Dále je podstatné zajištění odpovědného vedení a kvalifikovaného personálu. I zde lze předpokládat, že by konkurence mohla pomoci ke zvýšení efektivnosti. Jak již bylo

zmíněno dříve, vede byrokratické vedení k neefektivnosti vzhledem k odlišné motivaci vedoucích pracovníků (cílem je navýšení vlastního rozpočtu).

Zvýšením efektivnosti ve veřejném sektoru pomocí konkurence se zabývá ve svém díle i Strecková[53], která ve svém díle hovoří o konkurenčním prostředí uvnitř veřejného sektoru jako o faktoru, který veřejný sektor ovlivňuje relativně výrazně. Praxe dokazuje, že vytváření konkurenčního prostředí uvnitř veřejného sektoru všude tam, kde je to provozně možné a finančně únosné, přináší typický efekt konkurence a tím je zlepšování vztahu mezi velikostí nákladů a produkovaným užitkem.

V následující tabulce jsou zmíněny jednotlivé formy konkurence, se kterými je možné se ve veřejném sektoru setkat.

Tab. 4: Veřejný sektor a případy konkurence

1. Uvnitř veřejného sektoru
a. jeden typ služeb (činnosti) zajišťuje více subjektů
- institucionálně (přímo)
- finančně
b. boj o rozpočtové prostředky
2. Veřejný sektor kontra další sektory
a. ziskový privátní
b. neziskový
c. domácnosti

Zdroj: MALÝ, I.: Konkurence jako faktor efektivnosti veřejného sektoru. In Sborník referátů z teoretického semináře pořádaného katedrou veřejné ekonomie ESF MU v Brně

V oblasti zdravotnictví mohou být uvedeny následující příklady: nemocnice poskytují stejné služby, ale na jiných místech, nebo konkurence mezi veřejnými a soukromými klinikami.

Závěrem lze říci, že skloubit zájmy všech subjektů zdravotnického systému je velmi obtížné. Je tomu tak zejména z důvodu rozdílných zájmů jednotlivých subjektů, jejich znalostí a informací a v neposlední řadě mocenského postavení.

[53] STRECKOVÁ, Y., MALÝ, I.: Veřejná ekonomie pro školu i praxi, 1998

3.2 Zdravotnictví v České republice

3.2.1 Systém zdravotnictví v ČR a jeho změny v čase

Jednotlivé modely, které jsou v této práci zkoumány, jsou zkoumány v podmínkách panujících v České republice, a proto je důležité popsat systém zdravotnictví České republiky jeho aktéry, právní normy a podmínky, které jej ovlivňují. Tomu je věnována tato teoretická část.

Jednotlivé zdravotnické systémy se od sebe vzájemně výrazně liší. Při upuštění od jednotlivých detailních specifik lze zdravotnické systémy rozdělit na následující základní formy

1. Netržní forma – tato forma je financována z daní a setkáváme se s ní třeba ve Velké Británii či Švédsku.
2. Polotržní forma – tato forma kombinuje financování z veřejných i soukromých zdrojů, zahrnuje veřejné pojištění, soukromé pojištění atd. Právě tato forma je typická pro Českou republiku.
3. Tržní forma – péče je hrazena buď přímou platbou pacienta, nebo ze soukromého zdravotního pojištění. Známým příkladem jsou USA.

Základy systému zdravotnictví v České republice jsou postaveny na Bismarckovských základech, kdy kancléř Otto von Bismarck (1815–1898) vytvořil v Německu v poslední třetině 19. století vůbec první systém státního důchodového pojištění – blíže toto komentuje např. Holman[54]. Bismarckův systém představuje střední cestu mezi modely poskytování zdravotní péče a to co ho odlišuje od ostatních modelů je právě systém povinného veřejného pojištění.[55] Na stejných základech jsou postaveny zdravotní systémy v Belgii, Rakousku či Polsku.

V Československu, resp. České republice bylo veškeré zdravotnictví do roku 1990 centrálně plánované a financované ze státních prostředků. V roce 1993 se uskutečnila reforma, která spočívala v oddělení financování zdravotnictví od státního rozpočtu.

[54] Holman, R.: Dějiny ekonomického myšlení, str. 351
[55] Dostupné z www.lf3.cuni.cz dne 30.7.2011

Zároveň byl vybudován systém vícezdrojového financování a začalo fungovat všeobecné zdravotní pojištění, které je hlavním zdrojem financí ve zdravotnictví až dodnes. Dalšími zdroji financování zdravotnictví jsou veřejné rozpočty a přímé platby obyvatel. Všeobecné povinné zdravotní pojištění v současné době (údaje z roku 2009) pokrývá celkem 76 % celkových výdajů na zdravotnictví, zatímco přímé platby od obyvatel pokrývaly jen 16,4 %. Zbytek nákladů je hrazen z financí plynoucích do systému z veřejných rozpočtů (státní rozpočet a místní rozpočty) a od různých neziskových organizací.

Veřejné zdravotní pojištění je v ČR povinné, a to nejen pro občany ČR, ale i pro cizince s trvalým pobytem na území ČR a zaměstnance firem mající sídlo v ČR. Na základě plateb pojistného mají pak tyto skupiny obyvatel nárok na poskytnutí zdravotní péče. V zákoně o veřejném zdravotním pojištění (zákon 48/1997 Sb.) je přesně stanoveno, co může a co nemůže být uhrazeno ze zdravotního pojištění. Základní definice a rozsah péče hrazené z povinného zdravotního pojištění je uveden v §13 až §16 zmíněného zákona. V paragrafu 13 odstavec 1 zákona je řečeno: „Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav…“. V odstavci 2 stejného paragrafu je pak zmíněn obecný seznam hrazené péče, kam patří například léčebná péče ambulantní a ústavní, pohotovostní a záchranná služba, preventivní péče či doprava nemocných. V příloze č. 1 tohoto zákona je následně uveden jmenovitý Seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek.[56]

V současnosti se odvádí na všeobecné zdravotní pojištění 13,5 % z vyměřovacího základu. Vyměřovací základ je stanoven právě vládou a tím je ovlivňována i samotná výše odvodů na veřejné zdravotní pojištění za tzv. státní pojištěnce. Tito pojištěnci tvoří více než polovinu obyvatel ČR (studenti do 26 let, nezaopatřené děti, důchodci atd.) a plátcem pojistného je v jejich případě stát zde konkrétně hradí pojistné ministerstvo financí ČR. V České republice má nyní zdravotní pojištění spíše charakter daně než pojištění (je stanoveno jako procento mzdy). Není tedy možné ovlivnit výši placeného pojistného a ani jeho čerpání. Pojistné hrazené státem je nástrojem v rukou vlády.

[56] http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/cast5.aspx, staženo dne 30.3.2011

Tab. 5: Přehled o pojištěncích, za které je plátcem zdravotního pojistného stát

Skupiny pojištěnců	2008	2009
	Počet osob celkem	Počet osob celkem
Nezaopatřené děti	2 324 769	2 324 355
Poživatelé důchodů	2 682 566	2 723 007
Ženy na mateřské dovolené, příjemci rodičovského příspěvku	382 289	367 040
Uchazeči o zaměstnání	345 734	522 363
Osoby pobírající dávky soc. péče z důvodu soc. potřebnosti	2 743	2 769
Osoby převážně nebo úplně bezmocné a osoby o ně pečující	32 431	32 109
Osoby konající civilní vojenskou službu nebo na vojenském cvičení	9	14
Osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody	19 998	21 052
Osoby bez příjmu pečující osobně celodenně o děti	24 301	25 242
Osoby důchodového věku bez nároku na důchod	5 535	6 014
Osoby bez zdanitelných příjmů pobírající nemocenskou	23 097	15 678
Mladiství v ústavech	910	897
Ostatní výše neuvedení	1 415	1 192
Celkem	5 845 797	6 041 732

Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví, www.uzis.cz

V tabulce č. 5 je jednoznačně vidět, že nejvíce tzv. "státních pojištěnců" tvoří nezaopatřené děti a poživatelé důchodu. V roce 2009 byl podíl nezaopatřených dětí 38 % a poživatelů důchodu dokonce 45 %. Vzhledem k celkovému počtu tzv. "státních" pojištěnců (celkem 6 041 732 osob v roce 2009) a celkovému počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven, který je každoročně vyšší než 10 milionů, je evidentní, že podíl pojištěnců, za které hradí pojištění stát, je vyšší jak 50 %. V roce 2008 tak stát odvedl na povinném zdravotním pojistném 2 628 mil. Kč a v roce 2009 dokonce 3 215 milionu Kč.

V současné době je systém veřejného zdravotního pojištění bohužel velmi administrativně náročný a vzhledem k tomu, že neefektivita systému je řešena dalšími a dalšími regulacemi, tato administrativní zátěž stále roste.

Zákonem 551/1991 Sb. byla s účinností od 1.1.1992 zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP). Ta dodnes zajišťuje výběr pojistného, vede registr pojištěnců veřejného zdravotního pojištění a spravuje zvláštní účet veřejného zdravotního pojištění. Mimo to také spravuje Informační centrum zdravotního pojištění (ICZP), které má za úkol kontrolovat čerpání finančních prostředků zdravotního pojištění zdravotnickými zařízeními. V §41 Zákona o veřejném zdravotním pojištění (zákon48/1997 Sb.) je stanoven rozsah dat, které shromažďuje a spravuje Informační centrum zdravotního pojištění, mezi ně patří například přehled zdravotnických zařízení, která mají uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami, nebo součet časů zdravotních výkonů uvedených v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.[57] Činnost ICZP kontroluje Ministerstvo financí.

Kromě Všeobecné zdravotní pojišťovny, která je jako jediná řízená státem, existují v ČR ještě různé resortní a podnikové pojišťovny (např. Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, Revírní bratrská pokladna, Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky). Jejich vznik byl umožněn 1.1.1993. Největší počet pojištěnců je registrován u Všeobecné zdravotní pojišťovny – v roce 2009 to bylo více než 6,3 mil. osob.

Peníze od občanů vybrané na zvláštní účet u VZP se na základě počtu pojištěnců, věkové struktury, pohlaví, a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců (těch je dle zákona 438/2004 Sb. definováno 18) přerozdělí mezi tyto pojišťovny. Ty mají uzavřeny smlouvy s lékaři a zdravotnickými zařízeními. Po každé návštěvě pacienta pak musí lékař informovat pacientovu zdravotní pojišťovnu a ta mu posléze provedený úkon uhradí. Výši pojistného, rozhodné období, způsoby placení a přerozdělování pojistného, některé povinnosti pojišťoven a jiné náležitosti upravuje zákon o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění (č. 592/1992 Sb. ve znění pozdějších předpisů).
V roce 2008 byla v České republice odstartována reforma zdravotnictví, respektive jen její nepatrná část. Z celého konceptu tehdejšího návrhu zůstala dnes po různých politických bojích v platnosti jen malá část původního návrhu – jedná se o poplatky placené přímo

[57] http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/cast7.aspx, staženo dne 29.3.2011

pacientem (jednotlivé druhy ukazuje následující přehled) a maximální roční výše spoluúčasti pacienta. Maximální výše spoluúčasti pacienta byla stanovena na 5 000 Kč za rok. Tento strop se vztahuje na doplatky na léky, poplatky u lékaře a další přímé úhrady. Reforma zdravotnictví přitom v původní verzi obsahovala komplexní návrhy na změnu institucionálního zabezpečení a financování.

Smyslem zaváděných poplatků bylo snížit spotřebu zdravotní péče a tím omezit plýtvání zdroji způsobené nadužíváním zdravotní péče. Jak byl tento krok úspěšný, je patrné na následujících příkladech v tabulce 3.

Tab. 6: Změna poptávky po zdravotních službách v roce 2008

ÚKON	ZMĚNA POPTÁVKY (v %)
Návštěvy ambulantních specialistů	-15,32
Návštěvy ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních	-19,15
Dispenzární prohlídky	10,83
Pohotovost	-36,07
Výjezdy záchranné služby	0,49
Počet ošetřovacích dnů v nemocnicích	-1,37
Počet hospitalizovaných v nemocnicích	3,18
Počet ošetřovacích dnů v zařízeních následné péče	-3,75
Počet hospitalizovaných v zařízeních následné péče	5,09
Počet položek na receptu	-30,67
Počet receptů	-27,95
Počet balení léků	-21,09
Celková úhrada	-3,48

Zdroj: www.mzcr.cz[58]

[58] http://www.mzcr.cz/dokumenty/fakta-o-regulacnich-poplatcich-a-jejich-dopadech_1144_870_1.html, staženo dne 2.4.2011

3.2.2 Zdroje financování

3.2.2.1 Veřejné zdravotní pojištění

Vhledem k tomu, že pojistné odváděné na zdravotní pojištění snižuje daňový základ, řadí se český systém zdravotního pojištění mezi systémy s nepřímou podporou státu. Na rozdíl od soukromého pojištění u zdravotního pojištění vzhledem k tomu, že je povinné, ze zákona, nezaniká toto pojištění z důvodu neplacení, ale pojišťovny mají právo si počítat nemalé penále.

Do veřejného zdravotního pojištění odvádí peníze stát (viz další kapitola), zaměstnavatelé a pojištěnci. Zaměstnavatel platí dle zákona č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění, 9 % z vyměřovacího základu. Zbylá 4,5 % pak odvádí zaměstnanec.

„Vyměřovací základ u zaměstnance v pracovním poměru je úhrn příjmů zúčtovaných mu zaměstnavatelem v souvislosti s výkonem zaměstnání, které zakládá účast na nemocenském pojištění.“[59] Pojistné za zaměstnance se stanoví z vyměřovacího základu, nejméně však z minimální mzdy, a to měsíčně. Pokud je vyměřovací základ zaměstnance nižší než minimální mzda[60], je zaměstnanec povinen doplatit zdravotní pojištěni ve výši 13,5 % z rozdílu.

Specifickým případem jsou osoby samostatně výdělečně činné (dále OSVČ). Ty odvádí také 13,5 %, ale pouze z částky do 50 % příjmů. Je jim stanoven minimální vyměřovací základ, který je roven průměrné měsíční mzdě v národním hospodářství, a je vyhlašován Ministerstvem zdravotnictví České republiky (MZČR).

Z veřejného zdravotního pojištění je zcela, nebo částečně hrazena dle zákona 48/1997 Sb. např. tato zdravotní péče:

- diagnostická péče,
- léčebná péče ambulantní, ústavní včetně rehabilitace a péče o chronicky nemocné,
- preventivní péče,

[59] Internet: http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1995/059995/Sb_059995_------_.php, dne 10.12.2008
[60] DURDISOVA, J. Ekonomika zdraví, 2005, str. 197

- léčiva a prostředky zdravotnické techniky,
- doprava nemocných a náhrada cestovních nákladů,
- lázeňská péče a péče v odborných léčebnách a ozdravovnách.

Obecně řečeno se z povinného zdravotního pojištění financuje veškerá zdravotní péče garantovaná státem, jejíž vymezení je možné nalézt v zákoně 48/1997 Sb.. Například v roce 2009 byla celková výše finančních prostředků uhrazených zdravotními pojišťovnami na státem garantovanou zdravotní péči 227,47 mld. Kč (viz tabulka 6), což činilo 75,5 % celkových výdajů na zdravotnictví.
Úhrady za zdravotní péči jsou poskytovatelům hrazeny prostřednictví zdravotních pojišťoven, se kterými mají poskytovatelé zdravotní péče uzavřeny smlouvy.

Níže jsou uvedeny jednotlivé způsoby úhrady zdravotní péče používané v ČR. Těmi jsou platba za výkon, DRG a kapitačně výkonové platby.

Platba za výkon

Tento způsob platby za zdravotní péči vychází ze Seznamu zdravotních výkonů, ve kterém jsou jednotlivé úkony porovnány dle časové a odborné náročnosti. Seznam zdravotních úkonů vychází formou vyhlášky ministerstva zdravotnictví[61]. Dle tohoto seznamu jsou jednotlivým zdravotnickým úkonům přiřazeny bodové hodnoty a ty jsou následně převedeny na peníze. Problémem tohoto systému úhrad je netransparentnost.

DRG financování (Diagnosis Related Group=„skupiny vztažené k diagnóze“)

Tato metoda platby za zdravotní péči je založena na sytému klasifikace pacientů do jednotlivých skupin podle celé řady charakteristik jako jsou např. věk, léčebné výkony, pohlaví, diagnózy apod.. DRG slouží k financování lůžkové péče. Existuje zde mnoho využití a to jak pevné platby za případ zařazený přímo do konkrétní DRG, tak i vytváření rozpočtů založených na měření produkce pomocí DRG. Kromě financování je systém DRG používán také jako nástroj pro řízení nemocnic, pro měření produkce a kvality, nebo

[61] Zákon 397/2010 Sb.

jako nástroj pro komunikaci v rámci i mimo nemocnici.[62] DRG financování v konečném důsledku působí jako výkonové a tak není vhodné v případě potřeby tvorby úspor.

Kapitačně výkonové platby

Tento systém plateb je používán u praktických lékařů, a to od roku 1997 a jeho používání se setkalo s úspěchem nejen u poskytovatelů, ale také u zdravotních pojišťoven. Jedná se o systém, kdy je lékaři zaplaceno nikoliv za jednotlivé úkony, ale za počet pacientů. Podstatné je, že pacient byl po určité časové období zaregistrován u daného lékaře bez ohledu na to, kolik zdravotní péče potřeboval. Výše platby za jednoho pacienta je stanovena v dohodovacím řízení, jehož výsledky pak shrnuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR. Kapitační jednotka je závislá i na věku pacienta. A nejen to, je možné zde nalézt jistá zvýhodnění pro specifické případy, jako jsou např. „malé ordinace“, a to z důvodu zajištění dostupnosti péče v místech s horšími geograficko-demografickými podmínkami (např. horské a pohraniční oblasti).

Praktičtí lékaři měli v roce 2009 stanovenou minimální měsíční výši 47 Kč za registrovaného pacienta. Ale podle analýzy kapitačních plateb VZP, dostávali však praktičtí lékaři již v roce 2007 průměrně 53,07 Kč na jednoho pacienta za měsíc. V případě dětských pacientů byly tyto částky vyšší.[63] Kapitační platby jsou však i u praktických lékařů kombinovány s platbou za výkon. Tato kombinace vypadá následovně: preventivní prohlídky jsou hrazeny kapitačně a další péče již platbou za výkon.

3.2.2.2 Prostředky ze státního rozpočtu a rozpočtů územních orgánů

Formou dotací Ministerstva zdravotnictví ČR a výdajů územních rozpočtů jsou poskytovány zdravotnickým organizacím příspěvky na některé činnosti (př. výzkum, protidrogové programy, provoz hygienických stanic…) a částečně na vybrané investice. Tento zdroj pokrýval v r. 2008 8,1 % výdajů na zdravotnictví (21,44 mld. Kč). Centrální rozpočty 4,7 % a místní rozpočty 3,4 %.

[62] Úvod od problematiky DRG dostupné z http://drg.nrc.cz/uvodddrg.html dne 1.4.2011
[63] Zdraví a zdravotnictví: Příjmy praktických lékařů. Dostupné z http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=7673

Stát také platí ze státního rozpočtu pojištění za tzv. "státní pojištěnce". Do této skupiny patří nezaopatřené děti, ženy na mateřské dovolené, uchazeči o zaměstnání, osoby pobírající dávky sociální péče z důvodu sociální potřebnosti, osoby převážně nebo úplně bezmocné, poživatelé důchodu z důchodového pojištění, osoby ve výkonu trestu atd.[64](přehled uvádí tabulka č. 5) Pojistné za „státní pojištěnce" je stanoveno v zákoně č.117/2006 a představuje nemalé zatížení státního rozpočtu. Podle zprávy OECD a Evropské komise o zdraví v Evropě z 5.1.2011 patří ČR mezi země s nejvyšším podílem veřejných zdrojů na financování zdravotnictví[65].

3.2.2.3 Přímé soukromé výdaje (výdaje fyzických a právnických osob)

Soukromé výdaje jsou v České republice poměrně malé, ale i přes to se v roce 2008 podíleli 15,6 % na krytí výdajů na zdravotnictví. O rok dříve tvořily přímé soukromé výdaje jen 13 %. Jak je vidět i v následující tabulce a grafu, podíl přímých soukromých výdajů každoročně roste.

Tab. 7: Podíl přímých soukromých plateb na výdajích ve zdravotnictví (%)

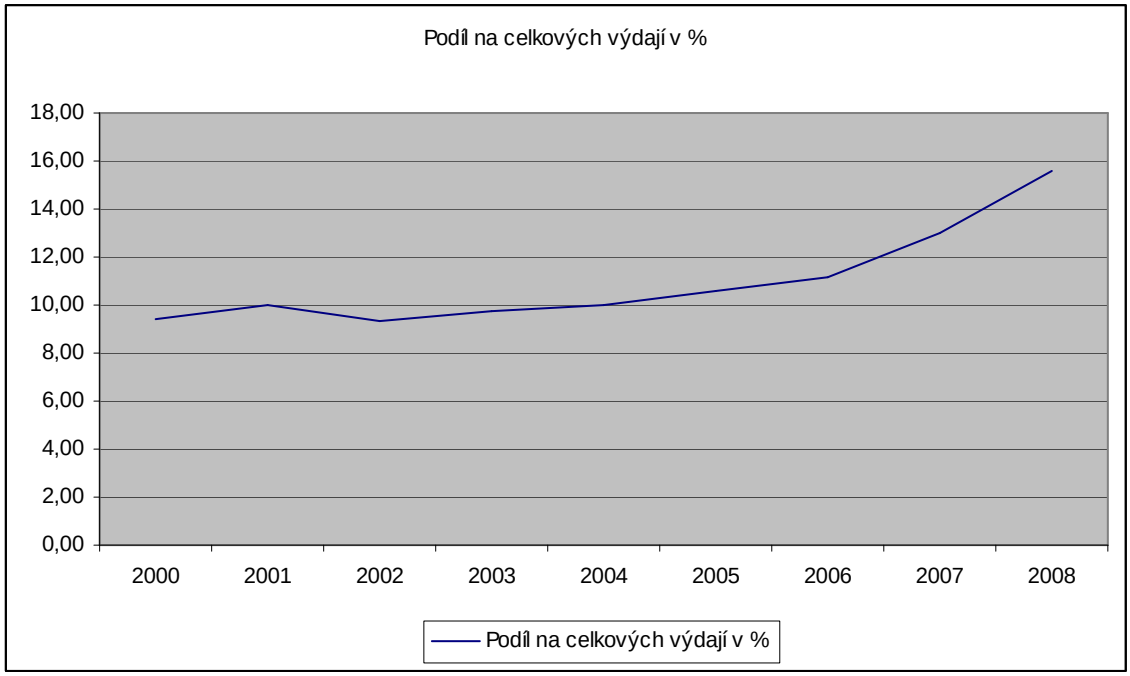
	Rok								
	2000	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**
Podíl na celkových výdajích na zdravotnictví v %	9,45	9,98	9,29	9,79	10,00	10,56	11,17	13,02	15,61

Zdroj: Analýza výdajů na zdravotnictví, www.czso.cz, vlastní zpracování

[64] Podrobněji viz. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění dostupný z http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/

[65] http://www.uzis.cz/rychle-informace/zprava-oecd-evropske-komise-zdravi-evrope, staženo dne 4.4.2011

Graf 2: Podíl přímých soukromých plateb na výdajích ve zdravotnictví 2000 - 2008



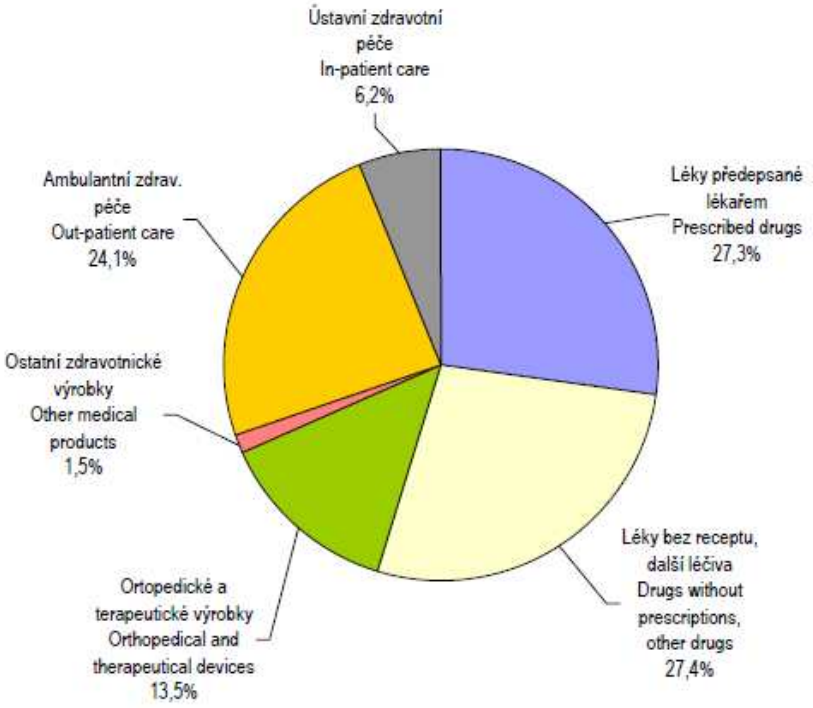
Zdroj: Analýza výdajů na zdravotnictví, www.czso.cz, vlastní zpracování

Přímou platbou je hrazena například kosmetická chirurgie (pokud k zákroku nejsou zdravotní důvody), různá potvrzení o zdravotní způsobilosti, nebo zdravotním stavu pacienta. Tyto úkony nejsou vůbec kryty veřejným zdravotním pojištěním.

Dále ještě existují případy, kdy je úkon částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění a částečně se pacient spolupodílí přímou platbou. Takové případy se často vyskytují ve stomatologii a u doplatků některých druhů léčiv. Od roku 2008 řadíme mezi přímé soukromé platby také regulační poplatky přímo hrazené pacientem, které byly zavedeny a po nemalých bojích i zachovány a zvýšily tak podíl přímých soukromých výdajů. O které konkrétní poplatky se jedná, bylo popsáno v předcházejícím textu.

Strukturu přímých plateb obyvatelstva pak ukazuje následující graf č. 3. Vyplývá z něj, že více jak polovina všech přímých plateb obyvatelstva (54,7 %) jde na úhradu léků. Z toho léky bez předpisu tvoří 27,4 % a léky na lékařský předpis 27,3 %. Nejméně z těchto úhrad je naopak použito na platby za ústavní péči (6,2 %).

Graf 3: Struktura peněžních vydání na zdravotní péči přímo placených obyvatelstvem v roce 2009



Zdroj dat: UZIS (ČSÚ Statistika rodinných účtů)[66]

3.2.2.4 Soukromé zdravotní pojištění

Tato možnost je v ČR využívána jen velmi zřídka. Ale její význam pomalu narůstá a s nárůstem spoluúčasti na platbách za zdravotní péči poroste i nadále. Už nyní začíná mít smysl např. připojištění pro pobyt v nemocnici, či při ztrátě výdělku z důvodu pracovní neschopnosti.

3.2.2.5 Strukturální fondy EU

Tato možnost se poprvé podařila vyjednat na období 2007–2013. V současnosti se tedy možnost čerpání financí z těchto zdrojů již nachází za polovinou programového období. Jak úspěšná byla ČR při čerpání peněz z těchto programů, bude však zřejmé až po jejich skončení. V oblasti zdravotnictví lze čerpat dotace například z Integrovaného operačního

[66] Ekonomické informace ve zdravotnictví dostupné z http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2009

programu, ve kterém doposud proběhlo sedm výzev zaměřených na zdravotnictví. Přehled počtu projektů schválených v jednotlivých výzvách včetně celkově rozdělených financí ukazuje následující tabulka. Jednalo se o výzvy v oblasti podpory „služby v oblasti veřejného zdraví“, zahrnující projekty vztahující se například k řízení kvality a nákladovosti systému veřejného zdraví (výzva 3), systémová opatření v oblasti prevence zdravotních rizik obyvatelstva (výzva 2), nebo řízená obnova a modernizace přístrojového vybavení (výzva 4).

Tab. 8: Přehled dotací z Integrovaného operačního programu

	Počet schválených žádostí	**Rozdělené dotace (mil.)**
1. Výzva	24	1 950
2. Výzva	21	514
3. Výzva	14	857
4. Výzva	5	376
5. Výzva	26	1 686
6. Výzva	1	205
7. Výzva	18	439

Zdroj: www.mzcr.cz, vlastní zpracování[67]

3.2.2.6 Další finanční prostředky

Sem patří sponzorské dary, prostředky od nadací, finance neziskových organizací atd.

3.2.3 Aktuální data zdravotnictví České republiky

Pro doplnění problematiky a přehledu o zdravotnictví České republiky je na tomto místě vhodné porovnat, jak se jednotlivé zdroje financování podílely na celkových výdajích na zdravotnictví v několika posledních letech. Je třeba připomenout, že celkové výdaje jsou tvořeny výdaji veřejnými (v roce 2009 84,1 %) a soukromými (v roce 2009 15,9 %). Veřejné výdaje jsou pak tvořeny výdaji ze státního rozpočtu a územních rozpočtů a výdaji ze systému veřejného zdravotního pojištění. V České republice naprosto převažují veřejné výdaje nad soukromými.

[67] http://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/ukoncene-vyzvy_3848_1134_8.html

Tab. 9: Celkové výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování

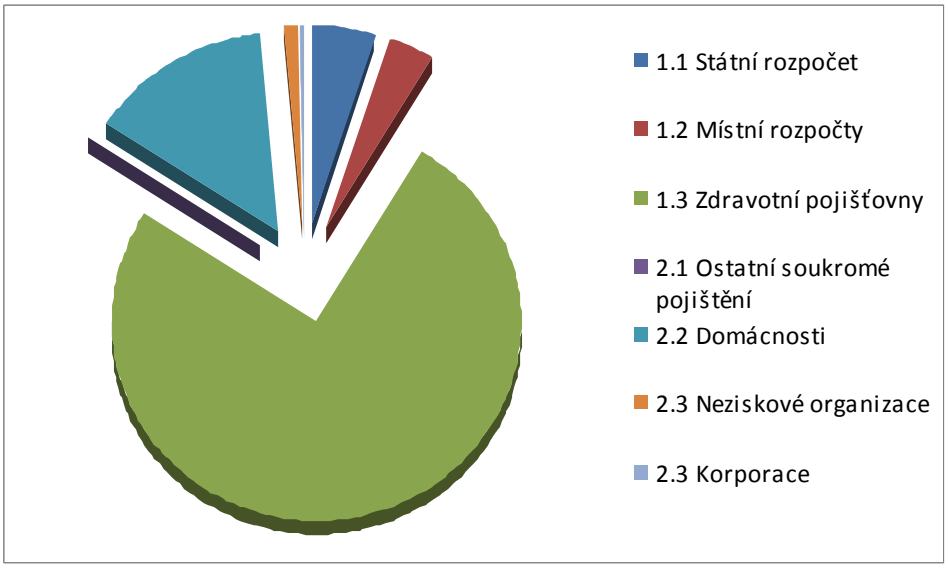
Zdroj financování	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1. Veřejné výdaje	132 962	145 206	162 297	175 592	184 825	191 357	197 028	206 564	218 719	253 503
1.1 Státní rozpočet	8 319	14 761	17 164	10 968	10 485	12 334	14 421	14 199	12 434	14 846
1.2 Místní rozpočty	8 851	2 585	3 115	12 923	11 010	8 930	8 407	8 652	9 005	11 188
1.3 Zdravotní pojišťovny	115 792	127 860	142 018	151 701	163 330	170 093	174 200	183 713	197 280	227 469
2. Soukromé výdaje	13 873	16 094	16 626	19 563	24 445	27 418	29 783	35 370	45 801	47 954
2.1 Ostatní soukromé pojištění	-	-	-	466	471	530	482	514	419	627
2.2 Domácnosti	13 873	16 094	16 626	19 097	20 934	23 110	25 346	31 491	41 288	43 141
2.3 Neziskové organizace	-	-	-	-	2 506	3 172	3 232	2 517	3 151	3 258
2.4 Korporace	-	-	-	-	534	606	723	848	943	928
Celkem	**146 835**	**161 300**	**178 923**	**195 155**	**209 270**	**218 775**	**226 811**	**241 934**	**264 520**	**301 457**

Zdroj: Analýza výdajů na zdravotnictví[68]

Členění výdajů v tabulce č. 9 vychází z Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů[69], kde korporacemi jsou myšleny veškeré podniky mimo zdravotní pojišťovny. Jak bylo již zmíněno dříve, největší část výdajů na zdravotnictví je hrazena zdravotními pojišťovnami z veřejného zdravotního pojištění, v roce 2009 činil tento podíl 227,5 tisíc Kč. Z tabulky zřetelně vyplývá i postupný nárůst podílu výdajů domácností.

[68] http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/56004CC65A/$File/330611a2.doc, staženo dne 4.4.2011
[69] http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/56004CC65C/$File/330611p1.doc, staženo dne 4.4.2011

Graf 4: Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v roce 2008

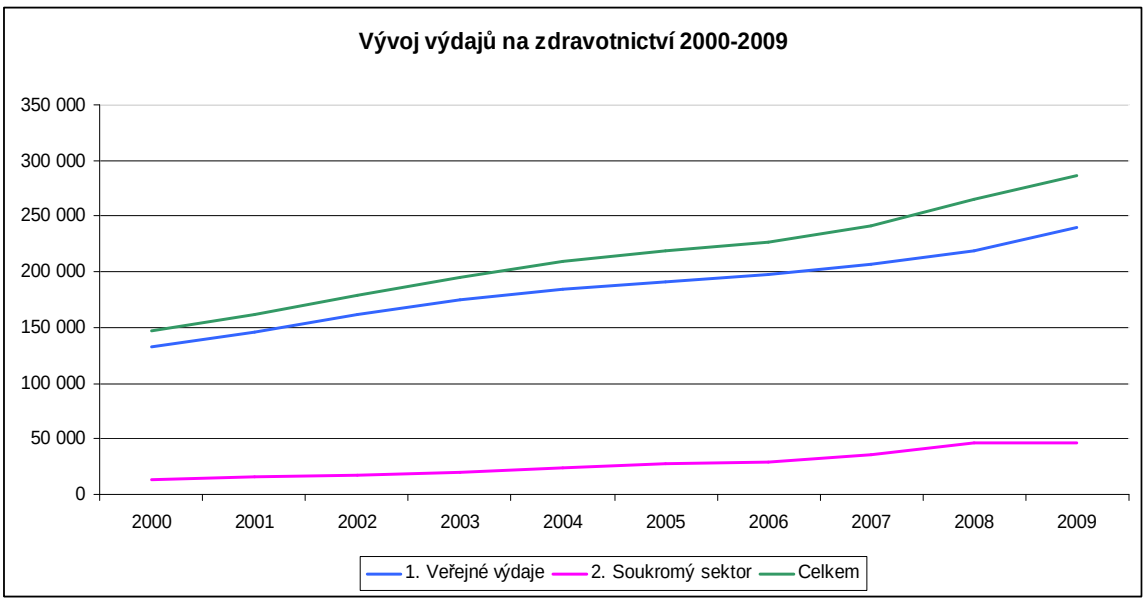


Zdroj: Analýza výdajů na zdravotnictví – vlastní zpracování

Z grafu je jednoznačně patrná zmiňovaná převaha podílu zdravotních pojišťoven na výdajích za zdravotní péči.

Na následujícím grafu se ukazuje trend zvyšování výdajů na zdravotnictví v posledních deseti letech. Je zde jednoznačný růstový trend u všech skupin výdajů, soukromých i veřejných. V grafu je také znát výrazný nárůst podílu soukromých výdajů po zavedení regulačních poplatků v roce 2008.

Graf 5: Vývoj výdajů na zdravotnictví 2000 - 2009



Zdroj: Analýza výdajů na zdravotnictví – vlastní zpracování

Dalším zajímavým ukazatelem je jistě vývoj výdajů na zdravotnictví jako podílu na hrubém domácím produktu (HDP). Z tabulky č. 10 vyplývá, že výdaje na zdravotnictví se dlouhodobě pohybují okolo 7 % DPH.

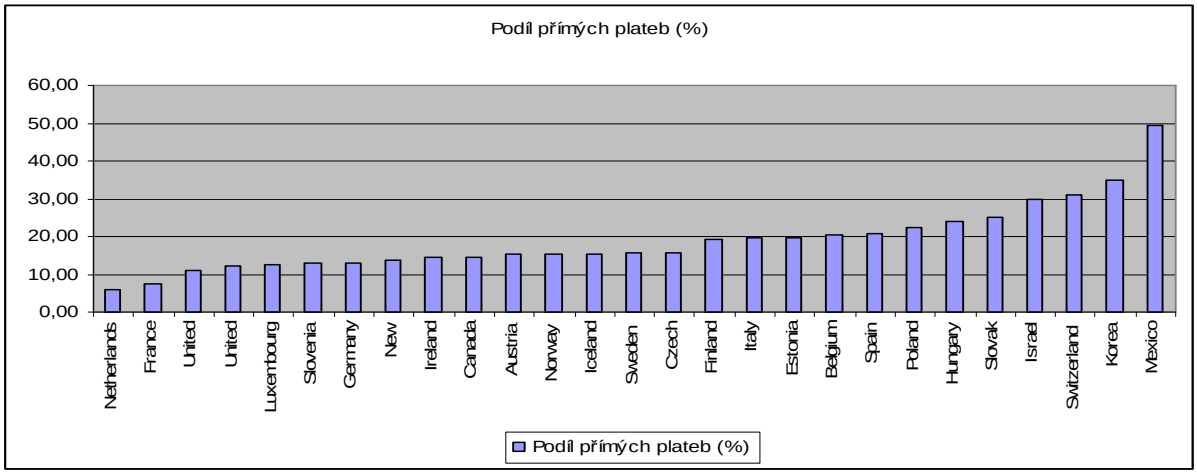
Tab. 10: Vztah mezi výdaji na zdravotnictví a HDP v běžných cenách

	2000		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		Index 2008/2007	Prům. roční tempo růstu (v %)
	mld. Kč	zdrav. jako % z HDP	mld. Kč	zdrav. jako % z HDP	mld. Kč	zdrav. jako % z HDP	mld. Kč	zdrav. jako % z HDP	mld. Kč	zdrav. jako % z HDP	mld. Kč	zdrav. jako % z HDP	mld. Kč	zdrav. jako % z HDP	mld. Kč	zdrav. jako % z HDP		
Výdaje na zdrav.	147	6,7	179	7,3	195	7,6	207	7,4	219	7,3	227	7,1	242	6,8	265	7,2	109,3	7,64
HDP v běžných cenách	2189		2464		2577		2781		2984		3216		3551		3689		103,9	6,74

Zdroj: Analýza zdravotnických účtů ČR

Pro diskuzi ohledně výše spoluúčasti pacienta na úhradě zdravotní péče, je zajímavé mezinárodní srovnání poměru přímých plateb obyvatelstva na celkových výdajích na zdravotnictví. Toto srovnání pro země OECD v r. 2008 ukazuje následující graf č. 6, znázorňující přehledně pořadí zemí v roce 2008.

Graf 6: Podíl přímých plateb obyvatelstva na celkových výdajích na zdravotní péči v r. 2008



Zdroj: OECD Health data 2010 – vlastní zpracování

V České republice, kde byl podíl přímých plateb obyvatelstva do roku 1989 nulový, vzrostl podíl přímých plateb obyvatelstva od roku 1990 do roku 2008 z 2,6 % na 15,7 %, tedy o 13,1 procentních bodů. Vyšší nárůst než ČR zaznamenalo Slovensko, kde vzrostl podíl

přímých plateb dokonce na 25,2 % z 8,3 v roce 1997. S podílem 15,7 % v roce 2008, se ČR zařadila na 15. místo mezi srovnávanými zeměmi. Nevyšší podíl mají v současné době v Mexiku a z evropských zemí potom ve Švýcarsku, kde doplácejí pacienti 30,8 %. Nejméně naopak hradí obyvatelé Nizozemí a to 5,7 %.

Na závěr lze doplnit, že v České republice (a nejen v ní) můžeme pozorovat chybějící zainteresovanost pacientů na svém zdravotním stavu, dále také zainteresovanost poskytovatelů zdravotnických služeb, plátců zdravotních služeb, regulujících orgánů a dodavatelů do zdravotnictví na pacientově zdravotním stavu. Stejně tak se projevuje chybějící zainteresovanost na minimalizaci nákladů. Hlubší zkoumání této problematiky ovšem již překračuje rámec této práce.

4 ZHODNOCENÍ MOŽNOSTI PŘÍSTUPU KE ZDRAVOTNÍ PÉČI JAKO K SOUKROMÉMU STATKU

V této kapitole bude na konkrétních příkladech ukázáno, proč je zdravotní péče, která může být dle základních ekonomických charakteristik chápána jako statek soukromý (jak bylo zkoumáno v první kapitole), poskytována jako statek veřejný. Doposud byla na toto téma vedena diskuze v teoretické rovině s přihlédnutím k názorům jednotlivých ekonomů a tomu, jak se názor vyvíjel v čase. Nyní je třeba na základě příkladů ukázat, proč je již dříve zmiňovaná solidarita v případě poskytování zdravotní péče důležitá.

Pro názornost a složitost tématiky bylo při výpočtech přistoupeno k několika zjednodušením a příklad je uveden jen na vybraných pacientech znázorňujících vždy jednu skupinu obyvatel, pro představu jsou ale doplněny tabulky a grafy s aktuálními údaji.

V zjednodušených modelech budeme uvažovat celkem tři příklady vycházející ze současné výše odvodu na povinné zdravotní pojištění a předpokládající délku života dle současné střední délky života, která je v České republice u mužů 74,2 a u žen 80,1 let. Konkrétní údaje k jednotlivým modelovým situacím a až c byly získány od skutečných pacientů s danými problémy, a to prostřednictvím výpisů úhrad za zdravotní péči od pojišťoven (jeden z těchto výpisů je uveden v příloze č. 1). Doba odchodu do důchodu je v modelech stanovena pro současného třicátníka. Potřeba krytí nákladů na léčbu se počítá v rozmezí od 15 do 77let. Sedmdesát sedm let je „průměr“ mezi střední délkou života mužů a střední délkou života žen.

4.1 Jednotlivé modely a východiska

Prvním modelovým příkladem je vysokoškolák zaměstnaný od 26 let s průměrným měsíčním platem po dobu jeho ekonomické aktivity (do 65 let) 60 tis. Kč hrubé mzdy. Uvedený typ je dále rozpracován do tří variant:

a) Celý život zdravý trpící jen běžnými nachlazeními ve stáří s mírně zvýšenou potřebou medikamentů a péče.
b) Celoživotní diabetik.

c) Stejné předpoklady jako varianta a navíc s potřebou nutné nákladné operace – v našem případě transplantace kostní dřeně v 60 letech a následné zvýšení každoročních nákladů.

Druhou skupinu zastupuje středoškolák zaměstnaný od 18 let s průměrným měsíčním platem po dobu jeho ekonomické aktivity (do 65 let) 30tis hrubého. Obdobně jako u předchozího modelu jsou rozpracovány následující varianty

a) Celý život zdravý trpící jen běžnými nachlazeními ve stáří s mírně zvýšenou potřebou medikamentů a péče.
b) Celoživotní diabetik.
c) Stejné předpoklady jako první varianta navíc s potřebou nutné nákladné operace – v našem případě transplantace kostní dřeně v 60 letech a následné zvýšení každoročních nákladů.

Člověk se základním vzděláním zaměstnaný od 15 let s průměrným měsíčním platem po dobu jeho ekonomické aktivity (do 65let) 15tis hrubého, tvoří třetí modelový případ

d) Celý život zdravý trpící jen běžnými nachlazeními ve stáří s mírně zvýšenou potřebou medikamentů a péče
e) Celoživotní diabetik
f) Stejné předpoklady jako první varianta navíc s potřebou nutné nákladné operace – v našem případě transplantace kostní dřeně v 60 letech a následné zvýšení každoročních nákladů

Ve všech příkladech je uvažován systém zcela nezávislý na státu, to znamená, že to co si v produktivním věku člověk našetří (úspory rovny odvodu na povinném pojistném), mu musí pokrýt léčbu i ve věku neproduktivním od odchodu do důchodu až do smrti. V tomto modelu není uvažována část před produktivním věkem a počítáno je jen s ideální situací, kdy je člověk po celou dobu svého ekonomicky aktivního života zaměstnán. Upouštíme také od modelu osoby samostatně výdělečně činné, protože je tu předpoklad, že když v současné době mají OSVČ nižší povinný odvod, než by byl v některých případech jejich odvod jako zaměstnance se stejným příjmem, tak pokud by byli závislí na tom, zda mají na úhradu zdravotní péče finance, ukládali by podobně, jako zaměstnaní. Není tedy třeba tato specifika zvažovat zvlášť.

V následující tabulce je pro přehled zpracován odvod na povinné zdravotní pojištění dle jednotlivých příjmových skupin.

Tab. 11: Odvod na povinné zdravotní pojištění – zaměstnanci 2009

Příjmová skupina obyvatelstva – hrubá měsíční mzda	**Průměrný měsíční odvod na povinné zdravotní pojištění za jednotlivce**		**Průměrný roční odvod na povinné zdravotní pojištění za jednotlivce**	
	odvod zaměstnavatele	odvod zaměstnance	odvod zaměstnavatele	odvod zaměstnance
8 000-10 000	810	405	9 720	4 860
10 001-20 000	1 351	676	16 206	8 106
20 001-30 000	2 251	1 126	27 006	13 506
30 001-40 000	3 151	1 576	37 806	18 906
40 001-50 000	4 051	2 026	48 606	24 306
50 001-80 000	5 851	2 926	70 206	35 106
80 001-200 000	12 601	6 301	151 206	75 606
Celkem	30 063	15 033	360 756	180 396

Zdroj: Mzdová kalkulačka 2009 – vlastní zpracování[70]

Před přistoupením k jednotlivým modelům a jejich vyhodnocením je vhodné zdůvodnit volbu právě těchto vzorových případů.

- U variant 1-3 se jedná o tři různé příjmové skupiny – člověk s vysokými příjmy, s mírně nadprůměrnými a nízkými příjmy.

- Popis variant a – c je složitější, proto je popis každé uveden zvlášť

  a) Vymezuje člověka s pevným zdravím bez potřeby jakékoliv výrazně nákladné péče. V současném systému je to zřejmě ten, který by na tržním přístupu poskytování péče „vydělal“.

[70] Mzdová kalkulačka dostupná z http://www.vypocitat.cz/vypocet/cista-mzda/?m=30000&inv=z&d=, staženo dne 31.3.2011

b) Tato varianta byla zvolena, neboť počet pacientů s touto chorobou stále roste, v roce 2009 činil jejich počet 783 321 osob. A zároveň se jedná o dlouhodobou nemoc s pravidelnými vysokými náklady na léčbu.

Tab. 12: Vývoj počtu léčených diabetiků v ČR

Rok	Celkem	Jen s dietou	PAD	Inzulín	Inzulín+PAD
2000	654 164	248 660	277 303	98 966	29 235
2005	739 305	244 703	326 584	116 028	51 990
2006	748 528	240 544	332 387	120 491	55 106
2007	754 961	223 738	342 947	126 035	62 241
2008	773 561	209 968	363 489	127 917	72 187
2009	783 321	188 226	379 930	132 185	82 980

Zdroj: UZIS – vlastní zpracování[71]

c) A nakonec varianta c, zastupuje případ, kdy je sice člověk celý život zdravý a nevyžaduje pravidelnou péči z důvodu chronické nemoci, ale jednou nastane okamžik, kdy by finance jím naspořené měli pokrýt potřebu nákladné operace.

[71] Zdravotnictví České republiky ve statistických údajích, www.uzis.cz

4.2 Zhodnocení modelů

Nyní může být přistoupeno porovnání naspořených částek v případě, že spoření odpovídá současné výši odvodů na povinné zdravotní pojištění a nákladů na zdravotní péči (reprezentovanými současnou výší plateb pojišťoven a pacientů) u jednotlivých modelů, které jsme si výše zvolili. Následující tabulka ukazuje nákladovou stránku jednotlivých vzorových pojištěnců a až c.

Tab. 13: Náklady jednotlivých druhů léčby

Typ	**Roční náklady**		**Celkové náklady za život***
	pojišťovna	pojištěnec	
A, Zdravý jedinec	2 853,50	655,40	217 551,80
B, Diabetik II	52 547,40	24 704,80	4 789 636,40
C, Zdravý jedinec s následnou transplantací kostní dřeně-zdraví	2 853,50	655,40	3 311 024,70
C, Zdravý jedinec s následnou transplantací kostní dřeně-rok s léčbou	1 673 619,80	31 216,40	
C, Zdravý jedinec s následnou transplantací kostní dřeně-zvýšené náklady po léčbě	56 873,00	33 645,00	

Zdroj: Výpisy zdravotních pojišťoven – vlastní zpracování

* Celkové náklady počítány od zahájení ekonomické aktivity do smrti. Věk úmrtí stanoven dle střední délky života.

Jednotlivé částky byly získány z výpisů pojišťovny získaných od konkrétních pacientů. Výpisy pojišťovny poskytují za roky 2007 až po 1. pololetí 2010. Z těchto dat byl poté vypočítán průměr u každého vzorového pacienta, použitý v tab. 13.

4.2.1 Model 1

Tab. 14: Odvod na povinné zdravotní pojištění - model 1

	Odvod zaměstnance	**Odvod zaměstnavatele**
Průměrný roční odvod na zdravotní péči	32 400	64 800
Odvod za dobu ekonomické aktivity	1 263 600	2 527 200

Zdroj: Mzdová kalkulačka 2009 – vlastní zpracování

a) Jak ukazuje tabulka č. 13, za zdravého pacienta uhradí pojišťovna ročně 2 853,50 Kč, on sám pak ještě doplatí 655,40 Kč. Celkem tedy stojí i péče o zdravého jedince 3 508,90 Kč. Tyto náklady se skládají z preventivních prohlídek, základního zubařského ošetření a péče při běžném nachlazení. Při takto nízkých nákladech by si člověk vydělávající 60 000,- hrubého měsíčně zvládl hradit veškeré úkony sám a navíc by mu ještě poměrně vysoká částka zůstávala k dispozici. Přesně dochází k srovnání těchto částek: odvod v roční výši 32 400,- a roční náklady na zdravotní péči 3 508,90. Na solidaritu jde tedy z odvodu tohoto jedince 28 891,10 a dalších 64 800,- z odvodu organizace. Ani celoživotní porovnání výdajů a úspor v podobě odvodů nevede k jinému závěru, odvod činí 1 263 600,- plus 2 527 200,- a náklady jsou pouze 217 551,80. Celoživotní příspěvek na solidaritu tedy činní 3 573 248,-.

b) Za diabetika s prvním stupněm diabetes uhradí pojišťovna ročně v průměru 52 547,40 Kč, on sám pak doplatcích za léky a poplatcích u lékaře 3 165,- a dále pak ještě 21 540,- na léky nakupované bez předpisu, ovšem nezbytně nutné ke správnému hlídaní hodnoty cukru v krvi. Mezi léky a pomůcky nakupované bez předpisu patří například testovací proužky, u kterých pojišťovna přispívá jen na omezené množství, které zdaleka nepokryje potřebu pacienta se touto formou diabetes. Celkově tedy jeho léčba stojí ročně 77 252,20 Kč. Pokud tedy bude porovnán jeho roční odvod do systému, který jak vidíme v předchozí tabulce, činí 32 400,- s ročními náklady na jeho léčbu, je jednoznačné, že by sám tyto náklady nepokryl. Pokud budou do tohoto porovnání zahrnuty i odvody zaměstnavatele, pak při ročním porovnání stačí s malou rezervou pokrýt náklady léčby. Ovšem při porovnání odvodů za dobu ekonomické aktivity s náklady na léčbu po zbytek života by situace vypadala následovně: celkový odbod za zaměstnance i zaměstnavatele je 3 790 800,- a náklady jsou 4 789 636,-. V případě celoživotního diabetes tedy ani člověk s průměrným hrubým měsíčním příjmem 60 000,- nezvládne pokrýt léčbu sám jen z úspor ve výši současných odvodů. Aby jeho úspory z doby ekonomické aktivity stačily na pokrytí nákladů spojených s léčbou, musel by ročně odvádět do systému 122 811,-. To by při zachování současné výše odvodu zaměstnavatele znamenalo odvádět z hrubé mzdy o 25 611,- ročně více. Měsíčně by to tedy byla finanční zátěž ve výši 2 134,-, což není zanedbatelná částka. Navíc již není uvažována možnost, že by si tento člověk způsobil jakékoliv menší zranění, které by znamenalo další finanční zátěž.

c) U tohoto modelu je podstatné porovnání celoživotních nákladů. Náklady na péči se totiž významně změní v 60 letech pacienta, kdy podstoupil transplantaci. To dokládá i tabulka č. 13: Náklady jednotlivých druhů léčby. Porovnání hodnot nákladů s úsporami do šedesátého roku života jsou stejné jako u zdravého jedince, to znamená, že jeho úspory by pokryly náklady na péči a není třeba tuto část odděleně popisovat. Ovšem v roce, ve kterém proběhne transplantace, by jeho roční úspory jednoznačně nestačily na pokrytí nákladů transplantace. Náklady ve zbývajících letech po transplantaci by úspory opět pokryly (pokud uvažujeme odvod zaměstnance i zaměstnavatele), ale s ne příliš velkou rezervou. V celoživotním porovnání (které je v tomto případě, kdy nejsou náklady rovnoměrně rozděleny, nejpodstatnější) dochází ke střetu úspor ve výši 3 790 800,- (1 263 600 odvod zaměstnance a 2 527 200 odvod zaměstnavatele) s náklady na zdravotní péči, které jsou za celý život 3 311 024,70 Kč. Z tohoto porovnání vyplývá, že člověk s průměrným celoživotním příjmem 60 tis. hrubého by zvládl pokrýt i tuto nákladnou operaci, a to s úsporou 497 775,30 Kč.

4.2.2 Model 2

Tab. 15: Odvod na povinné zdravotní pojištění - model 2

	Odvod zaměstnance	Odvod zaměstnavatele
Průměrný roční odvod na zdravotní péči	16 200	32 400
Odvod za dobu ekonomické aktivity	761 400	1 522 800

Zdroj: Mzdová kalkulačka 2009 – vlastní zpracování

a) Dochází k porovnání stejných nákladových částek jako u modelu 1 s jinou výší povinných odvodů na zdravotní péči. Náklady jsou, jak již bylo zmíněno, 3 508,90 Kč ročně, což činí 217 551,80 Kč za život. V modelu číslo dvě ovšem předpokládáme průměrnou hrubou mzdu 30 000,- a tím se mění výše odvodů na povinné zdravotní pojištění. Během jednoho roku odvede zaměstnanec 16 200,- a zaměstnavatel za tohoto zaměstnance 32 400,-, celkem je tedy do systému odvedeno 48 600,- ročně. Po dobu ekonomické aktivity je tak do systému celkem odvedeno 2 284 200,-. I v tomto případě tak zdravý pacient přispívá značnou část

svých peněžních prostředků na systém solidarity a to 2 064 893,75 Kč, což ročně činí 43 933,90 Kč.

b) Opět byly porovnány stejné náklady jako u modelu 1b, které jsou 77 252,20 Kč s odvody, které v tomto případě jsou 48 600,-. V tomto případě by již ani po dobu ekonomické aktivity nestačili úspory pokrýt náklady na péči. V celoživotním porovnání by pak v tomto případě chybělo pacientovi 2 505 436,- i v případě započítání odvodu zaměstnavatele a dokonce 4 028 236,-, pokud by byl započítán jen odvod pacienta. Pro tohoto pacienta by pokrytí léčby znamenalo navýšení ročního odvodu o 53 307,-, to je o 4 442,- měsíčně. To by znamenalo snížení jeho čisté mzdy na 18 298,- z původních 22 740,-.

c) V tomto případě dochází k porovnání úspor ve výši 2 284 200,- (761 400 zaměstnanec a 1 522 800 zaměstnavatel) s náklady 3 311 024,70 Kč. Toto porovnání jednoznačně dokazuje, že v tomto případě by na pokrytí nákladů na léčbu chyběl pacientovi ještě 1 026 825,-. Ročně by dorovnání této částky znamenalo vyšší odvod o 21 847,-. Aby úspory dosahovaly výše potřebné k pokrytí nákladů na léčbu, musel by při zachování stávající výše odvodu zaměstnavatele odvádět zaměstnanec nikoliv 4,5 %, ale 10,6 %.

4.2.3 Model 3

Tab. 16: Odvod na povinné zdravotní pojištění - model 3

	Odvod zaměstnance	Odvod zaměstnavatele
Průměrný roční odvod na zdravotní péči	8 100	16 200
Odvod za dobu ekonomické aktivity	405 000	810 000

Zdroj: Mzdová kalkulačka 2009 – vlastní zpracování

a) Náklady tohoto modelového případu činní opět 3 508,90 Kč ročně, což je 217 551,80 Kč za život. Odvod do systému v rámci povinného zdravotního pojištění jedince s hrubým měsíčním příjmem 15 tisíc je 8 100,- ročně a odvod zaměstnavatele za tohoto zaměstnance je 16 200,- ročně. Celkem se tedy odvede za tohoto pojištěnce za život 1 215 000,- (405 000,- zaměstnanec a 810 000,- zaměstnavatel). Z uvedeného porovnání tedy vyplývá, že zdravý pacient je i

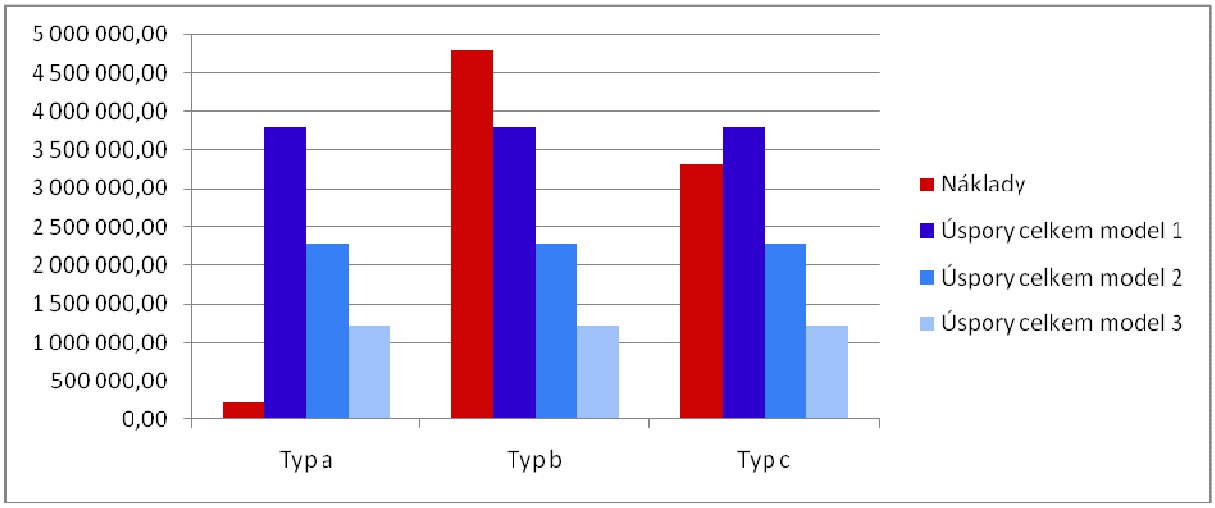
s nízkým platem schopen pokrýt z odvodů na povinné zdravotní pojištění náklady na svou péči. Pokud stejné porovnání provedeme za celý život, pak má částku 1 215 000,- na pokrytí potřeby 217 551,80 Kč. Jeho úspora a v současné době příspěvek na solidaritu systému činí 997 448,20 Kč a v případě započítání jen odvodu zaměstnance je tato úspora 187 448,20 Kč.

b) Vzhledem k tomu, že ani u předchozích modelů, které znázorňovaly vyšší příjmové skupiny, než model 3, nestačila současná výše odvodu na povinné zdravotní pojištění pokrýt potřeby celoživotního diabetika, pak ani tento jedinec nemůže bez solidarity zvládnout hradit náklady na potřebnou péči z úspor ve výši současných odvodů. V jeho případě by chybělo v případě započítání i odvodů zaměstnance i zaměstnavatele 3 574 636,-, a pokud bychom porovnali jen odvody zaměstnance, pak by chybějící částka byla dokonce 4 384 636,-. Znamenalo by to zvýši roční úspory o 71 492,-, tedy 5 958,- měsíčně. V tom případě by z hrubé mzdy 15 000,- zůstal čistý příjem 6 447,-.

c) Na pokrytí nákladů v tomto případě nestačily odvody ani u modelu 2, je tedy jasné, že ani tento pacient by si na potřebnou péči nenaspořil. Toto tvrzení potvrzují i následující čísla, kdy úspory jsou 1 215 000,- (405 000,- odvod zaměstnance a 810 000,- odvod zaměstnavatele) a náklady 3 311 024,70 Kč. V tomto případě je chybějící částka 2 096 025,-, což představuje potřebu navýšení úspor 41 920,50 Kč ročně. Aby úspory pokryly náklady léčby, bylo by třeba zvýšit procento spořené částky z hrubé mzdy na 27,8%.

Přehledné porovnání jednotlivých zpracovaných variant nabízí následující graf.

Graf 7: Porovnání nákladů péče se současnou výší úspor



Zdroj: Vlastní zpracování

V grafu vidíme přehledně, kdy úspory ve výši současných odvodů na povinné zdravotní pojištění stačí pokrýt náklady péče a kdy již nikoliv. Prvně zmiňovaná situace nastává u všech vybraných příjmových skupin u typu a (člověkem bez vážnějších komplikací) a v případě 1c. Opačná situace pak nastává u typu b (diabetik) bez ohledu na příjmovou skupinu a v případech 2c a 3c.

Potřebná výše úspor

Pro doplnění problematiky bude v této části vyčísleno, kolik by musely činit úspory v procentech z hrubé měsíční mzdy, aby zajistily krytí nákladů v jednotlivých modelech. Současná výše odvodu zaměstnance na povinné zdravotní pojištění je, jak již bylo zmíněno v teoretické části 4,5 %. Odvod zaměstnavatele je 9 %. Celkem tedy jde do systému povinného zdravotního pojištění 13,5 %. Pro následující výpočet bude ponechána výše odvodu zaměstnavatele ve stejné výši a za této podmínky pak spočítán potřebný nárůst odvodu zaměstnance.

V této části budou ovšem rozpracován jen ty varianty, kdy současná výše odvodu není schopná bez zapojení solidarity pokrýt potřebnou péči. To jsou varianty 1b, 2b, 2c, 3b a 3c.

- Pro variantu 1b by se zvýšilo procento hrubé mzdy potřebné na úhradu zdravotní péče na 8 % hrubé měsíční mzdy.
- U varianty 2b by zvýšení úspor na hodnotu postačující k pokrytí léčby znamenalo nárůst o 14,8 procentních bodů na celkových 19,3 %.
- A pro kompletní doplnění varianty b znamenající celoživotního diabetika, u varianty 3b by musely úspory tvořit 44 % hrubé měsíční mzdy
- Nyní přistoupíme k variantě 2c modelu, v tomto případě je výše úspor potřebná pro pokrytí nákladů 10,6 %
- A nakonec varianta 3c, kde jsou potřebné úspory 27,8 % hrubé měsíční mzdy.

Předchozí výpočty dokládají, že by existovaly i případy, kdy by výdaje na zdravotní péči znamenaly významné zatížení rozpočtu jedince respektive snížení jeho rozpočtového omezení.

Shrnutí praktické části

Z jednotlivých modelů vyplývá, že jsou jistě případy, kdy si jedinec vystačí sám se svými úsporami, ale jak bylo jednoznačně prokázáno, existuje také nezanedbatelné množství případů, kdy by jedinec bez systému solidarity na potřebnou zdravotní péči nedosáhl (a to i u vyšších příjmových skupin). Je pravdou, že stejně jako systém veřejného zdravotního pojištění pracuje na bázi solidarity i soukromé zdravotní pojištění. Soukromá varianta ovšem nese jistá rizika, která veřejné zdravotní pojištění díky regulaci ze strany státu odbourává. Mezi tato rizika patří selekce pojištěnců zdravotními pojišťovnami a nepojistitelnost určitých jedinců a to jak z důvodů čistě zdravotních, tak z důvodu růstu pojistného (vzhledem ke zdravotní situaci) na úroveň, kterou si pojištěnec vzhledem k příjmům nemůže dovolit. Jedná se o tak zvaný „nežádoucí výběr“ (= zejména v USA snaha o získání tzv. levných pojištěnců v rámci dané věkové skupiny).[72] Tento problém zmiňují i různí autoři například v díle The market for „lemons“ že „skupinové pojištění, které je nejběžnější formou zdravotního pojištění v USA, selektuje zdravé.“.[73] A dle V. R. Fuchse je zde prostor pro působení státu právě přes povinné veřejné zdravotní pojištění.

[72] http://cz.hartmann.info/images/07_Ing._Miroslav_Zamecnik_Ceske_verejne_finance_a_zdravotnictvi_-_nakladova_vyzva.pdf dne 15.7.2008
[73] Akerlof, G. A.: The market for „lemons“: quality uncertainly and the market mechanism dostupné z http://www.jstor.org/pss/1879431 dne 29.7.2011

Stejný názor zastává i J. E. Stiglitz, který říká, že „vláda by měla soustředit pozornost na ty případy, kde je velké a důležité tržní selhání – řekněme na hlavních pojišťovacích trzích (zdravotní péče…), rizika ztráty práce…“[74]

[74] Stiglitz, J. E.: Keynesian economics and critique of first Fundamentals Tudorem of welfare economics v Market failure or success

ZÁVĚR

Zodpovězení otázky, zda se v případě zdravotní péče jedná o statek soukromý nebo veřejný, je podstatné pro další nastavení systému poskytování zdravotní péče. V současné době jsou v České republice možnosti poskytování zdravotní péče často diskutovaným tématem, a to jak širokou a odbornou veřejností, tak také politickou reprezentací země. V roce 2008 proběhla částečná reforma zdravotnictví, se snahou zvýšit podíl soukromých zdrojů na financování zdravotnictví, jejímž výsledkem bylo zavedení poplatků přímo hrazených pacienty. Tento krok, který byl hlavním reformním výsledkem, debatu ohledně poskytování zdravotní péče a nároku na bezplatnou péči ještě rozdmýchal. Zavedení poplatků za zdravotní péči vyvolalo vlnu nesouhlasu. Mezi hlavní důvody patří souběh plateb poplatků (spoluúčasti) a pojištění a riziko vyloučení ze spotřeby u slabších sociálních skupin. Podstatným důvodem proč je třeba vyřešit, jakým způsobem bude nadále všem zajištěn přístup ke zdravotní péči, jsou stále rostoucí výdaje ve zdravotnictví. Na tento růstový trend poukazuje kapitola 3.2, kde je problematika diskutována na konkrétních datech. Ostatně v páté kapitole je možné se o systému zdravotnictví v České republice dozvědět mnohem více, a to jak o historii, tak současnosti. Systém poskytování zdravotní péče v České republice patří mezi polotržní formy, kdy dochází ke kombinaci soukromých i veřejných zdrojů financování. V České republice jednoznačně převažují veřejné zdroje financování nad soukromými. Mezi zdroje financování patří veřejné zdravotní pojištění, prostředky ze státního rozpočtu a rozpočtů územních orgánů, přímé soukromé výdaje, soukromé zdravotní pojištění, strukturální fondy EU a další finanční prostředky, jejichž podíl je minimální. Mezi tyto další finanční prostředky patří například sponzorské dary a prostředky od nadací. Ve třetí kapitole jsou také rozebrány role jednotlivých aktérů vstupujících do systému zdravotnictví České republice. Těmito aktéry jsou stát, pojišťovny, poskytovatelé zdravotní péče a občané. V části věnované pojišťovnám jsou pak zmíněna rizika související s pojištěním. V okamžiku, kdy je výdaj za zdravotní péči hrazen ze zdravotního pojištění, dochází totiž k odtržení platby od spotřeby. V okamžiku spotřeby se jedná již o tzv. utopený náklad a nedochází tedy k porovnání užitku ze spotřeby a nákladů na tuto spotřebu, což vede k různým formám morálního hazardu. Morálním hazardem může být buď nadměrná spotřeba zdravotní péče, nebo absence prevence. Ostatně vysoká spotřeba zdravotní péče je problémem, který mají pomoci řešit již zmíněné poplatky přímo hrazené pacienty. Že toto řešení opravdu vedlo ke snížení spotřeby zdravotní péče, je dokázáno právě ve třetí kapitole v části pojednávající o

reformě v roce 2008. Pro formování názoru na způsob poskytování zdravotní péče je nezbytné zmínit i roli státu (viz kap. 3.1.1). Zde jsou popsány jak druhy státních zásahů, tak názory jednotlivých myšlenkových ekonomických směrů na samotné zasahování státu do fungování trhu.

V úvodu práce byla položena otázka, zda je zdravotní péče veřejným nebo soukromým statkem a zároveň byl vysloven předpoklad, že naplňuje znaky statku soukromého. Mimo diskuse v teoretické rovině, zmíněné výše, byla uvedená problematika následně s využitím metody abstrakce zkoumána na zjednodušených, ale konkrétních příkladech.

V první kapitole této práce jsou vysvětleny základní definice a pojmy jako zdraví, péče o zdraví, zdravotní péče a zdravotnictví. Dále jsou uvedeny aspekty zdravotní péče, jako je právo na zdraví, solidarita a různé teorie hodnot. Na toto pak navazuje krátký exkurz do historie poskytování zdravotní péče. I tento náhled do historie je velmi užitečný při zkoumání pohledu na poskytování zdravotní péče, protože ukazuje, že s poskytováním zdravotní péče jako statku veřejného se začalo až v souvislosti s rozvojem infekčních choroba a epidemií, které začaly ohrožovat velkou část populace. Například o zdravotní politice se hovoří poprvé až v první polovině 19. století.

Na základě teoretických diskusí bylo nejdříve ve druhé kapitole potvrzeno, že zdravotní péče může být dle základních ekonomických definic chápána jako statek soukromý, čímž se potvrdil předpoklad uvedený v úvodu. Dále však byly uvedeny jednotlivé argumenty existujících teoretických přístupů, dle kterých může být zdravotní péče považována za statek veřejný, anebo má být dle těchto názorů jako veřejný statek alespoň poskytována. Mezi tyto argumenty patří existence externalit, nekonkurenční prostředí na trhu zdravotnických služeb, odlišnost charakteru poptávky po zdravotní péči od poptávky po jiných soukromých statcích, nejistota produktu, očekávané chování lékařů, podmínky nabídky, cenová praxe a informační asymetrie. Těmito odlišnostmi se zabývá například článek Kennetha J. Arrowa „Uncertainly and the Welfare Economs of medical Care“ a všechny byly popsány v této práci.

Dalším aspektem ovlivňujícím to, zda je zdravotní péče poskytována jako statek soukromý či veřejný, je ve velké míře také nastavení hodnot ve společnosti. V současné společnosti se nachází zdraví vysoko na hodnotovém žebříčku a pro většinu populace je morálně

nepřípustné, nechat jiného člověka umírat bez lékařského ošetření. Nárok na potřebnou zdravotní péči je v současnosti dokonce zakotven jak v právních normách platných v České republice, tak v mezinárodních dohodách, k jejichž dodržování se Česká republika zavázala. Právě tento právní nárok na zdravotní péči znemožňuje ponechat poskytování zdravotní péče čistě v rukou trhu. Existovalo by totiž reálné riziko, že by se vyskytly situace, kdy by jedinec nemohl hradit ze svých zdrojů potřebné ošetření. A ponechat takového jedince bez ošetření právní normy neumožňují.

Zkoumáním možností jednotlivce hradit si zdravotní péči sám se zabývá praktická část této práce. Na konkrétních případech bylo potvrzeno, že pokud je právo na zdraví zakotveno v základních právních normách a morálních hodnotách lidí, není možné ponechat poskytování zdravotní péče jen v rukou trhu. V takovém případě by totiž, jak dokazují příklady, opravdu existovali jedinci, kteří by na potřebnou zdravotní péči finančně nedosáhli. Toto zkoumání bylo provedeno na zvolených vzorových případech jednotlivců, zastupujících tři základní skupiny: zdravého jedince, chronicky nemocného (v tomto případě diabetika) a jedince vyžadujícího nákladnou operaci (zde byl za modelový případ vybrán pacient, který podstoupil transplantaci kostní dřeně). Na základě výpisů úhrad zdravotních pojišťoven z let 2007–2010 od vybraných jedinců byly nejdříve spočítány výdaje na zdravotní péči za jeden rok, které pak byly vynásobeny počtem let života jedince – pro potřeby této práce byla předpokládaná délka života 77 let. Zjištěné výdaje na potřebnou zdravotní péči byly pak postupně porovnány se současnou výší odvodů do systému povinného zdravotního pojištění tří jedinců z různých příjmových skupin. Výsledkem tohoto porovnání bylo zjištění, že ačkoliv by v některých případech byl jedinec (spořící si ve výši současných odvodů na povinné zdravotní pojištění) schopný si hradit potřebnou zdravotní péči sám, tak v pěti z devíti modelových situací by úspory nepokryly potřebné výdaje a jedinec by tak nebyl schopen zajistit si z vlastních zdrojů finance na potřebné ošetření. Rozpočtové omezení jednotlivce by tak vedlo k jeho vyloučení ze spotřeby.

Za situace, kdy je zdravotní péče statkem soukromým a konkrétní jedinec není schopen poskytnutou péči uhradit, lze za možné varianty řešení považovat vlastní aktivitu jednotlivce, pomoc rodiny (přátel), popř. pomoc charity. Tyto možnosti mají samozřejmě každé svá omezení a nedokázaly by v současné době samostatně zajistit potřebný rozsah přístupu ke zdravotní péči.

Na základě teoretické diskuze i praktických výsledků lze tedy učinit následující závěr: ačkoliv může být zdravotní péče chápána jako statek soukromý, existují za současného stavu objektivní důvody, chápat zdravotní péči jako statek veřejný, a to i se všemi riziky, která z této formy poskytování zdravotní péče vyplývají. Mezi tato negativa patří, jak je uvedeno v této práci, hlavně neefektivní vynakládání zdrojů a bujení byrokracie, které je všeobecně rizikem poskytování veřejných statků. Dále je financování výlučně z veřejných zdrojů spojeno s konfliktem mezi dynamikou příjmů a výdajů. V souvislosti s krizí veřejných financí pak dochází k dalším rozdílům mezi příjmy a výdaji. Ty vznikají například tím, že při růstu nezaměstnanosti současně klesají příjmy systémů a vzhledem k platbám za státní pojištěnce rostou výdaje systému. Pro zlepšení poskytování zdravotní péče by bylo tedy vhodné vyřešit a omezit negativa související s poskytování veřejných statků. Dle zjištěných výsledků by poskytování zdravotní péče čistě na tržním základě znamenalo riziko vyloučení jedince ze spotřeby vzhledem k rozpočtovému omezení a to i v případě komerčního pojištění.

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Dělení statků 19
Tab. 2: Kategorie statků ve zdravotnictví 21
Tab. 3: Rozdíl mezi trhy zdravotní péče a standardními konkurenčními trhy 25
Tab. 4: Veřejný sektor a případy konkurence 41
Tab. 5: Přehled o pojištěncích, za které je plátcem zdravotního pojistného stát 44
Tab. 6: Změna poptávky po zdravotních službách v roce 2008 46
Tab. 7: Podíl přímých soukromých plateb na výdajích ve zdravotnictví (%) 50
Tab. 8: Přehled dotací z Integrovaného operačního programu 53
Tab. 9: Celkové výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování 54
Tab. 10: Vztah mezi výdaji na zdravotnictví a HDP v běžných cenách 56
Tab. 11: Odvod na povinné zdravotní pojištění – zaměstnanci 2009 60
Tab. 12: Vývoj počtu léčených diabetiků v ČR 61
Tab. 13: Náklady jednotlivých druhů léčby 62
Tab. 14: Odvod na povinné zdravotní pojištění - model 1 62
Tab. 15: Odvod na povinné zdravotní pojištění - model 2 64
Tab. 16: Odvod na povinné zdravotní pojištění - model 3 65

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Pojištění a náklady na zdravotní péči 38
Graf 2: Podíl přímých soukromých plateb na výdajích ve zdravotnictví 2000 - 2008 51
Graf 3: Struktura peněžních vydání na zdravotní péči přímo placených obyvatelstvem v roce 2009 52
Graf 4: Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v roce 2008 55
Graf 5: Vývoj výdajů na zdravotnictví 2000 - 2009 55
Graf 6: Podíl přímých plateb obyvatelstva na celkových výdajích na zdravotní péči v r. 2008 56
Graf 7: Porovnání nákladů péče se současnou výší úspor 67

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1: Potřeba zdravotní péče ze společenského hlediska 10
Obr. 2: Vztah mezi etikou a ekonomií a zdravotní péči 30
Obr. 3: Vztah mezi kvalitou, efektivností a rovností 31
Obr. 4: Instituce a funkce v systému zdravotního zabezpečení 32

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Přehled úhrad zdravotní péče dle zákona č. 48/1997 Sb.

ZDROJE

Publikace:

1) ARROW, K., J.: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. In The American Economic Review, 1963
2) BENARD, J.: Veřejná ekonomika, EU ČSAV, Praha, 1990, ISBN 990000810X
3) CULLIS, J., JONES, P.: Public finance and Public Choice: analytical perspectives, London, McGraw-Hill Book Company, 1992, ISBN 0-07-707400-9
4) DURDISOVA, J.: Ekonomika zdraví. 1.vyd. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9
5) FUCHS, V. R.: Who shall Live? Health, economics and social choices, 1975, ISBN 98-102-4183-6
6) GLADKIJ, I., Strnad, L.: Zdravotní politika – Zdraví – Zdravotnictví, Olomouc: VUP, 2002, ISBN 80-244-0176-2
7) GOULLI, R.: Zdravotnictví a veřejná ekonomie: Základní pojmy, kritéria a nástroje pro tvorbu a fungování efektivního systému zdravotnictví, Sborník referátů, Brno: ESF MU, 1997
8) HOLČÍK, J. Úvod do studia zdravotního stavu populace, Brno: Masarykova univerzita, 2002, ISBN 80-210-2779-7
9) HOLČÍK, J., Žáček, A., Koupilová, I.: Sociální lékařství, MU Brno, 1998, ISBN 80-210-3954-X
10) HOLMAN, R.: Dějiny ekonomického myšlení, Praha: C. H. Beck, 2005, ISBN 80-7179-380-9
11) HOLMAN, R.: Makroekonomie středně pokročilý kurz, Praha: C. H. Beck, 2004, ISBN 80-7179-764-2
12) HOLMAN, R.: Mikroekonomie středně pokročilý kurz, Praha: C. H. Beck, 2002, ISBN 80-7179-737-5
13) KREBS, V. a kol.: Sociální politika., Praha: ASPI, 2005, ISBN 80-7357-050-5
14) KUVÍKOVÁ, H. a kol.: Ekonomia zdravotnictva, Banská Bystrica: Phoenix, 1995, ISBN 80-900563-1-8
15) KŘÍŽOVÁ E.: Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, Praha, 1998, ISBN 80-238-0937-7

16) MACÁKOVÁ, L. a kol.: Mikroekonomie základní kurs, Slaný: Melandrium, 2002, ISBN 80-86175-20-0
17) MALÝ, I.: Konkurence jako faktor efektivnosti veřejného sektoru. In Sborník referátů z teoretického semináře pořádaného katedrou veřejné ekonomie ESF MU v Brně, 2004
18) MALÝ, I.: Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví, Brno: Masarykoa univerzita, 1998, ISBN 80-210-2006-7
19) MALÝ, Ivan: Veřejné statky a veřejně poskytované statky. In Sborník prací ESF MU. Brno: Masarykova univerzita Brno, 1997. ISBN 80-210-1713-9
20) MALÝ, Ivan: Vybrané otázky z ekonomie zdravotní péče, Brno MU, 1996
21) Oppenheimer Franz: The State, Vanguardpress, 1914
22) PUSTELNIK, K., JAROŠOVA, D.: Úvod do studia zdravotnických systémů, 2003. ISBN 80-7042-346-3.
23) REKTOŘÍK, J. a kol.: Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru., Praha: Ekopress, 2002, ISBN - 80-86119-60-2
24) ROTHBARD, M. N.: Ekonomie státních zásahů, Praha: Liberální institut: Megaprint, 2001, ISBN 80-86389-10-3
25) SAMUELSON, P. A., NORDHAUS, W. D.: Economics, 1989, ISBN 0-07-054786-6 (váz.)
26) STARR, Paul: The Social Transformation of American Medicine, 1984, ISBN 0-465-07935-0
27) STIGLITZ, J., E: Ekonomie veřejného sektoru, Praha: GRADA, 1997, ISBN - 80-7169-454-1
28) STIGLITZ, J. E.: Keynesian economics and critique of first Fundamentals Tudorem of welfare economics v COWEN, T. CRAMPTON, E. Market Failure or Success The New Debate, Cheltenham UK: The Independent Institute, 2002, ISBN 1 84376 025 8
29) STRECKOVÁ, Y., MALÝ, I.: Veřejná ekonomie pro školu i praxi, Praha: Computer Press, 1998, ISBN - 80-7226-112-6
30) ŽÁK, M. A KOL.: Velká ekonomická encyklopedie, Linde Praha, 2002, ISBN 80-7201-381-5
31) Ekonomika, právo a politika, Sborník textů ze seminářů, 2001, ISSN 1213-3299

Internet a další:

1) Akerlof, G. A.: The market for „lemons“: quality uncertainly and the market mechanism dostupné z http://www.jstor.org/pss/1879431 dne 29.7.2011
2) Analýza výdajů na zdravotnictví dostupné z http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/56004CC65A/$File/330611a2.doc dne 4.4.2011
3) Analýza zdravotnických účtů ČR 2000-2005, dostupné z http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA0030253A/$File/330607a1.pdf, dne 3.4.2011
4) Analýza zdravotnických účtů ČR 2000-2005 dostupné z http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA0030254A/$File/330607j1.pdf dne 31.3.2010
5) DRBAL, C.: Determinanty zdraví a zdravotní politika, 2001 dostupné z http://www.zcr.cz/Archiv/2001/1-2/04.pdf, dne 6.8.2011
6) DRG pro laiky dostupné z http://nrc.cz/drg-pro-laiky dne 1.4.2011
7) Ekonomické informace ve zdravotnictví dostupné z http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-zdravotnictvi-2009 dne 1.2.2011
8) Ekonomika a financování zdravotnictví dostupné z http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/37541/1/TylsovaR_EkonomikaFinancovani_KS_2010.pdf dne 4.8.2011
9) Ekonomika zdravotnictví dostupné z http://moodle.vsb.cz/archiv/course/view.php?id=107 dne 3.8.2011
10) Evropská sociální charta dostupná z http://ww2.cmkos.cz/eit/ervsocch.htm# dne 30.3.2011
11) Fakta o regulačních poplatcích a jejich dopadech dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/fakta-o-regulacnich-poplatcich-a-jejich-dopadech_1144_870_1.html dne 2.4.2011
12) Financování zdravotnictví dostupné z http://moodle.vsb.cz/archiv/file.php/107/Financovani1.doc dne 25.8.2011
13) Historické přístupy k roli státu v ekonomice, dostupné z http://www.ceed.cz/makroekonomie/03_role_statu_v_ekonomice.htm, staženo dne 03.04.2011

14) Historie Národního referenčního centra DRG dostupné z http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/cinnosti-narodniho-referencniho-centra_1057_3.html dne 1.4.2011
15) Hodnocení zdravotní péče dostupné z http://moodle.vsb.cz/archiv/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=20686 dne 5.8.2011
16) HRUBOŇ, P., MACHAČEK, T., JULINEK, T. Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století. 1. vyd. Praha: Občanské sdruženi Reforma zdravotnictví – forum.cz, 2005 dostupné z http://www.zdravotnireforma.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publikace.pdf dne 12.11.2010
17) Jak na poplatky dostupné z http://www.mzcr.cz/obsah/jak-od-1dubna-2009-na-regulacni-poplatky_1549_1.html dne 2.4.2011
18) K čemu slouží soukromé pojištění dostupné z www.finance.cz/pojisteni/informace/soukrome-zdravotni/co-to-je/ dne 10.12.2010
19) Listina základních práv a svobod dostupná z http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html dne 30.3.2011
20) Metodické materiály dostupné z http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicke-materialy-pro-rok_2418_1058_3.html dne 31.3.2011
21) Mezinárodní hledání řádu dostupné z http://www.tribune.cz/clanek/11772 dne 30.3.2011
22) Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů dostupné z http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/56004CC65C/$File/330611p1.doc dne 4.4.2011
23) Mýty a pověry ve zdravotnictví dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/myty-a-povery-ve-zdravotnictvi_1149_1544_1.html dne 6.8.2011
24) Mzdová kalkulačka dostupná z http://www.vypocitat.cz/vypocet/cista-mzda/?m=30000&inv=z&d=, staženo dne 31.3.2011
25) Nutné role státu ve zdravotnictví (prezentace) dostupné z http://www.euro-forum.cz/prezentace/hrobon05-6.pdf dne 28.3.2011
26) Od společnosti ke státu a zpět dostupné z http://www.libinst.cz/osobni/sima/data/sima_od_spolecnosti_ke_statu.pdf dne 8.4.2011

27) OECD Health Data dostupné z http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langs=ENG&langh=ENG&source=510050 dne 5.4.2011
28) Příloha výroční zprávy VZP dostupná z http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocni-zpravy dne 12.1.2011
29) Ukončené výzvy dostupné z http://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/ukoncene-vyzvy_3848_1134_8.html dne 28.2.2011
30) Úvod od problematiky DRG dostupné z http://drg.nrc.cz/uvodddrg.html dne 1.4.2011
31) Zákon č. 20/1966 sb., ASPI
32) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění dostupné z http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/, dne 10.12.2010
33) Zákon 397/2010 Sb., ASPI
34) Zákon č. 438/2004 SB., Změna zákona o VZP a souvisejících zákonů, ASPI
35) Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ASPI
36) Závazné pokyny NZIS dostupné z http://ciselniky.dasta.mzcr.cz/hypertext/200811/hypertext/m62hos.doc dne 28.2.2011
37) Zdanění příjmu a majetku v České republice dostupné z http://www.finance.cz/zpravy-soubory/Vystupni_material_prilohy_1_6_pdf.pdf dne 1.2.2011
38) Zdraví a Zdravotnictví: Platba za diagnózu dostupné z http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=4170&mode=thread&order=0 dne 1.4.2011
39) Zdraví a zdravotnictví: Příjmy praktických lékařů, dostupné z http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=7673 dne 12.11.2009
40) Zdravotnictví České republiky ve statistických údajích 2009 dostupné z www.uzis.cz dne 13.1.2011
41) Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky dostupné z www.uzis.cz dne 13.1.2011
42) Zpráva OECD a Evropské komise o zdraví v Evropě dostupná z http://www.uzis.cz/rychle-informace/zprava-oecd-evropske-komise-zdravi-evrope dne 28.2.2011
43) http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/novela-vyhlc-sb-kterou-se-vydava-seznam-zdravotnich-vykonu_2411_999_3.html
44) http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/vyuka/studijni-materialy/CPHPM2/ZDRAVOTNICKx_SYSTxMY.ppt#1

45) http://www.liberton.sk/archive/stastny/[stastny]-zdravotnictvi.pdf

46) http://cz.hartmann.info/images/07_Ing._Miroslav_Zamecnik_Ceske_verejne_finance_a_zdravotnictvi_-_nakladova_vyzva.pdf dostupné dne 15.7.2008

47) www.kulatystul.cz

48) www.zdravotnireforma.cz

49) www.euro-forum.cz