Vysoká škola ekonomická v Praze
Fakulta managementu

Disertační práce

Daniela Kandilaki
2019

Vysoká škola ekonomická v Praze
Fakulta managementu
Katedra managementu

Finanční ochrana ve zdravotnictví České republiky v kontextu New Public Managementu

Autor disertační práce: Ing. Daniela Kandilaki
Vedoucí disertační práce: prof. Ing. Pavel Pudil, DrSc.
Rok obhajoby: 2019

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že disertační práci na téma

„Finanční ochrana ve zdravotnictví České republiky

v kontextu New Public Managementu“

jsem vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu a další prameny

jsem řádně označila a uvedla v přiloženém seznamu.

V Jindřichově Hradci dne 29. června 2019

.....

podpis

Vysoká škola ekonomická v Praze
Katedra managementu

Fakulta managementu
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DISERTAČNÍ PRÁCE

Zpracovatelka: **Ing. Daniela Kandilaki**

Studijní program: Ekonomika a management

Obor: Management

Název tématu: **Finanční ochrana ve zdravotnictví České republiky v kontextu New Public Managementu**

Zásady pro vypracování:

Disertační práce se zaměřuje na otázku úrovně finanční ochrany ve zdravotnictví českých domácností. Zkoumá, jaký vliv mají přímé platby včetně implementovaných regulačních poplatků na rozpočet, resp. finanční ochranu domácností.
Z teoretického hlediska je otázka finanční ochrany ve zdravotnictví zasazená do konceptu New Public Managementu a následně do konceptu cílů a nástrojů zdravotní politiky.
Práce staví na datech výběrového šetření domácností Českého statistického úřadu o výdajích domácností v letech 2007–2012, čímž umožňuje ověření konceptu finanční ochrany v ČR.

Rozsah práce: 100

Seznam odborné literatury:

1. HOOD, Christopher, 1991. *A public management for all seasons?* Public Administration. vol. 69, no. 1, s. 3-19. ISSN 0033-3298.
2. WAGSTAFF, A, 2008. *Measuring financial protection in health* (Vol. 4554). World Bank Publications, washington, DC.
3. Xu, Ke et al., 2007. *Protecting households from catastrophic health spending.* Health affairs, 26(4), ISSN 972-983.
4. World Health Organization, 2000. *The world health report 2000: health systems: improving performance.* Geneva: World Health Organization.

Datum zadání disertační práce: duben 2014

Termín odevzdání disertační práce: červenec 2019

Daniela Kandilaki
Řešitelka

prof. Ing. Pavel Pudil, DrSc.
Vedoucí práce

Ing. Jiří Dvořák, Ph.D.
Vedoucí ústavu

doc. Ing. Vladislav Bína, Ph.D.
Děkan FMJH VŠE

Název disertační práce:

Finanční ochrana ve zdravotnictví České republiky v kontextu New Public Managementu

Abstrakt:

Disertační práce přináší komplexní pohled na problematiku finanční ochrany ve zdravotnictví v kontextu New Public Managementu. V rámci teorie staví disertační práce na podstatě konceptu New Public Managementu a na rámcích cílů a nástrojů zdravotní politiky. Finanční ochrana je představena jako jeden ze tří finálních cílů zdravotní politiky. Právě pohled přes finální cíle umožňuje ukotvení finanční ochrany v New Public Managementu. Práce klade důraz na představení metrik finanční ochrany (dle metodiky WHO) a následně je aplikuje do reálií ČR. Klíčovým vědeckým přínosem je vytvoření alternativní metodiky pro měření finanční ochrany, které součástí jsou 4 hranice pro určení katastrofických výdajů. Metodika WHO i alternativní metodika jsou testovány na datech z výběrového šetření výdajů domácností v letech 2007 až 2012. Právě toto období umožňuje sledovat zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví. Práce tak přináší nové evidence jejich dopadů na rozpočty domácností v ČR. Navazuje na přístupy Světové zdravotnické organizace, čímž jsou výsledky nejen vysoce validní, ale i vysoce relevantní pro tvorbu zdravotní politiky v ČR. Výsledky pro ČR naznačují, že ve sledovaném období má ČR vysokou míru finanční ochrany obyvatelstva, a to i po zavedení regulačních poplatků. Z analýzy vyplynulo, že největší zátěž pro domácnosti představují doplatky za léky.

Klíčová slova: Finanční ochrana, spravedlnost, New Public Management, cíle a nástroje zdravotního systému, Česká republika, platební schopnost domácností, katastrofické výdaje na zdraví, zbídačené domácnosti, index spravedlnosti finančních příspěvků

Poděkování:

Práci věnuji vzpomínce a udržení paměti na prim. MUDr. Rudolfa Stříteckého in memoriam. Bez jeho dlouholeté podpory by tato práce nikdy nevznikla.

Zároveň bych chtěla poděkovat prof. Ing. Pavlovi Pudilovi, DrSc. za pomoc při studiu. Moje poděkování patří i doc. Dr. Ing. Janu Voráčkovi, CSc. za zkušenosti nabyté při spolupráci a doc. RNDr. Lence Komárkové, Ph.D. za odborné konzultace.

Mé díky patří rodině za velkou pomoc a pochopení v době, kdy jsem se naplno věnovala psaní práce.

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Petrovi Pažitnému za obrovskou trpělivou podporu během psaní práce, za přínosné připomínky, inspiraci a povzbuzení.

Obsah

ÚVOD **15**

CÍL DISERTAČNÍ PRÁCE 16
PŘÍNOSY PRÁCE 18
PŘEDCHÁZEJÍCÍ VÝZKUM 18
STRUKTURA PRÁCE 19

1 NEW PUBLIC MANAGEMENT **21**

1.1 PODSTATA A PRINCIPY NPM 21
1.2 VÝVOJOVÝ KONTEXT NPM 26
1.3 KRITIKA NPM A JEHO DALŠÍ SMĚŘOVÁNÍ 29
1.4 PŘECHOD NPM DO ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ 34
1.5 ZÁVĚRY 38

2 CÍLE ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU **39**

2.1 ZÁKLADNÍ TEORETICKÉ PŘÍSTUPY 39
2.2 IDENTIFIKOVANÉ CÍLE V ČR 45
2.3 ZÁVĚRY 47

3 FINANČNÍ OCHRANA **49**

3.1 PŘÍSTUP DLE WAGSTAFFA 49
3.2 PŘÍSTUP DLE XU 51
3.3 PŘÍSTUP DLE WHO 52
3.4 KRITIKA TRADIČNÍCH PŘÍSTUPŮ 54
3.5 ZÁVĚRY 55

4 ZDRAVOTNÍ SYSTÉM ČR **56**

4.1 ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ 56
4.2 PROBĚHLÉ ZMĚNY A REFORMY 56
4.3 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ 57
4.4 FORMY PŘÍMÝCH PLATEB 59
4.5 ANALÝZA PŘÍMÝCH PLATEB DOMÁCNOSTÍ 61
4.6 EXISTUJÍCÍ NÁSTROJE FINANČNÍ OCHRANY V ČR 63
Nulový doplatek v každé lékové skupině *63*
Ověření nulových doplatků v každé lékové skupině pro rok 2012 ..... *64*
Generická preskripce *65*
Zdravotní pojištění hrazené státem *66*
Osvobození od regulačních poplatků včetně jejich změn *66*
Ochranný limit *68*
Dobrovolné zdravotní pojištění *71*
4.7 ZÁVĚRY 72

5 METODIKA VLASTNÍHO VÝZKUMU **73**

5.1 ZDROJ DAT 75
Analýza výdajů na zdraví podle výdajových kvintilů *77*
Výdaje na zdraví podle demografických ukazatelů *81*
5.2 METODIKA WHO 82
Platební schopnost domácnosti *83*
Katastrofické výdaje na zdraví *83*
Zbídačené domácnosti *83*

Index spravedlnosti finančních příspěvků *84*
5.3 VÝSLEDKY DLE METODIKY WHO 85
5.4 ALTERNATIVNÍ METODIKA WHO 88
5.5 VÝSLEDKY PODLE ALTERNATIVNÍ METODIKY 89
5.6 INDEX SPRAVEDLNOSTI FINANČNÍCH PŘÍSPĚVKŮ 92

6 CHARAKTERISTIKA DOMÁCNOSTÍ OHROŽENÝCH KATASTROFICKÝMI VÝDAJI NA ZDRAVÍ 93

6.1 MODEL LOGISTICKÉ REGRESE 94
Vysvětlující proměnné *95*
6.2 STATISTICKÁ ANALÝZA DAT 98
6.3 MULTIKOLINEARITA 103
6.4 VÝSLEDKY LOGISTICKÉ REGRESE 104
6.5 ZÁVĚRY 109

7 VLIV REGULAČNÍCH POPLATKŮ NA FINANČNÍ OCHRANU DOMÁCNOSTI V ČR 111

7.1 VÝSLEDKY PŘI HRANICI CATA = 10 % 111
7.2 VÝSLEDKY PŘI HRANICI CATA = 20 %, 30 % A 40 % 112
7.3 ZÁVĚRY 113

ZÁVĚR 114

SEZNAM LITERATURY 122

Seznam zkratek

ATC	Anatomicko-terapeuticko-chemická skupina
Cata	katastrofické výdaje na zdraví
Ctp	platební schopnost domácností
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DPH	daň z přidané hodnoty
DRG	Diagnosis Related Groups
EU	Evropská Unie
Impoor	zbídačené domácnosti
LP	léčivé prostředky
NPM	New Public Management
OOP	průměrné přímé výdaje domácností na zdravotní péči
OOPCTP	podíl průměrných přímých výdajů na zdraví na platební schopnosti domácnosti
OOPEXP	podíl průměrných přímých výdajů na zdraví na celkových výdajích domácnosti
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PPA	Progressive Public Administration
PL	hranice chudoby
PLZÚ	potraviny pro zvláštní lékařské účely
PZT	prostředky zdravotní techniky
ROC	Receiver Operating Characteristic
SRÚ	Statistika rodinných účtů
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
USD	Americký dolar
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VIF	Variance Inflation Factor
VZP	Všeobecní zdravotná pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZÚLP	zvlášť účtovaný léčivý přípravek

Seznam schémat

Schéma 1: WHO rámec – cíle a funkce ... 40
Schéma 2: WHO rámec – cíle a stavební bloky ... 41
Schéma 3: Cíle a „kontrolní knoflíky“ ... 42
Schéma 4: Cíle vysoko výkonného zdravotního systému ... 43
Schéma 5: Cíle dle systémového myšlení ... 44
Schéma 6: Základní vztahy v použité metodice ... 74

Seznam tabulek

Tabulka 1: Ukazatele podle metodiky WHO ... 17
Tabulka 2: Principy NPM dle Christophera Hooda ... 23
Tabulka 3: Tři sady zásadových hodnot ve veřejném managementu ... 24
Tabulka 4: Klasifikace dopadu NPM reforem ... 32
Tabulka 5: Vybrané příklady nástrojů NPM analyzovaných v projektu COCOPS ... 34
Tabulka 6: Klíčové složky a formy aplikace v zemích EU ... 36
Tabulka 7: Finanční ochrana v teoretických rámcích pro cíle zdravotních systémů ... 48
Tabulka 8: Zdroje financování zdravotnictví v ČR v Kč ... 57
Tabulka 9: Výdaje domácností podle druhu péče v mil. Kč ... 59
Tabulka 10: Doplatky za léky v Kč a jejich podíl ... 60
Tabulka 11: Výdaje na regulační poplatky v tis. Kč ... 61
Tabulka 12: Přehled celkových výdajů na zdraví a celkových spotřebních výdajů domácností ... 61
Tabulka 13: Výdaje na ekvivalizovaného člena domácnosti v Kč ... 62
Tabulka 14: Procento léčivých přípravků bez doplatku pro rok 2012 ... 64
Tabulka 15: Procento léčivých přípravků (bez ZÚLP) bez doplatku pro rok 2012 ... 65
Tabulka 16: Struktura dat ČSÚ ... 75
Tabulka 17: Průměrné spotřební výdaje dle výdajových kvintilů za člena domácnosti v Kč ... 77
Tabulka 18: Průměrné výdaje na zdraví dle výdajových kvintilů za člena domácnosti v Kč ... 77
Tabulka 19: Podíl průměrných ročních výdajů domácností na zdraví na celkových spotřebních výdajích domácnosti podle výdajových kvintilů, údaj za člena domácnosti v Kč ... 78
Tabulka 20: Přímé výdaje na zdraví na jednoho ekvivalizovaného člena domácnosti v Kč ... 81
Tabulka 21: Podíl výdajů na zdraví na celkových spotřebních výdajích dle kraje domácnosti ... 81
Tabulka 22: Sumarizace použité terminologie metodiky WHO (2004) ... 84
Tabulka 23: Přehled výsledků podle metodiky WHO ... 85
Tabulka 24: Průměrné roční výdaje na životní minimum na člena domácnosti ... 86
Tabulka 25: Domácnosti žijící pod hranicí chudoby podle výdajových kvintilů ... 86

Tabulka 26: Počet domácností ohrožených katastrofickými výdaji na zdraví podle výdajových kvintilů 87
Tabulka 27: Katastrofické výdaje na zdraví, model různých hranic 87
Tabulka 28: Přehled domácností s výdaji na zdraví způsobující chudobu 88
Tabulka 29: Přehled hlavních výsledků podle alternativní metodiky 89
Tabulka 30: Průměrné výdaje na životní minimum, WHO metodika a alternativní metodika 90
Tabulka 31: Domácnosti žijící pod hranicí chudoby v ČR podle výdajových kvintilů, alternativní metodika 90
Tabulka 32: Přehled domácností s katastrofickými výdaji, alternativní metodika 91
Tabulka 33: Katastrofické výdaje na zdraví, alternativní metodika, pro cata10-40 % 91
Tabulka 34: Domácnosti s výdaji na zdraví způsobujícími chudobu, alternativní metodika 92
Tabulka 35: Index spravedlnosti finančních příspěvků 92
Tabulka 36: Počet domácností ohrožených katastrofickými výdaji při různých hranicích cata 93
Tabulka 37: Kategoriální a kvantitativní proměnné vstupující do modelu 95
Tabulka 38: Kraje a kód kraje 95
Tabulka 39: Typ domácnosti a její definice 96
Tabulka 40: Velkost obce 96
Tabulka 41: Domácnosti podle typu 98
Tabulka 42: Počet osob v domácnosti 99
Tabulka 43: Domácnosti podle věku přednosty domácnosti 99
Tabulka 44: Domácnosti podle věku manžela/manželky 99
Tabulka 45: Domácnosti podle počtu ekonomicky aktivních v domácnosti 100
Tabulka 46: Domácnosti podle počtu dětí v domácnosti 100
Tabulka 47: Domácnosti podle počtu důchodců v domácnosti 100
Tabulka 48: Domácnosti podle počtu ostatních členů v domácnosti 101
Tabulka 49: Domácnosti podle kraje 101
Tabulka 50: Domácnosti podle velkosti obce 101
Tabulka 51: Počet ohrožených domácností při hranici cata = 10 % (cata10) 102
Tabulka 52: Počet ohrožených domácností při hranici cata = 20 % (cata20) 102
Tabulka 53: Počet ohrožených domácností při hranici cata = 30 % (cata30) 102
Tabulka 54: Počet ohrožených domácností při hranici cata = 30 % (cata30) 103
Tabulka 55: Variance Inflation Factor jednotlivých proměnných modelu 103
Tabulka 56: Analýza odhadů maximální pravděpodobnosti pro model cata 10 % 105
Tabulka 57: Poměr šancí pro model cata 10 % 106
Tabulka 58: Porovnání modelů metodiky ALT MET při různých hranicích cata 109
Tabulka 59: Výsledky testování chí-kvadrát testu pro metodiku WHO, cata = 10 % 111
Tabulka 60: Výsledky testování chí-kvadrát pro alternativní metodiku, cata = 10 % 112

Seznam grafů

Graf 1: Výdaje na zdravotní péči v ČR v mil. Kč 58
Graf 2: Výdaje domácností na léky v mil. Kč 60
Graf 3: Struktura výdajů na zdraví v ČR na jednoho člena domácnosti 63
Graf 4: Celkové vratky za všechny zdravotní pojišťovny v tis. Kč 70
Graf 5: Průměrná vratka na jednoho pojištěnce v Kč 70
Graf 6: Celkové vratky a počty pojištěnců jednotlivých pojišťoven 71
Graf 7: Charakteristika výdajů vzorku respondentů v jednotlivých letech 76
Graf 8: Distribuce výdajů na zdraví podle výdajových kvintilů na ekvivalizovaného člena domácnosti v Kč 79
Graf 9: Procentuální vyjádření výdajů za vybrané segmenty péče 80
Graf 10: Poměr šancí 108

Seznam obrázků

Obrázek 1: Struktura disertační práce 20
Obrázek 2: Vývoj NPM směřující k post-NPM 33
Obrázek 3: Finanční ochrana v kontextu NPM 115

Úvod

Problematika zdravotnictví a poskytování zdravotní péče je diskutovaným tématem nejen z pohledu celkového finančního břemene zdravotního sektoru, ale taktéž distribucí břemene v populaci. Jedním z důvodů růstu nákladů je stárnutí obyvatelstva, nové medicínské technologie, vysoké očekávaní obyvatel, nárůst výskytu chronických onemocnění, což se projevuje v navyšující se poptávce po zdravotních službách. To determinuje i finanční náročnost poskytovaných služeb v těchto sférách. Vzhledem k nepříznivě se vyvíjejícímu demografickému vývoji je třeba služby zefektivnit, ale zároveň dbát i na jejich dostupnost, tak aby vyhovovaly jak poptávajícím po službách, tak nabídkové straně, zejména pak ze systémového hlediska.

Spravedlnost financování zdravotní péče je významným společenským a politickým tématem nejen ve vyspělých zemích OECD, ale stejně tak i v méně rozvinutých zemích. Samozřejmě, už samotný pojem „spravedlnost“ má v různých zemích rozdílný význam. Záleží to na kulturních a etických vzorcích dané společnosti. Jen pro ilustraci, západní Evropa se svou tradicí „Bismarcka“ a „Beveridge“, kde velikou roli sehrávají veřejné zdroje, má jiné pojímaní spravedlnosti, jako Spojené státy, kde až donedávna hlavním zdrojem financování byly zdroje soukromé.

Východní Evropa s dědictvím „Semaškova“ modelu je v otázce spravedlnosti financovaní zdravotnictví zcela jedinečným případem. V České republice byla v průběhu 40 let socializmu zcela dominantní myšlenka „bezplatného“ zdravotnictví. Tato bezplatnost se i po Sametové revoluci dostala přímo do Listiny základních lidských práv a svobod (1992). Mnoho generací v České republice má na spravedlnost ve zdravotnictví zcela jasný názor. Za spravedlivé zdravotnictví považují „bezplatné“ zdravotnictví.

Na takto vymezeném poli „bezplatnosti“ je z výzkumného hlediska mimořádně zajímavé sledovat příběh „regulačních poplatků“ a jejich vliv na spravedlnost a finanční ochranu. Následně lze posoudit, jak veřejná a politická diskuze bez analytických nástrojů a metodik vyhodnocuje vliv regulačních poplatků a opomíjí vliv jiných přímých plateb a ostatního spotřebního zboží a služeb ve zdravotnictví, zejména pak vliv léků hrazených přímo občany (Kandilaki, 2013).

Existuje mnoho přístupů, které vysvětlují aplikovatelné principy. Patrná je i rostoucí poptávka ze stran mezinárodních tvůrců zdravotních politik. Existence lepších a četnějších údajů o domácnostech a jejich výdajů, dává dobrý předpoklad pro detailní zkoumání vývoje v této oblasti. Pokrok v kvantifikaci a pochopení spravedlnosti financování ve zdravotnictví, by však nebyl možný bez vhodných analytických technik. Tyto techniky jsou předmětem předkládané práce.

Financování zdravotní péče v České republice je založeno na systému povinného veřejného zdravotního pojištění. Historicky je většina služeb placena třetí stranou (zdravotními pojišťovnami), avšak některé komodity a služby si hradí pojištenci přímo. Takovéto nastavení systému má solidární charakter a aspoň (teoreticky) zaručuje všeobecnou dostupnost zdravotní péče.

V rámci udržitelnosti financování zdravotnictví v České republice, byly v roce 2008 představeny a zavedeny regulační poplatky, které tak navýšily přímé platby domácností. Zavedení takovýchto změn s sebou přináší mnoho otázek. Jedná se zejména o otázky zohledňující způsob zavedení takových plateb, udržitelný rozsah přímých plateb domácností a v neposlední řadě i finanční a sociální dopady, které můžou způsobit. Právě tato práce pomůže dát na tyto otázky odpovědi.

Cíl disertační práce

Hlavním cílem této disertační práce je ověření, *jaké dopady mají přímé platby na zdravotní péči na finanční ochranu domácností.* Cíl disertační práce je operacionalizován dílčími cíli, které dávají odpovědi na následující výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem je finanční ochrana vymezená z hlediska cílů zdravotní politiky v kontextu New public managementu?
2. Jaké existují metriky na měření finanční ochrany ve zdravotnictví a do jaké míry jsou vhodné do reálií ČR?
3. Jak ovlivnilo zavedení regulačních poplatků finanční ochranu domácností?
4. Kdo platí a kolik za jaký typ zdravotních služeb?
5. Jaký dopad mají tyto platby na finanční situaci domácností?
6. Jaké typy domácností nejpravděpodobněji čelí katastrofickým výdajům na zdraví?

Tyto cíle jsou naplněny pomocí rešerše literatury, kvantitativní analýzy dat, chí-kvadrát testem nezávislosti a binární logistickou regresí. Zkoumané jsou data za období 2007-2012 v rozsahu 17 530 pozorování, což odpovídá přibližně 3000 domácnostem za každý rok. Analýzy jsou provedeny pomocí nástrojů Microsoft Excel a SAS Studio University Edition softwaru. Rešerše literatury se zaměřila na vyhledávání, třídění a hodnocení zdrojů a informací, jehož výsledkem je teoretická část práce.

V práci se pracuje s daty Českého statistického úřadu (ČSÚ), který každoročně sbírá data o příjmech, o spotřebních a jiných výdajích českých domácností. Konkrétně se jedná o statistiku rodinných účtů (SRÚ), jež informuje a poskytuje detailní přehled o výši výdajů a struktuře spotřeby domácností. Datový soubor byl vyžádán a poskytnut přímo od ČSÚ na účely výzkumu v oblasti finanční ochrany domácností.

Pojmem finanční ochrana rozumíme takovou dostupnost zdravotních služeb, při které občané nejsou při čerpání služeb konfrontováni s katastrofickými výdaji. Přímé platby, potřebné k získání zdravotních služeb nevystavují obyvatelstvo finančnímu riziku a neohrožují tak jejich životní úroveň.

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2005) vyvinula metodiku pro měření dopadů přímých plateb na zdraví vzhledem k finanční situaci domácností. Tato práce poskytuje přehled o vývoji v ČR, a to ve třech sledovaných ukazatelích – *domácnosti ohrožené katastrofickými výdaji na zdraví, počet zbídačených domácností* a *index spravedlnosti finančních příspěvků*.

Tabulka 1: Ukazatele podle metodiky WHO

Ukazatel	Popis
Katastrofické výdaje na zdraví	Kolik domácností je ohroženo katastrofickými výdaji na zdraví v jednotlivých výdajových kvintilech.
Zbídačené domácnosti	Zbídačené domácnosti jsou ty, které nejsou považované za chudé, ale stanou se chudými po započtení přímých plateb na zdraví.
Index spravedlnosti finančních příspěvků	Index může nabývat hodnoty od 0 do 1, přičemž čím více se blíží hodnota indexu k jedné, tím je systém spravedlivější.

Zdroj: WHO, 2005

Finanční ochrana je v této práci vnímána jako jeden z klíčových cílů zdravotní politiky, přičemž samotné cíle zdravotní politiky, jako součást veřejné politiky, jsou ukotveny v teoretickém rámci New public managementu. Zavedení regulačních poplatků právem rozproudilo diskuzi o tom, do jaké míry tyto poplatky ohrožují české domácnosti. V tomto kontextu je však nezbytné zdůraznit, že regulační poplatky jsou nástrojem (nikoliv cílem) zdravotní politiky a společně s veřejným zdravotním pojištěním, spoluúčastí za léky, přímými platbami domácností za různé zdravotnické služby, tvoří širokou paletu nástrojů financovaní zdravotních služeb.

Pro současnou moderní zdravotní politiku, jako součást New public managementu je zásadní:

- Jasně definovat cíle zdravotní politiky způsobem SMART, a to i při takových oblastech, jako je finanční ochrana
- Jasně definovat metriky a metodické postupy na měření dosahování těchto cílů
- Jasně identifikovat, které nástroje financování zdravotnictví (veřejné pojištění, spoluúčast, přímé platby, regulační poplatky), jakým způsobem ovlivňují finanční ochranu domácností

- Politická a společenská rozhodnutí přijímat až po detailní analýze vlivu jednotlivých nástrojů na konkrétní cíl.

Přínosy práce

Práce přispívá metodicky, koncepčně a s evidencemi k problematice finanční ochrany domácností a jejího vývoje v České republice v souvislosti se zdravotní péčí. Toto může sloužit tvůrcům zdravotní politiky, aby si mohli ověřit vhodnost nastavení provedených opatření a zároveň pochopit dopady této implementace. Současně může sloužit jako podklad pro rozhodování o budoucích opatřeních týkajících se změn zdravotního systému. V neposlední řadě může sloužit jako výukový materiál pro studenty v oblasti financování zdravotní péče.

Za klíčové vlastní přínosy této disertační práce považuji:

- Uplatnění New Public Managementu ve zdravotní politice
- Testování metriky finanční ochrany na podmínky ČR
- Návrh alternativní metodiky Světové zdravotnické organizaci
- Snížení hranice katastrofických výdajů za zdravotní péči ze stanovené hranice 40 % na 30 %, 20 %, 10 % a testování těchto různých hranic
- Rozšíření výpočtu nezbytných výdajů o položku odívání a bydlení
- Identifikace ohrožených domácností dle demografických a geografických charakteristik
- Zjištění, že vliv regulačních poplatků nezhoršil finanční ochranu domácností ČR

Předcházející výzkum

Závěry předložené disertační práce navazují na předcházející výzkum v této oblasti, stejně tak i na hodnotící zprávu, která je součástí řady studií vycházejících ze zemí, které vytvářejí nové důkazy o finanční ochraně v evropských zdravotnických systémech.

- KANDILAKI, D., (in press). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in the Czech Republic*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO, 2019. *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. ISBN 9789289054058.

Vybrané údaje a data sloužily jako podklad mezinárodní srovnávací studie WHO, která vytváří nové důkazy o finanční ochraně v evropských zdravotnických systémech. Zaměřuje se na tři země s vysokými příjmy – Česká republika, Estonsko a Lotyšsko – s

cílem porovnat finanční ochranu mezi zeměmi, které jsou v mnoha směrech podobné, ale mají značně odlišné úrovně finančního zatížení.

- WHO, 2018. *Financial protection in high-income countries. A comparison of the Czech Republic, Estonia and Latvia*. ISBN 9789289053259.

Výsledky výzkumu v této oblasti byly pak dále prezentovány na vědecké konferenci a prezentace byla oceněna speciální cenou, jako nejlepší příspěvek konference.

- KANDILAKI, D., 2014. Distribution of out of pocket payments on health care services and catastrophic costs in the Czech Republic. 5. Vědecká konference doktorandů, studentů magisterského studia a mladých vědeckých pracovníků FM VŠE 2014. 5. 12. 2014, Jindřichův Hradec

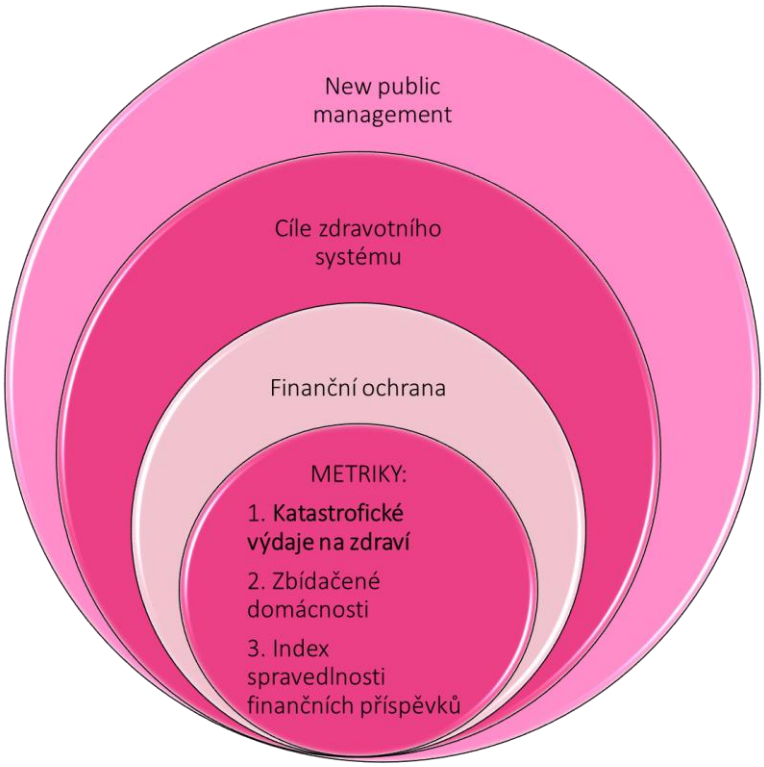
Struktura práce

Struktura práce odpovídá ukotvení indikátoru finanční ochrany domácností, jako projevu „cíle" zdravotního systému v rámci teorie manažerského přístupu. Práce tudíž rámcově pojednává o New public managementu, kterého klíčovou charakteristikou je manažerské ponětí cílů. A jedním ze tří finálních cílů zdravotního systému je právě finanční ochrana. Ta se měří třemi indikátory: katastrofické výdaje na zdraví, zbídačené domácnosti a index spravedlnosti finančních příspěvků.

Provázanost jednotlivých kapitol je patrná v obrázku č. 1, kterého vnitřní logika je postavená na následujícím řetězci argumentů:

1. New Public management je teoretický koncept zaměřený na cíle ve veřejných systémech (např. zdravotnictví, školství, doprava…)
2. Z rešerše literatury vyplývá, že jeden ze tří hlavních cílů zdravotních systémů je finanční ochrana.
3. Finanční ochrana má přesné metriky, kterými se dá změřit.

Obrázek 1: Struktura disertační práce



Zdroj: vlastní zpracování autorky

Práce je rozdělena do devíti kapitol, včetně Úvodu a Závěru. První kapitola se zaměřuje na podstatu konceptu New Public Managementu (NPM), na jeho stručný vývoj a mapuje i objevující se kritiky tohoto konceptu. Jak již bylo uvedeno, významným aspektem NPM je stanovování cílů, a právě na cíle zdravotního systému se odkazuje druhá kapitola. Ústředním zkoumaným cílem je pak finanční ochrana, která se objevuje jako předmět třetí kapitoly, kde jsou prezentovány všechny teoretické přístupy k této problematice. Vzhledem k tomu, že data statistiky rodinných účtů (SRÚ) použité v disertační práci mapují období od roku 2007 až do roku 2012, v kapitole čtyři jsou představeny reálie českého zdravotního systému pro dané období včetně existujících nástrojů finanční ochrany v prostředí ČR. V navazující kapitole pět je popsána metodika vlastního výzkumu, která jasně vysvětluje použitou metodiku WHO i alternativní metodiku. Tato kapitola rovněž předkládá výsledky praktické aplikace měření finanční ochrany v ČR pomocí obou metodik. V kapitole šest pomocí binární logistické regrese je odpovězena výzkumná otázka ohledně charakteristiky ohrožených domácností. Kapitola sedm dává odpovědi, zda zavedení regulačních poplatků mohlo mít vliv na zvýšení počtu ohrožených domácností. Poslední kapitola je věnována shrnutím a závěrům práce.

1 New Public Management

Reformní snahy jsou trendem několika posledních desetiletí, a to nejen ve veřejných systémech nejvyspělejších zemích. New Public Management (NPM), který lze do češtiny volně přeložit jako „Nové organizační řízení veřejné správy“ je pojem, resp. směr, který popisuje způsob uplatnění manažerských technik ze soukromého do veřejného sektoru. Tato inovace je zaměřena do veřejného systému s ohledem na zlepšení jeho účinnosti, efektivity a finanční stability. Toto úsilí je zaměřeno na nápravu strukturálních nedostatků v systému, které vedou k neefektivnosti ve veřejném řízení a nesprávnému přidělování a využívání zdrojů. Zároveň občan v tomto pojetí je vnímán jako zákazník, který přijímá služby veřejného sektoru.

Změna přístupu má za cíl podnítit přechod od byrokratického modelu založeného na normách na manažerský model, který je založený na výkonu, který směřuje k naplňování stanovených cílů. Reformu procesů ve veřejné správě můžeme spatřovat v mnoha evropských zemích, které mají zkušenosti s implementací takových změn. Neznamená to však, že lze pozorovat stejnorodost proběhlých změn. Naopak v tomto ohledu je možné zdůraznit rozdíly mezi jednotlivými zeměmi stejně tak i zaznamenávané rozdíly v čase, jak vyplývá z následujících kapitol.

NPM je možné chápat z pohledu filozofického stejně tak z pohledu praktického. První pohled usiluje o změnu vnímání, resp. uvažování o výkonu veřejné správy pomocí přiblížení se k podnikatelskému způsobu myšlení. Praktický pohled je nástrojově orientovaný. Těmito nástroji se práce zabývá v dalších částech.

NPM je obecný a různorodý směr. Stejně tak k němu přistupovali i autoři jednotlivých zemí, kteří se tímto tématem zabývali. Jedním z hlavních důvodů pro realizaci přístupu reformy veřejného sektoru v podobě NPM, je tlak na zavedení systému řízení výkonnosti. Aplikace NPM je záměrně přijatým opatřením ke zvýšení efektivity veřejných služeb a organizací a má za cíl podporovat odpovědné a lepší poskytování služeb. Následující kapitoly přiblíží podstatu, vývoj a kritiku přístupu, spolu s identifikovanými reáliemi v ČR.

1.1 Podstata a principy NPM

Dle výzkumné zprávy OECD (2010), která shrnuje vývoj NPM v zemích, kde se aplikoval, se jednotlivé nástroje liší, nicméně jádro nástrojů zůstává pevné.

Jádro NPM zahrnuje následující položky:

- Oddělit výkon od vytváření politik
- Více autonomie pro liniové manažery v provozním řízení, a to jak v rozvoji politik, tak v jejich provádění
- Řízení a kontrola na základě měřených výsledků
- Všechna ministerstva musí formulovat své cíle z hlediska výsledků a výstupů
- Veškerá produkce musí být předmětem trvalého srovnání kvality a cen

Literatura zmiňuje, že systém řízení výkonnosti dle NPM ve veřejném sektoru obvykle zahrnuje následující funkce (den Heyer, 2011):

1. vypracování strategického plánu, který je spojen s ročním procesem plánování
2. každoroční definování a stanovení organizačních a individuálních cílů
3. vývoj osobních a organizačních ukazatelů výkonnosti
4. vypracování a provádění komplexního rámce pro plánování
5. vývoj a realizace procesu osobního hodnocení
6. propojení organizační strategie a cílů plnění na individuální pozice
7. vývoj a provádění přehledu řízení a rámců oceňování výkonnosti

Tyto funkce jsou vhodným podkladem ke zlepšení přístupu veřejné správy a k zamezení nejasných nebo nedosažitelných specifikací výkonnosti a odpovědnosti. Konečná charakteristika tohoto přístupu umožnila měřit výkonnost organizace a zároveň toto by mělo být ratifikováno prostřednictvím procesu hodnocení výsledku, resp. zpětné vazby.

Dobrý příkladem dle Butterfielda mohou být roční ukazatele výkonnosti (Butterfield et al., 2004), což lze považovat za nástroje, které se používají ke sledování reálné výkonnosti organizace v souvislosti s nastavenými organizačními plány. Dosažené výsledky zdůvodňují využití zdrojů, a to umožňuje posoudit organizační efektivitu. Takovýto přístup ukáže vazbu mezi ukazateli výkonnosti, strategickým plánem a organizačním plánem. Účelem řízení výkonnosti je zajistit, aby potřebné náklady byly včas identifikovány a korektně přiděleny příslušné složce poskytovaných služeb. Důraz na výkonost v rámci NPM zajišťuje, že manažeři se nezaměřují pouze na finanční aspekty řízení a dodržování právních předpisů, nýbrž se soustředí i na účinné a efektivní řízení zdrojů. Primárním cílem plynoucím ze zavedení řízení výkonnosti a stanovení cílů je zajištění, aby se zdroje a priority poskytování služeb zaměřily na konkrétní geografické oblasti, aby bylo dosaženo společenských výsledků, které vláda považuje za důležité. Tyto společenské cíle obvykle obsahují zvýšení životní úrovně obyvatel společnosti prostřednictvím snižování chudoby.

Christopher Hood (1991) navrhuje spojení manažerského myšlení a ekonomického racionalismu (Tabulka 2). Vyhodnocuje administrativní reformy založené na NPM jako všestranný nástroj na poskytování veřejných služeb. Argumentuje ve prospěch NPM zejména tím, že nabízí lepší a efektivnější poskytování veřejných služeb. Reformy NPM jsou založené na předpokladu, že efektivní vertikální manažerská odpovědnost se promítne do lepší výkonnosti. Autor píše o NPM jako o „svatbě protikladů“, kdy jedním z partnerů je nová institucionální ekonomie a druhým partnerem je privátní manažerské řízení.

Tabulka 2: Principy NPM dle Christophera Hooda

PRINCIP	VÝZNAM	ZDŮVODNĚNÍ
Profesionální řízení ve veřejném sektoru	Aktivní, viditelná, diskrétní kontrola organizací od jmenovaných osob na vrcholu, "svobodné hospodaření"	Zodpovědnost vyžaduje jasné postoupení odpovědnosti za činnost, která není šíření moci
Explicitní normy a měřítka výkonu	Definice cílů, plánů, indikátorů úspěchu, nejlépe vyjádřených kvantitativně	Odpovědnost vyžaduje jasné prohlášení o účinnosti cílů, vyžaduje kritický uvědomělý pohled na cíle, resp. jejich plnění.
Větší důraz na kontrolu výstupů	Alokace zdrojů a odměny spojené se změřeným výkonem; rozpad centralizované byrokracie, široký personální management	Je třeba spíše zdůrazňovat výsledky než postupy
Přechod na desagregace jednotek ve veřejném sektoru	Rozdělení starých "monolitických" jednotek. Rozdělení systémů řízení tvaru U do korporátních jednotek kolem produktů, které fungují na decentralizovaných jednorázových rozpočtech	Potřeba vytvořit řízené jednotky, oddělit zájmy poskytování a produkce, získat výhodu z efektivity využívání smluvních nebo franšízových dohod v rámci i mimo veřejný sektor
Posun k větší konkurenci ve veřejném sektoru	Přechod na smlouvy na dobu určitou a zadávání veřejných nabídek.	Rivalita jako klíč k nižším nákladům a lepším standardům.
Důraz na styly manažerské praxe v soukromém sektoru	Odklon od etiky veřejného zájmu ve vojenském stylu, větší pružnost při náboru a odměňování; větší využití PR techniky	Potřeba používat "osvědčené" nástroje řízení soukromého sektoru ve veřejném sektoru
Důraz na větší kázeň a šetrnost při využívání zdrojů	Snížení přímých nákladů. Zvyšování pracovní kázně. Odolávat požadavkům odborů. Omezit náklady na dodržování předpisů na podnikání.	Potřeba kontrolovat požadavky na zdroje ve veřejném sektoru a "udělat více s méně".

Zdroj: Hood, 1991

Hood a Jackson (1991) navazují s výzkumnou prací, která je založena na analýze státní správy v čase. Používá analýzu mezi učením, filozofií a odůvodněním. Předkládá tři historické dokumenty vývoje státní správy, a to: britskou zprávu Northcote Trevelyan z roku 1854, zprávu Brownlow (USA) z roku 1937 a zprávu vlády Wilenského o novém jižním Walesu z roku 1977. Základním přínosem je, že jednotlivé teorie a učení nejsou nové, ale spíše se opakující v čase, podle aktuálního vývoje jednotlivých společností. Autoři dále vysvětlují filozofický smysl jednotlivých učení, která vytvářejí relativní soudržnost. Odůvodnění použití jednotlivých učení je dáno několika charakteristickými typy, které stejně tak připomínají manažerské nástroje. Jedná se o Sigma typ, který se odkazuje na efektivnost a předělování zdrojů a úkolů, Theta typ, který je spojen se spravedlností a výkonem, a Lambda typ charakteristický spolehlivostí a přizpůsobivostí (Tabulka 3).

Tabulka 3: Tři sady zásadových hodnot ve veřejném managementu

	Hodnoty typu Sigma (udržujme to štíhlé a smysluplné)	**Hodnoty typu Theta (udržujme to čestné a spravedlivé)**	**Hodnoty typu Lambda (udržujme to spolehlivé a přizpůsobivé)**
Standard úspěchu	Šetrnost (přizpůsobení zdrojů úlohám pro stanovené cíle)	Správnost (dosažení spravedlnosti, vzájemnosti, řádného plnění povinností)	Pružnost (dosažení spolehlivosti, adaptability, robustnosti)
Standard selhání	Odpad (zmatek, neúčinnost)	Zpronevěra (nespravedlnost, zkreslení, zneužití funkce)	Katastrofa (riziko, porucha, kolaps)
Platidlo úspěchu a selhání	Čas a peníze (náklady výrobců a spotřebitelů na zdroje)	Důvěra a nároky (souhlas, legitimnost, řádný proces, politické nároky)	Bezpečnost a přežití (důvěra a život)

Zdroj: Hood, Jackson, 1991

Tlak na efektivitu a snaha o snížení finanční náročnosti je zmiňováno v článku autorů Brignall a Modell (2000), kteří vysvětlují počátky New Public Managementu ve Velké Británii a Skandinávii po roce 1990, kdy se veřejné služby dostaly pod tlak, aby se staly efektivnějšími a účinnějšími. Zároveň za předpokladu, aby byla snížena finanční náročnost poskytovatelů veřejných služeb, při zachování stávajícího objemu a kvality

služeb poskytovaných veřejnosti. Těchto požadavků bylo dosaženo zaváděním různých způsobů řízení ze soukromého sektoru do veřejných služeb. Dokument zkoumá důsledky institucionální teorie pro úspěšné zavádění multidimenzionálního řízení a měření výkonnosti ve veřejném sektoru. V rámci veřejného sektoru charakterizují tři strany, a to: investora, tedy toho, kdo služby financuje, poskytovatele služby a kupujícího, tj. spotřebitele služeb. Výskyt a síla zúčastněných stran se může značně lišit mezi jednotlivými zeměmi, části veřejného sektoru nebo v čase (Hood, 1991).

Skupina autorů (Schedler et al., 2000) popisuje nové řízení veřejné správy v německy mluvících zemích. Vychází z předpokladu, že veřejná správa čelí novým výzvám v podobě sociálních, ekonomických a politických změn. Cílem NPM je dle autorů přenos zkušeností ze soukromého sektoru do veřejného sektoru s přihlédnutím ke zvláštnostem, kterými se veřejná služba vyznačuje. NPM by měl vycházet z komplexního personálního managementu a zapojením moderních informačních technologií pro jeho velký potenciál ve zjednodušení samotné správní služby. Autoři zhodnocují, že NPM byl v mnoha zemích použit s ohledem na politický a správní systém.

NPM popisují na modelu trojúhelníku, který obsahuje tři komponenty, a to: strategii, strukturu a potenciál. Všechny tři komponenty jsou zakotveny v kultuře administrativy. Autoři si všímají, že celková změna není možná pouhými formálními kroky v administrativě. Strategická část by měla obsahovat vizi, poslání a cíle správy se zaměřením na účinnost a efektivitu celé správní služby a tím podpořit jeho legitimitu. Tohoto lze dosáhnout pomocí zavedení hospodářské soutěže, která zároveň zvýší kvalitu služeb. Autoři dále uvádějí, že strukturální strana by měla být zaměřena na občana, jakožto zákazníka přijímacího veřejnou službu a přizpůsobovat se jeho potřebám.

Stejně tak autoři Denhardt a Denhardt (2000) v článku vysvětlují principy a vizi NPM, kdy se ve veřejných službách uplatňují principy podnikatelského prostředí a štíhlejší a efektivnější administrativy. V článku je argumentováno na základě kontrastu mezi NPM a staré veřejné správy. V tomto srovnání vychází lépe NPM, které je založeno na otevřené společnosti, demokracii a organizačním humanismu. Autoři shrnují vše do sedmi principů NPM:

1. Sloužit, spíše než řídit
2. Veřejný zájem je cílem, nikoliv vedlejším produktem
3. Myslet strategicky, jednat demokraticky
4. Sloužit občanům, ne zákazníkům
5. Odpovědnost není jednoduchá
6. Oceňuj lidi, nejen produktivitu
7. Hodnota občanství a veřejné služby nad podnikatelskou sférou

Barzelay (2001) ve své knize uvádí, že na existenci pojmu NPM se shodne většina odborné společnosti. Otázkou však je, co tento pojem ve skutečnosti znamená. Barzelay uvádí, že poprvé se o pojmu zmiňuje Hood (1991) a jeho charakteristika je velice proměnná. Základní myšlenkou podle Barzelaye lze však shrnout do vyjádření Aucoina (1995), a to tak, že jde o politický rámec pro rozhodování, strukturu a řízení veřejné správy. Barzelay sám shrnuje svou charakteristiku NPM jako diskusi o intervencích vládní garnitury, kdy jsou charakteristickými nástroji politických intervencích institucionální a organizační pravidla. Tato pravidla ovlivňují plánování výdajů a finanční řízení státní služby, pracovní vztahy, zadávání veřejných zakázek, organizace, audity a hodnocení veřejné správy.

1.2 Vývojový kontext NPM

NPM byl jedním z hlavních přístupů reforem veřejného sektoru, které byly přijaty mnohými západními národy v období od počátku 80. let do poloviny 90. let 20 století. (Gruening, 2001). Velká Británie se považuje za zemi, kde se NPM vyvinul, a tak se považuje za výchozí místo pro následný rozvoj po celém světě. Po prvních zmínkách byl společností rychle přijat v několika zemích, zejména v Severní Americe a Austrálii, a to díky podpoře reforem NPM ze strany mezinárodních finančních institucí a zemí OECD. Vzestup NPM nelze připsat jedinému faktoru, ale jeho přijetí odráželo tlaky na veřejné úřady a vlády v té době (Leishman et al., 1996).

Přijetí NPM jako nového směru pro veřejnou sféru, bylo nerovnoměrné mezi jednotlivými vládami a mezi jednotlivými sektory (den Heyer, 2011). Například reforma NPM byla na Novém Zélandu a ve Spojeném království snadněji přijata ve srovnání se Spojenými státy a to v rámci vzdělávacích, zdravotních a sociálních služeb než v rámci policejních služeb. Navíc, mnoho západních národů, především v Evropě, přijalo vybrané rysy NPM, zatímco jiné přijaly manažerské přístupy, aniž by zcela zaváděly NPM (Butterfield et al., 2004).

Prvky NPM se objevují ve Velké Británii a Austrálii (Hood 1991 a Hood a Jackson 1991). Ve své práci Christopher Hood představil pojem NPM, ve kterém popisuje nový přístup k řízení veřejné správy. Ten byl reakcí na starší přístup k řízení "Progressive Public Administration" (PPA). Tento starší přístup řízení veřejné správy podrobil kritice a porovnal s novým pojetím NPM. Základním kamenem nového veřejného řízení je transformace veřejných služeb prostřednictvím marketizace. Podle tohoto konceptu by měl být systém veřejných služeb organizován jako konkurenční trh soukromých a veřejných poskytovatelů, působících převážně na základě smluv ze strany státních orgánů s širokým rozsahem výběru zákazníků

Samotný pojem, Hood charakterizoval pomocí popsání reforem veřejného sektoru, zejména v anglicky mluvících zemích od počátku 80. let. Vznik a rozvoj NPM souvisí dle autora se čtyřmi trendy, a to: pokus zpomalit nebo zvrátit růst veřejných výdajů a personální růst veřejné správy. Dále posun k privatizaci veřejných služeb s důrazem na subsidiaritu v poskytování služeb. Za třetí rozvoj automatizace, zejména v oblasti informačních technologií v distribuci veřejných služeb. A nakonec za čtvrté větší mezinárodní agenda, stále více se zaměřující na obecné otázky veřejné správy, politiky a mezivládní spolupráce.

V článku Hood shrnul sedm základních komponent NPM, a to:

- zaměření se na praktické a profesionální řízení,
- explicitní standardy a výkonnostní ukazatele,
- větší důraz na kontrolu výstupů,
- rozdělení jednotek, větší konkurence, implementace stylů vedení v soukromého sektoru
- disciplína a efektivnost při využívání zdrojů
- konkurence
- styly manažerské praxe

Akademický výzkum (Pollitt, 2007) v této oblasti popisuje a porovnává zavádění sedmi konkrétních reforem v různých zemích Evropy. Autor usuzuje, že ve všech zemích byly použity angloamerické typy reformy. Mnohé reformy mají podobné charakteristiky v různých zemích (Pollitt, 2011), ale k rozdílům dochází v praxi, kdy jsou například různě složité schvalovací procesy nebo rozhodování zaměstnanců.

McLaughlin spolu s autorským týmem (McLaughlin et al., 2002) upozorňují ve své knize na fakt, že existují rozdíly v zavádění manažerských změn nejen mezi jednotlivými zeměmi, ale stejně tak mezi různými sektory. Poukazují na rozdílné priority a jinak nastavené cíle. Kontext, ve kterém dochází ke změnám v řízení veřejné správy, částečně odpovídá rozdílům v počátečních návrzích a následného úspěchu jejich provádění. Důležitost počátečního návrhu se liší mezi zeměmi a na jejich vyhodnocování je potřeba znát kontext, v jakém ke změnám dochází.

Rozdíl je patrný zejména mezi Velkou Británií a kontinentální Evropou. Výzkum autorů (Pollitt et al., 2007) ukázal, že i přes zavádění prvků NPM do praxe, jako např. decentralizace či outsourcing, toto nevedlo k radikálním změnám v byrokratické roli vlády v kontinentální Evropě. Spíše, než o NPM hovoří Pollitt a Bouckaert (2004) o Neo-Webrovském státním modelu. V tomto modelu je stát stále považován za hlavního koordinátora v řešení problémů, jako například globalizace, technologické změny, ekologie a demografický vývoj. Došlo však na změny v posunu od byrokratické interní orientace veřejné správy k externí orientaci na přání a potřeby občanů. Poukazují na

fakt, že další vývoj NPM brzdí stávající struktury veřejné správy, které dle autorů upřednostňují spíše demokratizaci a modernizaci veřejné správy než příklon k praktikám ze soukromého sektoru. Markantně je tento problém vidět v personálních otázkách. Vedoucí státní úředníci většinu svého času poskytují politické poradenství v rámci své odborné působnosti na úkor práce zaměřené na občany. A i přes sliby o snižování počtu státních úředníků, je jejich počet vzrůstající. Jisté pozitivní změny v počtu zaměstnanců ve veřejné správě spatřují autoři v zemích, kde je zavedený kariérní řád (Francie, Itálie).

Autoři (Pollitt et al., 2007) přirovnávají NPM k chování chameleona – neustále mění svou podobu. Tato přizpůsobivost je dána tím, že NPM není dán souvislou sítí myšlenek a nástrojů. Jednotlivé státy ho přizpůsobují aktuálním politiko-administrativním potřebám. Z tohoto důvodu je velice těžké mezinárodní srovnání zavádění a implementace NPM. Severské státy zdůrazňují silný stát a aktivního občana. Naproti tomu Velká Británie "rozprodává" větší část státních úkolů.

Z pohledu implementace pozorujeme dvě kategorie NPM (Pollitt et al., 2007). Státy, které se od roku 1980 rozhodly jít cestou intenzivního zavádění NPM. Tyto země mají tendenci být unitářské demokracie s většinovým politickým systém (Velká Británie, Nový Zéland). Ostatní země byly selektivní a implementovaly jen některé části NPM, např. severské státy Evropy, z části Francie a Itálie, Španělsko. Samostatnou kapitolou jsou země východní a střední Evropy implementující NPM zejména z důvodů naléhání Evropské Unie a MMF.

Jan-Erik Lane (2000) popisuje základní přehled o modelech řízení veřejného sektoru od počátku 20. století. Zaměřuje se na změny, které ve veřejném sektoru proběhly, zejména k faktu, že stále více veřejných služeb je přidělováno soukromým organizacím. NPM pak popisuje jako jednotnou, koherentní teorii řízení. Tuto teorii nadřazuje nad ostatní tradiční teorie řízení veřejné správy i díky tomu, že ji lze použít k přerozdělování a regulaci. Při implementaci NPM do praxe odkazuje na Nový Zéland a Austrálii, jakožto na průkopníky zavádění NPM.

Veřejný sektor v Severní Americe i v částech Evropy stále více přijímá systém řízení výkonnosti jako prvek NPM, který zahrnuje stanovování cílů, koučování a hodnocení zaměstnance za účelem dosažení cílů. Autoři (Latham et al., 2008) ve svém článku shrnují dosavadní literaturu o stanovení cílů pro zaměstnance z hlediska jejich použitelnosti ve veřejném sektoru. Diskutován je význam kontextu pro stanovení cílů a řízení výkonnosti ve Spojených státech a v Itálii. V článku se zkoumají i koučovací techniky založené na teoretických a empirických důkazech, které zvyšují pravděpodobnost dosažení cílů zaměstnanci veřejného sektoru.

Miner (2005) ve svém hodnocení teorií organizačního chování, dospěl k závěru, že nastavení cílů je jednou ze čtyř teorií, které jsou platné i praktické. Uvedl, že teorie stanovení cílů prokázala větší vědeckou platnost než jakákoli jiná teorie nebo přístup k motivaci zaměstnanců. Dospěl tak k závěru, že teorie stanovení cílů zůstává mezi pěti nejdůležitějšími teoriemi v oblasti vědeckého výzkumu v oblasti lidských zdrojů, které jsou významné a dobře zavedené.

1.3 Kritika NPM a jeho další směřování

Klíčovou součástí každého přístupu k řízení je v první řadě rozhodnutí o záměru, cílech, a nakonec o možnostech řízení, jak nejlépe dosáhnou požadovaných cílů. Rozhodování o správném souboru vytyčených cílů může být velmi náročné. Vzhledem ke komplexitě systému, rozhodnutí v sobě musí mít zakomponováno definované cíle ostatních zúčastněných stran, přičemž musí čelit ekonomickým, sociálním a politickým tlakům. Vytyčené cíle se liší svou podstatou a trváním. Dlouhodobé ale i krátkodobé cíle jsou charakterizovány vysokou mírou nejistoty, a tudíž zainteresované osoby s rozhodujícími pravomocemi často čelí obrovským tlakům a s omezenými zdroji k zajištění úspěchu (Matei et al., 2015).

Mnoho prvků NPM vyžaduje nejen změny organizační struktury, ale i organizační kultury. Pro efektivní implementaci je třeba přejít od hierarchického vedení a kontroly k více tržním vztahům. Takové transformace organizační kultury nemůže být dosaženo rychle a ti, kterým minulý systém vyhovoval, pravděpodobně nebudou ochotni vzdát se svého vlivu. Tento fakt potvrzuje výzkumná práce (Russell et al., 1999), která zpracovávala mezinárodní reformy zdravotnictví. Shrnuje rozsah a hloubku reforem ve sledovaných zemích a shrnuje je do čtyř politických opatření:

- Není možná prioritizace implementace prvků NPM v případě nestálé a málo silné vlády
- Zaměřit se nejdříve na interní kapacity a zdroje
- Budování kapacit by mělo být postupné a iterativní
- Jakýkoliv zásah do fungování stávajícího systému, musí předcházet důkladná analýza stávajícího stavu a vyhodnocení toho, jak postupné zavádění nových prvků směřuje k jasně stanoveným finálním cílům

Z této práce vyplývá hlavní myšlenka, že reformy NPM kladou požadavky na vládu, které jsou nejen technicky složité, ale vyžadují politické vedení, institucionální reformu a posun v organizační kultuře.

Vlna NPM v organizační změně veřejného sektoru byla založena na tématech desagregace, konkurence a pobídky. Ačkoli její účinky stále působí v zemích, které jsou relativními nováčky pro NPM, tato vlna se v některých zemích značně zastavila nebo

byla přeměněna. Tato skutečnost především odráží vznik nepříznivých nepřímých účinků na schopnosti občanů řešit sociální problémy, protože NPM radikálně zvětšila institucionální a politickou složitost (Dunleavy et al., 2006).

Simonet (2015) ve své výzkumné práci analyzuje reformy zdravotní péče ve Spojeném království po zavedení reformy inspirované teorií NPM. Zabýval se dopadem na trhy zdravotní péče, resp. výkonem zdravotnických organizací a dopadem na pacienty. Řešil otázku, zda NPM brání plýtvání a oportunismu ve zdravotnictví a zda NPM podporuje racionalitu a odpovědnost. Autor dospěl k závěru, že reformy NPM nedokázaly splnit své vlastní cíle. Došlo k nežádoucím vedlejším účinkům a chybám mezi politickými prohlášeními a implementací NPM. Argumentuje ale tím, že přijetí NPM ve zdravotnictví přesto přispělo k pozitivní změně anglosaského modelu.

Alonso se svým výzkumným týmem (Alonso et al., 2015) porovnává výkonnosti v tradičně řízených organizací s těmi, kteří pracují s novými formami řízení. Odůvodňuje, že v rámci jejich výzkumu nenalezli důkazy, že organizace, které zavedly prvky NPM jsou efektivnější než ty tradičně řízené**.** Navíc výsledky naznačují, že to, co skutečně může mít dopad je samotný management spíše než model řízení, resp. NPM.

Samotný Hood diskutuje s různými autory (Hood, Peters, 2004) o nezamýšlených účincích reforem výkonných vlád, které se objevily v posledních letech. Za všechny uvádí tři konkrétní příklady. První řadě Gregoryho (1995) "výrobní paradox" je založen na poznatku, že jedna ze základních řídících postupů běžně spojených se současným veřejným managementem zahrnuje intenzivnější specifikaci výstupů semknutých ve smlouvách a ukazatelích výkonnosti. Za druhé, Maor (1999) analyzuje „manažerský paradox“, podle kterého NPM mělo vést k depolitizaci veřejné správy. Dle Maora opak je pravdou, protože veřejné řízení se místo toho stalo více politizovaným v tom smyslu, že politici stále více zasahovali do přijímání a propuštění manažerů, aby se vyhnuli ztráty kontroly nad prováděcími procesy. Do třetice tzv. „neo-Tocquevillian paradox“ (Osborne, et al., 1992), který je zaměřen na politické souvislosti prosazování změn.

Zásadním dílem v NPM je zpětnovazebné dílo samotného Hooda (Hood, Dixon, 2015), které se zabývá porovnáním teoretických principů NPM a následné implementaci, a to od roku 1980 až po současnost. Spolu s Dixonem ve své práci poukazují na to, že NPM nevyprodukoval veřejnou správu, která by stála méně zdrojů a pracovala lépe, spíše opak je pravdou.

Barzelay (2001) v knize vyhodnocuje tří oblastí, které je potřeba zlepšit pro lepší NPM. Za prvé fenomén NPM je třeba analyzovat holisticky. Za druhé musí být lépe prováděny empirické výzkumy usilující o vysvětlení, jakým způsobem vlády řeší otázky NPM. A za třetí oblast Barzelay považuje věcnou analýzu problému NPM. Autor dále

navrhuje dva základní prvky, které musí tvůrci politik zvážit. První prvek se zaměřuje na politické a organizační procesy, kterými dochází ke změně politiky. Tyto procesy jsou institucionálního i neinstitucionálního charakteru. Dynamiku a úspěšnost procesů lze analyzovat pomocí stanovených cílů a jejich dosažením.

Manning (2001) na úvod článku soudí, že pojem NPM, je již dnes zastaralé označení. Zpočátku NPM vyjadřoval ucelený a komplexní soubor myšlenek, který se hodí pro rozvojové země. Mix nedůvěry a nadšení, které provázely NPM na počátku 80. let do začátku 90. let 20. století, nahradila převahující nedůvěra v pozdních 90. letech a skeptický pohled na všeobecné použitelnosti NPM. Autor míní, že po dvaceti letech používání NPM, nebo některých jeho prvků, si je třeba položit tři zásadní otázky. „Je NPM stále vhodný způsob veřejné správy jak pro rozvinuté, tak rozvíjející se ekonomiky?“, „Nekladla si NPM příliš velké nároky a požadavky na veřejnou správu?“, „Vytlačil myšlenkový proud NPM starší přístupy myšlení na řízením veřejné správy?“ Další podstatná otázka je dle Manninga, zda odstranilo použití NPM ostatní druhy řízení veřejné správy a zda tím dosáhlo splněních svých slibů. A nakonec autor pokládá otázku, zda NPM fungoval natolik dobře, že se odlišil od ostatních zvratů a změn ve veřejné správě a jestli tedy NPM považovat za „vítěze“ v řízení veřejné správy. Manning uvádí, že NPM je smíšením nové institucionální ekonomie s manažerským řízením.

Sześciło (2015) přibližuje obtíže při prosazování standardů služeb poskytovaných soukromými dodavateli, vysoké transakční náklady, nedostatek skutečné konkurence na mnoha trzích, problémy s řízením a odpovědností a obavy z rovného přístupu ke službám. Kritika NPM byla založena především na nedostatku přesvědčivých důkazů, že nový přístup k managementu veřejných institucí, plní své nejdůležitější sliby, tj. poskytování kvalitnějších veřejných služeb za snížené náklady. Zároveň poukazuje na fakt, že literatura shrnující praxi reforem NPM také naznačuje další nepříznivé a vedlejší účinky na efektivitu systému veřejných služeb, stejně tak i postavení občana.

Sześciło dále tvrdí, že hospodářská soutěž na mnoha trzích veřejných služeb je omezená nebo by se dalo tvrdit, že dokonce neexistuje. Je to z důvodu, toho, že některé trhy veřejných služeb jsou organizovány jako přirozené monopoly nebo případně kvazi-monopoly. Jedním z možných důsledků marketizace a privatizace těchto služeb, může být transformace veřejného monopolu na soukromou společnost. V oblasti služeb, zejména v oblasti zdravotnictví NPM selhává v mnoha případech. Pacient nebo příjemce jiných zdravotních služeb, případně sociálních služeb, má velmi omezenou schopnost rozumně a spravedlivě hodnotit kvalitu nabízených služeb. Také výpočet cen za služby není založen na objektivních kritériích a nemůže být ověřen zákazníkem z důvodu existující informační symetrie.

Reformami NPM se zabývá také Nemec (2010), který se mimo jiné soustředil na reformy ve střední a východní Evropě a tvrdí, že mezi zeměmi existují patrné rozdíly v důležitosti tohoto přístupu v programech reformy veřejného sektoru. Autor se soustřeďuje na řadu studií, mimo jiné i na reálie popisující Slovensko a Českou republiku, kde posuzuje postupy, jako je uzavírání smluv, benchmarking, decentralizace a rozpočtování výkonnosti. Tvrdí, že úspěch závisí na typu nástroje NPM a na daných místních podmínkách a prostředí. Celkově konstatuje, že nástroje, postupy a mechanismy NPM přinesly v regionu střední a východní Evropy velmi smíšené výsledky. Tyto výsledky hodnotí spíše negativně než pozitivně. A to hlavně z důvodu jejich nesprávné implementace či jejich nezavedení. Závěry naznačují, že s nástroji NPM není nic v zásadě špatné, nicméně musí být zavedeny správně a v případě vhodných místních podmínek.

Dan spolu s autory (Dan et al., 2015) ve svém článku diskutuje, že v prostředí střední a východní Evropy nebyla vždy provedena úspěšná reforma NPM v očekávaném a podporovaném rozsahu. Nicméně tvrdí, že existuje dostatek evidencí, které dokazují, že některé z ústředních myšlenek NPM vedly ke zlepšení organizace veřejné správy nebo k lepšímu poskytování služeb. Ve svém článku analyzuje klasifikaci dopadu NPM. Největší hodnota článku spočívá v realizaci přehledu a zhodnocení 32 empirických článků, které rozdělil do sedmi kategorií dle dopadu reformy. Od typu I po typ VII dochází k vzestupu od úplného neúspěchu k dokonalému úspěchu. Autor v článku vysvětluje, proč se nástroje NPM mohou nebo nemusí ukázat jako účinné. Upřesňuje, že v některých situacích mohou náklady převýšit přínosy, zatímco v jiných mohou důkazy o výhodách převažovat nad možnými negativními důsledky.

Tabulka 4: Klasifikace dopadu NPM reforem

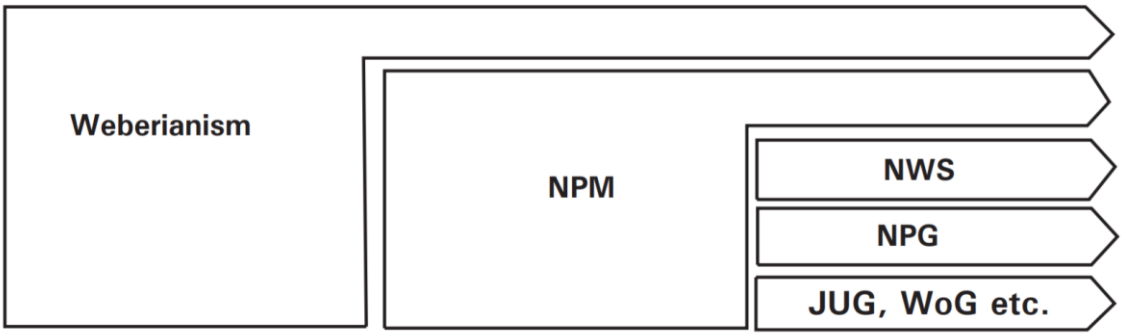
I. Reformy NPM nefungují bez ohledu na správní kapacitu a typ kontextu
II. Reformy NPM nefungují především z důvodu nedostatečné administrativní kapacity
III. Reformy NPM nefungují hlavně z důvodu nevhodného kontextu
IV. Reformy NPM fungují, i když mohou vést k určitým nezamýšleným důsledkům a kompromisům
V. Reformy NPM mohou mít významné pozitivní účinky, ale mohou být omezeny nedostatečné správní kapacity nebo neuspokojivého kontextu
VI. Reformy NPM fungují, i když mohou vést k určitým nezamýšleným důsledkům a kompromisům
VII. Reformy NPM obvykle nebo vždy fungují

Zdroj: Dan et al., 2015

Dle tvrzení Dana lze konstatovat, že ani jeden z analyzovaných článků nevyhodnotil reformy na základě prvků NPM jako reformy zcela neúspěšné, ale ani jako zcela úspěšné. Sedm článků klasifikovaných jako typ I až III prokázalo částečné selhání a na základě této klasifikace, byly vyjádřeny vážné obavy ohledně vhodnosti reforem NPM. Většina z analyzovaných studií (18) lze pak být klasifikována jako typ V „Reformy NPM mohou mít významné pozitivní účinky, ale mohou být ztěžovány nedostatečnou administrativní kapacitou nebo neuspokojivým kontextem“. Myšlenka, která je základem této kategorie, spočívá v tom, že existují určité důkazy o pozitivních dopadech, ale důkazy jsou méně přesvědčivé kvůli překážkám vyplývajícím z nedostatku kapacit nebo kontextuálních faktorů, které brzdí reformu.

Nastavení společnosti a určitý skepticismus ohledně prvků NPM dalo prostor pro rozvoj tohoto konceptu do Post-New public managementu. Autoři Drechsler, Randma-Liiv (2015) uvádí vývoj z NPM do Post-NPM v několika směrech (obr. 2).

Obrázek 2: Vývoj NPM směřující k post-NPM



Zdroj: Drechsler, 2015

Poznámky: NPM – New Public Management, NWS – Neo-Weber State, NPG – New Public Government, JUG – Joint-Up Governance, WoG – Whole-of_Governance

Jedním z nich je model Neo-Weberovského státu (NWS), který přebírá pozitivní prvky NPM. Model byl zamýšlen jako empiricko-analytický, nikoli jako normativní model. Současně s NWS vznikly další nové paradigmata, které se dají zařadit k modelům vedoucím k post-NPM. Jedná se o ty modely, které zachovávají základní myšlenku NPM. Mezi ně patří především Nová Veřejná Správa (NPG), kdy se jedná v zásadě o NPM s ponaučením z NWS a pojednává spíše o veřejné politice než o zaměření na samotnou implementaci. Následně koordinaci zdůrazňující Joint-Up Governance (JUG) and Whole-of-Governance (WoG), společnou správu a přístup celého veřejného sektoru jako celku. Toto vedlo k post-NPM, který charakterizuje veřejnou správu dnes.

Dalingwater (2014) představil post-NPM reformy jako modernizační program přinášející více spolupracující přístup, společnou vládu, uspořádání sítí zaměřené na méně roztříštěnou organizaci veřejných služeb. Ty byly podpořeny pokroky v nových technologiích. Reiter (2018) uvádí, že o post-NPM existuje obecná shoda v myšlenkách administrativní re-centralizace a reintegrace, jakož i o spolupráci, která je upřednostňovaným konceptem veřejné správy

1.4 Přechod NPM do českého zdravotnictví

Srovnání a kvantitativní vyhodnocení dopadu reforem NPM v evropských zemích je předmětem výzkumného projektu COCOPS (2019) autorů Pollitt a Dan (2011). Cílem bylo vytvořit metaanalýzu z databáze zdrojů, která má více než 500 dokumentů, včetně akademických článků a knih, vládních zpráv a konzultačních studií. Cílem tedy bylo vytvořit metaanalýzu dopadů reforem NPM v celé EU. Česká republika byla v projektu zastoupena 25 studiemi, resp. články, které pojednávají o NPM reformách, případně aplikovaných nástrojích.

Tabulka 5: Vybrané příklady nástrojů NPM analyzovaných v projektu COCOPS

Příklad nástroje NPM	Studie / článek
Nástroje pro zlepšování kvality služeb veřejné správy s použitím modelu CAF, jakožto nástroje řízení kvality	Dearing et al., 2006
Aplikace EFQM (varianta TQM) na univerzitní fakultu	Farana, 2008
Regulační poplatky ve zdravotnictví	Krůtilová, 2010
Zavedení systémů financování zdravotním pojištění, privatizace a zavedení přímých plateb domácností	Nemec et al., 2006
Benchmarking, měření výkonnosti	Nemec et al., 2008a
Rozdělení funkce kupujícího a poskytovatele Korporatizace, přechod na obchodní formu společnosti s rozhodující podílem státu	Pavel, 2007
Řízení kvality v reformě veřejné správy a v modernizaci veřejné správy.	Spacek, 2010
Hodnocení výkonnosti, řízení výkonnosti a financování výkonnosti	Nemec et al., 2008b

Zdroj: COCOPS, 2019

Vyhodnocení jednotlivých trendů, cílů, nástrojů a metod NPM z obecné teorie umožňuje dohledat další možnou spojitost s aplikovanými prvky objevujícími se ve zdravotnictví ČR.

Dopad NPM na poskytování veřejné zdravotní péče, by dle Sześciło (2015) mohl být objasněn s odkazem na cyklus poskytování veřejných služeb, který zahrnuje (1) strategické řízení, (2) financování, (3) dodání (přímé poskytování) a (4) monitorování a vyhodnocování služeb. V případě strategického řízení po aplikaci prvků NPM tato odpovědnost přísluší státu. Stejně tak financování, ve smyslu shromažďování a rozdělování finančních prostředků na poskytování služeb, dále zůstává v odpovědnosti státu.

Nicméně s NPM se připouští možnost zavádění poplatků nebo spolufinancování, jako prostředek pro snižování veřejných výdajů. Poskytování služeb by se dalo konstatovat, že je nejvíce ovlivněno prvky NPM. Systém veřejných služeb by měl být organizován jako konkurenční trh soukromých a veřejných poskytovatelů působících převážně na základě smluv ze strany státních orgánů. Jedná se o aplikace tržních mechanismů s poskytovateli služeb, kteří se účastní výběrových řízení, decentralizaci a privatizaci veřejných služeb a jejich poskytovatelů. Nepřetržitý dohled nad kvalitou služeb, mechanismy odpovědnosti a rozvoj idejí na zlepšování zůstává výhradně v gesci státu.

Níže uvedená tabulka podrobněji popisuje klíčové prvky NPM, které se odrážejí v transformaci systémů zdravotní péče. Popis každého z nich je doprovázen příklady evropských zemí, kde byl daný prvek programu NPM realizován.

Tabulka 6: Klíčové složky a formy aplikace v zemích EU

Klíčová složka NPM	Formy aplikace	Příklady aplikace organizací ve zdravotnictví	Země
MARKETIZACE	Outsourcing veřejných služeb	Zavedení „trhů“ pro zdravotnické služby založené na rozdělení poskytovatele a nakupujícího a vzrůstající role soukromých poskytovatelů, zasmluvněných na základě veřejných zakázek	Velká Británie, Polsko, Finsko, Norsko, Švédsko, Dánsko
		Smluvní ujednání mezi veřejným zadavatelem a poskytovateli zdravotnických služeb namísto hierarchické kontroly	
	Public-private partnerships	PPP smlouva na projektování, financování, výstavbu a provoz nemocnic	Švédsko, Německo, Portugalsko, Španělsko
	Poukazy na veřejné služby	Zajištění výběru nemocnic a dalších poskytovatelů zdravotnických služeb na základě široké škály zasmluvněných poskytovatelů státní institucí	Švédsko, Německo, Polsko
	Řízení výkonnosti	Platby za výkony a pobídky pro manažery ve zdravotnických zařízeních a pro lékaře	Švédsko, Velká Británie, Francie
		Zavedení diagnostických skupin (DRG) jako nástroje podpory řízení výkonu poskytovatelů zdravotních služeb	
DECENTRALIZACE	Politická decentralizace	Přenesení odpovědnosti za řízení nemocnic na místní / regionální samosprávy	Itálie, Španělsko, Portugalsko, Švédsko, Norsko
		Přenesení odpovědnosti za financování poskytnutých zdravotnických služeb regionálním vládám	
	Decentralizace řízení	Model semi-autonomních nemocnic soutěží o veřejné zakázky	Velká Británie, Norsko, Švédsko
		Autonomie manažerů nemocnic v kombinaci s odpovědností za výsledky	
PRIVATIZACE	Privatizace veřejných zdravotnických zařízení	Transformace právní formy veřejných zdravotnických organizací od zvláštních veřejnoprávních subjektů k obchodním společnostem	Německo, Belgie, Estonsko, Polsko, Slovensko, Portugalsko

Zdroj: Sześciło, 2015

Jak již bylo několikrát zmíněno, obecně lze konstatovat, že NPM odpovídá moderním metodám řízení veřejné správy, potažmo veřejných institucí. Pod těmito přístupy je možno spatřovat orientaci na výsledky poskytnuté služby. Zde je kladen důraz na stanovování cílů a kontrolu jejich plnění za předpokladu splnění podmínky dostupnosti, kvality a výsledku služby. Dalším přístupem je orientace na zákazníka a s tím spojené sledování spokojenosti pacientů se službami, orientace na služby poskytované pacientům, zaměření se na potřeby pacientů, vstřícný přístup, nadstandardní služby. V neposlední řadě pak nákladová odpovědnost (sloučením odpovědnosti za poskytnutou službu a rozpočet).

Mezi nástroje, metody a trendy NPM v ČR můžeme řadit:

- **Rozpočet** – předem stanovená částka za výkon/službu, odpovědnost za poskytnutou službu/rozsah služby, snižování nákladů (Vyhláška č. 201/2018)
- **Controlling –** kontrola kvality poskytovaných služeb, hospodárnosti, spokojenosti pacientů a další, definované indikátory kvality, které jsou sledované (Spojená akreditační komise, 2009)
- **Delegování** – zodpovědnosti, kompetencí (Mach et al., 2013)
- **Motivace** – benefity pro zaměstnance, příjemné pracovní prostředí, zvyšování vzdělání zaměstnanců (Vévoda, J. et al., 2013)
- **Komunikace** mezi lékaři, s pacienty a sdělování mnohdy špatných zpráv, elektronická komunikace (Linhartová, V., 2007)
- **Prvky soutěže** – využívání veřejných zakázek (Zákon č. 134/2016, o zadávání veřejných zakázek, 2016)
- **Platby uživatelů** –placené nadstandardní služby, poplatky a doplatky, zavedení regulačních poplatků (Kandilaki, 2013)
- **Benchmarking** – celostátní projekt hodnocení nemocnic a jejich porovnávání - "Nemocnice ČR 2019", který je zaměřen na sledování bezpečnosti a spokojenosti pacientů a zaměstnanců v českých nemocnicích. (HealthCare Institute, 2019)
- **Privatizace** – vznik soukromých poskytovatelů zdravotních služeb (Bryndová et al., 2009)
- **Kontrakting** – DRG jako nástroj na podporu řízení výkonu poskytovatelů zdravotních služeb (Evropská komise, 2015)
- **Decentralizace** – přenesení odpovědnosti za řízení nemocnic na místní / regionální samosprávy (Bryndová et al., 2009)
- **Změna právní formy** – transformace právní formy veřejných zdravotnických organizací na obchodní společnosti (Bryndová et al., 2009)

1.5 Závěry

Lze spatřovat, že veřejná správa prošla značnými transformacemi, které respektovaly změnu socioekonomického kontextu moderních společností. Dříve měly veřejné organizace organizační a řídící strukturu v podobě byrokratického modelu a neměly dostatečnou kapacitu k řešení nových potřeb občanů. Rostoucí složitost systému, a hlavně nedostatek finančních zdrojů spojené s evropskou politicko-ekonomickou integrací vyžadovaly proces modernizace ve veřejné správě.

I přes objevující se kritiku NPM, je nutno vyzvednout fakt, že NPM v sobě ukrývá prvky manažerských nástrojů, jejichž aplikace napomáhá profesionálnímu, a hlavně stabilnímu růstu veřejné správy. Tento přístup má vliv na manažerský pohled na celou organizaci a řízení veřejných systémů, přičemž uživatel je občan dané země, který si v konečném důsledku bude nárokovat příslušná plnění v požadovaném objemu, kvalitě a včas.

Principy NPM umožňují zakomponování nových principů a nástrojů, které mohou být použity v procesu organizačním, řídícím a kontrolním. Nástroje cílově orientované veřejné zdravotní politiky můžeme zařadit jako jeden z klíčových přístupů. Představení NPM pro potřeby této práce má kontextovou funkci, kdy NPM slouží především jako rámec pro koncept finanční ochrany skrze cíle zdravotního systému.

2 Cíle zdravotního systému

Cíle jsou významným předpokladem, který tvoří esenciální základ, na kterém jsou postaveny úspěšné organizace a zdravotnictví, resp. zdravotnické organizace, či zdravotnické programy nevyjímaje. Dobře vytyčené cíle jsou základním nástrojem řízení, které má být orientované na výsledky. Dalším předpokladem, dalo by se říct i manažerskou poučkou, je stanovování cílů (Gibson et al., 1997) na základě SMART přístupu (specific – specifický, measurable - měřitelný, attainable - dosažitelný, relevant - relevantní, time-bound – časově ohraničený).

Tato kapitola poukazuje na to, že jedním ze zásadních cílů zdravotní politiky je finanční ochrana, a to ve všech hlavních teoretických přístupech. Jak uvidíme později, samotný výraz "finanční ochrana" může mít několik synonym, avšak vždy se jedná o to, že jedním z hlavních cílů zdravotní politiky je dosáhnout takovou dostupnost zdravotních služeb, aby občané nebyli při čerpání těchto služeb konfrontováni s katastrofickými výdaji.

2.1 Základní teoretické přístupy

Latham a Borgogni (Latham et al., 2008) uvádějí k teorii nastavení cílů, že situační faktory jsou hlavním hráčem pro ovlivnění výkonu a dosažení cíle. Velmi záleží na úrovni státní správy a vlády, která stanovuje cíle, jelikož vláda je častá proměnná a může omezit či zlepšit vztah mezi nastavenými cíli a výkonem zaměstnanců. Bez ohledu na úroveň vlády, má stanovení správných cílů a administrativní reformy hrát v řízení veřejné správy důležitou roli. Autoři tvrdí, že teorie nastavení cílů je použitelná jak v soukromém, tak ve veřejném sektoru. Je třeba překonat problém stanovení nesprávných cílů přesunutím důrazu z dosaženého cíle výkonu na učení se nebo behaviorální cíle.

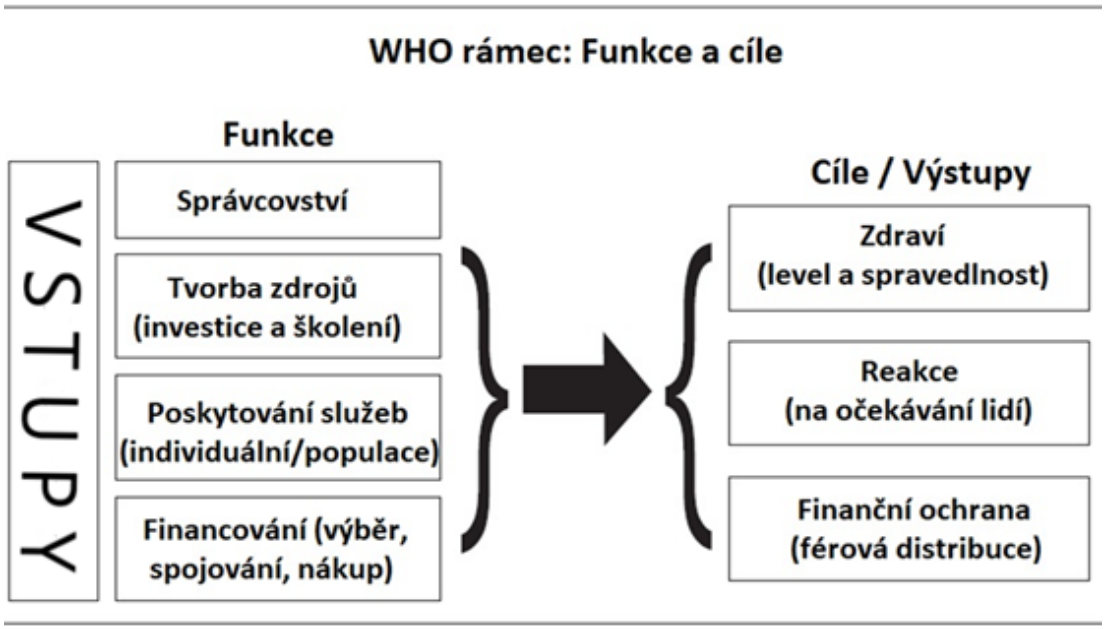
V oblasti cílů a nástrojů zdravotní politiky první teoretické přístupy (Aday, 1998; Sicotte, 1998) pro pojem finanční ochrany používali spíše výraz rovnost, spravedlnost, či univerzální přístup. Až konceptuální rámec WHO z roku 2000 (Murray, Frenk 2000) poprvé použil konkrétní výraz "spravedlnost ve financování", přičemž autoři rozlišují tři cíle zdravotního systému: (1) zlepšení zdraví, (2) schopnost systému reagovat na legitimní požadavky populace (s komponentami respekt k lidem a pro-pacientský orientovaný přístup) a (3) finanční ochrana – spravedlnost při vybírání finančního příspěvku do systému (sdružování rizik).

Ačkoli spravedlnost a efektivnost nejsou přímo definovanými cíli, dalo by se předpokládat, že tyto jsou inkorporovány v ostatních třech cílech. Pro korektní hodnocení zdravotního systému je třeba správně rozumět konstrukci samotného

zdravotního systému a ovládat, které části a jakým způsobem přispívají k dosažení cílů a výsledků. Murray a Frenk (2000) proto definují 4 funkce systému: financování, poskytování služeb, tvorba zdrojů a správcovství (Stewardship). Vztah mezi cíli a nástroji znázorňuje schéma 1, které vychází z formulace tři hlavních cílů pro zdravotní systém: *zdraví, schopnost reagovat (vnímavost) a spravedlnost ve financování*. Dle doporučení WHO (2000), by tyto tři cíle měly být běžně sledovány všemi zeměmi a měly by představovat hlavní základ pro hodnocení výkonu zdravotních systémů. Toto sledování by mělo být doplněno i o sledování vynaložených zdrojů, tak aby se dala vyhodnotit výkonnost a efektivita systému.

Zdraví jako první cíl. Určujícím cílem pro zdravotní systém je zlepšit zdraví obyvatel. Pokud by zdravotní systémy nepřispěly ke zlepšení zdraví, postrádalo by smysl vůbec takové systémy budovat.

Schéma 1: WHO rámec – cíle a funkce



Zdroj: WHO, 2000

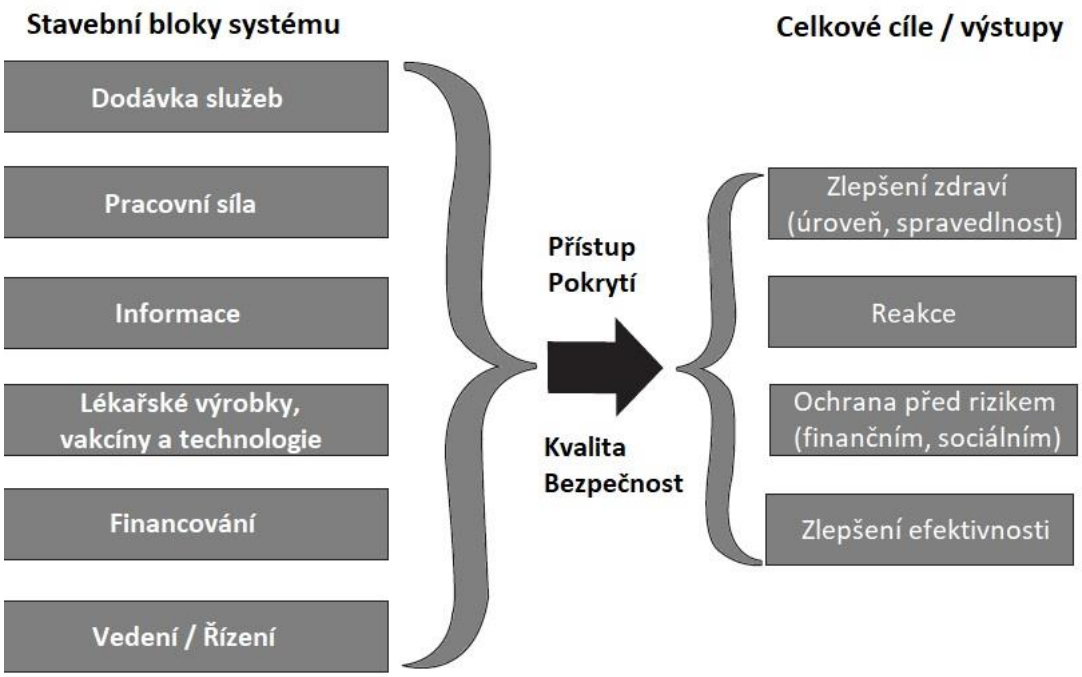
Druhý cíl – vnímavost čili schopnost reagovat. Pod tímto pojmem je myšleno, jakým způsobem dokáže systém reagovat na očekávání obyvatel. Tento cíl však v sobě nezahrnuje složku zdraví, které je zmíněna v prvním cíli. Reakce je v souvislosti na dvě pod složky, a to respektování jednotlivce a pro klientská orientace. Při respektování osob musí být brán zřetel na prvky důstojnosti, autonomie a důvěrnosti, zachycují aspekty vzájemného působení osob se zdravotním systémem, které mají často důležitý etický rozměr. Řadíme sem otázky týkající se respektování důstojnosti, respektování jednotlivce při rozhodování o vlastním zdraví, respektování důvěrnosti, včasná

pozornost věnovaná potřebám, základní vybavení, dostupnost sociální podpory, výběr instituce, resp. poskytovatele péče.

Třetí cíl zdravotních systémů dle WHO (2000) je spravedlnost ve financování a ochrana domácností před finančními riziky. Spravedlnost financování zdravotního systému by měla řešit dvě výzvy. Domácnosti by neměly platit nadměrný podíl jejich příjmu pro obdržení potřebné zdravotní péče. Zároveň chudé domácnosti by měly platit méně zdravotnímu systému než bohaté domácnosti. Chudé domácnosti mají nižší příjmy, a tím pádem větší podíl jejich příjmu jde na pokrytí základních potřeb, mezi které řadíme hlavně jídlo nebo bydlení. S jasně definovanými cíli a jejich ohodnocením můžeme porovnat úroveň dosažení cílů pro různé zdravotní systémy.

Následně, v roce 2001 byl publikován OECD rámec (Hurst & Jee-Hughes, 2001), podle kterého jsou cíli zdravotního systému: (1) zlepšení zdraví a výstupy, (2) schopnost systému reagovat na opodstatněné požadavky lidí a přístup ke zdravotní péči a (3) finanční příspěvky a výdaje na zdravotní péči. Pro každý z uvedených cílů rámec uvažuje nad 2 komponentami, a to průměrná úroveň dosahování cíle a distribuce cíle v populaci. Samotné WHO svůj vlastní koncept z roku 2000 ještě vylepšilo a v roce 2007 byly publikovány tzv. "Stavební bloky" (Schéma 2).

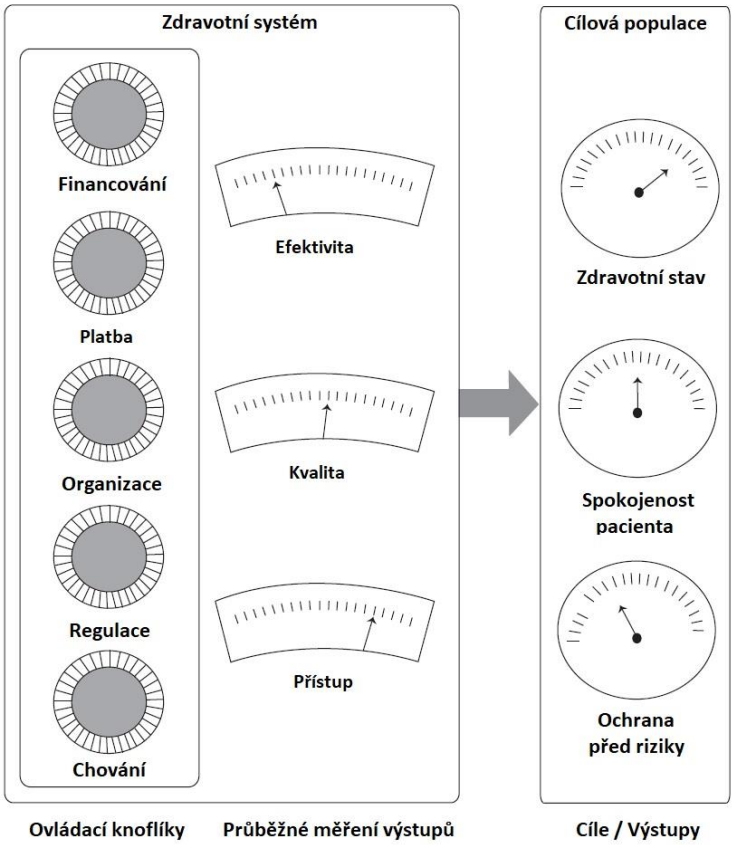
Schéma 2: WHO rámec – cíle a stavební bloky



Zdroj: WHO, 2007

Finanční ochranu jako jeden z klíčových cílů zdravotní politiky (vedle zlepšování zdravotního stavu populace a zvyšování spokojenosti pacienta) uvádí také Hsiao (2003).

Schéma 3: Cíle a „kontrolní knoflíky“



Zdroj: Hsiao, 2003

Také OECD zlepšila svůj konceptuální rámec. V publikaci Arah et al., (2006) autoři vymezují rámec, který definuje 4 vzájemně propojené vrstvy: zdraví, determinanty zdraví (které nesouvisejí se zdravotní péčí), výkon zdravotního systému (účinnost, bezpečnost, reakce a orientace na pacienta) a design a kontext zdravotního systému. Tyto vrstvy umožňují umístit zdravotní péči do širšího kontextu spolu s ekonomickým, sociálním a politickým kontextem dané země, čímž se naznačuje, že zdravotní péče je pouze jedním z determinantů zdraví. Autoři dále definují tři cíle zdravotní politiky a sice: (1) zlepšování zdraví, (2) efektivnost systému (mikro a makroúroveň) a (3) spravedlnost systému (férovost financování a dostupnosti zdravotní péče napříč populací).

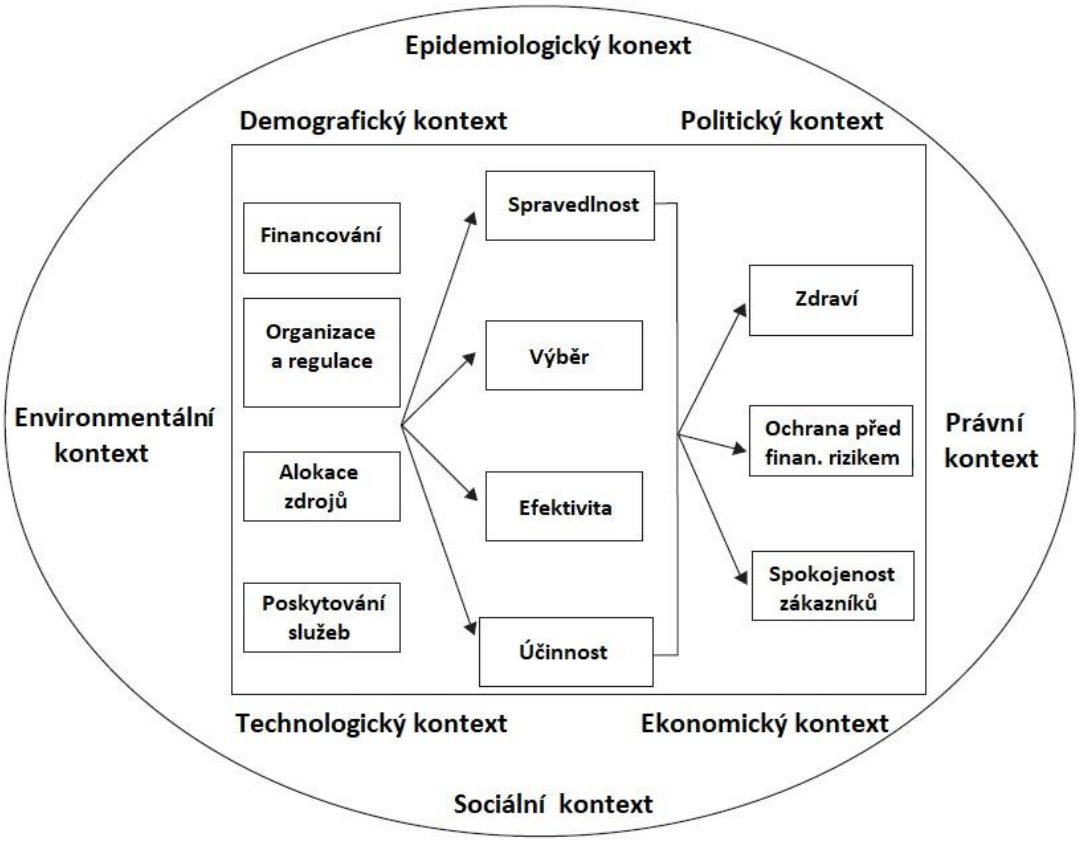
V roce 2006 vznikla v rámci Commonwealth Fondu Komise pro vysoce výkonný zdravotní systém. Cílem komise je přispět k tomu, aby se USA posunuly směrem k lepšímu zdravotnímu systému. Vzniklá komise vymezila zdravotní systém jako způsob financování, organizace a poskytování zdravotních služeb za účelem splnění společenských cílů v oblasti zdraví, který zahrnuje lidi, instituce a organizace a také procesy řídící tyto interakce. Za vysoce výkonný systém komise považuje takový zdravotní systém, který pomáhá lidem vést dlouhý zdravý a produktivní život v největším možném rozsahu. Hlavními cíli systému (Schéma 4) podle autorů jsou: (1) vysoce-kvalitní a bezpečná zdravotní péče, (2) přístup k péči a spravedlnost pro všechny lidi, (3) efektivní péče s vysokou hodnotou a (4) kapacita systému se zdokonalovat.

Schéma 4: Cíle vysoko výkonného zdravotního systému

Zdroj: Commonwealth Fund, 2006

Posledním rámcem je systémové myšlení autorů Atun a Menadbe (2008). Význačným rysem tohoto rámce je, že se soustřeďuje na dynamické vzájemné vztahy v rámci systému (Schéma 5). Rovněž bere v úvahu širší kontext (politický, právní ekonomický atd.), přičemž Atun a Menadbe pracují s pojmem chování zdravotního systému. Rámec systémového myšlení definuje 4 průběžné cíle (spravedlnost, výběr, efektivita, účinnost) a 3 finální cíle (zdraví, ochrana před finančním rizikem a spokojenost zákazníků). Rovněž navrhuje čtyři nástroje, které mají tvůrci politik k dispozici při řízení zdravotního systému: (1) financování, (2) organizace, (3) systém alokace zdrojů a platební systémy pro poskytovatele a (4) poskytování služeb.

Schéma 5: Cíle dle systémového myšlení



Zdroj: Atun & Menadbe, 2008

Zajímavý pohled přináší White (2015), kdy ve svém článku uvádí, že zdravotní systémy musí být účinné a efektivní a musí vycházet ze silných základů. White konstatuje, že základní prvky ve zdravotním systému, jsou kvalitní primární zdravotní péče a veřejné zdraví. I přes všeobecný konsensus, že jde o dvě nejdůležitější součásti zdravotních systémů, značná část zemí jim ve svém zdravotnictví nevěnuje náležitou pozornost. Ve většině zemí se uznává, že zdravotnictví zahrnuje veřejný, soukromý a neformální sektor.

White dále uvádí, že WHO zdůrazňuje hospodářské, fiskální a politické systémy řízení formálně organizovaných zdravotnických služeb. Dále ale také uznává neformální sektor, který se skládá z pomocí uvnitř rodiny a komunity, a neformální tradiční role praktických lékařů (White, 2015). Při zkoumání překrývání a hranice veřejného zdraví a primární zdravotní péče uvažuje White o sociálně-ekologickém modelu jako způsobu, jak si lidé uvědomují rodinné a komunitní vztahy a vztahy ke společnosti jako celku. Sociálně-ekologický model zachycuje interakci mezi jednotlivci, rodinou, komunitou, společností a globálním prostředím. Stručně řečeno, sociálně-ekologický model

předpokládá, že jedinci jsou zodpovědní za své činy, ale jejich chování je do značné míry podmíněno jejich sociálním a ekonomickým prostředím.

Většina zdravotnických systémů se intenzivně zaměřuje na nemoci a jejich následnou léčbu a málo se věnuje optimalizaci a udržení zdraví a tím předcházení nemocem nebo jejich minimalizaci. Výzkumy dle White naznačují, že velké části chronických onemocnění lze předcházet nebo jej posunout do pozdějšího věku pomocí primární a sekundární prevence. Patří sem možnosti očkování, lepší výživa a životní prostředí, fyzická aktivita, prevence kouření, kontrola krevního tlaku, předcházení obezitě apod. Zdravotní politika by se proto měla více zaměřit na primární a sekundární prevenci, jako svoje cíle. White zmiňuje vliv dalších socio-ekonomických determinantů, které ovlivňují zdraví a zmiňuje se o termínu "Zdravá veřejné politika", která charakterizuje to, že zdraví musí být na programu všech ministerstev, jelikož zdravotní péče je pouze jedním z mnoha determinantů zdraví. White dále uvádí, že zdravotní systém zahrnuje všechny instituce a organizace, jejichž primárním cílem je zlepšit zdraví.

2.2 Identifikované cíle v ČR

České reálie popisující stav zdravotní politiky prezentuje Holčík (2010) pomocí švédské zdravotní politiky, která je orientovaná na 11 hlavních cílů, a to:

- podíl občana na společenském a politickém životě,
- ekonomická a sociální bezpečnost občanů,
- bezpečné a příznivé podmínky během dětství a dospívání,
- zdravější zdravotní podmínky,
- zdravé a bezpečné životní prostředí a zboží,
- zdravotnické služby více přispívající ke zdraví,
- účinná ochrana proti infekčním nemocem,
- bezpečný pohlavní život a dobré reprodukční zdraví,
- soustavná tělesná aktivita,
- dobré stravovací návyky a bezpečné potraviny,
- omezení škodlivých návyků ohrožující život, zejména alkoholu a tabáku.

Výsledkem dobré švédské zdravotní politiky je o 4 roky delší střední délka života. Česká republika se podle předpokladů na hranici střední délky života Švédska dostane za dvacet let. Holčík soudí, že i přes větší ekonomickou sílu Švédska, nemá Česká republika o dvacet let horší léky, nemocnice či lékaře. Uvádí, že jsme zřejmě pozadu v chápání hodnoty zdraví i úrovni zdravotní gramotnosti. Toto dokumentuje na téměř dvakrát větší spotřebě alkoholu a tabáku na obyvatele a poloviční konzumací zeleniny na obyvatele v České republice. Holčík komentuje, že má-li se zdraví občanů České

republiky zlepšit, je nevyhnutelné do zdravotní politiky implementovat větší důraz na zdravotní gramotnost obyvatel a následné aktivitě lidí ke svému zdraví.

České příklady cílů ve sféře zdravotnictví jsou zaznamenány i v dokumentu Národní strategie Zdraví 2020 (MZČR, 2014), což je rámcovým souhrnem opatření pro rozvoj veřejného zdraví v ČR v letech 2014–2020. Dokument vychází z programu WHO Health 2020 (WHO, 2012) schváleném v roce 2012. Národní strategie Zdraví 2020 slouží také k implementaci programu WHO Health v České republice, jelikož Česká republika byla i signatářem tohoto dokumentu. Dokument WHO Health 2020 je soubor opatření s cílem pomoci vládám a všem společenským aktivitám, aby přispívaly ke zdraví a životní pohodě obyvatel evropského kontinentu. Na Národní strategii Zdraví 2020 se podílela řada odborníků napříč různými obory.

Národní strategie Zdraví 2020 (MZČR, 2014) si klade jako hlavní cíl zlepšení zdravotního stavu populace a snižování výskytu nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet. Tohoto hlavního cíle se má dosáhnout prostřednictvím dvou strategických cílů, dále rozvinutých v dokumentu. Tyto se dělí na strategický cíl 1 - zlepšení zdraví obyvatel a snížení nerovnosti v oblasti zdraví a strategický cíl 2 - posílení role veřejné správy v oblasti zdraví a přizvání k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociálních skupin i jednotlivce. Cíle vyznačené v dokumentu Zdraví 2020 navazují na cíle v dokumentu Zdraví 21 (Vláda ČR, 2002). Dva strategické cíle jsou v dokumentu dále rozpracované do čtyř prioritních oblastí.

Prioritní oblast 1 zahrnuje realizaci celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu. Prioritní oblast 2 zahrnuje cíl čelit závažným zdravotním problémům v oblasti neinfekčních a infekčních nemocí a průběžné monitorování zdravotního stavu obyvatelstva. Prioritní oblast 3 zahrnuje posilování zdravotnického systému zaměřeného na lidi, který zajistí použitelnost a dostupnost zdravotních služeb všem příjemcům. Dále rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví a zajištění krizové připravenosti a vhodné reakce na mimořádné situace. Prioritní oblast 4 se zaměřuje na podílení se vytváření podmínek pro rozvoj odolných sociálních skupin, tedy komunit žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví. Dokument Zdraví 2020 uvádí, že činnosti související se všemi čtyřmi prioritními oblastmi musí probíhat v kombinaci metod, které vedou ke zdraví, spravedlnosti a životní pohodě.

Dokument Zdraví 2020 dále obsahuje popis implementace Národní strategie. Popisuje systém řízení, lidské zdroje, legislativu, institucionální bázi, systém financování a zdravotní politiku, která by měla být orientovaná na cíle dokumentu Zdraví 21.

Všeobecné cíle zdravotního systému jsou uvedeny již v Ústave ČR a v řadě dalších právních dokumentech. Patří mezi ně univerzálnost, spravedlnost a volný přístup ke zdravotním službám (Alexa et al., 2015).

2.3 Závěry

Praktické příklady cílů ve zdravotnictví ČR jsou zapsány v dokumentu Národní strategie Zdraví 2020. Zde je specifikovaný cíl zlepšení zdraví obyvatel a snížení nerovnosti v oblasti zdraví a posílení role veřejné správy v oblasti zdraví. Tyto dva strategické cíle jsou v dokumentu dále rozpracované do čtyř prioritních oblastí.

Teoretický přístup založený na rešerši literatury vedl k tomu, že můžeme identifikovat 10 konceptuálních teoretických rámců k vymezení cílů a nástrojů zdravotní politiky (Tabulka 7), z nichž jsou však nejčastěji aplikovány rámce "stavební bloky" (Murrey a Frenk, 2000) a rámec "kontrolních knoflíků" (Hsiao, 2003) a to především proto, že jsou používány mezinárodními organizacemi WHO a Světovou bankou při reformě zdravotních systémů. Zároveň, nejčastěji se objevujícím konečným cílem se objevuje spravedlnost při financování zdravotnictví, někdy nazývaná jako ochrana před riziky nebo ochrana finančního rizika.

Opodstatnění finanční ochrany, a to v mezinárodním měřítku, se ukázalo zejména v posledních letech, kdy WHO spustilo iniciativu na měření finanční ochrany v jednotlivých zemích EU (WHO, 2019).

Tabulka 7: Finanční ochrana v teoretických rámcích pro cíle zdravotních systémů

Název teoretického rámce	Přechodné cíle	Konečné cíle
Rámec pro hodnocení behaviorální zdravotní péče (Aday et al., 1998)	- Efektivnost - Účinnost - Spravedlnost	- Zdraví a blahobyt
Integrovaný výkonový model pro systém zdravotní péče (Sicotte et al., 1998)	- Produktivita - Objem péče a služeb - Kvalita péče a služeb	- Zlepšení zdraví - Účinnost - Efektivnost - **Spravedlnost**
Otevřená metoda koordinace (Evropská rada, 2000)		- Zajištění přístupu k péči na principech **univerzálního přístupu, spravedlnosti a solidarity** - Podpora vysoce kvalitní péči - Zabezpečení finanční udržitelnosti zdravotní péče
Rámec WHO, Murraye a Frenkel (Murray & Frenk, 2000; WHO, 2000)	- Přístup - Pokrytí - Kvalita - Bezpečnost	- Úroveň a distribuce zdraví - Úroveň a rozložení schopnosti reagovat na opodstatněné požadavky lidí - **Spravedlnost ve financování** - Účinnost
Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Hurst & Jee-Hughes, 2001)		- Úroveň a distribuce zdraví - Úroveň a distribuce schopnosti systému reagovat a přístup k ZS - **Spravedlnost** - Makroekonomická a mikroekonomické účinnost
Rámec ovládacích knoflíků (Hsiao, 2003)	- Efektivnost - Kvalita - Přístup	- Zdravotní stav - Spokojenost spotřebitelů - **Ochrana před riziky**
Rámec fondu Commonwealth pro vysocevýkonný systém (Commonwealth Fund, 2006)	- Vysoce kvalitní péče - Účinná péče - Přístup k ZS - Systém inovací a zlepšování se a pracovní síla	- Dlouhý, zdravý a produktivní život
Indikátory kvality zdravotní péče od OECD (Arah a kol., 2006)		- Zlepšování zdraví - Makroekonomická účinnost / udržitelnost a mikroekonomické účinnost / hodnota za peníze
Stavební bloky (WHO, 2007)	- Přístup - Pokrytí - Kvalita - Bezpečnost	- Úroveň a distribuce zdraví - Úroveň a distribuce schopnosti systému reagovat na oprávněné požadavky lidí - **Spravedlnost ve financování** - Účinnost
Systémové myšlení (Atun & Menabde, 2008)	- Spravedlnost - Výběr - Účinnost - Efektivnost	- Zdraví - **Ochrana finančního rizika** - Spokojenost spotřebitelů

Zdroj: vlastní zpracování dle provedené rešerše

3 Finanční ochrana

Finanční ochrana je jádrem univerzálního zdravotního pojištění a jedním z finálních cílů finančního krytí. Veřejná politika při financování zdraví přímo ovlivňuje finanční ochranu. Finanční ochrana je dosažena, když přímé platby domácností potřebné k získání zdravotních služeb nevystavují obyvatelstvo finančnímu riziku a neohrožují životní úroveň.

Existují různé způsoby organizace financování zdravotnických systémů, aby se zajistilo, že populace bude finančně chráněna. Je však zřejmé, že zdravotnické systémy musí mít převažující závislost na zdrojích veřejných příjmů.

Oblast finanční ochrany je často studována odděleně od spravedlnosti, resp. rovnosti k přístupu k péči, a zaměřuje se konkrétně na to, do jaké míry jsou lidé chráněni před finančními následky špatného zdravotního stavu a využívání lékařské péče.

WHO (2007) publikovala hlavní ukazatele spravedlivého financování. Přesto určení nejvhodnějšího souboru politik pro zlepšení finanční ochrany bude záviset na konkrétním systému. Pro pomoc tvůrcům politik s těmito cíli byly vyvinuty užitečné nástroje pro měření.

3.1 Přístup dle Wagstaffa

Mnoho autorů se zabývá otázkou finanční ochrany spjatou se zdravím, tj. jak jedinci a domácnosti hradí náklady za zdravotní péči a jak tyto výdaje ovlivňují finanční situaci jeho a jeho domácnosti. Wagstaff (2008) ve svém příspěvku uvádí, že funkce zdravotního systému není pouze o zlepšení zdraví, ale i o finanční ochraně pacientů před následky nemoci a smrti. Ty lepší zdravotní systémy dokážou zajistit, že lidé jsou chránění před finančními následky nemoci a smrti, a případných výdajů spojených s čerpáním zdravotní péče. Zdravotní systém by tedy měl poskytovat určitou úroveň finanční ochrany před výdaji za zdravotní péči.

Wagstaff rozlišuje dvě hlavní metody měření a stanovení finanční ochrany domácností před nemocí a její léčbou. Obě se vztahují k hranici chudoby a přímých plateb na zdravotní péči. První metoda definuje výdaje na zdravotní péči jako katastrofické výdaje, pokud překročí určitou hranci příjmu domácnosti. Wagstaff vychází z názoru, že zdravotní výdaje se liší od ostatních výdajů na zboží a služby. Případné výdaje na zdravotní péči zbavují domácnost prostředků, které by mohly být vynaloženy na jiné výrobky a služby. Teorie může být doplněna daty z empirických studií z 59 zemí světa (Xu et al., 2003), které jsou zmíněny dále v textu.

Druhá metoda je založena na faktu, zda vzniklé výdaje dostanou domácnost pod hranici chudoby. Hlavní myšlenkou dle Wagstaff je, že nikdo by neměl být výdaji na zdravotní péči postižen tím, že klesne díky nim pod hranici chudoby nebo ještě níže v případě, že už pod touto hranicí je. Wagstaff opět svou teorii doplňuje daty z empirických studií, tentokrát z 11 zemí Asie.

Oba přístupy k měření a stanovení finanční ochrany vytvořily dva předpoklady. Za prvé, že výdaje na zdravotní péči jsou považovány za nedobrovolné a výsledný dopad za nepředvídatelný a nežádoucí. Za druhé, že výdaje domácností, by se za uvažované období zvýšily o částku, která se rovná výdajům vynaložených na zdravotní péči. Zde je možnost financování výdajů na zboží a služeb pomocí snížení dlouhodobých aktiv domácnosti nebo případných úvěrů. Půjčkami jsou domácnosti schopny, dle Wagstaff rozložit obětované výdaje za zdravotní péči do několika následujících období, s vědomím platby úroků za takto získané peníze. Zde je předpoklad, že domácnost již nesplácí předcházející zdravotní péči. Rozdíly ve finanční ochraně vidí Wagstaff zejména v příjmové nerovnosti mezi zeměmi a v rozdílných přístupech k pojištění plateb za zdravotní péči.

Zajímavým doplňujícím pohledem na finanční ochranu pak je článek autorů Wagstaff a Van Doorslaer (1999), který zkoumá redistribuční efekt daňových opatření k financování zdravotní péče ve 12 zemích OECD a tím poskytuje mezinárodní srovnání financování systému zdravotní péče. Článek vychází z předchozí práce autorů Wagstaff a Doorslaer z roku 1992. Autoři redistribuční efekt posuzují výpočtem rozdílu mezi Giniho koeficientu pro příjem z plateb předem "pre-payment" a příjem z následných plateb "post-payment". Výsledek rozdílu pak závisí na čtyřech faktorech, a to: průměrném podílů příjmu na zdravotní péči, progresivitě systému financování zdravotní péče, dále na rozsahu, v němž se zachází rozdílně s domácnostmi se stejným příjmem, tzv. klasická horizontální nespravedlnost a na rozsahu přechodu mezi příjmy "pre-payment" a příjmy "post-payment". Autoři zkoumají vliv těchto čtyř faktorů na přerozdělovací efekt, ukazující, jak se progresivita integruje s průměrnou výši plateb, horizontální nerovností, tak aby se zjistil dopad systému financování zdravotní péče každé země na rozdělování příjmů. Článek se zaměřuje pouze na progresivitu a je pokračováním dřívější práce, ve které autoři představili prognostické odhady deseti systémů financování zdravotní péče ze zemí OECD. Progresivita je měřena pomocí Kakwaniho Indexu (1977) rovnající se rozdílu mezi indexem koncentrace plateb a Giniho koeficientem pro hrubý příjem. Pozitivní záporná hodnota indexu naznačuje progresivní regresní strukturu, zatímco nulová hodnota označuje proporcionalitu. Autoři uvádějí, že zdravotní péče je obvykle financována mixem čtyř zdrojů, a to: z daní, z příspěvků na sociální zabezpečení, ze soukromého pojištění a přímých plateb. Země

financující zdravotní péči z daní mají sklon mírně progresivní nebo proporcionální. Země financující zdravotní péči ze sociálního pojištění a soukromého pojištění mají sklon spíše regresivní.

3.2 Přístup dle Xu

Průřezovou analýzou proměnných spojených s katastrofálními výdaji na zdravotní péči domácností v 59 zemích světa se zabýval Xu s jeho výzkumným týmem (Xu et al., 2003). Autoři zde definují jako katastrofální výdaje takovou částku, která je vyšší než 40 % z rozpočtu domácnosti po zaplacení základních potřeb. Takto nastavená hranice má vyšší práh, než předcházející studie a na straně výdajů nebyly zahrnuty nepřímé výdaje související se zdravotní péčí, např. doprava, stravování a ubytování. Na straně příjmů se nezapočítával do nákladů ztracený příjem v době nemoci. Autoři uvádějí, že katastrofální výdaje na zdravotní péči, které je možno rozložit do delšího časového úseku nemají tak katastrofický dopad, jako vysoké platby placené v krátkodobém horizontu.

Pro katastrofické platby byly autory zjištěny tři základní předpoklady, a to: existence placených zdravotnických služeb, nízká platební schopnost obyvatel a nedostatek nebo nedostatečné zdravotní pojištění.

Nejhorší údaje schopnosti čelit katastrofálním výdajům za zdravotní péči autoři zjistili v rozvojových zemích a některých Latinskoamerických zemích. Problém katastrofických výdajů na zdravotní péči nebude v těchto zemích ustupovat s rostoucí životní úrovní, ale spíše vznikne potřeba komplexních změn a rozvoje v oblasti sociálních institucí a efektivnějšího sdílení finančního rizika v době nemoci.

Finanční ochranou pacientů v souvislosti s výdaji za zdravotní péči se zabývá článek skupiny autorů (Xu et al., 2007). Článek shrnuje údaje ze 116 průzkumů provedených mezi léty 1990-2003 v 89 zemích světa, které pokrývají svým obyvatelstvem 89 % světové populace. Průzkumy naznačují, že kolem 150 milionů obyvatel každoročně trpí v důsledků výdajů za zdravotní péči, protože i malá platba může pro jednotlivce či domácnosti, znamenat finanční katastrofu z důvodu snížení příjmu na základní potřeby jako je strava, bydlení a dále například i vzdělání.

Xu a jeho kolegové uvádí, že k finančním potížím spojených s nemocí může dojít také díky tomu, že nemocný člověk si nemůže dovolit léčbu a tím je omezena jeho schopnost pracovat a vydělávat. Za druhé může k finančním potížím dojít díky tomu, že nemocný si zdravotní péči zaplatí, ale tyto výdaje ho přenesou do finančních potíží a někdy až k chudobě. Tento jev se objevuje v bohatých i chudých zemích. Studie autorů se zaměřuje právě na druhou možnost finančních důsledků plateb za zdravotní péči.

Prahovou hodnotu výdajů za zdravotní péči, kdy dojde k finanční katastrofě, navrhli Ke Xu a kolegové, na hranici přesahující 40 % příjmů domácnosti za rok.

Autoři studie došli k závěrům, že ke snížení vzniku finančních důsledků na pacienta jsou nutné tři kroky ve zdravotní politice. Za prvé změnit systém soukromých zdrojů za zdravotní péči na mechanismus, tzv. "pre-payment income", tedy předplatného zdravotnických služeb. Za druhé lepší zaměření strategie finanční ochrany populace, zejména na starší občany a jejich výdajů na zdravotní péči. A za třetí vytvářet aktivní podpůrnou politiku ke snižování sociálních nerovností a zvýšení výdajů na zdravotnictví.

Měření finanční ochrany v oblasti zdraví v USA zkoumá článek skupiny autorů (Waters et al., 2004) zaměřen na to, jaká je pravděpodobnost, že domácnosti překonají definovaný práh finanční ochrany. V článku autoři definují překročení finanční ochrany v oblasti zdraví ve třech rovinách. Za prvé v případě, že "out of pocket" (OOP), tj. přímé platby na zdravotní péči, překročí 10 % příjmu rodiny. Za druhé přímé platby překročí za rok hranici 2 000 USD za člena rodiny. A za třetí součet výdajů přímých plateb a předplatné zdravotních služeb (prepaid payments) překročí 40 % příjmu rodiny.

Waters s kolegy došli ke zjištění, že výsledky se liší podle výše příjmu domácnosti, výši pojistného krytí domácnosti a podle počtu a existence chronických onemocnění v domácnosti. Dále autoři výsledky uvedli do mezinárodního srovnání. Procentní podíl přímých výdajů OOP domácností na zdravotnictví v USA tvoří 20,7 %, což je oproti zemím Evropy vyšší číslo. Autoři uvádějí pro srovnání výdaje ve Francii 10,3 %, v Německu 12,8 % a ve Velké Británii 11,2 %. Průměr zemí OECD je 16,9 %. Naopak vyšší výdaje OOP domácností na zdravotnictví mají například Jižní Korea ve výši 41,6 %, Indie 80 %, a Latinská Amerika 30 %. Zde autoři uvádějí, že v nízkopříjmových zemích, tvoří výdaje na zdravotnictví z více než 50 % právě přímé platby domácností.

Závěrem práce je, že v souhrnu je finanční ochrana v oblasti zdraví nedostatečná pro široký segment obyvatel USA. Obzvláště chudé rodiny a osoby chronicky nemocné jsou velice finančně citlivé na výdaje na zdravotní péči. Jako doporučení uvádějí zdravotní pojištění, které je jedním z hlavních ochranných opatření před „catastrophics costs", tj. katastrofické výdaji na zdravotní péči.

3.3 Přístup dle WHO

Největší podíl v této tématice je přidělená autorům z WHO Cylus, Thomson, Evetovits (2019), kteří se tématu věnují do hloubky. V článku zaměřeném na porovnání metod při výpočtu katastrofických výdajů ve zdravotnictví, autoři vypočítali výskyt katastrofických výdajů na zdravotní péči a jejich rozložení v rámci spotřebních kvintilů, a to pomocí čtyř metod. Jde o metody podílu na rozpočtu, metoda skutečných výdajů na

potraviny, metoda částečných normativních výdajů na potraviny a normativní výdaje na potraviny, bydlení a služby (budget share method, the actual food spending method, the partial normative food spending method a the normative spending on food, housing and utilities method). Autoři provedli retrospektivní observační studii z dat získaných ze 14 evropských zemí[1], která se týkala rozpočtů domácností. K analýze dat použili autoři statistický software Stata (Stata Corp., College Station, United States of America). Všechny metody pracovaly s přímými platbami domácností uhrazenými za zdravotní péči (jak formálními, tak neformálními), bez následné náhrady od třetích stran.

Výchozí metoda založená na podílu zdravotních výdajů na rozpočtu, byla porovnána s dalšími třemi zavedenými metodami stanovení katastrofických výdajů na zdravotní péči. Metoda podílu na rozpočtu předpokládá, že veškerý rozpočet domácnosti lze použít na zdravotní výdaje. Autoři uvádějí, že metoda založená na podílu rozpočtu domácnosti definuje katastrofických výdaje u takových domácností, které ze svých výdajů (popřípadě příjmů) vynaloží takovou částku, která překoná nastavenou prahovou hodnotu. Tato hodnota bývá stanovena na 10 % nebo 25 % rozpočtu. Autoři upřednostňují při výpočtu vynaložené výdaje na zdravotní péči před příjmy domácností, protože spotřeba výdajů lépe vyjadřuje indikátor blahobytu. Autoři dále uvádějí, že katastrofické zdravotní výdaje, měřené pomocí metody podílu na rozpočtu, se používají jako ukazatel finanční ochrany při sledování veřejného zdravotního pojištění. Výše zmíněné bylo stanoveno v rámci rezoluce OSN: Transforming our semmel: the 2030 agenda for sustainable development (OSN, 2015).

Další tři metody při stanovení katastrofických výdajů jsou založeny na předpokladu, že nejdříve je třeba uhradit základní životní potřeby domácnosti, jako jsou potraviny a náklady na bydlení a až poté lze zahrnout výdaje na zdravotní péči. Takto vypočítaná částka se označuje jako kapacita možnosti platit za zdravotní péči (capacity to pay). Každá ze tří metod definuje „capacity to pay“ jinak. Rozdílné je i nastavení prahových hodnot, kdy „metoda skutečných výdajů na potraviny“ používá prahovou hodnotu 25 % a 40 %, „částečná normativní metoda výdajů na potraviny“ prahovou hodnotu 40 % a „normativní metoda výdajů na potraviny, bydlení a služby“ používá prahovou hodnotu také 40 %. Autoři nicméně uvádějí, že pro snadnější porovnávání metod použili, vyjma metody „podílu na rozpočtu“, hodnotu 40 %.

Výsledky autorům ukázaly, že nejvyšší výskyt domácností s katastrofickými výdaji na zdravotní péči, je v případě metody „podílu na rozpočtu“ při prahové hodnotě 10 %. Zde se podíl domácností postižených katastrofálními výdaji pohyboval mezi 2 % až 33 %. Velmi podobné výsledky nastaly v případech metody „podílu na rozpočtu“ s prahovou

[1] Včetně ČR, kde autorem studie pro ČR je Ing. Daniela Kandilaki

hodnotou 25 % a metody „skutečných výdajů na potraviny“. Výzkum dále autorům ukázal, že v případě metody „podílu na rozpočtu“ není viditelný rozdíl mezi chudými a bohatými domácnostmi v počtu domácností ohroženými katastrofickými výdaji na zdravotní péči. Použití stejné prahové hodnoty vede k podcenění finančních obtíží u chudých domácností a dále podceňuje schopnost platit za zdravotní péči u bohatších domácností.

Metody „capacity to pay“ se naopak, dle autorů snaží při stanovení počtu domácností postižených katastrofickými výdaji za zdravotní péči, stanovit efektivní prahovou hodnotu. Metoda „skutečných výdajů na potraviny“ se snaží této hranice dosáhnout odečtením skutečných výdajů za potraviny, což dle autorů můžou zkreslovat preference domácností. Některé domácnosti dají přednost větším výdajům za stravu než jiné. Tento fakt se snaží redukovat „parciální normativní metoda výdajů potraviny“ metoda, kdy je stanovena standartní hodnota podle složení a počtu členů v domácnosti. V obou případech vycházela podobná prahová hodnota, která stoupá s celkovými výdaji domácnosti.

3.4 Kritika tradičních přístupů

Autoři Moreno-Serra et al. (2011), se zaměřují na kritiku tradičních ukazatelů finanční ochrany ve zdravotnictví, tj. katastrofických výdajů, kdy výdaje domácnosti na zdravotní péči překročí určitou prahovou hodnotu a dostávají jedince či domácnosti pod hranici chudoby. Prahové hodnoty u obou ukazatelů se mohou měnit v závislosti na provedené studii a nastavených hodnotách. Hlavní kritiku autoři spatřují ve faktu, že metriky a průzkumy jsou založeny na základě výdajů domácností na zdravotní péči, čímž se ignoruje určitá část chudých obyvatel, kteří díky své chudobě nemohou využívat zdravotní služby, a proto vykazují nízké nebo vůbec žádné výdaje za zdravotní péči. Výsledkem tedy často je, že tito jedinci jsou zařazovány mezi osoby chráněné proti finanční katastrofě. Tento fakt nejen poukazuje na nedostatky v systému finanční ochrany ve zdravotnictví, ale poukazuje i na fakt, že není naplněn spravedlivý přístupu ke zdravotní péči. Dále dle autorů, tradiční ukazatele finanční ochrany nereflektují rozdílné využívání podstatných ukazatelů a intervencí ve zdravotnictví. Jako příklad uvádějí ukazatel pokrytí očkováním proti záškrtu, tetanu a pertusi s výskytem katastrofických výdajů. Uganda, Řecko a Portugalsko mají podobnou míru výskytu katastrofických výdajů kolem 3 %, ale v očkování proti uvedeným nemocem má Portugalsko s Řeckem proočkovanost ve výši 90 % a Uganda jen 59 %. Podle výše katastrofických výdajů mají tyto tři země podobnou úroveň finanční ochrany, navzdory tomu že Portugalsko a Řecko mají lepší rozsah univerzálnosti přínosů pro zdraví a hloubku krytí ze systému veřejného zdravotního pojištění.

Autoři (Schoen et al., 2010) uvádějí, že špatná finanční ochrana ve zdravotnictví není pouze fenoménem chudších zemí, ale týká se i vyspělých ekonomik. Jako příklad uvádějí, že v USA téměř jedna třetina dospělých osob nedostala doporučenou zdravotní péči nebo nenavštívila lékaře, když byla nemocná, kvůli nemožnosti za tuto péči platit. Závěrem navrhují zavést ke standartním ukazatelům finanční ochrany doplňující průzkumy důvodů pro nevyužívání zdravotní péče. Tyto údaje by měly poskytnout informace o převládajících finančních překážkách přístupu ke zdravotní péči.

3.5 Závěry

Jedním z klíčových cílů zdravotní politiky, dle hlavních teoretických přístupů, je finanční ochrana. Pro určení nejvhodnějšího souboru politik pro zlepšení finanční ochrany, byly vyvinuty užitečné nástroje pro měření. Autoři zaobírajíce se tím, do jaké míry jsou lidé chráněni před finančními následky špatného zdravotního stavu a využívání lékařské péče, pracují především s ukazatelem katastrofických výdajů, který nás informuje o tom, kdy výdaje domácnosti na zdravotní péči překročí určitou prahovou hodnotu (existují různé metodiky na určení výše katastrofických výdajů).

Mohlo by se zdát, že špatná finanční ochrana ve zdravotnictví je fenoménem především chudších zemí, což ale nepotvrzují výsledky analýz vícero autorů. Jde o problém týkajíce se i vyspělých ekonomik, často zmiňovaným příkladem je USA, kde finanční ochrana v oblasti zdraví je nedostatečná pro široký segment obyvatel. Obzvláště chudé rodiny a osoby chronicky nemocné jsou finančně citlivé na výdaje na zdravotní péči.

Hlavní teoretické přístupy se shodují na tom, že nejvhodnějším způsobem, jak posílit finanční ochranu, je zavést systém předplatného zdravotnických služeb, zaměřit strategie finanční ochrany populace zejména na starší občany, vytvářet aktivní podpůrnou politiku ke snižování sociálních nerovností a umožnit domácnostem přístup k půjčkám, pomocí kterých jsou schopny rozložit obětované výdaje za zdravotní péči do několika následujících období.

4 Zdravotní systém ČR

Následující kapitola přiblíží fungování zdravotního systému v ČR s důrazem na financování a proběhlé reformy platné pro sledované období.

4.1 Zdravotní pojištění

Zdravotní systém České republiky je založený na povinném zdravotním pojištění. Platby do systému jsou stanoveny jako procento z příjmu. Tyto platby odvádí za zaměstnance zaměstnavatel a ve výši 4,5 % z hrubé mzdy a 9 % hrubé mzdy doplácí za zaměstnance zaměstnavatel. Stát odvádí za státní pojištěnce, jako např. děti, senioři, matky na mateřské dovolené. Platbu odvádí i osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ), stejně tak osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP) (Alexa et al., 2015).

Ve sledovaném období existuje deset, resp. sedm zdravotních pojišťoven. Významné postavením má Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), která má cca 60% podíl na trhu. Počet pojišťoven se v průběhu zkoumaného období měnil. V posledním roce zkoumaného období se ustálil na počtu sedmi pojišťoven. Zdravotní pojišťovny vystupují jako veřejné instituce, které jsou zřízeny zvláštním zákonem. Zvláštním zákonem je zřízena VZP (Zákon č. 551/1991 Sb.) i ostatní oborové resortní, podnikové a další zdravotní pojišťovny (Zákon č. 280/1992 Sb.).

Zdravotní systém je řízen ministerstvem zdravotnictví, které rozhoduje o úhradách za zdravotní péči, vydává zákony a dohlíží nad fungováním zdravotního systému. Pojištěnci mají svobodnou volbu pojišťovny, která je nemůže odmítnout. Zároveň existuje možnost změny zdravotní pojišťovny, za předem známých podmínek.

4.2 Proběhlé změny a reformy

Zdravotní systém ve své podstatě zůstává poměrně stabilní, nicméně můžeme spatřovat reformní změny, které mají vliv na celý systém. V roce 2005 představil Tomáš Julínek, ministr zdravotnictví v letech 2006-2009, připravovanou koncepci zdravotnictví nesoucí název „Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21“, (Hroboň et al., 2005). Tento koncept si kladl za cíl zvýšit, pomocí různých kroků, kvalitu a efektivitu celého systému zdravotnictví ve vztahu pojišťoven, poskytovatelů zdravotní péče, státu a občanů. Tento koncepční materiál zahrnoval části, které se týkaly reformy institucí a reformy financování.

V roce 2007 se podařilo prosadit novelizace potřebných zákonů (§ 16a, Zákon č. 48). Díky tomu se následující rok zavedly regulační poplatky, stanovil se ochranný limit, upravilo se stanovování úhrad léčiv v souladu s požadavky Evropské Unie (EU), posílily

se pravomoci Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) a upravil se vztah mezi státem a VZP. Zavedení regulačních poplatků, jako stabilizačního opatření, bylo především z důvodu omezení plýtvání a zneužívání zdravotních služeb (Bryndová et al, 2009).

Je potřeba podoktnout, že od 1. 1. 2014 se díky nálezu Ústavního soudu zrušila povinnost platit regulační poplatek za poskytování lůžkové péče (Ústavní soud, 2019). Ponechal ale povinnost hradit ostatní regulační poplatky, protože tímto problémem se Ústavní soud nezabýval. I když tento krok již nepatří do sledovaného období, je důležité nastínit vývoj poplatků, vzhledem k tomu, že se jedná o jeden z druhů financování zdravotní péče, resp. se jedná o přímou platbu placenou právě konečným uživatelem čili pacientem.

4.3 Financování zdravotnictví

Zdravotní systém v ČR je založen na financování z veřejného zdravotního pojištění, které kryje cca 87 % spotřebovávaných služeb. Zbylá část je hrazena z veřejných rozpočtů, nicméně postupem času se tyto výdaje snižují a zároveň roste spoluúčast pacientů (Výsledky zdravotnických účtů, ČSÚ 2007-2012).

Zbylá část připadá na veřejné rozpočty (místní a státní rozpočet) a přímé zdroje domácností (regulační poplatky, doplatky za léky a zdravotnické prostředky, platby za volně prodejné léky). Od zavedení regulačních poplatků, se soukromé zdroje zvýšily o 1 % (Tabulka 8). Finanční prostředky v systému veřejného zdravotního pojištění se rozdělují podle úhradové vyhlášky, která je každý rok aktualizovaná.

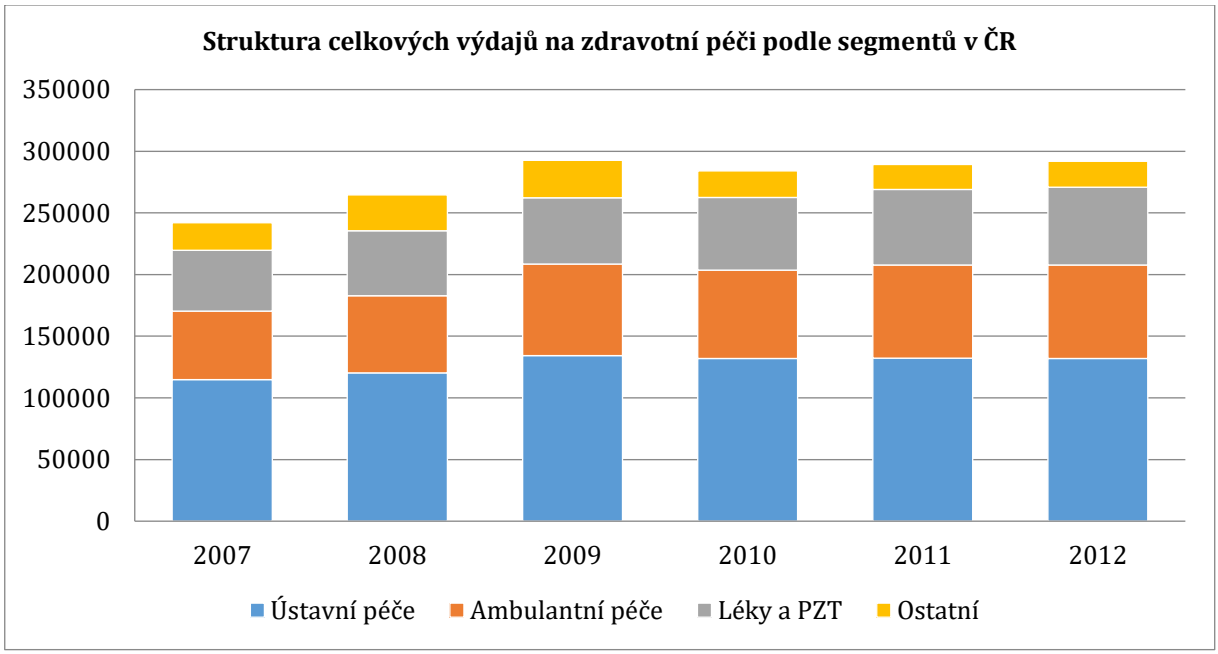
Tabulka 8: Zdroje financování zdravotnictví v ČR v Kč

Zdroj financování	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1 Vládní výdaje	206 565	218 719	244 754	238 387	243 822	245 614
1.1 Veřejné rozpočty	22 851	21 439	26 034	24 487	20 966	19 579
1.1.1 Státní rozpočet	14 199	12 434	14 846	13 337	11 123	9 151
1.1.3 Místní rozpočty	8 652	9 005	11 188	11 150	9 843	10 428
1.2 Zdravotní pojišťovny	183 713	197 280	218 720	213 900	222 856	226 035
2 Soukromý sektor	35 370	45 801	47 954	45 754	45 358	46 388
2.2 Ostatní soukromé pojištění	514	419	627	427	377	620
2.3 Domácnosti	31 491	41288	43 141	41 867	42 275	43 634
2.4 Neziskové instituce	2 517	3151	3 258	2 559	1 798	1 263
2.5 Korporace	848	943	928	901	908	871
Celkem	241 935	264 520	292 708	284 141	289 180	292 002

Zdroj: ČSÚ. Výsledky zdravotnických účtů 2007-2012

Největší část rozpočtu se přiděluje na ústavní péči (nemocnice, léčebny). Tento segment je financován především prostřednictvím DRG (Diagnosis Related Groups). Ambulantní péče je rozdělena na primární a specializovanou. Do primární péče patří praktičtí lékaři, kteří jsou financováni kombinací kapitačních plateb a platbou za výkony, stomatologové jsou financováni platbou za výkon a přímými platbami od pacientů, a gynekologové, kteří jsou financováni výkonově (Alexa, 2015). Léky a prostředky zdravotní techniky jsou hrazeny plně ze zdravotního pojištění nebo částečně a rozdíl doplácí pacient (Graf 1).

Graf 1: Výdaje na zdravotní péči v ČR v mil. Kč



Zdroj: Vlastní zpracování, Výsledky zdravotnických účtů za jednotlivé roky (2007-2012)

Výdaje na zdravotnictví se zvyšují, svého maxima dosáhly v roce 2009. Další roky se výdaje stabilizovaly. Více než třetinu výdajů tvoří výdaje na lůžkovou péči, zbytek tvoří výdaje na ambulantní péči a léky. Celkové výdaje na zdraví na osobu v ČR kopírují celkové výdaje na zdravotní péči (nedochází k velkým pohybům v počtu obyvatelstva). Od roku 2007 se výdaje na osobu (kolem 27 000 Kč) zvyšují s mírným poklesem v roce 2010 a 2011.

4.4 Formy přímých plateb

Výdaje domácností jsou spíše doplňkovým zdrojem financování zdravotní péče, nicméně jejich význam vzrostl v souvislosti se zavedením regulačních poplatků v roce 2008. Kromě regulačních poplatků (ambulantní péče, hospitalizační péče, recept), v České republice existují následující formy přímých plateb domácností (Výsledky zdravotnických účtů, ČSÚ 2007–2012):

- Přímé platby za lůžkovou péči, ambulantní péči (včetně stomatologických výkonů)
- Rehabilitační péče
- Doplatky za léky na předpis
- Platby za volně prodejné léky a ostatní léky
- Platby a doplatky za prostředky zdravotní techniky (PZT)

Největšími položkami v přímých platbách domácností činí výdaje na léky a stomatologickou péči (Tabulka 9).

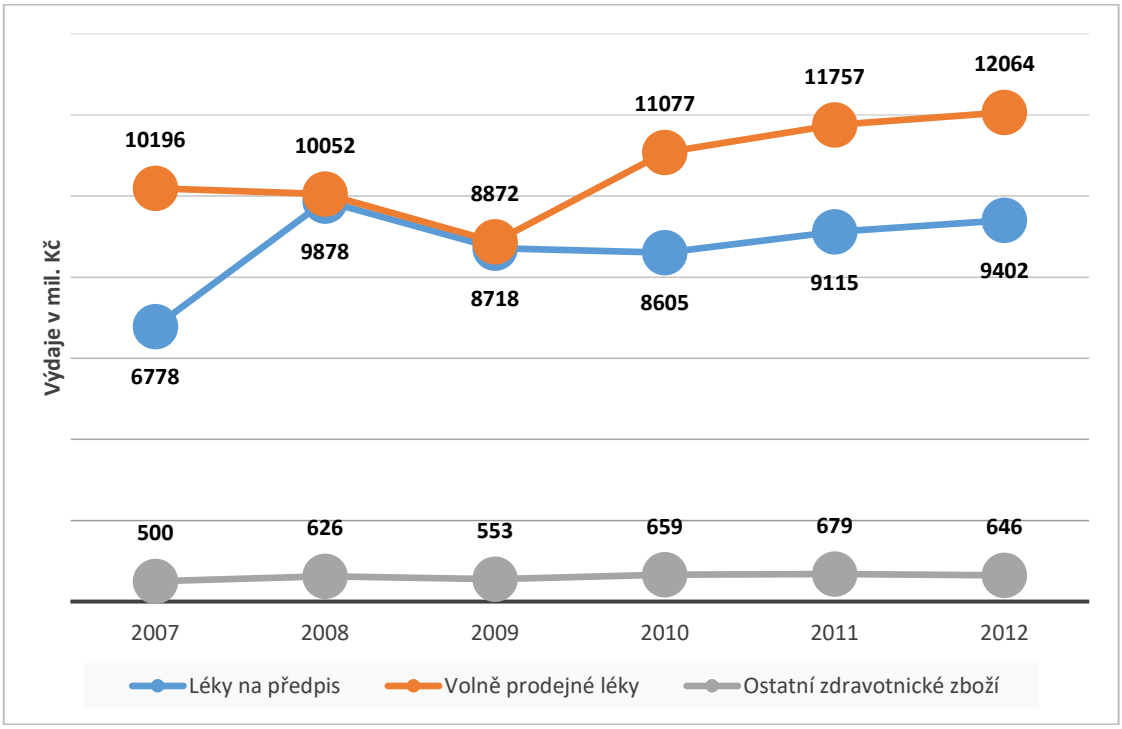
Tabulka 9: Výdaje domácností podle druhu péče v mil. Kč

Druh péče	mil. Kč					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1 Léčebná péče	7 464	12 533	16 481	12 923	12 735	12 838
1.1Lůžková péče	407	631	1 029	924	759	1 039
1.3 Ambulantní péče	7 056	11 902	15 452	11 999	11 975	11 799
1.3 Ambulantní péče bez 1.3.2	2 559	4 551	5 908	5 091	4 601	4 954
1.3.2 Stomatologická péče	4 498	7 351	9 544	6 907	7 375	6 845
2 Rehabilitační péče	1 204	1 879	2 939	2 941	2 449	3 125
2.1Lůžková péče	965	1 493	2 437	2 188	1 799	2 461
2.3 Ambulantní péče	239	386	502	753	651	664
5 Léky a PZT	22 823	26 876	23 721	26 003	27 091	27 671
5.1 Léky	17 473	20 556	18 143	20 341	21 551	22 112
5.1.1 Předepsané léky	6 778	9 878	8 718	8 605	9 115	9 402
5.1.2 Volně prodejné léky	10 196	10 052	8 872	11 077	11 757	12 064
5.1.3 Ostatní léky	500	626	553	659	679	646
5.2 PZT	5 349	6 320	5 578	5 662	5 540	5 559
5.2.1 Brýle	4 120	4 868	4 296	4 361	4 267	4 282
5.2.2 OP pomůcky	327	386	340	346	338	339
5.2.9 Ostatní PZT	903	1 066	941	955	935	938
Celkem	**31 491**	**41 288**	**43 141**	**41 867**	**42 275**	**43 634**

Zdroj: ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů 2000 až 2007
ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů 2010 až 2016

Výdaje domácností na léky na předpis strmě narostly v roce 2008, tzn. po zavedení regulačních poplatků. Toto opatření způsobilo pokles spotřeby léků v následujících letech a tím pádem se snížily i výdaje. Tento trend poklesu je patrný až do roku 2010, kdy výdaje začaly mírně vzrůstat (Graf 2).

Graf 2: Výdaje domácností na léky v mil. Kč



Zdroj: ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů

Většina léků registrovaných v České republice je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Podle údajů Státního ústavu pro kontrolu léčiv (2001) je 68 % léků s nulovým doplatkem. Ovšem tento údaj je zkreslený započítáním léků, které jsou vykazovány jako tzv. zvlášť účtovaný léčivý prostředek (nevykazují se na předpis).

Tabulka 10: Doplatky za léky v Kč a jejich podíl

Doplatek v Kč	Počet léků	Podíl na celku
0	5 150	68 %
0–50	1 416	19 %
50–100	294	4 %
100-150	178	2 %
nad 150	537	7 %

Zdroj: Vlastní výpočet na základě dat číselníku SÚKL k 1. 12. 2012

V souladu se zákonem č.261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým byl mimo jiné změněn zákonem č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, začali pacienti od počátku roku 2008 hradit zdravotnickým zařízením nově zavedené regulační poplatky.

Největší podíl na platbách za regulační poplatky činily poplatky za recept. Novelou v roce 2011 se však upravil způsob jejich platby a výdaje se tak snížily na úroveň poplatků za hospitalizaci. Nejnižší položkou v regulačních poplatcích jsou poplatky za návštěvu pohotovosti (Tabulka 11).

Tabulka 11: Výdaje na regulační poplatky v tis. Kč

Regulační poplatky	2008	2009	2010	2011	2012
Poplatky za recept	2 411 161	2 659 293	2 657 363	2 457 967	1 858 376
Poplatky za návštěvu lékaře	1 805 866	1 650 240	1 530 418	1 374 137	1 474 027
Poplatky za hospitalizaci	1 176 098	1 262 562	1 242 669	1 242 211	1 824 472
Poplatky za pohotovost	178 145	207 753	191 444	179 915	179 361
Celkem	**5 571 270**	**5 779 848**	**5 621 894**	**5 254 230**	**5 336 236**

Zdroj: ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů

4.5 Analýza přímých plateb domácností

V roce 2012 zaplatily české domácnosti téměř 53,8 mld. Kč za zdraví. Výdaje na zdraví tak tvořily 2,78 % celkových spotřebních výdajů domácnosti (Tabulka 12).

Tabulka 12: Přehled celkových výdajů na zdraví a celkových spotřebních výdajů domácností

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Spotřební výdaje v mil. Kč	1 653 034	1 805 011	1 866 562	1 888 180	1 912 598	1 931 420
Výdaje na zdraví v mil. Kč	37 493	48 956	49 932	51 101	51 945	53 789
Podíl výdajů na zdraví na celkových výdajích	2,27 %	2,71 %	2,68 %	2,71 %	2,72 %	2,78 %

Zdroj: ČSÚ, Statistika rodinných účtů, vlastní výpočet

Mezi roky 2007–2012 stoupl podíl celkových výdajů na zdraví na celkových spotřebních výdajích domácností o 0,52 %. K největší změně došlo v roce 2008, kdy podíl výdajů na zdraví na celkových výdajích stoupl o 0,44procentních bodů. Této změně odpovídá i nárůst výdajů na zdraví, a to zejména díky zavedení regulačních

poplatků. Patrný je i vliv finanční krize, který způsobil zpomalení růstu výdajů (spotřebních výdajů i výdajů na zdraví).

V roce 2012 zaplatila česká domácnost na výdajích na zdraví na jednoho ekvivalizovaného člena[2] domácnosti průměrně 5118 Kč. Celkově došlo k nárůstu průměrných výdajů na zdraví o 40 % mezi roky 2007–2012. Nejvíce se v průběhu těchto let změnily výdaje na ústavní péči (Tabulka 13).

Tabulka 13: Výdaje na ekvivalizovaného člena domácnosti v Kč

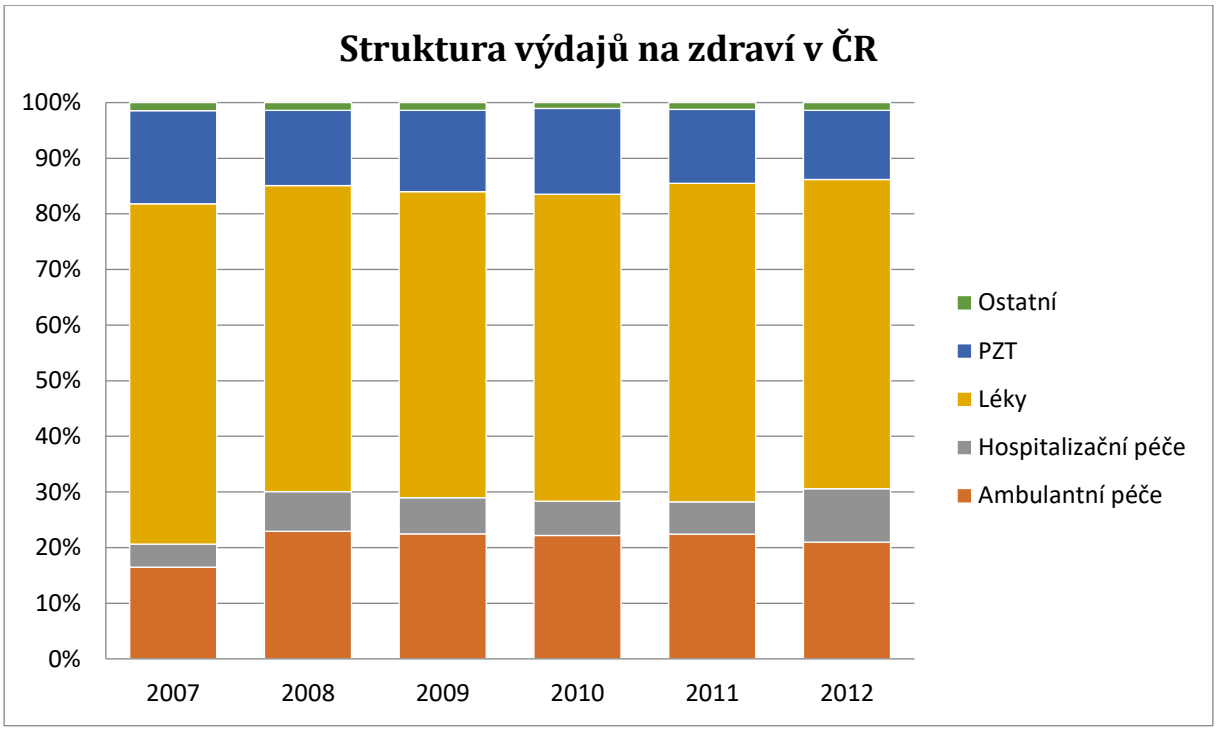
Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Celkové výdaje na zdraví v Kč	3 632	4 694	4 759	4 859	4 949	5 118
1.1 Léčivé a zdravotnické prostředky	2 830	3 216	3 313	3 431	3 494	3 480
1.1.1 Léčivé prostředky	2 223	2 581	2 617	2 681	2 834	2 846
Léky na předpis	1 037	1 464	1 334	1 397	1 440	1 349
Léky volně	1 186	1 117	1 283	1 283	1 395	1 497
1.1.1 Zdravotnické prostředky	607	635	696	751	660	635
Ostatní ZP	62	61	66	106	61	52
Ortopedické ZP	545	573	629	645	598	583
2.1 Ambulantní zdravotnické služby	598	1 077	1 069	1 079	1 111	1 073
2.1.1 Poplatky v ambulantní péči	181	465	442	467	442	483
2.1.2 Poplatky u zubaře	417	613	627	612	669	590
3.1 Platby u nelékařů	53	66	68	50	59	72
4.1 Ústavní péče	151	335	310	299	285	493

Zdroj: ČSÚ, Statistika rodinných účtů, vlastní výpočet

Největší část výdajů na zdraví tvoří výdaje na léky. Tato položka tvořila v roce 2007 přes 60 % všech výdajů na zdraví. Vlivem zavedení regulačních poplatků se změnila struktura přímých plateb na zdraví, a to díky nárůstu plateb v segmentu ambulantní a hospitalizační péče. Do roku 2007 se v ambulantní sféře platilo zejména za péči u stomatologů. V roce 2012 se zvedl poplatek na hospitalizace z 60 Kč na 100 Kč a tím se změnil i poměr výdajů na zdraví (Graf 3).

[2] Finanční údaje dělíme ekvivalizovaným počtem členů domácnosti (vypočteného dle metodiky WHO)

Graf 3: Struktura výdajů na zdraví v ČR na jednoho člena domácnosti



Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

4.6 Existující nástroje finanční ochrany v ČR

V rámci celkové analýzy systému zdravotnictví v ČR ve sledovaném období, byly identifikovány následující nástroje, které se jeví, že ve své podstatě kladně ovlivňují, resp. přispívají k finanční ochraně obyvatelstva.

Nulový doplatek v každé lékové skupině

Zákon č. 48/1997 Sb. uvádí v § 15, že v každé z 300 lékových skupin musí být vždy alespoň jeden lék, který je plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění[3]. Jedná se o nástroj, díky němuž pacient nemusí doplácet ze svých soukromých zdrojů. Je však na vůli lékaře, aby při předepisování léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely dbal na to, aby se jednalo o nejlevnější dostupné varianty na trhu.

[3] Přesné znění zákona 48/1997 Sb, § 15, odst. 5. – „Ze zdravotního pojištění se hradí při poskytování ambulantní zdravotní péče léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, pokud pro ně Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen "Ústav") rozhodl o výši úhrady (§ 39h). V každé skupině léčivých látek uvedených v příloze č. 2 se ze zdravotního pojištění vždy plně hradí nejméně jeden léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely. Dále se ze zdravotního pojištění hradí individuálně připravované léčivé přípravky, radiofarmaka, transfúzní přípravky, léčivé přípravky pro moderní terapii a tkáně a buňky ve výši stanovené Ústavem opatřením obecné povahy. Ze zdravotního pojištění se při poskytování lůžkové péče plně hradí léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, individuálně připravované léčivé přípravky, radiofarmaka, transfúzní přípravky, zdravotnické prostředky, léčivé přípravky pro moderní terapii a tkáně a buňky, v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti onemocnění, a pojištěnec se na jejich úhradě nepodílí.“

Pokud lékař předepíše dražší variantu léku, pacient doplatí vyšší doplatek. Na žádost pacienta (Zákona č. 48/1997 Sb. § 32 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění) lékárna může dražší variantu vyměnit za levnější. Tato záměna, tzv. generická substituce je možná v případě, že je dodržena stejná účinná látka a stejná léková forma. Generická substituce podporuje snižování výdajů domácností na léčivé přípravky.

Na základě § 39n zákona o veřejném zdravotním pojištění je povinné zveřejňovat aktuální seznam léčivých přípravků a potravin pro zvláštní účely hrazených ze zdravotního pojištění. SÚKL měsíčně publikuje seznam léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených z veřejného zdravotního pojištění (SÚKL, 2019). Seznam obsahuje rejstřík léčivých přípravků a potravin spolu se stanovenou maximální cenou, s informací, jak se k této ceně dospělo.

Tímto způsobem je stanovena maximální cena, za kterou může být lék prodán na trhu a zároveň se stanoví maximální úhrada z veřejného zdravotního pojištění. Konečná cena je cena výrobce s maximální obchodní přirážkou dle cenového předpisu Ministerstva zdravotnictví a DPH. Pokud pacient dostane lék, který není plně hrazený, pak doplácí částku, která je přepočítána podle nejlevnějšího léku ve skupině (SÚKL, 2019).

Ověření nulových doplatků v každé lékové skupině pro rok 2012

Pro ověření výše zmíněných pravidel byl zanalyzován seznam léčivých přípravků pro rok 2012, se zaměřením na doplatky v každé z 300 lékových skupin. Seznam lékových skupin byl porovnán se seznamem (číselníkem) léků a léčivých přípravků, který udává minimální a maximální cenu daného léku ve skupině. Tak bylo ověřeno, kolik procent léků ze skupiny má nulový doplatek.

Tabulka 14: Procento léčivých přípravků bez doplatku pro rok 2012

Měsíc	Počet LP bez doplatku	Počet LP celkem	% bez doplatku
2012/01	214	271	78,97 %
2012/02	210	271	77,49 %
2012/03	209	271	77,12 %
2012/04	208	271	76,75 %
2012/05	209	271	77,12 %
2012/06	212	271	78,23 %
2012/07	214	268	79,85 %
2012/08	214	268	79,85 %
2012/09	215	268	80,22 %
2012/10	218	268	81,34 %
2012/11	220	268	82,09 %
2012/12	229	267	85,77 %

Zdroj: SÚKL, vlastní propočet

Podle propočtu je úroveň léků bez doplatku kolem 80 %. Nicméně po hlubší analýze je nezbytné propočty „očistit“ o ZÚLPy a to vzhledem k tomu, že ZÚLP (zvlášť účtovaný léčivý přípravek) se účtuje k výkonu, pokud byl odůvodněně při výkonu lékařské péče spotřebován. Váže se tedy ke konkrétnímu zařízení, ve které proběhlo ošetření a pacient tedy reálně náklady spojené s těmito přípravky nehradí. Díky této změně se procento léčivých přípravků bez doplatku sníží na úroveň kolem 50 % (Tabulka 15).

Tabulka 15: Procento léčivých přípravků (bez ZÚLP) bez doplatku pro rok 2012

Měsíc	Počet LP bez doplatku	Počet LP bez ZÚLP	Procento bez doplatku
2012/01	48	114	42,11 %
2012/02	50	114	43,86 %
2012/03	51	114	44,74 %
2012/04	50	116	43,10 %
2012/05	49	116	42,24 %
2012/06	51	116	43,97 %
2012/07	54	115	46,96 %
2012/08	58	116	50,00 %
2012/09	57	117	48,72 %
2012/10	65	117	55,56 %
2012/11	64	118	54,24 %
2012/12	73	122	59,84 %

Zdroj: SÚKL, vlastní propočet

Generická preskripce

Generická preskripce se považuje za nástroj lékové politiky. Generikum obsahuje stejnou léčivou látku ve stejném množství jako příslušný originální přípravek, musí mít i obdobnou lékovou formu (např. tablety) a stejnou biologickou účinnost. Generická léčiva mohou být uvedena na trh v zemích EU po uplynutí ochranné lhůty duševního vlastnictví vlastníka originálního přípravku. Cena generického léku je v porovnání s originálním léčivem nižší o cca 30 % (O lécích, 2001).

Zdravotní pojištění hrazené státem

Za další nástroj finanční ochrany lze považovat platby zdravotního pojištění ze státního rozpočtu. Stát je podle § 7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, plátcem pojistného za tyto pojištěnce:

- nezaopatřené děti, které nejsou výdělečně činné do věku 26 let
- důchodci
- ženy na mateřské nebo rodičovské dovolené
- osoby, které pečují celodenně a osobně nejméně o jedno dítě do 7 let věku nebo alespoň o dvě děti do 15 let věku
- pobíratel rodičovského příspěvku
- uchazeči o zaměstnání
- osoby pobírající dávky sociální péče vzhledem k sociální potřebnosti
- osoby bezmocné a osoby, které o ně pečují
- pečovatelé o dlouhodobě zdravotně postižené děti nebo bezmocné rodinné příslušníky, kteří jsou starší 80 let
- osoby povolané k vojenskému cvičení
- osoby, které jsou ve vazbě nebo kteří jsou ve výkonu trestu
- mladiství, kteří jsou ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy
- osoby, které mají nárok na starobní důchod, ale nesplňují některé z podmínek k jeho přiznání
- jedinci s trvalým pobytem na území ČR, kteří přijímají dávky nemocenského pojištění a zároveň za které neplatí pojistné zaměstnavatel, ani stát a nejsou osobami samostatně výdělečně činnými
- osoba, která má trvalý pobyt v ČR, která pobývá v cizině soustavně více než 6 měsíců, a zároveň je po plnou dobu pobytu v cizině zdravotně pojištěna a za splnění podmínky, že zdravotní pojišťovně doručila písemné zprávu o pobytu v cizině

Osvobození od regulačních poplatků včetně jejich změn

<u>Od 1. 1. 2008 do 31. 7. 2008 neplatí regulační poplatky tito pojištěnci (VZP, 2019):</u>

- umístění v dětských domovech a ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy,
- při ochranném léčení nařízeném soudem,

- při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví,
- kteří se prokážou rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o dodávce, která je jim poskytována podle zvláštního právního předpisu.

Od 1. 8. 2008 se okruh rozšířil o pojištěnce:

- umístěné k výkonu ústavní výchovy také v domovech pro osoby se zdravotním postižením,
- umístěné z důvodů stanovených zákonem bez jejich souhlasu do ústavní péče
- při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantačního zákona.

Od 1.4 2009 se žádné regulační poplatky v souhrnu nehradí, jde-li o všechny tyto pojištěnce (VZP, 2019):

1. umístěné
   - v dětských domovech,
   - ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy,
   - k výkonu ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením,
   - na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc,
   - nebo svěřené rozhodnutím soudu do pěstounské péče podle zákona o rodině,
2. při ochranném léčení, které nařídil soud
3. při umístění pojištěnce z důvodů stanovených zvláštním zákonem bez jeho souhlasu do ústavní péče se souhlasem soudu nebo při výkonu zabezpečovací detence,
4. při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při nařízených karanténních opatřeních k zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu,
5. jde-li o pojištěnce v hmotné nouzi (pobírá dávky – příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc)
6. při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a při dispenzární péči o pojištěnce po odběru tkání a orgánů podle transplantačního zákona,
7. jedná-li se o pojištěnce, kterému jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud u tohoto pojištěnce po úhradě za ubytování a stravu činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jeho příjmu méně než 800,- Kč nebo pokud nemá žádný příjem. Tuto

skutečnost prokazuje pojištěnec potvrzením ne starším než 30 dnů, které je na jeho žádost povinen vydat poskytovatel sociálních služeb.

- ruší se poplatek 30 korun u lékaře, jde-li o děti do dovršení 18. roku věku včetně tohoto dne (poplatky 60 Kč za den pobytu v nemocnici, léčebně apod., 90 Kč za pohotovost, 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa nebo u klinického logopeda a 30 Kč za položku na receptu zůstávají)
- snížení ochranného limitu na 2500 Kč z 5000 Kč u dětí mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršily 18. rok věku
- snížení ochranného limitu na 2500 Kč z 5000 Kč u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku
- do limitu se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě předepsané na recept pojištěncům starším 65 let (včetně dne, ve kterém dovršili 65. rok věku)

Od 1. 12. 2011dochází v oblasti regulačních poplatků ke změnám:

- Výše regulačního poplatku za jeden den hospitalizace se změnila z 60 Kč na 100 Kč[4]

Od 1. 1. 2012

- pojištěnci v lékárnách již nehradí regulační poplatek ve výši 30 Kč za vydání každé položky receptu, ale pouze za recept.

Ochranný limit

Jako nástroj finanční ochrany pacientů byl představen roční ochranný limit, který měl za úkol chránit pacienty, kteří často navštěvují lékaře, před nadměrnými výdaji. Ochranný limit je maximální roční částka, kterou by měl pacient zaplatit z vlastních zdrojů za zdravotní péči a léky. Limit pomáhá především chronicky nemocným.

Je stanoven ve výši:

- 2 500 Kč u dětí mladších 18 let a u pojištěnců starších 65 let[5]
- 5 000 Kč u ostatních pojištěnců.

Zákon č. 48/1997 Sb. uvádí, že *„pokud celková částka uhrazená pojištěncem za započitatelné regulační poplatky a doplatky na léčivé přípravky překročí v kalendářním roce stanovený limit (5 000 Kč, resp. 2 500 Kč), je zdravotní pojišťovna povinna uhradit pojištěnci částku, o kterou je limit překročen.“*

Do ročního limitu se započítává:

[4] V roce 2014 již tento poplatek byl zcela zrušen

[5] 1. 4. 2009 byl tento limit snížen z původních 5000 Kč

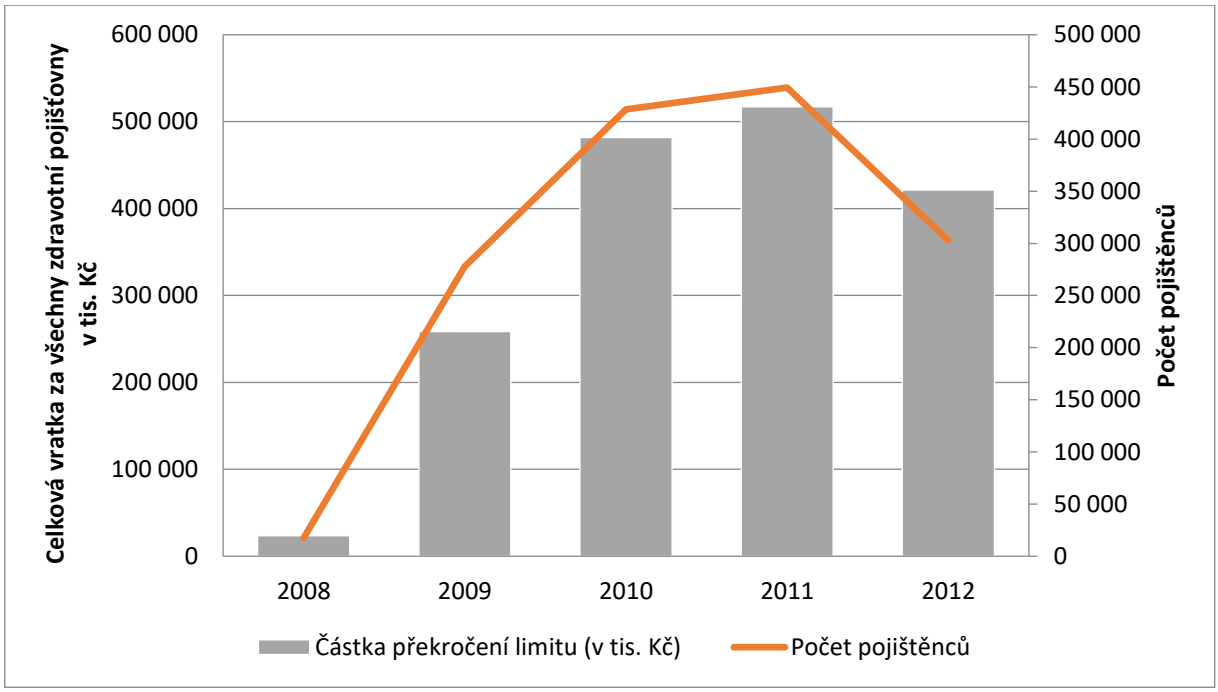
- 30,- Kč regulační poplatek za návštěvu lékaře, za předpokladu provedení vyšetření (v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, gynekologie a porodnictví, a v oboru zubní lékařství)
- 30,- Kč regulační poplatek při návštěvě u specializovaného lékaře v ambulantní péči
- 30,- Kč regulační poplatek za návštěvní službu, kterou poskytl lékař v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost
- Doplatky na částečně hrazené léky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely
- 30,- Kč regulační poplatek při návštěvě u klinického psychologa, klinického logopeda,
- 30,- Kč regulační poplatek za recept

Požádá-li pacient o vyhotovení dokladu o zaplacení regulačního poplatku, má poskytovatel zdravotních služeb povinnost takový doklad vyhotovit. Na zmíněném dokladu musí být uvedeno identifikační číslo pojištěnce, výška poplatku, razítko poskytovatele spolu s podpisem osoby, která poplatek přijala. V případě dokladu z lékárny musí být navíc i název léčivého přípravku a výše doplatku, který se započítává do limitu. Navíc každý pojištěnec má jedenkrát za rok nárok požádat o bezplatné poskytnutí výpisu z osobního účtu pojištěnce, který obsahuje rovněž výpis započitatelných regulačních poplatků a doplatků.

Úhradu regulačních poplatků a doplatků sledují zdravotní pojišťovny. Zdravotnická zařízení a lékárny takové údaje hlásí zdravotním pojišťovnám. Povinností zdravotních pojišťoven je sledovat překročení finančního limitu. O překročení zákonem stanoveného limitu, jsou pojištěnci informováni pojišťovnou automaticky, a to kvůli vrácení přeplatku. Každá zdravotní pojišťovna má povinností vrátit pojištěnci přeplatek, a to do 60 dní po konci čtvrtletí, ve kterém byl ochranný limit překročen, vrátit pojištěnci přeplatek (§ 16b zákona č. 48/1997 Sb.). Tyto částky jsou hrazeny z prostředků zdravotní pojišťovny. Náklady, které vznikají s proplácením takových přeplatků pojištěncům (jako např. poštovné, složenky) jde na vrub zdravotní pojišťovně.

V případě, že pojištěnec překročí finanční limit, musí přesto platit všechny předepsané poplatky a doplatky. Výše vratek prudce vzrostla po zavedení ochranného limitu a kulminovala v 2011 (Graf 4).

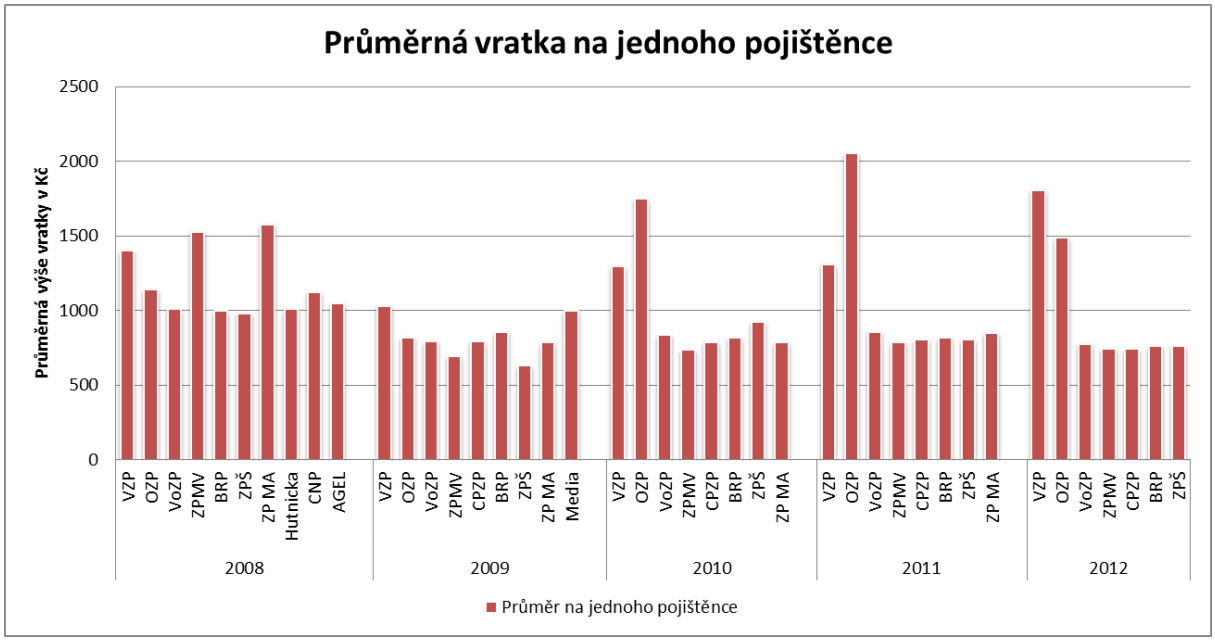
Graf 4: Celkové vratky za všechny zdravotní pojišťovny v tis. Kč



Zdroj: Vlastní zpracování dle výroční zprávy zdravotních pojišťoven

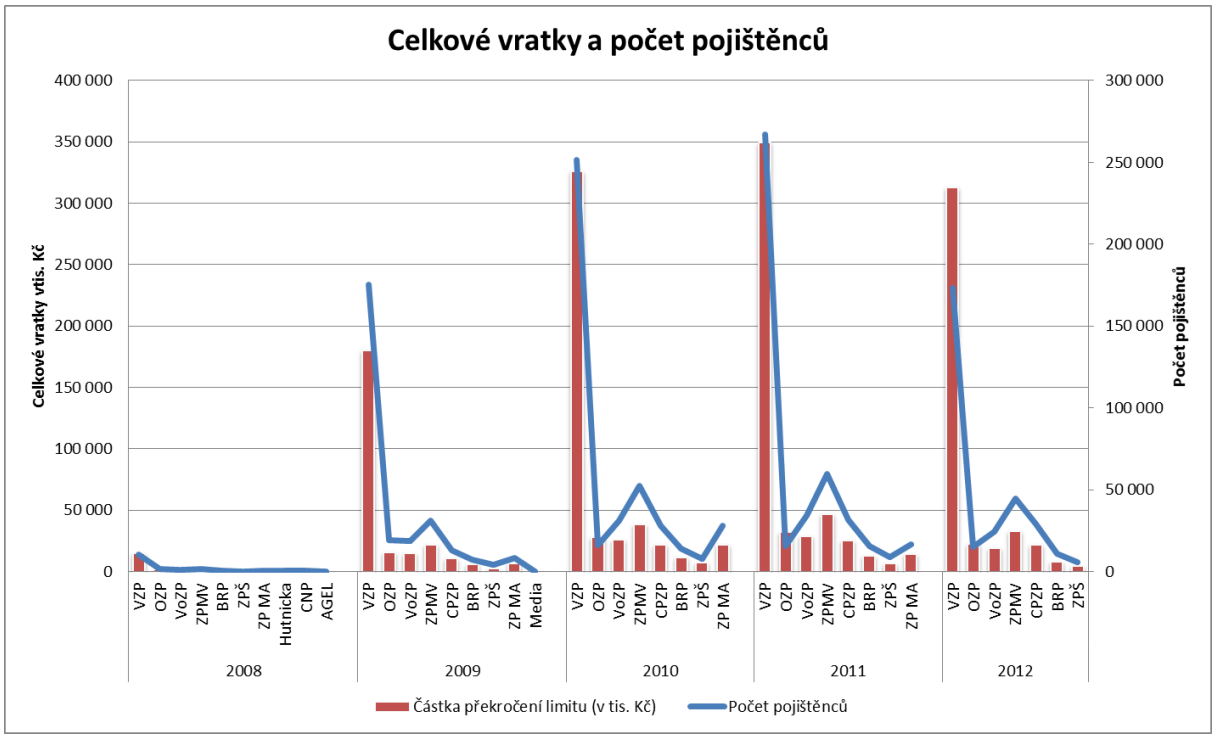
Průměrná vratka na jednoho pojištěnce se liší v závislosti na pojišťovně. Nejvíce v průměru vracela pojišťovna VZP a Oborová zdravotní pojišťovna (Graf 5). VZP vzhledem ke svému dominantnímu postavení na trhu také v sledovaném období vynaložila nejvyšší absolutní částku na vratky (Graf 6).

Graf 5: Průměrná vratka na jednoho pojištěnce v Kč



Zdroj: Vlastní zpracování dle výroční zprávy zdravotních pojišťoven

Graf 6: Celkové vratky a počty pojištěnců jednotlivých pojišťoven



Zdroj: Vlastní zpracování dle výroční zprávy zdravotních pojišťoven

Dobrovolné zdravotní pojištění

Financování zdravotnictví České republiky je založeno na veřejně financovaném zdravotním pojištění a je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem a pro osoby pracující v České republice. Zdravotní pojišťovny jsou samosprávné veřejné organizace, které vybírají příspěvky od svých členů a nakupují zdravotní služby, které přímo hradí svým pojištěncům.

Existují však lidé, kteří nespadají do systému veřejného zdravotního pojištění ČR (např. migranti). Ti musí být kryti jejich domovskou zemí nebo si musí koupit soukromé zdravotní pojištění, které kryje základní dávky zdravotní péče.

Dle Dlouhého (2016), dobrovolné zdravotní pojištění má dvě role: *substituční* roli pro nezaměstnané cizince (migranty) ze zemí, které nejsou členy EU, a *doplňkovou* roli poskytující přístup k nadstandardním nemocničním a stomatologickým službám. Tento druh pojištění je často známo pod pojmem soukromé zdravotní pojištění, což je defacto zavádějící název, vzhledem k tomu, že se nejedná o duplicitní formy veřejného zdravotního pojištění. Pojistitelé nabízejí pojistné smlouvy, které se vztahují na peněžité dávky v případě nemoci nebo hospitalizace. Existují také pojistné smlouvy, které pokrývají náklady na akutní péči v zahraničí pro osoby cestující mimo EU.

Toto pojištění je prodáváno komerčními pojišťovnami a tímto způsobem je oddělen tok soukromých a veřejných peněz v systému. Soukromé zdravotní pojištění je pro ty, kteří jsou vyloučeni z veřejného zdravotního pojištění a stává se podmínkou pro migranty ze zemí mimo EU (Dlouhý, 2016).

Mezi soukromé subjekty, kteří poskytují dané pojištění patří i Pojišťovna VZP a.s. (2019). Zdravotní pojištění pro cizince kryje rizika a poskytuje úhradu za nezbytná vyšetření potřebná ke stanovení diagnózy a léčebného postupu, následná ošetření a v případě potřeby i hospitalizaci. Pojištění se vztahuje i na akutního ošetření zubů a ambulantně předepsané léky. Takový pojistný produkt je v souladu s platnou legislativou, kterou se řídí pobyt cizinců v ČR (Zákon č. 326/1999 Sb.). Dobrovolné zdravotní pojištění taktéž představuje nástroj finanční ochrany, byť pro velice úzce vymezenou skupinu

4.7 Závěry

Uvedené kapitoly představily systém zdravotnictví ČR s důrazem na financování a proběhlé reformy. Vzhledem ke skutečnosti, že finanční ochranu ovlivňuje mimo jiné podíl přímých plateb domácností, kapitola popisuje i druhy těchto plateb.

Je důležité zmínit, že právě reforma ministra Tomáše Julínka se dá považovat jako klíčová, a to díky zavedení regulačních poplatků za zdravotní péči v roce 2008. Tento krok může mít dopady na finanční ochranu domácností. Je proto potřebné tuto událost v českém zdravotnictví zmínit.

Naopak systém veřejného zdravotního pojištění působí zcela opačně. Přes 87 % všech zdrojů zdravotnictví ČR je financováno zdravotními pojišťovnami. Jedná se tak o velice silný nástroj finanční ochrany.

I přes silný podíl veřejných zdrojů, v českém zdravotnictví se dají nalézt i další nástroje finanční ochrany. Mezi tyto nástroje můžeme zařadit nulový doplatek v každé lékové skupině, generická preskripce, která má vliv na snižování nákladů na léky, osvobození od regulačních poplatků, ochranný limit a s tím související vratky přeplatků za poplatky a doplatky za léky, a v neposlední řadě veřejné zdravotní pojištění s univerzálním pokrytím.

5 Metodika vlastního výzkumu

Na základě zjištění z předchozích kapitol je zřejmé, že finanční ochrana je jedním z klíčových cílů zdravotního systému. Nutno však tento cíl, resp. jeho plnění podrobit analýze a vyhodnotit jeho výsledky a dopady v podmínkách ČR.

Metodika disertační práce se zaměřuje na následující výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem je finanční ochrana vymezená z hlediska cílů zdravotní politiky v kontextu New public managementu?
2. Jaké existují metriky na měření finanční ochrany ve zdravotnictví a do jaké míry jsou vhodné do reálií ČR?
3. Jak ovlivnilo zavedení regulačních poplatků finanční ochranu domácností?
4. Kdo platí a kolik za jaký typ zdravotních služeb?
5. Jaký dopad mají tyto platby na finanční situaci domácností?
6. Jaké typy domácností nejpravděpodobněji čelí katastrofickým výdajům na zdraví?

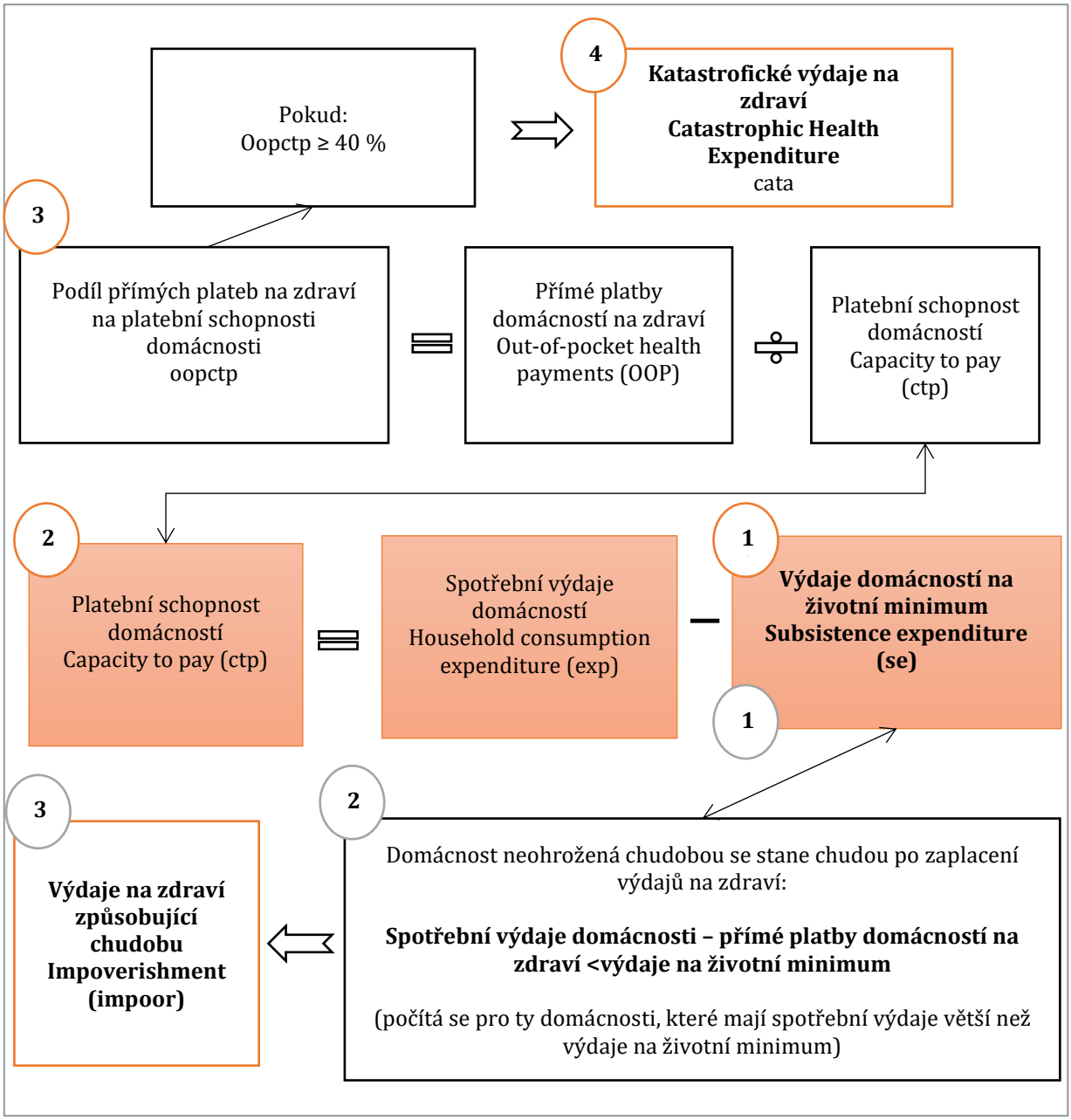
Při odpovědi na první dvě výzkumné otázky, jsem provedla rozsáhlou rešerši literatury a na základě logické dedukce, jsem vzájemně propojila NPM s konceptem cílů a nástrojů zdravotní politiky, což vyústilo do rámcování finanční ochrany a definování její metrik.

Při výpočtech týkajících se základních indikátorů je postupováno podle metodiky WHO (Xu, 2004). Tato metodika měří dopady přímých plateb domácností na zdraví pomocí sérií zmíněných parametrů. Hlavními dvěma ukazateli, které touto metodikou vypočítáváme, jsou katastrofické výdaje na zdraví a výdaje na zdraví způsobující chudobu (ukazatel zbídačených domácností). Základní vztahy parametrů a ukazatelů shrnuje schéma 6.

Vzhledem k faktu, že původní metodika WHO (do výdajů na životní minimum řadí pouze potraviny a hranici katastrofických výdajů stanovuje na 40 %) nezatřídí dostatek domácností, resp. pozorování do kategorie ohrožených domácností, bylo přistoupeno k alternativní metodice, kdy se do výdajů na životní minimum přidaly výdaje na bydlení a odívání a posunuly hranice katastrofických výdajů na úroveň 30 %, 20 % a 10 %.

Odpovědi na výzkumné otázky č. 3 a 4 ohledně využívání zdravotnických služeb a kolik se za tyto služby vynakládá zdrojů, poskytují odpovědi popisné statistiky v tabulkách a testování pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti. Pro zodpovězení výzkumné otázky č. 6 týkající se typu domácnosti, které nejpravděpodobněji čelí katastrofickým výdajům, bude přistoupeno pomocí logistické regrese.

Schéma 6: Základní vztahy v použité metodice



Zdroj: Vlastní schéma podle metodiky WHO; Údaje: vlastní výpočty podle dat ČSÚ

Schéma 6 poskytuje obraz, jakým způsobem se v metodice WHO postupuje. Pro lepší ilustraci byly použity vzorce a vztahy mezi jednotlivými indikátory. Výdaje domácností na životní minimum (označené číslem 1 v červeném kroužku) vstupuje do vzorce pro výpočet platební schopnosti domácnosti (označeno číslem 2 v červeném kroužku), a to odečtením od spotřebních výdajů domácnosti. Indikátor platební schopnosti domácnosti vstupuje do vzorce pro výpočet podílu přímých plateb na zdraví na platební schopnosti domácnosti (označeno číslem 3 v červeném kroužku). Následně pokud je

tento podíl větší než 40 %, jedná se o katastrofické výdaje domácností na zdraví (označeno číslem 4 v červeném kroužku).

Výdaje domácností na životní minimum taktéž vstupují do vzorce pro výpočet výdajů na zdraví způsobujících chudobu (označené číslem 3 v šedivém kroužku) a to tak, že od spotřebních výdajů domácnosti odečteme přímé platby domácnosti na zdraví (označeno číslem 2 v šedivém kroužku).

5.1 Zdroj dat

Při vypracování disertační práce, byly využity primární data Statistiky rodinných účtů. Datový soubor byl vyžádán přímo od ČSÚ na účely výzkumu v oblasti finanční ochrany domácností. Tyto data každoročně sbírá Český statistický úřad (ČSÚ). Statistika rodinných účtů se soustřeďuje na hospodaření domácností a dává informace o spotřebě domácností dle jednotlivých typů domácností (struktura dat je v tabulce 16, vývoj průměrných ročních výdajů na osobu v grafu 7). Odlišuje se od ostatních statistik charakterem zpravodajské jednotky. Zpravodajskou jednotkou v tomto šetření je samostatně hospodařící domácnost, která dobrovolně poskytuje údaje o postavení, příjmech a výdajích jednotlivých členů.

Tabulka 16: Struktura dat ČSÚ

Rok	Počet domácností	Proměnné
2007	2 963	Počet měsíců sběru, vážící koeficient, typ domácnosti, počet členů domácnosti, věk osoby v čele domácnosti, věk manželky, počet ekonomicky aktivních členů, počet závislých dětí, počet důchodců, počet ostatních členů, kraj, velikostní skupina obce, čisté peněžní příjmy, výdaje na potraviny a nealkoholické nápoje, výdaje na alkoholické nápoje a tabák, výdaje na odívání a obuv, výdaje na bydlení, elektřinu, vodu, plyn a jiná paliva, výdaje na nábytek, bytové vybavení, výdaje na zdraví (léky na předpis, volně prodejné léky, ortopedické pomůcky, ostatní zdr. výrobky. Ambulantní lékařská péče, ambulantní stomatologická péče, ambulantní péče poskytovaná nelékaři, ústavní zdravotní péče), výdaje na dopravu, výdaje na poštu a telekomunikaci, rekreace a kultura, výdaje na vzdělávání, výdaje na stravu a ubytování, výdaje na různé zboží a služby, naturální vydání.
2008	2 934	
2009	2 901	
2010	2 932	
2011	2 904	
2012	2 896	

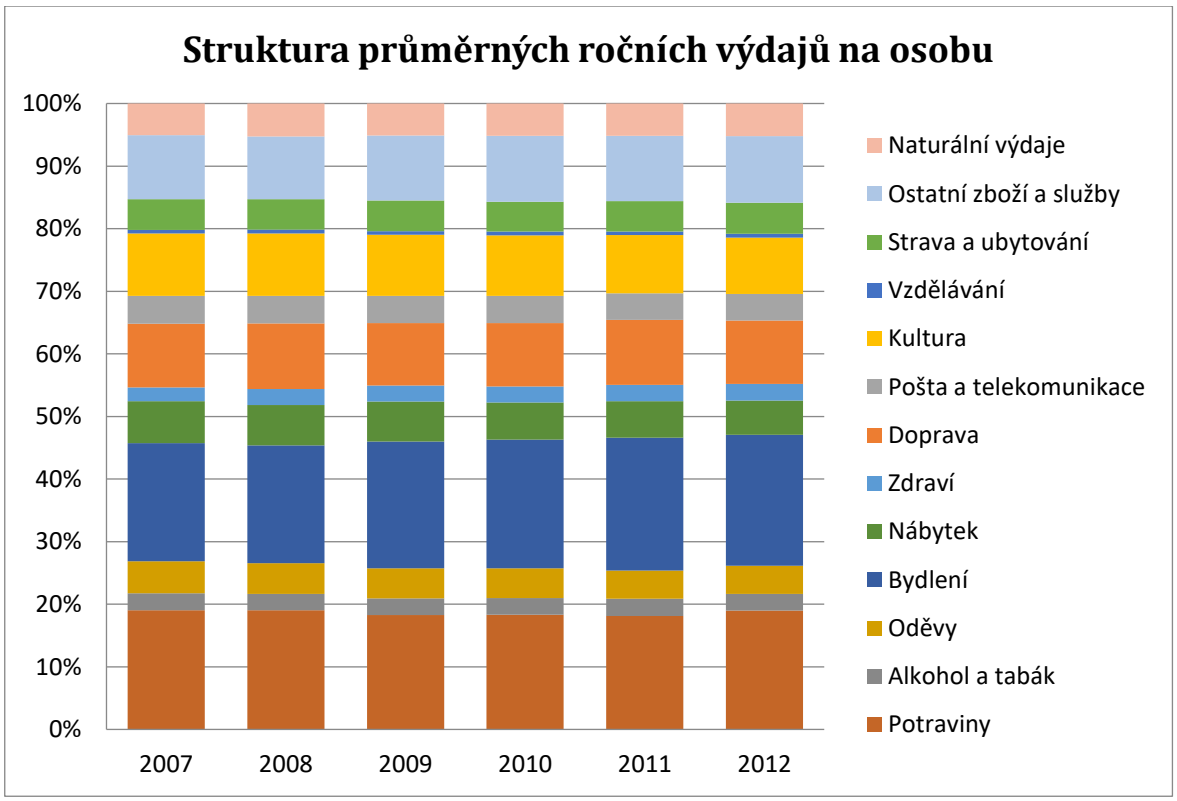
Zdroj: ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Jedná se o kontinuální výběrové šetření s roční periodicitou. Rozsah výběrového souboru je poměrně malý, méně než jedno promile všech domácností v ČR. Aby takto malý zpravodajský soubor byl reprezentativní a poskytoval věrohodné informace, uplatňuje ČSÚ metodu kvótního výběru zpravodajů. To znamená, že předem stanoví,

jaké typy domácností a v jakém počtu mají být vybrány, aby struktura zpravodajského souboru co nejlépe odpovídala struktuře domácností v ČR.

Ve statistice rodinných účtů je výběrovou jednotkou hospodařící domácnost, za kterou je považována skupina osob společně bydlících a společně hospodařících. Společné hospodaření znamená, že jednotliví členové dávají své příjmy nebo alespoň jejich část, do společného užívání a hradí z nich výdaje určená na uspokojení potřeb celé domácnosti (bydlení, potraviny) nebo vydání jednotlivých členů, včetně potřeb závislých dětí nebo jiných osob. Základní soubor cca 3 000 domácností je konstruován tak, aby jeho složení podle zvolených výběrových znaků, odpovídalo struktuře domácností v ČR. Údaje o spotřebě domácností jsou utříděna do 12 základních částí a ty jsou následně seřazeny do skupin a podskupin dle klasifikace CZ-COICOP (ČSÚ, 2006). V našem případě se jedná o data do třetí úrovně třídění. Všechny výpočty byly realizovány pomocí programu MS Office, Excel.

Graf 7: Charakteristika výdajů vzorku respondentů v jednotlivých letech



Zdroj: vlastní zpracování, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Analýza výdajů na zdraví podle výdajových kvintilů

Pro potřeby následujících analýz využíváme tzv. výdajových kvintilů. Výdajové kvintily rozdělují domácnosti do pěti skupin dle úrovně jejich celkových výdajů. První kvintil odpovídá 20 % domácností s nejnižšími celkovými výdaji, zatímco pátý kvintil zahrnuje 20 % domácností s největšími výdaji.

Domácnosti s největšími spotřebními výdaji mají téměř 3krát větší výdaje než domácnosti s nejmenšími výdaji. Nicméně průměrné tempo růstu mezi sledovanými roky je vyšší u domácností s nejnižšími výdaji (Tabulka 17).

Tabulka 17: Průměrné spotřební výdaje dle výdajových kvintilů za člena domácnosti v Kč

Rok	1	2	3	4	5	Celkem
2007	88 072	121 248	148 143	181 145	260 606	**160 136**
2008	95 591	131 631	160 225	194 115	281 245	**173 065**
2009	98 700	135 400	163 796	200 165	290 530	**177 912**
2010	101 431	138 752	166 238	201 160	287 518	**179 532**
2011	101 863	138 661	167 806	203 398	296 874	**182 210**
2012	104 436	140 738	170 102	206 685	296 967	**183 782**

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Průměrné roční výdaje na zdraví u rodin z nejnižšího výdajového kvintilu jsou dvakrát nižší než výdaje na zdraví u nejvyššího kvintilu. Největší změna nastala mezi roky 2007 a 2008 u všech typů domácností v důsledku zavedení regulačních poplatků. Rodinám z druhého výdajového kvintilu se výdaje na zdraví zvýšily o 43 % a zároveň jejich výdaje vykazují největší průměrné tempo růstu. Nejpomaleji rostou výdaje na zdraví rodinám z prvního výdajového kvintilu (Tabulka 18).

Tabulka 18: Průměrné výdaje na zdraví dle výdajových kvintilů za člena domácnosti v Kč

Rok	1	2	3	4	5	Celkem
2007	2 555	3 100	3 311	3 871	5 304	**3 632**
2008	3 367	4 432	4 376	4 641	6 610	**4 694**
2009	3 374	4 211	4 407	5 054	6 736	**4 759**
2010	3 405	4 258	4 661	5 106	6 816	**4 859**
2011	2 930	4 522	4 584	5 545	7 105	**4 949**
2012	3 237	4 668	4 752	5 154	7 779	**5 118**

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Pro konečné srovnání jednotlivých výdajových kvintilů používáme poměrový ukazatel, a to podíl výdajů na zdraví na celkových spotřebních výdajích. Platí, že čím větší mají rodiny celkové spotřební výdaje, tím méně vydávají na zdraví, resp. rodiny z prvních výdajových kvintilů vydávají poměrně více na zdraví (Tabulka 19).

Tabulka 19: Podíl průměrných ročních výdajů domácností na zdraví na celkových spotřebních výdajích domácnosti podle výdajových kvintilů, údaj za člena domácnosti v Kč

Rok	1	2	3	4	5	Celkem
2007	2,90 %	2,56 %	2,23 %	2,14 %	2,04 %	**2,27 %**
2008	3,52 %	3,37 %	2,73 %	2,39 %	2,35 %	**2,71 %**
2009	3,42 %	3,11 %	2,69 %	2,52 %	2,32 %	**2,68 %**
2010	3,36 %	3,07 %	2,80 %	2,54 %	2,37 %	**2,71 %**
2011	2,88 %	3,26 %	2,73 %	2,73 %	2,39 %	**2,72 %**
2012	3,10 %	3,32 %	2,79 %	2,49 %	2,62 %	**2,78 %**

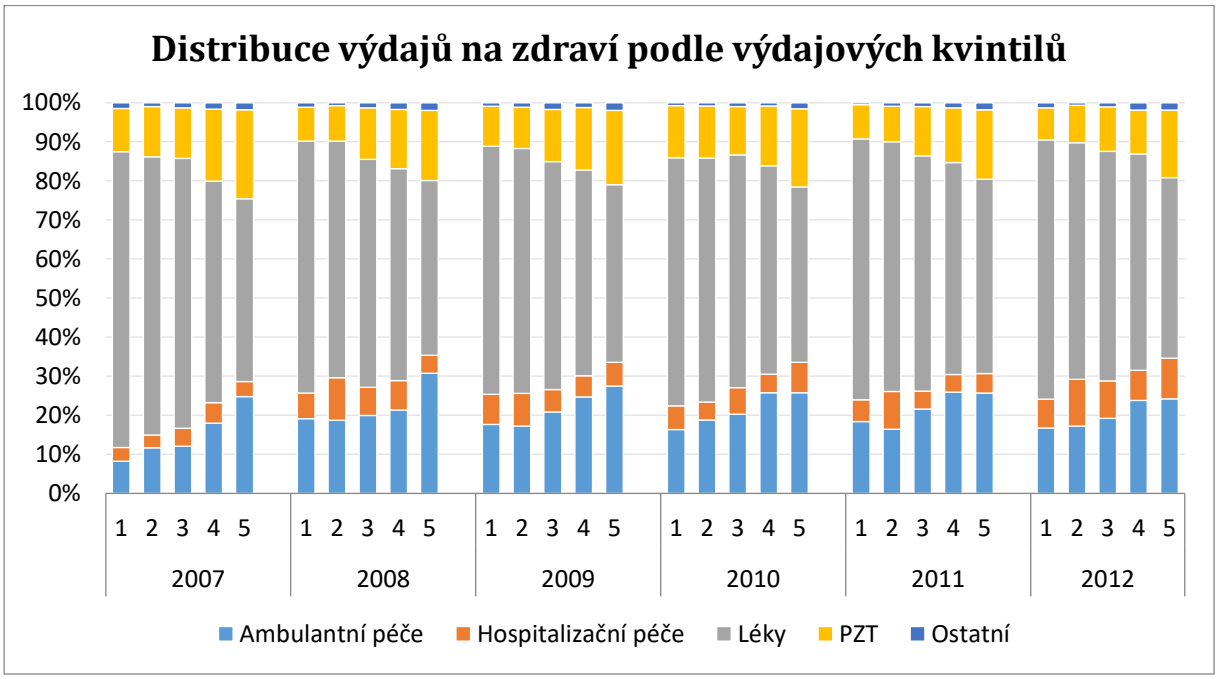
Zdroj: vlastní propočty ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Odlišná je i struktura výdajů na zdraví v jednotlivých výdajových kvintilech. Domácnosti s nejnižšími celkovými výdaji (1) vydávají nejvíce ze svých zdrojů na léky, zatímco domácnosti s největšími celkovými výdaji (5) mají své výdaje rozděleny rovnoměrněji mezi výdaje na ambulantní péči, léky a PZT (Graf 8).

Po zavedení regulačních poplatků, se struktura výdajů na zdravotní péči změnila u domácnosti typu 1, 2 a 3, u kterých došlo k nárůstu objemu zejména na ambulantní péči a hospitalizační péči. Zatímco struktura výdajů na zdraví u domácností s nejvyššími celkovými výdaji (5) se téměř nezměnila.

V roce 2007 se spotřeba ambulantní péče výrazně lišila mezi jednotlivými typy rodin. Nicméně rokem 2008 se tyto rozdíly sjednotily a proporce spotřeby v ambulantní péči mezi jednotlivými typy rodiny se sblížily.

Graf 8: Distribuce výdajů na zdraví podle výdajových kvintilů na ekvivalizovaného člena domácnosti v Kč



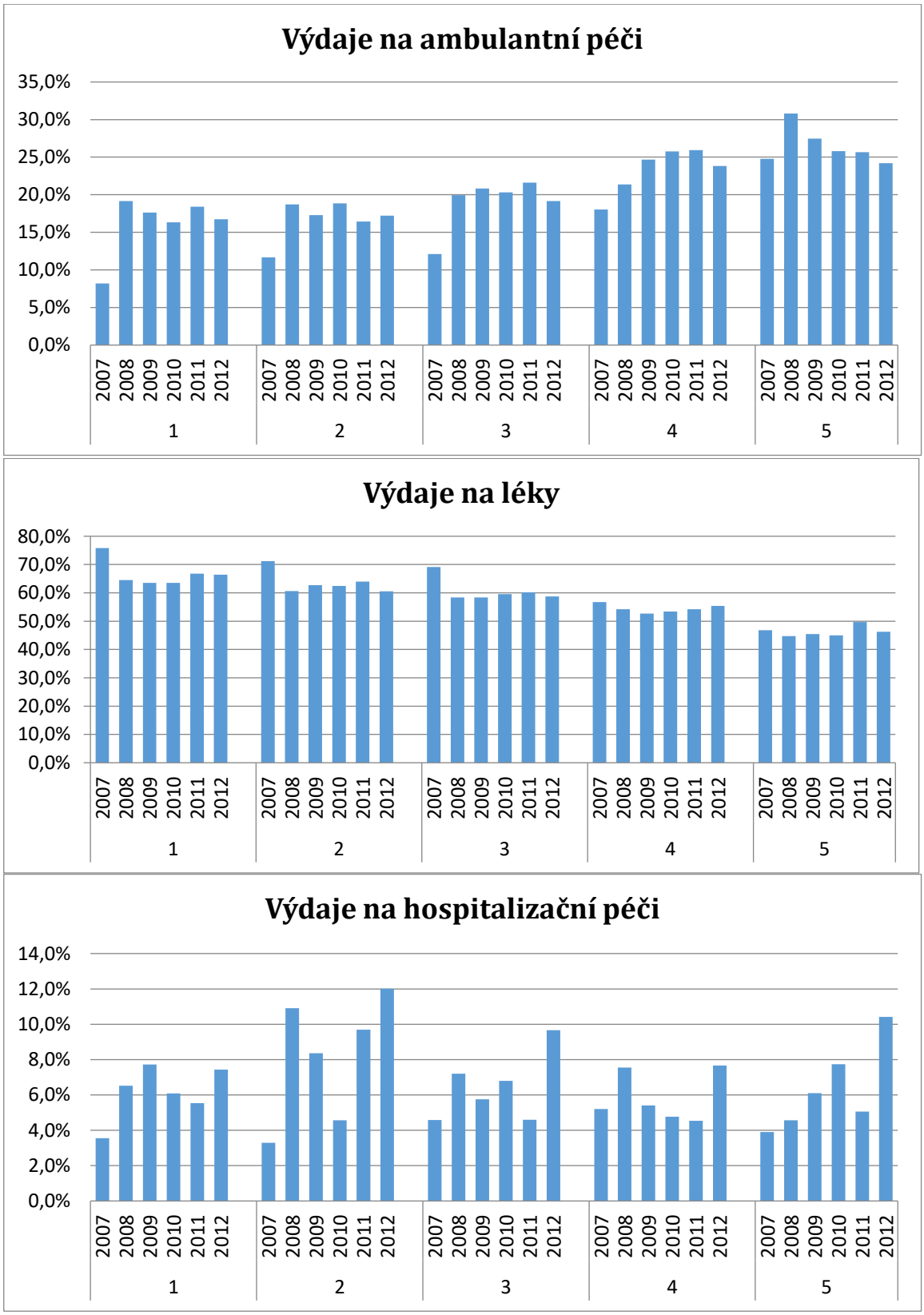
Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

V roce 2007 byl rozdíl ve výdajích v ambulantní péči mezi prvním a posledním kvintilem téměř 17 %. V průběh sledovaného období se tento rozdíl mezi jednotlivými kvintily sbližuje. V roce 2012 byl pak rozdíl mezi prvním výdajovým kvintilem a posledním už jen 6,5 %.

První výdajový kvintil domácností vydával 75 % na léky, v dalších letech tento poměr klesl o 10 %. V porovnání s pátým kvintilem vydávaly tyto domácnosti o 30 % více na léky. Vývoj výdajů na léky je v jednotlivých kvintilech stabilní, až na změnu v prvních třech výdajových kvintilech, kdy došlo k poklesu díky zavedení regulačních poplatků.

Výdaje na hospitalizační péči vykazují velké změny, a to jak v jednotlivých kvintilech, tak mezi sledovanými roky.

Graf 9: Procentuální vyjádření výdajů za vybrané segmenty péče



Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Výdaje na zdraví podle demografických ukazatelů

Česká republika je geograficky rozdělena do 13 krajů a hlavního města Praha. Největší výdaje na zdraví má ve všech sledovaných letech hlavní město Praha (Tabulka 20).

Tabulka 20: Přímé výdaje na zdraví na jednoho ekvivalizovaného člena domácnosti v Kč

Kraj	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Praha	4 572	5 954	5 739	5 980	5 983	6 750
Středočeský	3 797	5 322	5 416	5 052	5 396	5 676
Jihočeský	3 147	4 327	4 495	4 080	4 751	4 656
Plzeňský	3 762	4 290	4 270	4 848	4 814	4 532
Karlovarský	3 221	3 771	4 667	4 226	3 783	4 095
Ústecký	3 362	4 225	4 191	4 546	3 769	4 299
Liberecký	3 147	4 619	5 077	4 538	5 157	4 726
Královéhradecký	4 036	4 181	5 047	4 823	4 562	5 024
Pardubický	3 288	4 299	4 951	5 808	4 722	5 060
Vysočina	3 939	5 292	4 633	4 634	5 145	5 657
Jihomoravský	3 317	4 310	4 533	4 809	5 232	4 851
Olomoucký	3 141	4 574	3 932	4 207	4 180	4 494
Zlínský	3 957	4 912	4 431	4 575	5 632	5 246
Moravskoslezský	3 321	4 066	4 261	4 543	4 666	4 575

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Tabulka 21: Podíl výdajů na zdraví na celkových spotřebních výdajích dle kraje domácnosti

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Praha	2,55 %	3,14 %	2,88 %	2,90 %	2,82 %	3,21 %
Středočeský	2,30 %	3,04 %	2,91 %	2,76 %	2,91 %	2,98 %
Jihočeský	2,05 %	2,59 %	2,71 %	2,40 %	2,83 %	2,72 %
Plzeňský	2,64 %	2,76 %	2,79 %	2,94 %	2,84 %	2,67 %
Karlovarský	2,12 %	2,24 %	2,56 %	2,30 %	2,02 %	2,14 %
Ústecký	2,05 %	2,51 %	2,28 %	2,51 %	2,10 %	2,33 %
Liberecký	1,85 %	2,57 %	2,83 %	2,40 %	2,73 %	2,39 %
Královéhradecký	2,62 %	2,48 %	2,88 %	2,68 %	2,64 %	2,76 %
Pardubický	2,06 %	2,51 %	2,75 %	3,32 %	2,66 %	2,79 %
Vysočina	2,37 %	2,93 %	2,75 %	2,62 %	2,67 %	3,09 %
Jihomoravský	2,12 %	2,58 %	2,70 %	2,86 %	3,09 %	2,76 %
Olomoucký	2,12 %	2,78 %	2,41 %	2,61 %	2,58 %	2,80 %
Zlínský	2,61 %	2,99 %	2,50 %	2,64 %	3,10 %	3,00 %
Moravskoslezský	2,15 %	2,28 %	2,40 %	2,57 %	2,59 %	2,56 %

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

5.2 Metodika WHO

Rozhodujícím parametrem jsou výdaje na životní minimum (subsistence expenditure – se). Tyto výdaje jsou definované jako výdaje nezbytně nutné pro udržení základního života ve společnosti. Jsou vypočteny na základě výdajové hranice chudoby. Hranice chudoby je definována jako podíl průměrných výdajů domácnosti na potraviny na celkových výdajích domácnosti v rozmezí 45. – 55. percentilu za potraviny ve zkoumaném vzorku domácností. Domácnost je označena za chudou, pokud žije pod hranicí chudoby, tedy pokud celkové spotřební výdaje domácnosti jsou nižší než výdaje na životní minimum.

Výdaje na životní minimum pak představuje existenční minimum, které je definováno jako minimální požadavky k udržení základního života ve společnosti. Postup výpočtu je následující (vycházíme z označení proměnných, jak je uvádí WHO, 2004).

Nejprve si vypočítáme ekvalizovanou velikost domácnosti.

$$eqsize_h = hhsize_h^{\beta} \tag{1}$$

Postup ve vzorci, kdy počítáme přepočtenou velikost domácnosti eqsize, je počet členů v domácnosti hhsize, který mocníme koeficient β = 0,56.

Poté si spočteme podíl výdajů na potraviny ($food_h$) na celkových výdajích domácnosti (exp_h).

$$foodexp_h = \frac{food_h}{exp_h} \tag{2}$$

Dále vydělíme výdaje domácností na potraviny ($food_h$) přepočtenou velikostí domácností ($eqsize_h$), čímž získáme tzv. ekvalizované výdaje domácnosti na potraviny ($eqfood_h$).

$$eqfood_h = \frac{food_h}{eqsize_h} \tag{3}$$

Z výsledných podílů výdajů na potraviny ($foodexp_h$) na celkových výdajích (exp_h) najdeme ty domácnosti, u kterých tyto podíly leží mezi 45. (food45) a 55. (food55) percentilem celého vzorku.

Z ekvalizovaných výdajů na potraviny těchto domácností spočítáme průměr, čímž dostaneme výdajovou hranici chudoby (pl)[6].

$$pl = \frac{\sum w_h * eqfood_h}{\sum w_h} \; kde \; food45 < foodexp_h < food55 \tag{4}$$

[6] Pokud zahrnuje vzorek domácností vážené výdaje, počítáme vážený průměr.

Nakonec pro každou domácnost vypočteme existenční minimum (se_h), jako součin hranice chudoby a přepočtené velikosti domácnosti ($eqsize_h$).

$$se_h = pl * eqsize_h \tag{5}$$

U každé domácnosti pak porovnáváme celkové výdaje s pro ni spočteným existenčním minimem.

Domácnost je považována za chudou ($poor_h$), pokud jsou její celkové výdaje menší než její existenční minimum.

$$poor_h = 1\ jesliže\ exp_h < se_h \tag{6}$$

$$poor_h = 0\ jesliže\ exp_h \geq se_h \tag{7}$$

Platební schopnost domácnosti

Platební schopnost domácnosti (ctp_h) vypočítáme jako rozdíl spotřebních výdajů domácnosti a výdajů na existenční minimum. V tomto případě si můžeme rozdělit domácnosti na ty, které mají výdaje na potraviny menší než existenční minimum (výdaje na potraviny jsou menší, než odhadovaný standard chudoby pro danou zemi), a na ty, které mají výdaje na potraviny vyšší než existenční minimum. U domácností s vyššími výdaji na potraviny, než je existenční minimum, spočteme platební schopnost odečtením těchto výdajů od celkových výdajů. U druhé skupiny domácností pak odčítáme od celkových výdajů existenční minimum.

$$ctp_h = exp_h - se_h\ kde\ se_h > food_h \tag{8}$$

$$ctp_h = exp_h - food_h\ kde\ se_h \leq food_h\ ) \tag{9}$$

Katastrofické výdaje na zdraví

S využitím platební schopnosti domácnosti můžeme zjistit, kolik domácnosti a které jsou ohroženy katastrofickými výdaji na zdraví (cata). U domácností, které jsou ohroženy katastrofickými výdaji na zdraví, přesahují tyto výdaje 40 % jejích platební schopnosti neboli u takové domácnosti je podíl přímých výdajů na zdraví k platební schopnosti roven nebo větší než 40 %.

$$cata_h = 1\ jestliže\ \frac{oop_h}{ctp_h} \geq 0{,}4 \tag{10}$$

$$cata_h = 0\ jestliže\ \frac{oop_h}{ctp_h} < 0{,}4 \tag{11}$$

Zbídačené domácnosti

Posledním ukazatelem, který definuje WHO, jsou tzv. zbídačené domácnosti ($impoor_h$), tedy domácnosti uvržené do chudoby díky výdajům na zdravotní péči. Jsou to takové domácnosti, které nejsou zbídačené, ale zbídačenými se stanou po zaplacení svých výdajů na zdravotní péči. Tento ukazatel sleduje dopady výdajů na zdraví na chudobu

domácností. Domácnost je definována jako zbídačená ($impoor_h$=1), když jsou výdaje domácnosti rovny nebo vyšší než existenční minimum, ale zároveň existenční minimum je větší než celkové výdaje domácnosti očištěné o její výdaje na zdraví.

$$impoor_h = 1 \; jestliže \; exp_h \geq se_h \; a \; zároveň \; exp_h - oop_h < se_h \qquad (12)$$

$$impoor_h = 0 \; jestliže \; exp_h \geq se_h \; a \; zároveň \; exp_h - oop_h \geq se_h \qquad (13)$$

Index spravedlnosti finančních příspěvků

Index zohledňuje nerovnost přímých plateb všech domácností do zdravotního systému a zároveň reflektuje ty domácnosti, které čelí katastrofickým výdajům na zdraví. Index nabývá hodnot od 0 do 1. Spravedlivější je systém, který se blíží 1.

$$FFC = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{h=1}^{n} w_h |oopctp_h - oopctp_o|^3}{\sum w_h}} \quad \text{kde} \quad oopctp_o = \frac{\sum w_h oop_h}{\sum w_h ctp_h} \qquad (14)$$

Následující tabulka 22 poskytuje přehlednou sumarizaci použité terminologie spolu s používanými zkratkami metodiky WHO, 2004. Zároveň je v tabulce uvedeny popis a vysvětlení jednotlivých indikátorů.

Tabulka 22: Sumarizace použité terminologie metodiky WHO (2004)

Název	Zkratka	Popis
Výdaje na životní minimum domácnosti Subsistence expenditure	se	minimální potřebné výdaje domácnosti na udržení si základního života ve společnosti
Spotřební výdaje domácnosti Household consumption expenditure	exp	spotřební výdaje domácnosti včetně naturálních výdajů
Platební schopnost domácností Capacity to pay	ctp	objem prostředků, které zůstávají domácnosti k dispozici na spotřebu po odečtení výdajů na životní minimum
Přímé výdaje domácností na zdraví Out-of-pocket health payments	oop	platby domácnosti na zdraví, které uskutečňuje v momentě čerpání zdravotní péče
	oopctp	podíl přímých výdajů na zdraví na celkových výdajích domácnosti
Katastrofické výdaje na zdraví Catastrophic Health Expenditure	cata	výdaje na zdraví, které přesahují 40 % platební schopnosti domácnosti
Výdaje na zdraví způsobující chudobu Impoverishment	impoor	pokud domácnost nemá katastrofické výdaje na zdraví a není tedy podle definice chudá, může se stát chudou v důsledku výdajů na zdraví, a to v případě, že spotřební výdaje domácnosti po odečtení výdajů na zdraví jsou menší než výdaje za životní minimum
Index spravedlnosti finančních příspěvků Fairness in financial contribution	FFC	zohledňuje nerovnost přímých plateb všech domácností do zdravotního systému

Zdroj: Vlastní sumarizace podle terminologie WHO (2004)

5.3 Výsledky dle metodiky WHO

Podle metodiky WHO je v České republice málo domácností, které žijí pod hranicí chudoby. Stejně tak je nízký počet domácností ohrožených katastrofickými výdaji a domácností, které se stanou chudými po započtení výdajů a zdraví (Tabulka 23).

Při měření dopadů výdajů na zdraví na finanční situaci domácností v ČR pomocí původní metodiky WHO, nebylo prokázáno, že by tyto výdaje katastroficky zatěžovalo obyvatelstvo, anebo způsobovaly chudobu.

Tabulka 23: Přehled výsledků podle metodiky WHO

		1	2	3	4	5	Celkem
2007							
OOP	Průměrné výdaje na zdraví v Kč	2 555	3 100	3 311	3 871	5 304	3 632
oopexp	Výdaje na zdraví jako % celkových spotřebních výdajů	2,90%	2,56%	2,23%	2,14%	2,04%	2,27%
oopctp	Výdaje na zdraví jako podíl na platební schopnosti domácnosti v %	3,91%	3,27%	2,75%	2,54%	2,29%	2,73%
cata	Katastrofické výdaje na zdraví - % domácností	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
impoor	% domácností ohrožených chudobou na základě vysokých výdajů na zdraví	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2008							
OOP	Průměrné výdaje na zdraví v Kč	3 367	4 432	4 376	4 641	6 610	4 694
oopexp	Výdaje na zdraví jako % celkových spotřebních výdajů	3,52%	3,37%	2,73%	2,39%	2,35%	2,71%
oopctp	Výdaje na zdraví jako podíl na platební schopnosti domácnosti v %	4,74%	4,31%	3,36%	2,84%	2,65%	3,27%
cata	Katastrofické výdaje na zdraví - % domácností	0,00%	0,18%	0,00%	0,00%	0,15%	0,07%
impoor	% domácností ohrožených chudobou na základě vysokých výdajů na zdraví	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2009							
OOP	Průměrné výdaje na zdraví v Kč	3 374	4 211	4 407	5 054	6 736	4 759
oopexp	Výdaje na zdraví jako % celkových spotřebních výdajů	3,42%	3,11%	2,69%	2,52%	2,32%	2,68%
oopctp	Výdaje na zdraví jako podíl na platební schopnosti domácnosti v %	4,51%	3,91%	3,27%	2,97%	2,58%	3,18%
cata	Katastrofické výdaje na zdraví - % domácností	0,00%	0,19%	0,17%	0,00%	0,00%	0,07%
impoor	% domácností ohrožených chudobou na základě vysokých výdajů na zdraví	0,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%
2010							
OOP	Průměrné výdaje na zdraví v Kč	3 405	4 258	4 661	5 106	6 816	4 859
oopexp	Výdaje na zdraví jako % celkových spotřebních výdajů	3,36%	3,07%	2,80%	2,54%	2,37%	2,71%
oopctp	Výdaje na zdraví jako podíl na platební schopnosti domácnosti v %	4,41%	3,86%	3,40%	2,98%	2,65%	3,23%
cata	Katastrofické výdaje na zdraví - % domácností	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,15%	0,03%
impoor	% domácností ohrožených chudobou na základě vysokých výdajů na zdraví	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2011							
OOP	Průměrné výdaje na zdraví v Kč	2 930	4 522	4 584	5 545	7 105	4 949
oopexp	Výdaje na zdraví jako % celkových spotřebních výdajů	2,88%	3,26%	2,73%	2,73%	2,39%	2,72%
oopctp	Výdaje na zdraví jako podíl na platební schopnosti domácnosti v %	3,78%	4,09%	3,32%	3,20%	2,67%	3,23%
cata	Katastrofické výdaje na zdraví - % domácností	0,00%	0,19%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%
impoor	% domácností ohrožených chudobou na základě vysokých výdajů na zdraví	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2012							
OOP	Průměrné výdaje na zdraví v Kč	3 237	4 668	4 752	5 154	7 779	5 118
oopexp	Výdaje na zdraví jako % celkových spotřebních výdajů	3,10%	3,32%	2,79%	2,49%	2,62%	2,78%
oopctp	Výdaje na zdraví jako podíl na platební schopnosti domácnosti v %	4,12%	4,20%	3,42%	2,96%	2,95%	3,34%
cata	Katastrofické výdaje na zdraví - % domácností	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,15%	0,03%
impoor	% domácností ohrožených chudobou na základě vysokých výdajů na zdraví	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Hranice chudoby se vypočítá na základě výdajů na potraviny. V průběhu sledovaných let se tato úroveň zvýšila o 5000 Kč (Tabulka 24).

Tabulka 24: Průměrné roční výdaje na životní minimum na člena domácnosti

Průměrné výdaje na životní minimum	2007	2008	2009	2010	2011	2012
v Kč	30 733	33 158	31 807	32 626	32 733	35 093

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Domácnost je označována za chudou, pokud celkové výdaje jsou nižší než výdaje na udržení životního minima ve společnosti. Pro podmínky České republiky do této kategorie spadá 4189 domácností v roce 2012, a to z prvního výdajového kvintilu. Poměrově se jedná o 0,1 % všech domácností (Tabulka 25).

Tabulka 25: Domácnosti žijící pod hranicí chudoby podle výdajových kvintilů

	Počet chudých domácností ve vzorku					Procento ve vzorku						Počet domácností v ČR				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Celkem	1	2	3	4	5
2007	1	0	0	0	0	0,20 %	0	0	0	0	0,03 %	1 436	0	0	0	0
2008	0	0	0	0	0	0,00 %	0	0	0	0	0,00 %	0	0	0	0	0
2009	0	0	0	0	0	0,00 %	0	0	0	0	0,00 %	0	0	0	0	0
2010	0	0	0	0	0	0,00 %	0	0	0	0	0,00 %	0	0	0	0	0
2011	1	0	0	0	0	0,18 %	0	0	0	0	0,03 %	1 406	0	0	0	0
2012	3	0	0	0	0	0,56 %	0	0	0	0	0,10 %	4 189	0	0	0	0

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Dalším parametrem, který slouží k ohodnocení finančních dopadů je ukazatel katastrofických výdajů na zdraví. Jeho výpočet vychází z platební schopnosti domácnosti, která je definována jako objem prostředků, které zůstávají domácnosti k dispozici na spotřebu po odečtení výdajů na životní minimum. Metodika WHO uvažuje jako domácnost ohroženou katastrofickými výdaji takovou, jejíž výdaje na zdraví přesáhnou 40 % platební schopnosti.

Z tohoto předpokladu je v ČR ohroženo katastrofickými výdaji na zdraví cca 0,1 % domácností (Tabulka 26). O největší vliv se jedná o rok 2008, kdy je tímto ohroženo 1 425 rodin v druhém a posledním výdajovém kvintilu a v roce 2009, kdy jsou takto ohroženy rodiny v druhém a třetím výdajovém kvintilu (1 430 rodiny v každém zmíněném kvintilu).

Tabulka 26: Počet domácností ohrožených katastrofickými výdaji na zdraví podle výdajových kvintilů

	Počet chudých domácností ve vzorku					Procento ve vzorku					Počet domácností v ČR				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2007	0	0	0	0	0	0	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	0	0	0	0	0
2008	0	1	0	0	1	0	0,18 %	0,00 %	0	0,15 %	0	1 425	0	0	1 425
2009	0	1	1	0	0	0	0,19 %	0,17 %	0	0,00 %	0	1 430	1 430	0	0
2010	0	0	0	0	1	0	0,00 %	0,00 %	0	0,15 %	0	0	0	0	1 404
2011	0	1	0	0	0	0	0,19 %	0,00 %	0	0,00 %	0	1 406	0	0	0
2012	0	0	0	0	1	0	0,00 %	0,00 %	0	0,15 %	0	0	0	0	1 396

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Počet domácností ohrožených katastrofickými výdaji na zdraví závisí na nastavení procentuální hranice podílu výdajů na zdraví na platební schopnosti domácností. Je zřejmé, že se snižováním této hranice bude stoupat počet ohrožených domácností. Je předmětem diskuze, jakou výši této hranice zvolit. Jako relevantní se jeví hranice 30 %, do které spadá 2 792 domácností ČR v roce 2012, což je dvakrát více než pro stanovenou 40 % hranici. Hranice 20 % a zejména 10 % slouží na hlubší zachycení jevů, které nelze zachytit při hranicích 30 % a 40 % (Tabulka 27).

Tabulka 27: Katastrofické výdaje na zdraví, model různých hranic

	2007				2008			
	10%	20%	30%	40%	10%	20%	30%	40%
Počet domácností ve vzorku	77	9	2	0	116	10	4	2
Procento domácností ve vzorku	2,60%	0,30%	0,07%	0,00%	3,95%	0,34%	0,14%	0,07%
Počet domácností v ČR	110 572	12 924	2 872	0	165 287	14 249	5 700	2 850
	2009				2010			
	10%	20%	30%	40%	10%	20%	30%	40%
Počet domácností ve vzorku	112	15	2	2	111	8	1	1
Procento domácností ve vzorku	3,86%	0,52%	0,07%	0,07%	3,79%	0,27%	0,03%	0,03%
Počet domácností v ČR	160 208	21 456	2 861	2 861	155 838	11 232	1 404	1 404
	2011				2012			
	10%	20%	30%	40%	10%	20%	30%	40%
Počet domácností ve vzorku	103	4	2	1	102	11	2	1
Procento domácností ve vzorku	3,55%	0,14%	0,07%	0,03%	3,52%	0,38%	0,07%	0,03%
Počet domácností v ČR	144 776	5 622	2 811	1 406	142 409	15 358	2 792	1 396

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Posledním ukazatelem jsou tzv. zbídačené domácnosti, tedy takové domácnosti, které nejsou chudé, ale chudými se stávají po započtení výdajů na zdraví. V našem vzorku

domácností se jedná o jednu domácnost patřící do skupiny s nejnižšími výdaji v roce 2009. Taková situace by při přepočtu na všechny domácnosti ČR znamenala 1 430 domácností (Tabulka 28).

Tabulka 28: Přehled domácností s výdaji na zdraví způsobující chudobu

	Zbídačené domácnosti					Procento ve vzorku					Počet domácností v ČR				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2007	0	0	0	0	0	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0	0	0	0	0
2008	0	0	0	0	0	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0	0	0	0	0
2009	1	0	0	0	0	0,20 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	1 430	0	0	0	0
2010	0	0	0	0	0	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0	0	0	0	0
2011	0	0	0	0	0	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0	0	0	0	0
2012	0	0	0	0	0	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0	0	0	0	0

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

5.4 Alternativní metodika WHO

WHO definuje výdaje na životní minimum jako minimální potřebné výdaje domácnosti na udržení si základního života ve společnosti. Nicméně, dle metodiky WHO (Xu, 2004) do těchto výdajů řadíme pouze výdaje za potraviny. To se zdá být v podmínkách České republiky jako nedostatečné.

Na udržení si základního života je třeba uvažovat více než jen výdaje za potraviny. Zde můžeme vycházet i z maďarské studie (Semmelweis University Budapest, 2009), která zahrnuje mezi nezbytné výdaje na udržení si základního života ve společnosti také výdaje na odívání a obuv a výdaje za bydlení, zahrnující vodu, elektřinu, plyn a jiná paliva.

Z těchto důvodů byla metodika WHO u výpočtu životního minima doplněna o tyto parametry (výdaje za bydlení a odívání) a výsledky jsou prezentovány v samostatné kapitole 5.5. Všechny ostatní postupy podle metodiky WHO zůstaly bez změny.

5.5 Výsledky podle alternativní metodiky

Jak již bylo zmíněno, v rámci studie budeme počítat i s alternativním postupem, kdy jsme přistoupili k úpravě metodologie a uvažovali jsme, že nezbytnými výdaji jsou také kromě výdajů na potraviny i výdaje na bydlení a odívání. Pro tento postup jsme kalkulovali nově hranici chudoby, existenční výdaje a všechny ostatní ukazatele stejně jako v předchozí části (Tabulka 29).

Tabulka 29: Přehled hlavních výsledků podle alternativní metodiky

		1	2	3	4	5	Celkem
2007							
OOP	Průměrné výdaje na zdraví v Kč	2 555	3 100	3 311	3 871	5 304	3 632
oopexp	Výdaje na zdraví jako % celkových spotřebních výdajů	2,90%	2,56%	2,23%	2,14%	2,04%	2,27%
oopctp	Výdaje na zdraví jako podíl na platební schopnosti domácnosti v %	6,93%	5,05%	3,92%	3,38%	2,76%	3,71%
cata	Katastrofické výdaje na zdraví - % domácností	0,79%	0,00%	0,17%	0,00%	0,00%	0,17%
impoor	% domácností ohrožených chudobou na základě vysokých výdajů na zdraví	1,38%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,24%
2008							
OOP	Průměrné výdaje na zdraví v Kč	3 367	4 432	4 376	4 641	6 610	4 694
oopexp	Výdaje na zdraví jako % celkových spotřebních výdajů	3,52%	3,37%	2,73%	2,39%	2,35%	2,71%
oopctp	Výdaje na zdraví jako podíl na platební schopnosti domácnosti v %	8,55%	6,66%	4,86%	3,84%	3,22%	4,50%
cata	Katastrofické výdaje na zdraví - % domácností	0,60%	0,37%	0,17%	0,00%	0,15%	0,24%
impoor	% domácností ohrožených chudobou na základě vysokých výdajů na zdraví	4,03%	0,18%	0,00%	0,00%	0,00%	0,72%
2009							
OOP	Průměrné výdaje na zdraví v Kč	3 374	4 211	4 407	5 054	6 736	4 759
oopexp	Výdaje na zdraví jako % celkových spotřebních výdajů	3,42%	3,11%	2,69%	2,52%	2,32%	2,68%
oopctp	Výdaje na zdraví jako podíl na platební schopnosti domácnosti v %	8,06%	6,12%	4,75%	4,04%	3,15%	4,38%
cata	Katastrofické výdaje na zdraví - % domácností	0,40%	0,74%	0,17%	0,00%	0,00%	0,24%
impoor	% domácností ohrožených chudobou na základě vysokých výdajů na zdraví	1,98%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,34%
2010							
OOP	Průměrné výdaje na zdraví v Kč	3 405	4 258	4 661	5 106	6 816	4 859
oopexp	Výdaje na zdraví jako % celkových spotřebních výdajů	3,36%	3,07%	2,80%	2,54%	2,37%	2,71%
oopctp	Výdaje na zdraví jako podíl na platební schopnosti domácnosti v %	7,81%	6,13%	5,04%	4,13%	3,27%	4,52%
cata	Katastrofické výdaje na zdraví - % domácností	0,19%	0,37%	0,00%	0,00%	0,15%	0,14%
impoor	% domácností ohrožených chudobou na základě vysokých výdajů na zdraví	3,04%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,55%
2011							
OOP	Průměrné výdaje na zdraví v Kč	2 930	4 522	4 584	5 545	7 105	4 949
oopexp	Výdaje na zdraví jako % celkových spotřebních výdajů	2,88%	3,26%	2,73%	2,73%	2,39%	2,72%
oopctp	Výdaje na zdraví jako podíl na platební schopnosti domácnosti v %	6,75%	6,61%	4,93%	4,47%	3,31%	4,55%
cata	Katastrofické výdaje na zdraví - % domácností	0,37%	0,38%	0,00%	0,00%	0,00%	0,14%
impoor	% domácností ohrožených chudobou na základě vysokých výdajů na zdraví	2,93%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,55%
2012							
OOP	Průměrné výdaje na zdraví v Kč	3 237	4 668	4 752	5 154	7 779	5 118
oopexp	Výdaje na zdraví jako % celkových spotřebních výdajů	3,10%	3,32%	2,79%	2,49%	2,62%	2,78%
oopctp	Výdaje na zdraví jako podíl na platební schopnosti domácnosti v %	7,28%	6,65%	4,96%	3,99%	3,57%	4,59%
cata	Katastrofické výdaje na zdraví - % domácností	0,56%	0,76%	0,17%	0,00%	0,15%	0,31%
impoor	% domácností ohrožených chudobou na základě vysokých výdajů na zdraví	2,61%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,48%

Zdroj: Vlastní propočty

Tím, že jsme v alternativní metodice zvětšili objem výdajů, které jsou nezbytné k udržení si základního života ve společnosti, změnila se hranice chudoby a objem výdajů na životní minimum stoupl (Tabulka 30).

Tabulka 30: Průměrné výdaje na životní minimum, WHO metodika a alternativní metodika

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Metodika WHO	30 733	33 158	31 807	32 626	32 733	35 03
Alternativní metodika	69 998	78 365	78 593	82 436	84 899	81 049
Rozdíl	39 265	45 207	46 786	49 810	52 166	45 957

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Poznámka: Údaje za jednoho člena domácností; počet členů upravený ekvivalenčním parametrem

Zvýšení hranice chudoby se promítne do navýšení počtu domácností postižených chudobou. Domácnosti žijící pod takto definovanou hranicí chudoby, patří výhradně do prvního kvintilu. Přičemž jejich počet oproti původně uvažované metodice WHO výrazně stoupl. V roce 2012 se jedná o 12 % domácností z prvního kvintilu a 2,2 % ze všech domácností (Tabulka 31).

Tabulka 31: Domácnosti žijící pod hranicí chudoby v ČR podle výdajových kvintilů, alternativní metodika

	Počet chudých domácností ve vzorku					Procento ve vzorku						Počet domácností v ČR				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	Celkem	1	2	3	4	5
2007	67	0	0	0	0	13,2 %	0	0	0	0	2,3 %	96 212	0	0	0	0
2008	74	0	0	0	0	14,9 %	0	0	0	0	2,5 %	105 442	0	0	0	0
2009	71	0	0	0	0	14,1 %	0	0	0	0	2,4 %	101 560	0	0	0	0
2010	91	0	0	0	0	17,3 %	0	0	0	0	3,1 %	127 759	0	0	0	0
2011	100	0	0	0	0	18,3 %	0	0	0	0	3,4 %	140 560	0	0	0	0
2012	65	0	0	0	0	12,1 %	0	0	0	0	2,2 %	90 751	0	0	0	0

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Po zvýšení nezbytných výdajů na životní minimum se pochopitelně snížila platební schopnost domácností. V důsledku toho se zvýšil počet domácností ohrožených katastrofickými výdaji na zdraví. Taková situace se promítla do všech skupin výdajových kvintilů, ale nejvíce do prvního a druhého kvintilu a vůbec se nedotkla čtvrtého kvintilu (Tabulka 32).

Tabulka 32: Přehled domácností s katastrofickými výdaji, alternativní metodika

	Počet domácností ohrožených katastrofickými výdaji					Procento ve vzorku					Počet domácností v ČR				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2007	4	0	1	0	0	0,79 %	0,00 %	0,17 %	0,00 %	0,00 %	5744	0	1436	0	0
2008	3	2	1	0	1	0,60 %	0,37 %	0,17 %	0,00 %	0,15 %	4275	2850	1425	0	1425
2009	2	4	1	0	0	0,40 %	0,74 %	0,17 %	0,00 %	0,00 %	2861	5722	1430	0	0
2010	1	2	0	0	1	0,19 %	0,37 %	0,00 %	0,00 %	0,15 %	1404	2808	0	0	1404
2011	2	2	0	0	0	0,37 %	0,38 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	2811	2811	0	0	0
2012	3	4	1	0	1	0,56 %	0,76 %	0,17 %	0,00 %	0,15 %	4189	5585	1396	0	1396

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Pro ilustraci opět uvádíme, jaký vliv by mělo posunutí hranice podílu výdajů na zdraví na platební schopnosti domácností. Je zřejmé, že snížení platební schopnosti domácností vedlo k většímu počtu ohrožených domácností a s posunutím hranice bude dále tento počet narůstat (Tabulka 33).

Tabulka 33: Katastrofické výdaje na zdraví, alternativní metodika, pro cata10-40 %

	2007				2008			
	10%	20%	30%	40%	10%	20%	30%	40%
Počet domácností ve vzorku	216	50	13	5	324	57	22	7
Procento domácností ve vzorku	7,29%	1,69%	0,44%	0,17%	11,04%	1,94%	0,75%	0,24%
Počet domácností v ČR	310 176	71 800	18 668	7 180	461 664	81 219	31 348	9 974
	2009				2010			
	10%	20%	30%	40%	10%	20%	30%	40%
Počet domácností ve vzorku	297	72	14	7	297	63	18	4
Procento domácností ve vzorku	10,24%	2,48%	0,48%	0,24%	10,13%	2,15%	0,61%	0,14%
Počet domácností v ČR	424 836	102 991	20 026	10 013	416 971	88 448	25 271	5 616
	2011				2012			
	10%	20%	30%	40%	10%	20%	30%	40%
Počet domácností ve vzorku	305	53	11	4	322	54	19	9
Procento domácností ve vzorku	10,50%	1,83%	0,38%	0,14%	11,12%	1,86%	0,66%	0,31%
Počet domácností v ČR	428 707	74 497	15 462	5 622	449 566	75 393	26 527	12 566

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

Poslední ukazatel přepočítaný i pro alternativní metodiku je počet zbídačených domácností. I v tomto případě se v důsledku zvýšení nezbytných výdajů zvýšil počet domácností, které se stanou chudými po započtení výdajů na zdraví. Tento stav se promítne pouze do finanční situace domácností patřících především do prvního výdajového kvintilu (Tabulka 34).

Tabulka 34: Domácnosti s výdaji na zdraví způsobujícími chudobu, alternativní metodika

	Zbídačené domácnosti					Procento ve vzorku					Počet domácností v ČR				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2007	7	0	0	0	0	1,38 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	10 052	0	0	0	0
2008	20	1	0	0	0	4,03 %	0,18 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	28 498	1425	0	0	0
2009	10	0	0	0	0	1,98 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	14 403	0	0	0	0
2010	16	0	0	0	0	3,04 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	22 463	0	0	0	0
2011	16	0	0	0	0	2,93 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	22 490	0	0	0	0
2012	14	0	0	0	0	2,61 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	19 546	0	0	0	0

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

5.6 Index spravedlnosti finančních příspěvků

Index spravedlnosti finančních příspěvků na zdravotnictví je ukazatelem nerovnosti při finančních příspěvcích domácností do systému zdravotnictví a silněji zohlední ty domácnosti, které čelí katastrofickým výdajům za zdraví. Index může mít hodnotu mezi 0 a 1, přičemž čím spravedlivější systém, tím blíže je hodnota indexu k hodnotě 1.

V ČR se index spravedlnosti finančních příspěvků blíží k hodnotě 0,95 v každém roce. Vycházíme-li z alternativní metodiky, tento index se snižuje na hodnotu 0,90 (Tabulka 35).

Tabulka 35: Index spravedlnosti finančních příspěvků

	Původní metodika	Alternativní metodika
2007	0,9516	0,9148
2008	0,9416	0,8994
2009	0,9448	0,9078
2010	0,9466	0,9081
2011	0,9505	0,9131
2012	0,9376	0,0930

Zdroj: vlastní propočty, ČSÚ, Statistika rodinných účtů

6 Charakteristika domácností ohrožených katastrofickými výdaji na zdraví

Domácnosti s katastrofickými výdaji na zdraví jsou domácnosti, jejichž přímé výdaje na zdraví převyšují stanovenou hranici jejich platební schopnosti. Dle metodiky WHO (viz kapitola 5.2) jsou to výdaje na zdraví nad 40 % (resp. 30 %, 20 % a 10 %) platební schopnosti. Tyto ohrožené domácnosti dosahují v modelu výsledek značený „cata" (catastrophic cost) s hodnotou 1.

Celkově bylo zpracováno osm modelů. Čtyři pro metodiku WHO s různými hranicemi 40 %, 30 %, 20 % a 10 %. Stejně tak se postupovalo v případě alternativní metodiky. Do každého z osmi modelů vstupovalo 17 530 pozorování. V prvním modelu (metodika WHO, cata 40 %) byly katastrofické výdaje naměřeny pouze u 7 pozorování. S posouváním hranice směrem dolů při dalších modelech počet pozorování s katastrofickými výdaji rostl, ze zmiňovaných 7 až na 616 při hranici cata = 10 %. Podobně, při alternativní metodice počet pozorování rostl se snižující se hranicí – ze 36 pozorování při cata = 40 % až na 1 760 při cata = 10 %. Počet domácností s katastrofickými výdaji v jednotlivých modelech sumarizuje tabulka 36.

Tabulka 36: Počet domácností ohrožených katastrofickými výdaji při různých hranicích cata

	WHO metodika	ALT metodika
cata 40 %	7	36
cata 30 %	13	97
cata 20 %	56	350
cata 10 %	616	1 760

Zdroj: Vlastní zpracování
Poznámka: celkový počet pozorování je 17 530 za všechny sledované roky

Model logistické regrese byl zpracován pouze pro výsledky alternativní metodiky, která je pro Českou republiku vhodnější než původní metodika WHO. A to z důvodu, že v sobě zahrnuje širší ponětí existenčních výdajů (kromě výdajů na potraviny jsou zahrnuty výdaje na bydlení a odívání). Při použití alternativní metodiky dokážeme při nižších hranicích najít dostatečný počet pozorování pro analýzu. Konkrétně 350 pozorování pro hranici cata = 20 % a 1 760 pozorování pro cata = 10 %. Logistické regrese pro 1 760 pozorování (cca 10 % procent vzorku) umožňuje statisticky relevantní odpovědi. Metodiku, postup a výsledky logistické regrese pro alternativní metodiku popisujeme detailně.

6.1 Model logistické regrese

Pomocí modelu logistické regrese můžeme zkoumat, jaké charakteristiky předurčují, že bude domácnost ohrožena katastrofickými výdaji na zdraví (cata = 1).

Logistická regrese je regresní model s binární závislou proměnnou Y. Oproti klasické regresi pracuje se závislou proměnnou, která může nabývat dvou stavů (Řeháková, 2000), a to stavu, kdy jev nastal (1 – domácnost je ohrožena katastrofickými výdaji na zdraví, resp. cata = 1) a kdy jev nenastal (0 – domácnost není ohrožena katastrofickými výdaji na zdraví, resp. cata = 0). Snaží se odhadnout pravděpodobnost výskytu této závislé proměnné (domácnost ohrožená katastrofickými výdaji na zdraví) na základě nějakých známých skutečností, nezávislých proměnných (v našem případě např. kraj, typ domácnosti, velikost obce, věk prvního člena domácnosti, výdaje na zdraví aj.), jež ovlivňují závislou proměnnou.

Při logistické regresi nemůžeme použít model (Rovnice 15), jak jsme zvyklí z regrese lineární (Šafr, 2019). A to z důvodu, že na levé straně máme veličinu diskrétní, zatímco veličiny na pravé straně rovnice mohou být jak kategoriální, tak kvantitativní.

$$Y = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \ldots + \beta_n x_n + \mathcal{E} \tag{15}$$

Kde Y reprezentuje vysvětlovanou proměnou, β je regresní parametr, x je vysvětlující proměnná, n je počet vysvětlujících proměnných a $\mathcal{E}$ značí náhodnou chybu.

Modelujeme pravděpodobnost, že model nabyde hodnoty Y = 1 (v našem případě konkrétně cata = 1). Pravděpodobnost budeme vyjadřovat zavedením podílu šancí, tzv. odds ratio (Rovnice 16).

$$ln\frac{P(cata = 1)}{1 - P(cata = 1)} = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \ldots + \beta_n x_n \tag{16}$$

Šance vyjadřuje kolikrát je větší pravděpodobnost, že Y nabyde hodnoty 1, než že nabyde hodnoty 0. Hodnoty šance leží pak v intervalu 0 až nekonečno (Řeháková, 2000).

Model logistické regrese je postaven následovně:

- Vysvětlovaná proměnná je cata. Naším záměrem je počítat logistickou regresi pouze pro domácnosti, které jsou ohrožené katastrofickými výdaji. V případě alternativní metodiky a hranici cata = 10 % je těchto domácností 1 760 (tabulka 36).
- Vysvětlující proměnné:
    - Kategoriální proměnné: kraj, dom, vel, rok
    - Kvantitativní proměnné: deti, duch, ea, osob, ost vek_m a vek_p

Celkově datový set obsahuje 21 proměnných, z toho 11 charakterizuje domácnosti a 10 vyjadřuje výdaje těchto domácností na zdravotnické výdaje dle metodiky COICOP (Tabulka 37).

Tabulka 37: Kategoriální a kvantitativní proměnné vstupující do modelu

	Kategoriální proměnné	Kvantitativní proměnné
Charakteristika domácnosti	dom, vel, kraj, rok	deti, duch, ea, osob, ost, vek_m, vek_p
Výdaje dle metodiky COICOP		cp_prij, lekaramb, lekypredp, lekyvolne, nedramb, ortopom, ostzdrvyr, ustavpece, zdravi, zubaramb

Zdroj: vlastní zpracování autorky

Vysvětlující proměnné

Při kategoriálních proměnných můžeme rozlišovat 14 krajů (tabulka 38), 9 typů domácnosti (Tabulka 39), 9 typů obcí dle velikosti (Tabulka 40) a roky sběru, za které byla data analyzována (2007 až 2012).

Tabulka 38: Kraje a kód kraje

Kód kraje	Kraj
10	Hl. m. Praha
20	Středočeský kraj
31	Jihočeský kraj
32	Plzeňský kraj
41	Karlovarský kraj
42	Ústecký kraj
51	Liberecký kraj
52	Královéhradecký kraj
53	Pardubický kraj
63	Vysočina
64	Jihomoravský kraj
71	Olomoucký kraj
72	Zlínský kraj
80	Moravskoslezský kraj

Zdroj: ČSÚ, 2006

Tabulka 39: Typ domácnosti a její definice

Kód	Druh domácnosti	Definice domácnosti
1	úplná čistá rodina bez dětí	(manžel + manželka, druh + družka)
2	úplná čistá rodina s dětmi	(rodina s dětmi, s níž nežijí další příbuzní - např. babička, strýc, neteř a žádné dítě žijící ve zpravodajské domácnosti není ekonomicky aktivní)
3	úplná smíšená rodina bez dětí	(rodina, kde je další člen domácnosti – tchyně, dědeček, vnuk)
4	úplná smíšená rodina s dětmi	(rodina s dětmi, s níž žijí další členové domácnosti, nebo kde některé dítě je ekonomicky aktivní)
5	čistá neúplná rodina s dětmi	(v domácnosti je jen jeden rodič, který je osobou v čele domácnosti, jinak jako u znaku 2)
6	smíšená neúplná rodina s dětmi	(v domácnosti je jen jeden rodič, který je osobou v čele domácnosti, jinak jako u znaku 4)
7	nerodinná domácnost	(domácnost netvořící rodinu - např. dvě sestry, babička s vnukem)
8	jednotlivec muž	(domácnost jednotlivce ve vlastním bytě nebo podnájmu)
9	jednotlivec - žena	(totéž jako u znaku 8)

Zdroj: ČSÚ, 2006

Tabulka 40: Velkost obce

Kód	Velkost obce
1	do 499 obyvatel
2	500 až 999
3	1 000 až 1 999
4	2 000 až 4 999
5	5 000 až 9 999
6	10 000 až 19 999
7	20 000 až 49 999
8	50 000 až 99 999
9	100 000 a více obyvatel

Zdroj: ČSÚ,2006

Kvantitativní proměnné jsou:

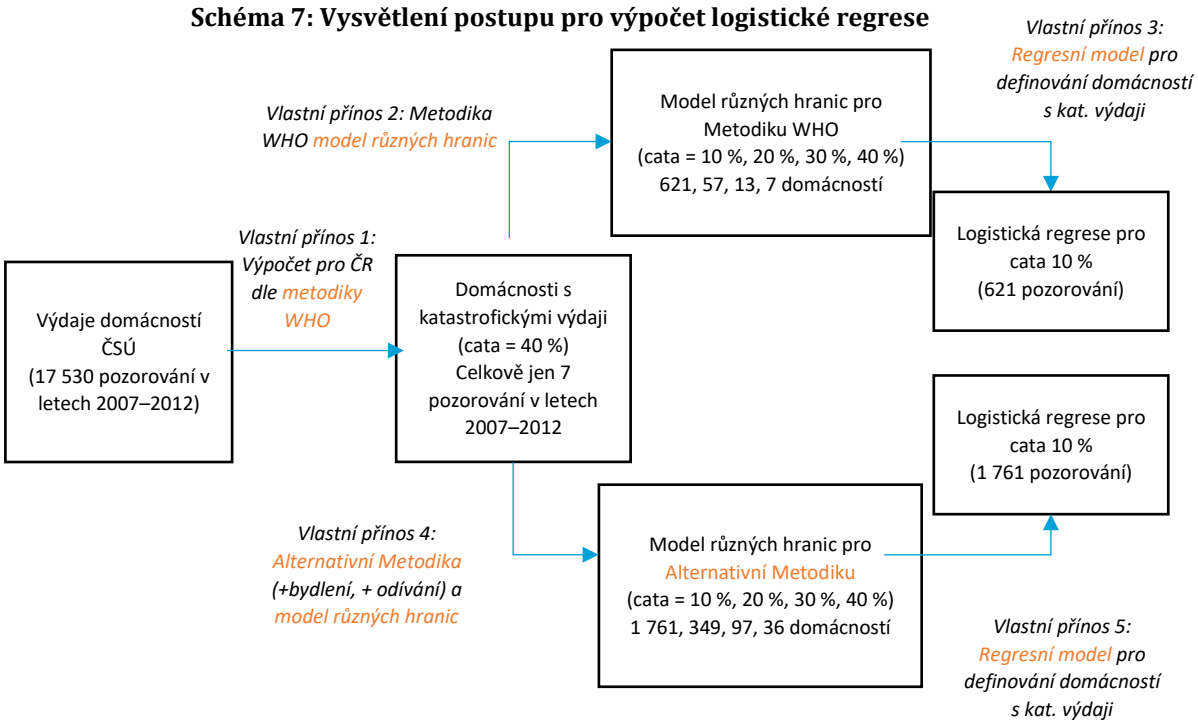
1. Věk přednosty rodiny (vek_p)
2. Věk manžela/manželky (vek_m)
3. Počet ekonomicky aktivních (ea)
4. Počet dětí v domácnosti (deti)
5. Počet důchodců v domácnosti (duch)
6. Počet ostatních clenu domácnosti (ost)
7. Počet osob v domácnosti (osob)

Následující kvantitativní proměnné nebyly v modelu logistické regrese použity, protože výsledek, zdali domácnost je (cata = 1) nebo není (cata = 0) ohrožená katastrofickými výdaji, je metodicky závislé na těchto proměnných (viz kapitola 5.2).

8. Příjem (cp_prij)
9. Výdaje na zdraví celkově (zdravi)
10. Výdaje na předepsané léky (lekypredp)
11. Výdaje na volně prodejné léky (lekyvolne)
12. Výdaje na ostatní zdravotnické výrobky (ostzdrvyr)
13. Výdaje na ortopedické pomůcky (ortopom)
14. Výdaje na ambulantní poskytovatele (lekaramb)
15. Výdaje na stomatologickou péči (zubaramb)
16. Výdaje na ambulantní služby poskytovány nezdravotníky (nedramb)
17. Výdaje na lůžkovou péči (ustavpece)

Logistická regrese byla provedena v programu SAS Studio University Edition, verze 3.8. Katastrofické výdaje (cata) byly kalkulované dle alternativní metodiky WHO (viz podkapitola 5.4), a to pro hranici katastrofických výdajů 10 %, 20 %, 30 % a 40 %.

Schéma 7: Vysvětlení postupu pro výpočet logistické regrese



Zdroj: vlastní zpracování

6.2 Statistická analýza dat

Logistická regrese byla provedena v programu SAS Studio University Edition. Prvním krokem bylo vykonání popisné statistiky k datovému souboru:

- Počet domácností podle typu v jednotlivých letech (Tabulka 41)
- Počet osob domácnosti podle kategorií v jednotlivých letech (Tabulka 42)
- Domácnosti podle věku přednosty v jednotlivých letech (Tabulka 43)
- Domácnosti podle věku manžela/manželky v jednotlivých letech (Tabulka 44)
- Domácnosti podle počtu ekonomicky aktivních v domácnosti (Tabulka 45)
- Domácnosti podle počtu dětí v domácnosti (Tabulka 46)
- Domácnosti podle počtu důchodců v domácnosti (Tabulka 47)
- Domácnosti podle počtu ostatních členů v domácnosti (Tabulka 48)
- Domácnosti podle kraje (Tabulka 49)
- Domácnosti podle velkosti obce (Tabulka 50)
- Počet ohrožených domácností při hranici cata = 10 % (Tabulka 51)
- Počet ohrožených domácností při hranici cata = 20 % (Tabulka 52)
- Počet ohrožených domácností při hranici cata = 30 % (Tabulka 53)
- Počet ohrožených domácností při hranici cata = 40 % (Tabulka 54)

Tabulka 41: Domácnosti podle typu

	dom									
rok	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Celkem**
2007	896	933	7	124	224	50	28	178	523	2963
2008	867	907	5	126	235	50	21	183	540	2934
2009	859	903	4	113	236	56	21	171	538	2901
2010	852	903	4	116	236	47	25	179	570	2932
2011	829	866	3	119	269	57	26	171	564	2904
2012	841	868	4	124	248	62	23	163	563	2896
Celkem	5144	5380	27	722	1448	322	144	1045	3298	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 42: Počet osob v domácnosti

	osob								
rok	**<1-2)**	**<2-3)**	**<3-4)**	**<4-5)**	**<5-6)**	**<6-7)**	**<7-8)**	**<8-9>**	**Celkem**
2007	703	1120	490	563	77	9	1	0	2963
2008	733	1086	476	548	81	8	2	0	2934
2009	720	1086	486	524	76	8	1	0	2901
2010	756	1072	478	534	84	7	0	1	2932
2011	747	1082	460	512	90	12	1	0	2904
2012	735	1103	428	530	91	8	1	0	2896
Celkem	4394	6549	2818	3211	499	52	6	1	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 43: Domácnosti podle věku přednosty domácnosti

	vek_p								
rok	**19-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70-79**	**80-89**	**90-99**	**Celkem**
2007	196	681	592	735	463	230	65	1	2963
2008	158	681	579	738	470	239	67	2	2934
2009	137	685	596	687	497	231	64	4	2901
2010	148	653	622	679	521	234	70	5	2932
2011	163	638	617	630	553	233	68	2	2904
2012	142	617	647	622	547	241	77	3	2896
Celkem	944	3955	3653	4091	3051	1408	411	17	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 44: Domácnosti podle věku manžela/manželky

	vek_m								
rok	**0**	**19-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**60-69**	**70-79**	**80-89**	**Celkem**
2007	1003	169	561	403	481	262	73	11	2963
2008	1029	147	544	398	448	278	80	10	2934
2009	1022	122	545	391	438	294	78	11	2901
2010	1057	117	541	405	428	293	82	9	2932
2011	1087	131	510	397	390	309	69	11	2904
2012	1059	117	512	419	378	313	85	13	2896
Celkem	6257	803	3213	2413	2563	1749	467	65	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 45: Domácnosti podle počtu ekonomicky aktivních v domácnosti

	ea					
rok	**<0-1)**	**<1-2)**	**<2-3)**	**<3-4)**	**<4-5>**	**Celkem**
2007	646	1277	973	56	11	2963
2008	642	1304	919	59	10	2934
2009	649	1305	888	49	10	2901
2010	659	1332	886	48	7	2932
2011	663	1358	832	45	6	2904
2012	621	1354	866	42	13	2896
Celkem	3880	7930	5364	299	57	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 46: Domácnosti podle počtu dětí v domácnosti

	deti							
rok	**<0-1)**	**<1-2)**	**<2-3)**	**<3-4)**	**<4-5)**	**<5-6)**	**<6-7>**	**Celkem**
2007	1766	561	558	69	8	1	0	2963
2008	1758	538	551	80	5	2	0	2934
2009	1741	564	513	76	6	1	0	2901
2010	1748	569	527	82	5	0	1	2932
2011	1725	582	505	81	9	2	0	2904
2012	1750	548	507	83	7	1	0	2896
Celkem	10488	3362	3161	471	40	7	1	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 47: Domácnosti podle počtu důchodců v domácnosti

	duch				
rok	**<0-1)**	**<1-2)**	**<2-3)**	**<3-4)**	**Celkem**
2007	2153	573	234	3	2963
2008	2135	559	237	3	2934
2009	2109	562	228	2	2901
2010	2132	558	241	1	2932
2011	2107	550	247	0	2904
2012	2077	575	243	1	2896
Celkem	12713	3377	1430	10	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 48: Domácnosti podle počtu ostatních členů v domácnosti

	ost				
rok	**<0-1)**	**<1-2)**	**<2-3)**	**<3-4)**	**Celkem**
2007	2534	414	14	1	2963
2008	2536	386	11	1	2934
2009	2505	384	11	1	2901
2010	2525	392	14	1	2932
2011	2498	388	18	0	2904
2012	2513	368	13	2	2896
Celkem	15111	2332	81	6	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 49: Domácnosti podle kraje

	kraj														
rok	**10**	**20**	**31**	**32**	**41**	**42**	**51**	**52**	**53**	**63**	**64**	**71**	**72**	**80**	**Celkem**
2007	392	332	192	143	115	233	114	151	152	154	290	185	149	361	2963
2008	393	330	191	143	116	232	114	152	149	152	287	182	154	339	2934
2009	394	329	189	146	106	231	100	147	151	151	286	183	151	337	2901
2010	404	336	188	147	105	241	95	150	147	153	284	188	146	348	2932
2011	392	326	188	144	100	240	106	158	145	151	284	179	146	345	2904
2012	389	327	185	153	96	242	114	154	145	148	282	179	144	338	2896
Celkem	2364	1980	1133	876	638	1419	643	912	889	909	1713	1096	890	2068	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 50: Domácnosti podle velkosti obce

	vel									
rok	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**Celkem**
2007	214	242	253	308	235	192	460	419	640	2963
2008	210	260	252	305	222	192	454	403	636	2934
2009	191	253	259	298	219	169	467	390	655	2901
2010	201	255	252	296	237	169	473	380	669	2932
2011	181	249	252	318	221	174	457	361	691	2904
2012	193	256	245	320	214	200	424	393	651	2896
Celkem	1190	1515	1513	1845	1348	1096	2735	2346	3942	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 51: Počet ohrožených domácností při hranici cata = 10 % (cata10)

	cata_10		
rok	**0**	**1**	**Celkem**
2007	2750	213	2963
2008	2610	324	2934
2009	2605	296	2901
2010	2636	296	2932
2011	2600	304	2904
2012	2569	327	2896
Celkem	15770	1760	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 52: Počet ohrožených domácností při hranici cata = 20 % (cata20)

	cata_20		
rok	**0**	**1**	**Celkem**
2007	2914	49	2963
2008	2877	57	2934
2009	2829	72	2901
2010	2869	63	2932
2011	2851	53	2904
2012	2840	56	2896
Celkem	17180	350	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 53: Počet ohrožených domácností při hranici cata = 30 % (cata30)

	cata_30		
rok	**0**	**1**	**Celkem**
2007	2950	13	2963
2008	2912	22	2934
2009	2887	14	2901
2010	2914	18	2932
2011	2893	11	2904
2012	2877	19	2896
Celkem	17433	97	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Tabulka 54: Počet ohrožených domácností při hranici cata = 30 % (cata30)

	cata_40		
rok	**0**	**1**	**Celkem**
2007	2958	5	2963
2008	2927	7	2934
2009	2894	7	2901
2010	2928	4	2932
2011	2900	4	2904
2012	2887	9	2896
Celkem	17494	36	17530

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

6.3 Multikolinearita

Pro všechny modely alternativní metodiky, pro všechny hranice cata, byla nejdříve testována multikolinearita. Do testování multikolinearity pro hranici cata = 10 % v software SAS Studio University Edition vstupovaly proměnné domácnost (dom), kraj, rok, velikost obce (vel), počet dětí (deti), počet důchodců (duch), počet ekonomicky aktivních (ea), počet osob (osob), počet ostatních členů domácnosti (ost), věk manželky/manžela (vek_m) a věk přednosty (vek_p).

V prvním kole byla vyloučena proměnná *osob* s nejvyšší VIF (variance inflation factor) = 18, 82. Po odstranění této proměnné *osob* byla opět testovaná multikolinearita a byla odstraněna další proměnná s nejvyšším VIF, a to proměnná *vek_m* (VIF = 10,86). Následně po odstranění této proměnné byla testována multikolinearita a v modelu pak zůstaly všechny zbylé proměnné (*dom, kraj, rok, vel, deti, duch, ea, ost, vek_p*) s VIF nižším než 5 (Tabulka 55).

Tabulka 55: Variance Inflation Factor jednotlivých proměnných modelu

Parameter Estimates								
Variable	**Label**	**DF**	**Parameter Estimate**	**Standard Error**	**t Value**	**Pr > |t|**	**Tolerance**	**Variance Inflation**
Intercept	Intercept	1	-7.17762	2.46418	-2.91	0.0036	.	0
dom	dom	1	0.00911	0.00104	8.77	<.0001	0.41724	2.39673
kraj	kraj	1	-0.00030126	0.00009176	-3.28	0.0010	0.96624	1.03493
rok	rok	1	0.00351	0.00123	2.86	0.0042	0.99833	1.00167
vel	vel	1	0.00236	0.00081155	2.91	0.0037	0.94449	1.05877
deti	deti	1	0.01266	0.00289	4.39	<.0001	0.65494	1.52687
duch	duch	1	0.05185	0.00724	7.16	<.0001	0.21053	4.74997
ea	ea	1	-0.04894	0.00545	-8.98	<.0001	0.23483	4.25838

Parameter Estimates								
Variable	**Label**	**DF**	**Parameter Estimate**	**Standard Error**	**t Value**	**Pr > |t|**	**Tolerance**	**Variance Inflation**
ost	ost	1	0.01263	0.00744	1.70	0.0896	0.53069	1.88433
vek_p	vek_p	1	0.00443	0.00021292	20.79	<.0001	0.46394	2.15543

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Do výsledného modelu po testování multikolinearity vstupují proměnné typ domácnosti, kraj, rok, velikost obce, počet dětí, počet důchodců, počet ekonomicky aktivitních, počet ostatních členů domácnosti, věk přednosty. V modelu se ptáme, která z těchto proměnných zvyšuje (resp. snižuje) pravděpodobnost, že cata = 1. Zároveň je potřebné zmínit, že proměnná duch (počet důchodců) dosahuje hraniční hodnoty VIF (4,74997) nicméně v modelu byla ponechána pro vyhodnocení vlivu..

Multikolinearita byla následně testována i pro další hranice cata (20 %, 30 %, 40 %) alternativní metodiky – se stejným výsledkem. Ve všech modelech byly eliminovány proměnné *osob* a *vek_m* z důvodu VIF vyššího než 5.

6.4 Výsledky logistické regrese

Do modelu logistické regrese pro hranici cata = 10 % vstupují 4 kategorické a 5 kvantitativních proměnných. Na všechny kategorické i kvantitativní proměnné, byla následně aplikována selekční metoda zpětné eliminace. Na odstranění efektu z modelu byla použita hladina významnosti 0,05.

Celkově software SAS Studio University Edition provedl dvě zpětné eliminace (proměnné *duch* a *deti*). Tyto eliminace však nijak nezlepšily křivku ROC. Model s devíti proměnnými měl ROC = 0, 8304, přičemž po eliminaci dvou proměnných se ROC modelu pohyboval na 0,8307. Z tohoto důvodu nepovažuji za potřebné proměnné *duch* a *deti* z modelu eliminovat, což umožní interpretaci jejich vlivu na katastrofické výdaje domácností.

Výsledky logistické regrese pro alternativní metodiku a hranici 10 % budeme vyhodnocovat pomocí odhadů maximální pravděpodobnosti (Tabulka 56) a poměru šancí (Tabulka 57). Poměr šancí rovnající se jedné indikuje vyrovnanost šancí, hodnota nad jedna zvyšovaní šancí, hodnota pod jedna snižovaní šancí vůči zvolené skupině domácností. Zvýšené riziko ohrožení katastrofickými výdaji na zdraví je následovné:

- Dom 5 a 7 (vůči dom 9)
- Kraj 10, 20, 31, 32, 52, 53, 63, 64, 71, 72 (vůči kraji 80)
- Vel 6 vůči vel 9
- Rok 2008 vůči roku 2012

- Duch (1,46)
- Ost (1,85)

Tabulka 56: Analýza odhadů maximální pravděpodobnosti pro model cata 10 %

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		**DF**	**Estimate**	**Standard Error**	**Wald Chi-Square**	**Pr > ChiSq**
Intercept		1	-4.6375	0.4057	130.6854	<.0001
rok	**2007**	1	-0.5092	0.1012	25.3007	<.0001
rok	**2008**	1	0.0254	0.0927	0.0750	0.7843
rok	**2009**	1	-0.1011	0.0943	1.1483	0.2839
rok	**2010**	1	-0.1452	0.0943	2.3747	0.1233
rok	**2011**	1	-0.1025	0.0936	1.2000	0.2733
rok	**2012**	0	0	.	.	.
dom	**1**	1	-0.7964	0.3310	5.7877	0.0161
dom	**2**	1	-0.5824	0.3904	2.2261	0.1357
dom	**3**	1	-0.7308	0.9045	0.6528	0.4191
dom	**4**	1	-1.1887	0.7432	2.5583	0.1097
dom	**5**	1	0.1390	0.1830	0.5773	0.4474
dom	**6**	1	-0.5016	0.4321	1.3478	0.2457
dom	**7**	1	0.6761	0.4124	2.6879	0.1011
dom	**8**	1	-0.4129	0.1102	14.0459	0.0002
dom	**9**	0	0	.	.	.
kraj	**10**	1	0.3356	0.1407	5.6904	0.0171
kraj	**20**	1	0.4995	0.1245	16.0975	<.0001
kraj	**31**	1	0.2427	0.1431	2.8757	0.0899
kraj	**32**	1	0.4652	0.1510	9.4937	0.0021
kraj	**41**	1	-0.0108	0.1895	0.0033	0.9544
kraj	**42**	1	-0.2389	0.1445	2.7347	0.0982
kraj	**51**	1	-0.0310	0.1843	0.0284	0.8663
kraj	**52**	1	0.3207	0.1546	4.3057	0.0380
kraj	**53**	1	0.3959	0.1551	6.5207	0.0107
kraj	**63**	1	0.2345	0.1601	2.1460	0.1429
kraj	**64**	1	0.4366	0.1264	11.9373	0.0006
kraj	**71**	1	0.2366	0.1472	2.5851	0.1079

Analysis of Maximum Likelihood Estimates						
Parameter		**DF**	**Estimate**	**Standard Error**	**Wald Chi-Square**	**Pr > ChiSq**
kraj	**72**	1	0.3731	0.1528	5.9647	0.0146
kraj	**80**	0	0	.	.	.
vel	**1**	1	-0.3514	0.1623	4.6853	0.0304
vel	**2**	1	-0.6073	0.1500	16.3840	<.0001
vel	**3**	1	-0.2590	0.1379	3.5284	0.0603
vel	**4**	1	-0.2758	0.1351	4.1697	0.0412
vel	**5**	1	-0.3249	0.1452	5.0059	0.0253
vel	**6**	1	0.0844	0.1506	0.3142	0.5751
vel	**7**	1	-0.2226	0.1245	3.1956	0.0738
vel	**8**	1	-0.2025	0.1344	2.2688	0.1320
vel	**9**	0	0	.	.	.
deti		1	-0.1425	0.1052	1.8348	0.1756
duch		1	0.3811	0.3261	1.3659	0.2425
ea		1	-0.5296	0.3241	2.6709	0.1022
ost		1	0.6207	0.3292	3.5562	0.0593
vek_p		1	0.0550	0.00325	286.3917	<.0001

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

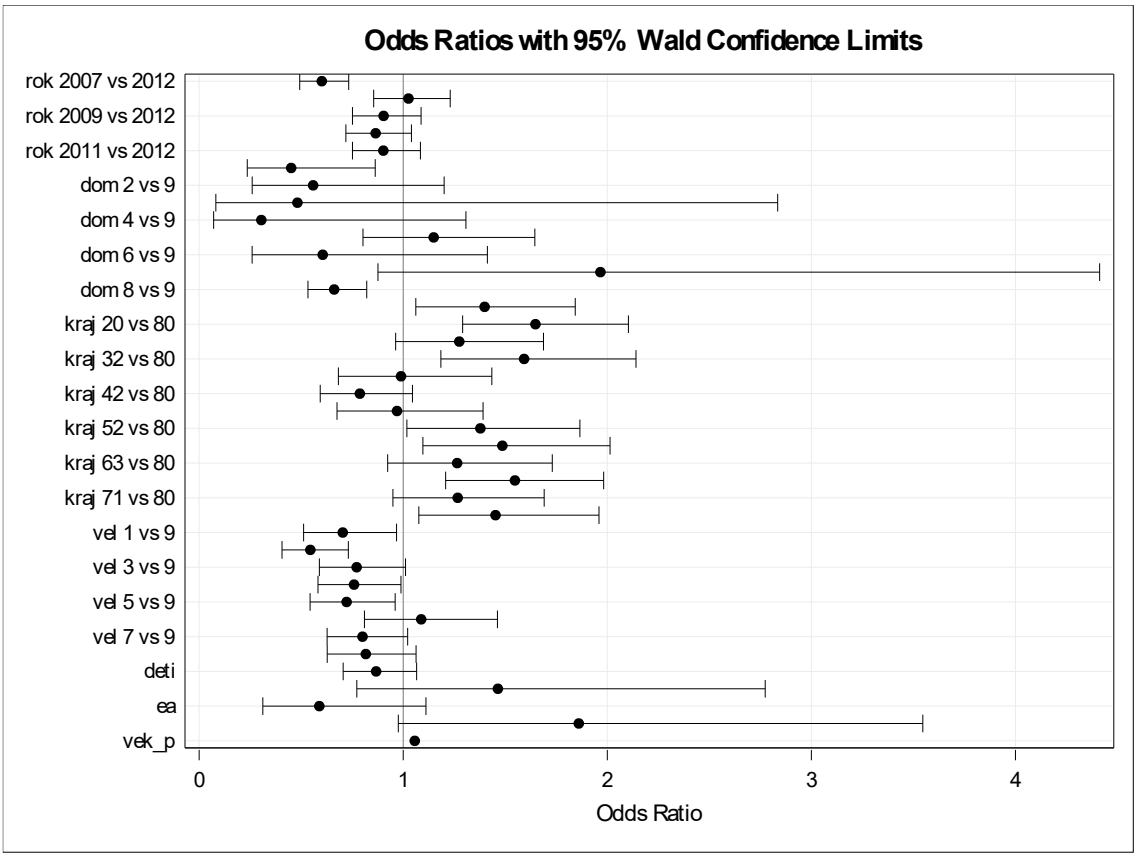
Tabulka 57: Poměr šancí pro model cata 10 %

Odds Ratio Estimates			
Effect	**Point Estimate**	**95% Wald Confidence Limits**	
rok 2007 vs 2012	0.601	0.493	0.733
rok 2008 vs 2012	**1.026**	0.855	1.230
rok 2009 vs 2012	0.904	0.751	1.087
rok 2010 vs 2012	0.865	0.719	1.040
rok 2011 vs 2012	0.903	0.751	1.084
dom 1 vs 9	0.451	0.236	0.863
dom 2 vs 9	0.559	0.260	1.200
dom 3 vs 9	0.482	0.082	2.835
dom 4 vs 9	0.305	0.071	1.307
dom 5 vs 9	**1.149**	0.803	1.645
dom 6 vs 9	0.606	0.260	1.412

Odds Ratio Estimates			
Effect	**Point Estimate**	**95% Wald Confidence Limits**	
dom 7 vs 9	**1.966**	0.876	4.413
dom 8 vs 9	0.662	0.533	0.821
kraj 10 vs 80	**1.399**	1.062	1.843
kraj 20 vs 80	**1.648**	1.291	2.103
kraj 31 vs 80	**1.275**	0.963	1.687
kraj 32 vs 80	**1.592**	1.184	2.141
kraj 41 vs 80	0.989	0.682	1.434
kraj 42 vs 80	0.787	0.593	1.045
kraj 51 vs 80	0.969	0.676	1.391
kraj 52 vs 80	**1.378**	1.018	1.866
kraj 53 vs 80	**1.486**	1.096	2.013
kraj 63 vs 80	**1.264**	0.924	1.730
kraj 64 vs 80	**1.547**	1.208	1.982
kraj 71 vs 80	**1.267**	0.949	1.691
kraj 72 vs 80	**1.452**	1.076	1.959
vel 1 vs 9	0.704	0.512	0.967
vel 2 vs 9	0.545	0.406	0.731
vel 3 vs 9	0.772	0.589	1.011
vel 4 vs 9	0.759	0.582	0.989
vel 5 vs 9	0.723	0.544	0.961
vel 6 vs 9	**1.088**	0.810	1.462
vel 7 vs 9	0.800	0.627	1.022
vel 8 vs 9	0.817	0.628	1.063
deti	0.867	0.706	1.066
duch	**1.464**	0.773	2.774
ea	0.589	0.312	1.111
ost	**1.860**	0.976	3.546
vek_p	**1.057**	1.050	1.063

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Graf 10: Poměr šancí



zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

6.5 Závěry

V této části práce jsme porovnávali 4 modely alternativní metodiky, a to pro hranice cata 10 %, 20 %, 30 % a 40 % a pro celkový počet pozorování 17 530. Binární logistická regrese byla provedena pro všechny 4 hranice cata alternativní metodiky. Pro každý model byla testována multikolinearita – vždy se stejným výsledkem. Na základě VIF vyššího než 5, byly eliminovány proměnné *osob* a *vek_m*. Porovnání modelů přináší přehledná tabulka 58.

Tabulka 58: Porovnání modelů metodiky ALT MET při různých hranicích cata

Model	Počet cata = 0	Počet cata = 1	Proměnné vstupující do modelu cata = 1	Eliminace	Vývoj ROC po eliminacích
Cata 10 %	15 770	1 760	rok dom kraj vel deti duch ea ost vek_p	duch deti	0,8307 0,8307 0,8304
Cata 20 %	17 180	350	rok dom kraj vel deti duch ea ost vek_p	ea rok deti	0,8855 0,8855 0,8849 0,8839
Cata 30 %	17 433	97	rok dom kraj vel deti duch ea ost vek_p	ea kraj deti rok vel	0,9147 0,9147 0,9097 0,9100 0,9095 0,8998
Cata 40 %	17 494	36	rok dom kraj vel deti duch ea ost vek_p	kraj vel rok deti	0,9531 0,9369 0,9203 0,9153 0,9151

zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Dále budeme analyzovat model cata = 1 pro hranici 10 %. který má největší počet pozorování (1760).

Do výsledného modelu vstupuje těchto 9 proměnných rok, typ domácnosti, kraj, velikost obce, počet dětí, počet důchodců, počet ekonomicky aktivních, počet ostatních členů domácnosti, věk přednosty.

Z výsledku modelu cata = 1 pro alternativní metodiku a hranici 10 % v relativním srovnání s referenční proměnnou se dají vyvozovat následující závěry:

1. Při zkoumané proměnné rok byla zvolena referenční proměnná rok 2012. V tomto relativním srovnání rok 2007 vychází lépe v porovnání s rokem 2008, kdy se v roce 2008 zvýšila šance, že domácnost bude ohrožená katastrofickými výdaji na zdraví.
2. Proměnná typ domácnosti byla analyzovaná v relativním srovnání s domácností typu 9 (domácnost ženy jednotlivce ve vlastním bytě nebo podnájmu). Typ domácnosti 4 (rodina s dětmi, s níž žijí další členové domácnosti, nebo kde některé dítě je ekonomicky aktivní) snižuje šanci začlenění do domácností s katastrofickými výdaji na zdraví. Naopak domácnost typu 5 (v domácnosti je jen jeden rodič, který je osobou v čele domácnosti, rodina s dětmi, s níž nežijí další příbuzní - např. babička, strýc, neteř a žádné dítě žijící ve zpravodajské domácnosti není ekonomicky aktivní) tuto šanci zvyšuje.
3. V případě proměnné kraj je referenční proměnnou Moravskoslezský kra (kraj 80). Domácnost žijící ve Středočeském kraji má větší šanci, že bude ohrožena katastrofickými výdaji v porovnání s domácnostmi žijícími v moravskoslezském kraji. Oproti tomu domácnosti žijící v Ústeckém kraji má tuto šanci nižší.
4. Proměnná domácnost byla sledovaná s referenční proměnnou domácnost 9, což odpovídá obci o velikosti 100 000 a více obyvatel. Z hlediska ohrožení katastrofickými výdaji, měli domácnosti z menších obcí (do 9 999 obyvatel) měli šanci menší. Větší obce nad 10 000 obyvatel mají šanci větší.
5. Přítomnost dětí v domácnosti šanci snižuje.
6. Přítomnost důchodců v domácnosti zvyšuje šanci ohrožení.
7. Počet ekonomicky aktivních členů v domácnosti snižuje šanci zařazení do domácnosti ohrožené katastrofickými výdaji.
8. Šanci zvyšuje i přítomnost ostatních členů domácnosti.
9. Věk přednosty domácnosti výrazně neovlivňuje šanci zařazení do domácnosti ohrožené katastrofickými výdaji.

7 Vliv regulačních poplatků na finanční ochranu domácnosti v ČR

Cílem této kapitoly je odpovědět na výzkumnou otázku číslo 3 „Jak ovlivnilo zavedení regulačních poplatků finanční ochranu domácností“. Na zodpovězení této otázky bude určena hypotéza a ta bude vyhodnocena statistickou metodou chí-kvadrát testu nezávislosti.

Hypotéza H_0: zavedení regulačních poplatků v roce 2008 nemělo vliv na zvýšení počtu domácností, které jsou ohroženy katastrofickými výdaji v porovnání s rokem 2007

Hypotéza H_1: zavedení regulačních poplatků v roce 2008 zvýšilo počet domácností, které jsou ohroženy katastrofickými výdaji v porovnání s rokem 2007.

Na ověření této hypotézy použijeme chí-kvadrát test nezávislosti, ve kterém budeme porovnávat dva diskrétní znaky (rok, cata). Rok může nabývat hodnot 2007-2012, cata nabývá hodnoty 0, resp. 1. Chí-kvadrát test nezávislosti byl proveden pro obě metodiky (WHO i alternativní) a pro 4 hodnoty cata (10 %, 20 %, 30 %, 40 %) pomocí softwaru SAS Studio University Edition.

7.1 Výsledky při hranici cata = 10 %

Při metodice WHO je viditelný nárůst počtu ohrožených domácností z 76 na 116 mezi roky 2007 a 2008, co představuje nárůst z 2,56 % na 3,95 % domácností. I přes tento viditelný nárůst nemůžeme při hladině významnosti α = 0,05 zamítnout nulovou hypotézu, jelikož p hodnota = 0,0526 (Tabulka 59).

Tabulka 59: Výsledky testování chí-kvadrát testu pro metodiku WHO, cata = 10 %

cata_10		2007	2008	2009	2010	2011	2012	Celkem
Frequency Percent Row Pct Col Pct	0	2887 16.47 17.07 97.44	2818 16.08 16.66 96.05	2789 15.91 16.49 96.14	2823 16.10 16.69 96.28	2802 15.98 16.57 96.49	2795 15.94 16.52 96.51	16914 96.49
	1	76 0.43 12.34 2.56	116 0.66 18.83 3.95	112 0.64 18.18 3.86	109 0.62 17.69 3.72	102 0.58 16.56 3.51	101 0.58 16.40 3.49	616 3.51
Celkem		2963 16.90	2934 16.74	2901 16.55	2932 16.73	2904 16.57	2896 16.52	17530 100.00

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	5	10.9368	0.0526

Zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

Naproti tomu výsledky při alternativní metodice a hranici cata = 10 % ukazují, že regulační poplatky mohly mít statisticky významný vliv na počet ohrožených domácností, ve všech letech po jejich zavedení. Vzhledem k tomu, že na hladině významnosti = 0,05 je hodnota p menší než 0,0001, můžeme nulovou hypotézu zamítnout. Při aplikování alternativní metodiky s hranicí cata = 10 % mohly mít regulační poplatky statisticky významný vliv.

Počet domácností ohrožených katastrofickými výdaji meziročně vzrostl ze 7,3 % na 11,0 %. Je však mimořádně důležité zdůraznit, že klíčovou roli zde hraje velmi nízké nastavené hranice cata = 10 %, což je výrazně nižší než hranice cata = 40 %, původně nastavená WHO.

Tabulka 60: Výsledky testování chí-kvadrát pro alternativní metodiku, cata = 10 %

cata_10		2007	2008	2009	2010	2011	2012	Celkem
Frequency **Percent** **Row Pct** **Col Pct**	**0**	2750 15.69 17.44 92.81	2610 14.89 16.55 88.96	2605 14.86 16.52 89.80	2636 15.04 16.72 89.90	2600 14.83 16.49 89.53	2569 14.65 16.29 88.71	15770 89.96
	1	213 1.22 12.10 7.19	324 1.85 18.41 11.04	296 1.69 16.82 10.20	296 1.69 16.82 10.10	304 1.73 17.27 10.47	327 1.87 18.58 11.29	1760 10.04
Celkem		2963 16.90	2934 16.74	2901 16.55	2932 16.73	2904 16.57	2896 16.52	17530 100.00

Statistic	DF	Value	Prob
Chi-Square	5	35.6464	<.0001

Zdroj: Vlastní zpracování pomocí software SAS Studio University Edition

7.2 Výsledky při hranici cata = 20 %, 30 % a 40 %

Při posunutí hranice cata z 10 % na 20 % vliv regulačních poplatku není statisticky významný ani při jedná metodice (p = 0,19 při WHO metodice a p = 0,29 při alternativní metodice). Při této hranici výrazně klesl počet ohrožených domácností ve vzorku– je jich pouze 0,3 % (resp. 1,7 %) a toto procento se s minimálními odchylkami udržuje v průběhu všech sledovaných let.

Při zvýšení hranice cata na 30 % je počet ohrožených domácností minimální a ve všech letech je kolem 0,1 % (metodika WHO). Na této hranici „ohrožení“ nejsou regulační poplatky statisticky významným faktorem vlivu na počet ohrožených domácností. Stejně je to i při alternativní metodice a cata = 30 %, přičemž podíl ohrožených domácností je v rozmezí 0,4 až 0,7 %. Vliv regulačních poplatků není

statisticky významný (p = 0,81 při metodice WHO a 0,37 při alternativní metodice). Na hladině významnosti 0, 005 nulovou hypotézu nezamítáme.

Hranice cata 40 % představuje původní nastavení metodiky WHO. Při tomto původním nastavení neexistuje v ČR v roce 2007 žádná ohrožená domácnost ve vzorku. V dalších letech jsou to dvě (2008 a 2009), resp. pouze jedna (2010, 2011 a 2012). Vzhledem k tomu, že skutečná četnost v jednotlivých letech je menší než 5, nemůžeme tyto data vyhodnotit pomocí chí-kvadrát testu. Nicméně, vzhledem k minimálním rozdílům a minimálnímu nárůstu můžeme konstatovat, že regulační poplatky neměly vliv finanční ochranu domácností ve vzorku.

To ukazuje i alternativní metodika při cata = 40 %. Počet ohrožených domácností je minimum, podíl se pohybuje mezi 0,1 a 0,3 (p = 0,63). Vliv zavedení regulačních poplatku na finanční ochranu při takhle nastavených parametrech metodiky jsme nepotvrdili, tzn. že na hladině významnosti 0,05 nezamítáme nulovou hypotézu H_0.

7.3 Závěry

Při zodpovídaní výzkumné otázky č. 3 jsme došli k následujícím závěrům:

1. V nastavení alternativní metodiky a cata = 10 % můžeme na hladině významnosti α = 0,05 zamítnout nulovou hypotézu, že zavedení regulačních poplatků v roce 2008 nemělo vliv na zvýšení počtu domácností, které jsou ohroženy katastrofickými výdaji v porovnání s rokem 2007. Počet ohrožených domácností se mezi roky 2007 a 2008 zvýšil ze 7,3 % na 11,0 %. Tento nárůst je statisticky významný (p hodnota chí-kvadrát testu menší než 0,0001) a mohl by být způsoben právě zavedením regulačních poplatků.
2. Je však velmi důležité zdůraznit, že klíčovou roli zde hraje velmi nízká nastavená hranice cata = 10 %, což je výrazně nižší než původní hranice cata = 40 %. Při nastavení původní hranice cata = 40 % je počet ohrožených domácností v obou metodikách minimální a vliv regulačních poplatků při takto nastavené hranici není možné rozlišit.
3. Podobně, při hranicích cata = 20 % a 30 % ani při jedné metodice nezamítáme nulovou hypotézu a můžeme konstatovat, že při hladině významnosti α = 0,05 regulační poplatky neměly vliv na finanční ochranu domácností.

Závěr

Práce si kladla za hlavní cíl analyzovat situaci finanční ochrany domácností ČR. Význam tématu se zvyšuje díky zvolenému časovému úseku, resp. díky zavedení regulačních poplatků v českém zdravotnictví.

Výpočty jednotlivých ukazatelů finančního zatížení domácností v ČR byly provedeny v souladu s metodikou WHO. Ta vychází zejména z výdajové části rozpočtu domácnosti. Nicméně je potřeba podotknout, že posuzování domácnosti výhradně dle výdajů může být zavádějící. Při zkoumání finančních dopadů je důležité analyzovat také příjmovou část rozpočtu domácnosti. V extrémním případě, se může vyskytnout situace, kdy do skupiny ohrožených domácností zařadíme např. ekonomicky aktivní osobu, která bude mít nízké výdaje v důsledku úsporného chování, ale zároveň bude vykazovat vysoké příjmy, i přesto může být považována za sociálně slabou.

Pro dokreslení situace v ČR, byla uvažována modifikace metodiky, která do nezbytných výdajů domácností zohlednila kromě výdajů na potraviny také výdaje na bydlení a odívání. Analýzy byly provedeny na vzorku domácností podle kvótního výběru Českého statistického úřadu. Do výpočtů vstupovalo celkem 17 530 pozorování. Rodinné účty mapovaly příjmové a výdajové stránky domácností za roky 2007–2012. Díky tomuto způsobu výběru respondentů, by měla být zaručena reprezentativnost vzorku na celou populaci ČR.

Mezi přímé platby domácností, jejichž vliv byl zkoumán, patří doplatky za léky na předpis, regulační poplatky, platby za stomatologickou péči, koupě volně prodejných léků a platby a doplatky za prostředky zdravotní techniky.

Práce usiluje o jasné začlenění cíle finanční ochrany do manažerského pojetí veřejné správy. Z pohledu teorie managementu veřejného sektoru, koncept New Public managementu toto splňuje. Jak se ukázalo, principy NPM umožňují aplikaci nástrojů, které mohou být použity v celém procesu od organizace, řízení až po kontrolu nejen v soukromém sektoru, ale své uplatnění nalézá právě i ve veřejném sektoru. Tento přístup vyzdvihuje důležitost stanovování cílů.

Cílově orientovanou zdravotní politiku se podařilo nalézt v mnoha provedených rešerší, což potvrdilo opodstatnění tohoto zaměření. Následně byl vybrán jeden z cílů, který se nejčastěji používal v rámci stanovování cílů zdravotního systému, a to konkrétně cíl finanční ochrany.

Provedené rešerše a analýzy poskytly odpovědi na v úvodu stanovené výzkumné otázky.

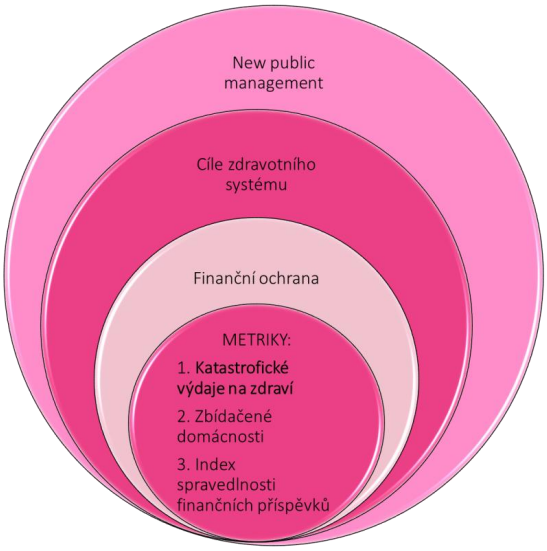
1. Jakým způsobem je finanční ochrana vymezená z hlediska cílů zdravotní politiky v kontextu New public managementu?
2. Jaké existují metriky na měření finanční ochrany ve zdravotnictví a do jaké míry jsou vhodné do reálií ČR?
3. Jak ovlivnilo zavedení regulačních poplatků finanční ochranu domácností?
4. Kdo platí a kolik za jaký typ zdravotních služeb?
5. Jaký dopad mají tyto platby na finanční situaci domácností?
6. Jaké typy domácností nejpravděpodobněji čelí katastrofickým výdajům na zdraví?

Ad 1) Jakým způsobem je finanční ochrana vymezená z hlediska cílů zdravotní politiky v kontextu New public managementu?

Ukotvení finanční ochrany domácností, jako projevu „cíle“ zdravotního systému v rámci teorie manažerského přístupu v kontextu New public managementu znázorňuje Obrázek 3. Provázanost všech tří konceptů je postavená na následujícím řetězci argumentů:

1. New Public management je teoretický koncept zaměřený na cíle ve veřejných systémech (např. zdravotnictví, školství, doprava, ...)
2. Z rešerše literatury vyplývá, že jeden ze tří hlavních cílů zdravotních systémů je finanční ochrana.
3. Finanční ochrana má přesné metriky, kterými se dá změřit.

Obrázek 3: Finanční ochrana v kontextu NPM



Zdroj: vlastní zpracování autorky

Ad 2) Jaké existují metriky na měření finanční ochrany ve zdravotnictví a do jaké míry jsou vhodné do reálií ČR?

V rámci rešerše literatury v teoretické části práce, byly nalezeny metriky na měření finanční ochrany ve zdravotnictví. Mezi tyto metriky řadíme

- výdaje na životní minimum domácnosti,
- platební schopnost domácností,
- přímé platby domácností na zdraví,
- katastrofické výdaje na zdraví,
- výdaje na zdraví způsobující chudobu.

Nalezení zmíněných metrik odpovídá na první stanovenou výzkumnou otázku a zároveň slouží k tomu, aby byly použity i na zodpovědění následujících výzkumných otázek.

Ad 3) Jak ovlivnilo zavedení regulačních poplatků finanční ochranu domácností?

Regulační poplatky byly zavedeny v roce 2008 a díky zvolenému sledované období umožňuje unikátním způsobem zachytit právě zlomový bod zavedení poplatků.. Vyhodnocení vlivu regulačních poplatků bylo provedeno metodou chí-kvadrát testu. Při zodpovídaní výzkumné otázky č. 3 jsme došli k následujícím závěrům:

1. V nastavení alternativní metodiky a cata = 10 % můžeme na hladině významnosti α = 0,05 zamítnout nulovou hypotézu, že zavedení regulačních poplatků v roce 2008 nemělo vliv na zvýšení počtu domácností, které jsou ohroženy katastrofickými výdaji v porovnání s rokem 2007. Počet ohrožených domácností se mezi roky 2007 a 2008 zvýšil ze 7,3 % na 11,0 %. Tento nárůst je statisticky významný (p hodnota chí-kvadrát testu menší než 0,0001) a mohl by být způsoben zavedením regulačních poplatků.
2. Je však velmi důležité zdůraznit, že klíčovou roli zde hraje velmi nízká nastavená hranice cata = 10 %, což je výrazně nižší než původní hranice cata = 40 %. Při nastavení původní hranice cata = 40 % je počet ohrožených domácností v obou metodikách minimální a vliv regulačních poplatků při takto nastavené hranici není možné rozlišit.
3. Podobně, při hranicích cata = 20 % a 30 % ani při jedné metodice nezamítáme nulovou hypotézu a můžeme říct, že při hladině významnosti α = 0,05 regulační poplatky neměly vliv na finanční ochranu domácností.

Ad 4) Kdo platí a kolik za jaký typ zdravotních služeb?

Předkládaná práce se také zabývala tím, kdo platí a kolik za jaký typ zdravotních služeb, což odpovídá čtvrté výzkumné otázce. Pomocí klasifikace domácností do výdajových kvintilů, bylo možné blíže stanovit, jaké jsou průměrné roční výdaje na zdraví podle jednotlivých typů domácností. Výsledky ukazují, že průměrné roční výdaje na zdraví u domácností z nejnižšího výdajového kvintilu, jsou dvakrát nižší než výdaje na zdraví u nejvyššího kvintilu.

Největší změna nastala mezi roky 2007 a 2008 u všech typů domácností, a to zřejmě v důsledku zavedení regulačních poplatků. Domácnostem z druhého výdajového kvintilu se výdaje na zdraví zvýšily o 43 %. Struktura výdajů na zdraví ukázala, že největší část výdajů na zdraví tvořily ve sledovaném období výdaje na léky. Vlivem zavedení regulačních poplatků se změnila struktura přímých plateb na zdraví, a to díky nárůstu plateb v segmentu ambulantní a hospitalizační péče.

Ad 5) Jaký dopad mají tyto platby na finanční situaci domácností?

V ČR stoupl mezi roky 2007–2012 podíl celkových výdajů na zdraví na celkových spotřebních výdajích domácností o 0,52procentních bodů, a to zejména díky zavedení regulačních poplatků. Navzdory tomu bylo metodikou WHO prokázáno, že v ČR bylo i po roce 2008 jen málo domácností, které žijí pod hranicí chudoby a stejně tak byl počet domácností ohrožených katastrofickými výdaji a domácností, které se stanou chudými po započtení výdajů na zdraví velice nízký. Při měření dopadů výdajů na zdraví na finanční situaci domácností, nebylo prokázáno, že by tyto výdaje katastroficky zatěžovaly obyvatelstvo, anebo způsobovaly chudobu. Jedná se o 0,1 % všech domácností.

Pro úplnost studie byla provedena modifikace metodologie tak, aby lépe odpovídala reálné situaci v ČR. Do výpočtu se přidaly k výdajům na zdraví i výdaje na bydlení a odívání. Díky této modifikaci se v roce 2012 stalo 0,31 % domácností ohrožených extrémními výdaji na zdraví. Díky této změně metodologie by se zvýšil i počet domácností uvržených do chudoby v důsledku vyšších výdajů na zdraví (zbídačené domácnosti), a to z 0 domácnosti na 19 546 domácností, což představuje 0,48 % všech domácností v ČR v roce 2012.

Ad 6) Jaké typy domácností nejpravděpodobněji čelí katastrofickým výdajům na zdraví?

Při aplikaci logistické regrese bylo možné také prozkoumat šestou výzkumnou otázku, a to jaké typy domácností nejpravděpodobněji čelí katastrofickým výdajům na zdraví.

Celkově do modelu vstupovalo 17 530 pozorování. V prvním modelu (metodika WHO, cata 40 %) byly katastrofické výdaje naměřeny pouze u 7 pozorování. S posouváním hranice směrem dolů při dalších modelech počet pozorování s katastrofickými výdaji rostl ze zmiňovaných 7 až na 616 při hranici cata = 10 %. Podobně, při alternativní metodice počet pozorování rostl se snižující se hranicí – ze 36 při cata = 40 % až na 1 760 při cata = 10 %.

Do výsledného modelu vstupuje těchto 9 proměnných rok, typ domácnosti, kraj, velikost obce, počet dětí, počet důchodců, počet ekonomicky aktivních, počet ostatních členů domácnosti, věk přednosty.

Z výsledku modelu cata = 1 pro alternativní metodiku a hranici 10 % v relativním srovnání s referenční proměnnou se dají vyvozovat následující závěry:

1. Při zkoumané proměnné rok byla zvolena referenční proměnná rok 2012. V tomto relativním srovnáním rok 2007 vychází lépe v porovnání s rokem 2008, kdy se zvýšila šance, že domácnost bude ohrožená katastrofickými výdaji na zdraví.
2. Proměnná typ domácnosti byla analyzovaná v relativním srovnání s domácností typu 9 (domácnost ženy jednotlivce ve vlastním bytě nebo podnájmu). Typ domácnosti 4 (rodina s dětmi, s níž žijí další členové domácnosti, nebo kde některé dítě je ekonomicky aktivní) snižuje šanci začlenění do domácností s katastrofickými výdaji na zdraví. Naopak domácnost typu 5 (v domácnosti je jen jeden rodič, který je osobou v čele domácnosti, rodina s dětmi, s níž nežijí další příbuzní - např. babička, strýc, neteř a žádné dítě žijící ve zpravodajské domácnosti není ekonomicky aktivní) tuto šanci zvyšuje.
3. V případě proměnné kraj je referenční proměnnou Moravskoslezský kra (kraj 80). Domácnost žijící ve Středočeském kraji má větší šanci, že bude ohrožena katastrofickými výdaji v porovnání s domácnostmi žijícími v moravskoslezském kraji. Oproti tomu domácnosti žijící v Ústeckém kraji má tuto šanci nižší.
4. Proměnná domácnost byla sledovaná s referenční proměnnou domácnost 9, což odpovídá obci o velikosti 100 000 a více obyvatel. Z hlediska ohrožení

katastrofickými výdaji, měli domácnosti z menších obcí (do 9 999 obyvatel) měli šanci menší. Větší obce nad 10 000 obyvatel mají šanci větší.

5. Přítomnost dětí v domácnosti šanci snižuje.
6. Přítomnost důchodců v domácnosti zvyšuje šanci ohrožení.
7. Počet ekonomicky aktivních členů v domácnosti snižuje šanci zařazení do domácnosti ohrožené katastrofickými výdaji.
8. Šanci zvyšuje i přítomnost ostatních členů domácnosti.
9. Věk přednosty domácnosti výrazně neovlivňuje šanci zařazení do domácnosti ohrožené katastrofickými výdaji.

Nástroje finanční ochrany

V rámci disertační práce byl analyzován stav nástrojů finanční ochrany. Tyto nástroje nejsou nikde taxativně vyjmenovány. Jedná se o součást zdravotního systému, kterou bylo potřeba správně identifikovat a vyhodnotit její dopady. Mezi nástroje finanční ochrany lze zařadit např. nulový doplatek v každé lékové skupině, osvobození od regulačních poplatků, stanovený ochranný limit, generická preskripce a dobrovolné zdravotní pojištění.

Je však potřebné míti na paměti, že při jakémkoliv zásahu do fungování systému je nutné přihlédnout k důsledkům z toho vyplývajícím, zejména pak pro ohrožené skupiny obyvatelstva, bez ohledu na relativní velikost těchto skupin v celé populaci.

Omezení výzkumu

Metodika WHO počítá s hranicí katastrofických výdajů ve výši 40 %. Při takto nastavené metodice byla četnost cata = 1 (ohrožené domácnosti katastrofickými výdaji) v každém roce menší než pět pozorování z celého vzorku pro daný rok. Pro zodpovězení výzkumných otázek pomocí chí-kvadrát testu nezávislosti a logistické regrese, bylo nutné hranici snížit na 10 %. Zároveň se přistoupilo k modifikaci metodiky tak, aby odpovídala reáliím v ČR (zohledněny výdaje na bydlení a odívání do nezbytných existenčních výdajů). Výsledky pro chí-kvadrát test nezávislosti a logistickou regresi jsou statisticky významné pouze pro nastavení hranice cata = 10 %. Při takto nízce nastavené hranice cata = 10 % rozhodně nemůžeme uvažovat, že by české domácnosti byly ohroženy katastrofickými výdaji. Podstatné ale je, že tato hranice umožňuje dostatečně velký počet pozorování, pro hlubší analýzu a následné vyvozování statisticky významných závěrů.

Druhé omezení výzkumu je, že obdržený dataset ČSÚ o výdajích domácností, neobsahoval kapitolu regulačních poplatků, ale tyto byly součástí jiných vyšších kategorií dle databáze COICOP. Díky tomu, se analytika nad regulačními poplatky dá dělat jen nepřímo, resp. jen díky časovému období, kdy byly regulační poplatky zavedeny, resp. výdaje před zavedením. V tomto bodě nelze tudíž jednoznačně tvrdit, že právě výdaje na regulační poplatky mají vliv na katastrofické výdaje domácností, ale dle časového zařazení změny ve výdajích na kapitolu zdraví a zavedení regulačních poplatků lze usuzovat, že zavedení přineslo změnu ve výdajích, resp. změnu v katastrofických výdajích.

Dalším omezením výzkumu je fakt, že zmíněný dataset neobsahoval údaje o zadlužení domácností. Tím pádem nelze jednoznačně určit, jakým způsobem byly financovány výdaje domácností, protože případné úvěrové zatížení, případně osobní bankrot, by zkreslovalo realitu o katastrofických výdajích, resp. o platební schopnosti dané domácnosti.

Další výzkum

Kromě základních výsledků, kterých bylo dosaženo podle přesné metodiky WHO, jsou předloženy i výsledky dosažené podle metodiky, která je upravená dle specifik ČR. Vybrané sledované období reflektuje jeden rok před vzniklou finanční krizí, resp. před zavedením regulačních poplatků, až po data za rok 2012. Z provedených analýz vyplývá, že výdaje na zdraví neustále rostly. Následné analýzy by se mohly aplikovat i na data do roku 2015. Tento výzkum je již v procesu přípravy.

Následný vědecký výzkum v oblasti finanční ochrany, by měl být orientovaný na měření neformálních plateb v ČR a dopad těchto plateb na finanční ochranu domácností. Další výzkum by také mohl být zaměřen na měření účinnosti jednotlivých nástrojů finanční ochrany. V tomto kontextu pod účinností rozumíme, zdali uvedený nástroj (např. ochranný limit) skutečně pomáhá právě těm skupinám obyvatelstva, které jsou ohrožené.

Dizertační práce svojí metodickou hloubkou a praktickou aplikací na podmínky ČR, vytváří mnohovrstevný pedagogický a studijní materiál, který může být využitý ve výuce, stejně tak i v přípravě akreditace specializace „Management ve zdravotnictví“ na FM VŠE.

Výsledky plynoucí z této práce přispívají k diskutované problematice finanční ochrany domácností a jejího vývoje v ČR v souvislosti se zdravotní péčí. Získané informace mohou sloužit tvůrcům zdravotní politiky, pro ověření přiměřenosti

nastavení přímých plateb ve zdravotnictví a zároveň porozumět vzniklým dopadům na domácnosti ČR.

Vědecký přínos lze spatřovat v návrhu alternativní metodiky přidáním položky odívání a bydlení do výdajů na výpočet životního minima. Tato úprava lépe reflektuje podmínky nejen ČR, ale i celé Evropy. Zároveň snížení hranice katastrofických výdajů za zdravotní péči z určené hranice 40 % na 30 %, 20 %, 10 % a následné testování těchto hranic, přineslo informaci, že na podmínky ČR se ve sledovaném období dá uplatnit pouze nejnižší hranice stanovená na 10 %.

Seznam literatury

ADAY, LA, Begley CE, Lairson DR, et al.1998. Evaluating the Healthcare System: Effectiveness, Efficiency, and Equity. 2nd ed. Chicago, IL: Health Administration Press;.

ALEXA, J., L. RECKA , J. VOTÁPKOVÁ , A. SPRANGER a F. WITTENBECHER, 2015. *Czech Republic: health system review. Health systems in transition*. ISBN 17(1), 1-165.

ALONSO, José M., Judith CLIFTON a Daniel DÍAZ-FUENTES, 2015. *The impact of New Public Management on efficiency: An analysis of Madrid's hospitals*. Health Policy. vol. 119, no. 3, s. 333-340. ISSN 0168-8510.

ARAH, Onyebuchi et al., 2006. *A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*. International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua. 18 Suppl 1. 5-13. 10.1093/intqhc/mzl024.

ATREYA, Binod a Anona ARMSTRONG, 2002*. A Review of the Criticisms and the Future of New Public Management*. Victoria University of Technology, School of management, working paper 07/2002

ATUN, R. and N. MENABDE, 2008. *Health systems and systems thinking, in R. Coker, R. Atun and M. McKee (eds) Health systems and the challenge of communicable diseases: Experiences from Europe and Latin America.* Buckingham: Open University Press (European Observatory on Health Systems and Policies Series). ISBN -13 978 0 335 23366 3

AUCOIN, P., 1990*. Administrative Reform in Public Management: Paradigms, Principles, Paradoxes and Pendulums.* Governance, 3: 115-137. doi:10.1111/j.1468-0491.1990.tb00111.x

AUCOIN, P., 1995. *The new public management: Canada in comparative perspective..* The Institute for Research on Public Policy, Quebec, s. p. 259-274. ISBN-0886451809

BARZELAY, M, 2001. *The new public management: Improving research and policy dialogue* (Vol. 3). University of California Press. ISBN – 0-520-22443-4

BRIGNALL S., S. Modell , 2000. *An institutional perspective on performance measurement and management in the 'new public sector.* Management Accounting Research, 2000, 11, 281–306 https://doi.org/10.1006/mare.2000.0136

BRYNDOVÁ, L., PAVLOKOVÁ, K., ROUBAL, T, ROKOSOVÁ, M., GASKINS, M. and van GINNEKEN, E., 2009. Czech Republic: Health system review. Health Systems in Transition. 11(1): 1-122.

BUTTERFIELD Reginand, Christine EDWARDS, 2004). *The new public management and the UK Police Service*, Public Management Review. 6:3, 395-415, DOI: 10.1080/1471903042000256556

COCOPS 2019. Coordinating for Cohesion in the Public Sector of the Future. COCOPS | Coordinating for Cohesion in the Public Sector of the Future [online]. Copyright © 2019 COCOPS [cit. 12.06.2019]. Dostupné z: http://www.cocops.eu/

Commonwealth Fund, 2006. Framework for a high performance health system for the United States. New York: The Commonwealth Fund.

CYLUS, J., S. THOMSON, T. EVETOVITS, 2018. *Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods.* Bulletin of the World Health Organization. doi: http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.209031

Česká národní zdravotní pojišťovna, 2009. *Výroční zpráva ČNZP za rok 2008.* Praha. ČNP[online]. Dostupné z: https://www.cpzp.cz/pdf/vz_cnzp_2008.pdf

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2010. *Výroční zpráva 2009.* Ostrava: Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. [online]. Dostupné z https://www.cpzp.cz/pdf/vz_cpzp_2009.pdf

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2011. *Výroční zpráva za rok 2010.* [online]. Dostupné z: https://www.cpzp.cz/pdf/vz_2010.pdf

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2012. *Výroční zpráva za rok 2011.* Ostrava: [online]. Dostupné z: https://cpzp.cz/pdf/vz_2011_n.pdf

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2013. *Výroční zpráva za rok 2012*. Ostrava: [online]. Dostupné z: https://www.cpzp.cz/pdf/vz_2012_cpzp.pdf

Česká republika. Listina základních práv a svobod. In Sbírka zákonů, Česká republika. 1992, hlava čtvrtá, Hospodářská, sociální a kulturní práva, článek 31. Dostupný také z WWW: https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html

Český statistický úřad. *Statistika rodinných účtů (SRÚ).* ČSÚ [online]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/vykazy/statistika_rodinnych_uctu

Český statistický úřad. *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2000 až 2007*. ČSÚ [online]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2000-2007-u30596y9e1

Český statistický úřad. *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010 až 2016*. ČSÚ [online]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr

ČSÚ. 2006. *Metodické vysvětlivky*. Český statistický úřad | ČSÚ [online]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/3005-06-za_4__ctvrtleti_2006-metodicke_vysvetlivky

DALINGWATER, L., 2014. *Post-New Public Management (NPM) and the Reconfiguration of Health Services in England*. Observatoire de la société britannique, (16), 51-64.

DAN, S., & Pollitt, C., 2015. *NPM Can Work: An optimistic review of the impact of New Public Management reforms in central and eastern Europe*. Public Management Review, 17(9), 1305-1332.

DEARING, Elisabeth & STAES, Patrick & , Prorok & , Thomas & , eds., 2006. *"CAF Works - Better Service for the Citizens by using CAF"*, EIPA Working Paper 2006/01.

DENHARDT, R. B. and J. V. DENHARDT, 2000*. The New Public Service: Serving Rather than Steering.* Public Administration Review, 60: 549-559. doi:10.1111/0033-3352.00117

DLOUHÝ, Martin, 2016. Czech Republic. In: Voluntary Health insurance in Europe. Country experience. Worl Health Organization. s. 35-37. ISBN 978 92 890 5037 1

DORSLAER Eddy van, Adam WAGSTAFF, et al, 1999. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries, J Health Econ. 1999 Jun;18(3):291-313.

DRECHSLER, W., RANDMA-LIIV, T., 2015. *The new public management then and now: Lessons from the transition in central and eastern Europe. Experiences from transition and emerging countries* (NEMEC, J. AND DE VRIES, MS), Brusell, Bruylant, 33-49.

DUNLEAVY, Patrick et al., 2006,2005. *New Public Management Is Dead: Long Live Digital-Era Governance.* Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART. Vol. 16, no. 3, s. 467-494. ISSN 1053-1858.

EUROSTAT, Health, [cit. 2019-04-01].. Dostupné z http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do

EVANS, B. David & Etienne, Carissa. 2010. *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. The World Health Report. Bulletin of the World Health Organization. 88. 402. 10.2471/BLT.10.078741.

Evropská komise, 2015. Flash Report 2015/30: DRG Restart: Moving towards a more transparent in-patient care reimbursement system in the Czech Republic

Evropská rada, 2000. Otevřená metoda koordinace

FARANA, Radim. 2008. Total Quality management System Application to the Faculty Management System Improvement. Policy, 10: 9

GIBSON, James L., James H. DONNELLY a John M. IVANCEVICH, 1997. *Management*. Praha: Grada. 821 s. ISBN 80-7169-422-3

GREGORY, R. 1995. Accountability, responsibility and corruption: Managing the ‘‘public production process.’’ In The state under contract, ed. J. Boston, s. 97–114. Wellington, NZ: Bridget Williams Books,

GRUENING, Gernod, 2001. *Origin and Theoretical Basis of the New Public Management (NPM)*. International Public Management Journal - INT PUBLIC MANAG J. 4. 1-25. 10.1016/S1096-7494(01)00041-1.

HEALTHCARE INSTITUTE, 2019. *Celostátní porovnání nemocnic (Benchmarking)*| HCI [online]. Copyright © 2013 [cit. 27.06.2019]. Dostupné z: http://www.hc-institute.org/cz/o-nas/celostatni-porovnani-nemocnic-benchmarking.html

HEYER, den, Garth, 2011. *New public management. Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, vol. 34, no. 3, s. 419-433. Vydavatel. ISSN 1363-951X.

HOLČÍK, J., 2010*. Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. VÝCHOVA KE ZDRAVÍ: PODNĚTY KE VZDĚLÁVACÍM OBLASTEM*.

HOOD, Christopher a Guy PETERS, 2004. *The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox?.* Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART., vol. 14, no. 3, s. 267-282. ISSN 1053-1858.

HOOD, Christopher a M.W. Jackson, 1991. *Administrative argument* / Christopher Hood and Michael Jackson, Dartmouth Pub. Co Aldershot, Hants, England; Brookfield, Vt., USA

HOOD, Christopher a Ruth DIXON, 2015*. What We Have to Show for 30 Years of New Public Management: Higher Costs, More Complaints.* Governance. Vol. 28, no. 3, s. 265-267. ISSN 0952-1895.

HOOD, Christopher, 1991. *A public management for all seasons?* Public Administration. vol. 69, no. 1, s. 3-19. ISSN 0033-3298.

HROBOŇ, Pavel, MACHÁČEK, Tomáš a JULÍNEK, Tomáš. Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století: Pavel Hroboň, Tomáš Macháček, Tomáš Julínek. Praha]: Reforma zdravotnictví - forum.cz, 2005. Dostupné z: http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:1381e5d0-d8c0-11e7-8d21-005056827e52

HSIAO W., 2003. *What Is A Health System? Why Should We Care?* Cambridge, Massachussetts: Harvard School of Public Health. ISBN

HURST, Jeremy a Melissa JEE-HUGHES, 2001. Performance measurement and performance management in OECD health systems. *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers* [online]. No. 47. Paris: OECD Publishing

Hutnická zaměstnanecká pojišťovna, 2009. *Výroční zpráva 2008*. Ostrava: Hutnická zaměstnanecká pojišťovna.

KAKWANI Nanak C., Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison, *The Economic Journal*, Volume 87, Issue 345, 1 March 1977, Pages 71–80

KAKWANI, N., A. Wagstaff, E. Van Doorslaer, 1997. *Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference.* Journal of econometrics, ISBN 77(1), 87-103.

KANDILAKI, D., 2013. *Poplatky ve zdravotnictví v ČR* | HPI - Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku. [online]. Copyright © 2009 [cit. 27. 06. 2019]. Dostupné z: Http://www.hpi.sk/2013/05/poplatky-ve-zdravotnictvi-v-cr/

KRŮTILOVÁ, Veronika. Impact of User Fees in Health Care System on Health Care Consumption. Review of Economic Perspectives. 2010, vol. 10, no. 4, s. 113-132. ISSN 1213-2446

LANE, Jan-Erik, 2000. *New public management*, Routledge, London. ISBN 0415231876

LAPŠANSKÁ, Veronika, 2016. Otevřená metoda koordinace jako nástroj v evropském vládnutí. Současná Evropa. Ročník 21, Číslo 1

LATHAM, G. P., L. BORGOGNI a L. PETITTA, 2008*. Goal setting and performance management in the public sector.* International Public Management Journal. ISBN 11(4), 385-403.

LEISHMAN, F.; COPE, S.; STARIE, P. 1996. *Reinventing and restructuring: towards a``new policing order*'''in Leishman. F., Loveday, B. and Savage, SP (eds), Core Issues in Policing (Harlow: Longman).

LINHARTOVÁ, V., 2007. Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál. 1. vyd. Praha: Grada, 152 s. ISBN 9788024717845.

MACH, J. et al., 2013. Univerzita medicínského práva: Kolektiv právní kanceláře České lékařské komory. Grada Publishing as.

MANNING, N., 2001*. The Legacy of the New Public Management in Developing Countries*. International Review of Administrative Sciences, Vol 67, Issue 2, pp. 297 – 312.

MAOR, M. 1999. The paradox of managerialism. Public Administration Review 59 (1): 5–18.

MATEI, Ani a Catalina ANTONIE, 2015*. The Need for Positive Change: Adapting Management in Public Administration,*Procedia Economics and Finance, Volume 26. ISSN 2212-5671

McLAUGHLIN, K., Osborne, S. P., Ferlie, E., & Osborne, S. (Eds.). 2002. *New public management: Current trends and future prospects*. Psychology Press. ISBN 0-415-24362-9.

MINER, John B., 2005. *Organizational Behavior I: Essential Theories Of Motivation And Leadership*. M.E. Sharpe, ISBN 9780765615237,0765615231

MORENO-SERRA, R., C. Millett, P. C. Smith, 2011. *Towards improved measurement of financial protection in health*. PLoS Medicine, ISBN 8(9), e1001087.

MURRAY, C. J., J. FRENK, 2000*. A framework for assessing the performance of health systems.* Bulletin of the world Health Organization, 78(6), ISSN 717-731.

MZ České republiky. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

MZ České republiky. *Zdraví 2021 – Zdraví 21 - Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR (2002).* [online]. Dostupné z: https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/zdravi-21?typ=struktura

NEMEC, J., 2010. New Public Management and its Implementation in CEE: What Do we Know and where Do we Go?, NISPAcee Journal of Public Administration and Policy, 3(1), 31-52. doi: https://doi.org/10.2478/v10110-010-0002-0

NEMEC, Juraj, Beata MERICKOVA a Frantisek OCHRANA. 2008a. Introducing benchmarking in the Czech Republic and Slovakia: Processes, problems and lessons. Public Management Review. vol. 10, no. 5, s. 673-684. ISSN 1471-9037

NEMEC, Juraj; KOLISNICHENKO, Natalya. 2006. Market-based health care reforms in Central and Eastern Europe: lessons after ten years of change. International Review of Administrative Sciences, , 72.1: 11-26

NEMEC, Juraj; OCHRANA, František; ŠUMPÍKOVÁ, Markéta. 2008b. Czech and Slovak lessons for public administration performance evaluation, management and finance. Ekonomický časopis, 56.4: 353-369.

O lécích.cz, 2001. Co to jsou generické léky?. O lécích.cz [online]. Copyright © 2001 [cit. 24. 06. 2019]. Dostupné z: http://www.olecich.cz/encyklopedie/co-to-jsou-genericke-leky

Oborová pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, 2011*. Výroční zpráva za rok 2010*. Praha: Oborová pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, 2010. *Výroční zpráva 2009*. Praha: Oborová zdravotní pojišťovna bank, pojišťoven a stavebnictví.

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, 2012. *Výroční zpráva za rok 2011.* Praha: Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, 2013. *Výroční zpráva za rok 2012.* Praha: Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.

Odborová pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, 2008. *Výroční zpráva 2007.* Praha: OZP.

Odborová pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, 2009*. Výroční zpráva 2008.* Praha: Odborová pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.

OECD, 2010. *Public Administration after "New Public Management": Value for Money in Government,* Vol. 1, OECD Publishing, Paris.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Česká republika: zdravotní profil země 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. ISBN 9789264285125

OSBORNE, D., and T. Gaebler. 1992. Reinventing government. Reading, MA: Addison-Wesley.

OSN, 2015. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development.

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, Poslanecká sněmovna. Výroční zprávy zdravotních pojišťoven rok 2007, [cit. 2018-02-01]. Dostupné z http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=624&CT1=0

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, Poslanecká sněmovna. Výroční zprávy zdravotních pojišťoven rok 2008, [cit. 2018-02-01]. Dostupné z http://www.psp.cz/sqw/text/text2.sqw?idd=58562

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, Poslanecká sněmovna. Výroční zprávy zdravotních pojišťoven rok 2009, [cit. 2018-02-01]. Dostupné z http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=150&CT1=0

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, Poslanecká sněmovna. Výroční zprávy zdravotních pojišťoven rok 2011, [cit. 2018-02-01]. Dostupné z http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=847&CT1=0

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, Poslanecká sněmovna. Výroční zprávy zdravotních pojišťoven rok 2012, [cit. 2018-02-01]. Dostupné z http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=51&CT1=0

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, Poslanecká sněmovna. Výroční zprávy zdravotních pojišťoven za rok 2010, [cit. 2018-02-01]. Dostupné z http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=513&CT1=0

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, Poslanecká sněmovna. Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000-2008, [cit. 2018-02-01]. Dostupné z http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/3306-10

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, Poslanecká sněmovna. Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000-2011, [cit. 2018-02-01]. Dostupné z http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/publ/3306-13-r_2013

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY, Poslanecká sněmovna. Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000-2012, http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/p/260005-14

PAVEL, Jan. (2007). Efektivnost obecních obchodních společností při poskytování služeb. Politická ekonomie. Vysoká škola ekonomická v Praze [online]. Copyright © 2019 [cit. 12.06.2019]. Dostupné z: https://www.vse.cz/polek/619. DOI: https://doi.org/10.18267/j.polek.619

Pojišťovna VZP, a.s., Základní zdravotní pojištění cizinců | Pojištění cizinců | [cit. 2019-06-01] [online]. Dostupné z: https://www.pvzp.cz/cs/produkty/zdravotni-pojisteni-cizincu/zakladni-zdravotni-pojisteni-cizincu/

POLLITT, Christopher & DAN, Sorin, 2011. *The impacts of the New Public Management in Europe: A meta-analysis*. COCOPS work package, 1. ISSN 2211-2006.

POLLITT, Christopher a Geert BOUCKAERT, 2004*. Public management reform: a comparative analysis, new public management, governance, and the neo-weberian state.* 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2011. xvii, 367 s. ISBN 978-0-19-959509-9.

POLLITT, Christopher, ed., THIEL, Sandra van, ed. a HOMBURG, V. M. F., ed., 2007. *New public management in Europe: adaptation and alternatives.* 1st pub. Basingstoke: Palgrave Macmillan, xii, 229 s. ISBN 978-0-230-00693-5.

REITER, R., & Klenk, T., 2018. *The manifold meanings of 'post-New Public Management'–a systematic literature review*. International Review of Administrative Sciences, DOI: 10.1177/0020852318759736

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, 2009. *Výroční zpráva za rok 2008.* Ostrava: Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, 2010. *Výroční zpráva za rok 2009.* Ostrava: Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, 2011. *Výroční zpráva za rok 2010.* Ostrava: Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, 2012. *Výroční zpráva za rok 2011.* Ostrava: Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, 2013. *Výroční zpráva za rok 2012.* Ostrava: Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

RUSSELL, Steven, Sara BENNETT a Anne MILLS, 1999. *Reforming the health sector: towards a new public management*. Journal of International Development. Vol. 11, no. 5, s. 767-775. ISSN 0954-1748.

ŘEHÁKOVÁ, Blanka. 2000. Nebojte se logistické regrese/Introducing Logistic Regression. Sociologický Časopis/Czech Sociological Review, 475-492.

SEMMELWEIS UNIVERSITY BUDAPEST, 2009. *Study report on the impact of health* financing reforms on financial protection and equity, In Print.

SCHEDLER, Kuno a Isabella PROELLER, 2000. *New Public Management*. Bern: Haupt, ISBN 3-258-06018-5, https://www.alexandria.unisg.ch/publications/13452

SCHOEN, Cathy et al., 2010. *How Health Insurance Design Affects Access To Care And Costs, By Income, In Eleven Countries.* Health affairs (Project Hope). 29. 2323-34. 10.1377/hlthaff.2010.0862.

SICOTTE, Claude et al., 1998. *A Conceptual Framework for Analysis of Health Care Organizations' Performance*. Health services management research : an official journal of the Association of University Programs in Health Administration / HSMC, AUPHA. 11. 24-41; discussion 41. 10.1177/095148489801100106.

SIMONET, Daniel, 2015. *The New Public Management Theory in the British Health Care System: A Critical Review.* Administration and Society. Vol. 47, no. 7, s. 802-826. ISSN 0095-3997.

SPACEK, David. 2010, Promotion Of Quality Management In Public Administration - The Approach Of Czech Central Government. Review of Economic Perspectives. 2010, vol. 10, no. 4, s. 133. ISSN 1213-2446

SPOJENÁ AKREDITAČNÍ KOMISE, 2009. Národní akreditační standardy pro nemocnice, © TIGIS, spol. s r. o., ISBN 978-80-903750-6-2

Státní ústav pro kontrolu léčiv. 2001. *Seznam cen a úhrad LP/PZLU k 1. 12. 2012*. [online]. Copyright © 2001 [cit. 19. 06. 2019]. Dostupné z: http://www.sukl.cz/sukl/seznam-cen-a-uhrad-lp-pzlu-k-1-12-2012

SÚKL, 2019. Seznam cen a úhrad léčivých přípravků/PZLÚ k 1.6.2019, Státní ústav pro kontrolu léčiv. Státní ústav pro kontrolu léčiv [online]. Copyright © 2001 [cit. 19.06.2019]. Dostupné z: http://www.sukl.cz/sukl/seznam-cen-a-uhrad-lp-pzlu-k-1-6-2019?source=rss

SZEŚCIŁO, D., 2015. New public management in health care organizations. In: ÖRTENBLAD, A. et al., 2015. *Management Innovations for Healthcare Organizations: Adopt, Abandon or Adapt?* [online]. London: Routledge Ltd. ISBN 1138617601;9781138617605;1138825697;9781138825697.

ŠAFR, J., 2019. Analýza kvantitativních dat III. *Logistická regrese pro kategoriální závislé proměnné.* FHS UK, SOÚ AV ČR [cit. 23. 06. 2019]. Dostupné z: http://metodykv.wz.cz/prezentace/AKD3/AKD3_LogReg.pptx

Ústavní soud České republiky. *Nález Ústavního soudu k vymáhání poplatků za hospitalizaci nevyžaduje jejich zpětné vracení* – Ústavní soud – oficiální webové stránky [online]. Copyright © Ústavní soud, Joštova 8, Brno, Česká republika [cit. 19. 06. 2019]. Dostupné z: https://www.usoud.cz/aktualne/nalez-ustavniho-soudu-k-vymahani-poplatku-za-hospitalizaci-nevyzaduje-jejich-zpetne-vracen/

ÚZIS, 2012. Ekonomické údaje ve zdravotnictví 2012, [cit. 2018-04-01]. Dostupné z http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2012

ÚZIS, 2012. Spotřeba zdravotnických služeb v roce 2007–2012, [cit. 2018-04-03]. Dostupné z http://uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2012

VÉVODA, J., 2013. Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. Grada Publishing a. s., ISBN 978-80-247-4732-3.

Vláda ČR, 2002. Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století

Vojenská Zdravotní Pojišťovna ČR 201. *Výroční zpráva za rok 2007.* Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky [online]. Copyright © [cit. 20. 06. 2019]. Dostupné z: https://www.vozp.cz/img/uploaded/1248_Vyrocni-zprava-za-rok-2007.pdf

Vojenská Zdravotní Pojišťovna ČR 201. *Výroční zpráva za rok 2008.* Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky [online]. Copyright © [cit. 20. 06. 2019]. Dostupné z: https://www.vozp.cz/img/uploaded/1247_Vyrocni-zprava-za-rok-2008.pdf

Vojenská Zdravotní Pojišťovna ČR 201. *Výroční zpráva za rok 2009.* Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky [online]. Copyright © [cit. 20. 06. 2019]. Dostupné z: https://www.vozp.cz/img/uploaded/1246_Vyrocni-zprava-za-rok-2009.pdf

Vojenská Zdravotní Pojišťovna ČR 201. *Výroční zpráva za rok 2010.* Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky [online]. Copyright © [cit. 20. 06. 2019]. Dostupné z: https://www.vozp.cz/img/uploaded/1245_Vyrocni-zprava-za-rok-2010.pdf

Vojenská Zdravotní Pojišťovna ČR 201. *Výroční zpráva za rok 2011*. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky [online]. Copyright © [cit. 20. 06. 2019]. Dostupné z: https://www.vozp.cz/img/uploaded/1244_Vyrocni-zprava-za-rok-2011.pdf

Vojenská Zdravotní Pojišťovna ČR 201. *Výroční zpráva za rok 2012.* Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky [online]. Copyright © [cit. 20. 06. 2019]. Dostupné z: https://www.vozp.cz/img/uploaded/1243_Vyrocni-zprava-VoZP-CR-za-rok-2012.pdf

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2009. *Výroční zpráva za rok 2008*. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2010. *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR za rok 2009*. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2011. *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2010*. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2012. *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2011*. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2013. *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny za rok 2012.* Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2014. *Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2013*. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.

Vyhláška č. 201/2018 Sb. Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019. Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 27. 06. 2019]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-201

VZP ČR. Regulační poplatky v roce 2008 - VZP ČR. VZP ČR [online]. Copyright © 2019, Všechna práva vyhrazena [cit. 24. 06. 2019]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky/regulacni-poplatky-v-roce-2008

VZP ČR. *Změny k 1. 4. 2009*. VZP ČR [online]. Copyright © 2019 VZP ČR, Všechna práva vyhrazena [cit. 19. 06. 2019]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky/zmeny-k-1-4-2009

WAGSTAFF, A., E. VAN DOORSLAER, H. VAN DER BURG, S. CALONGE, T. CHRISTTIANSEN, G. CITONI, P. JOHNSON, 1999*. Equity in the finance of health care:* some further international comparisons. Journal of health economics, 18(3), 263-290.

WAGSTAFF, Adam, 2008*. Measuring financial protection in health* (World Bank Policy Research Working Paper Vol. 4554). World Bank Publications, Washington, DC.

WATERS, H. R., G.F. ANDERSON, J, MAYS, 2004. *Measuring financial protection in health in the United States*. Health policy, 69(3), ISSN 339-349.

WHITE, F., 2015. *Primary Health Care and Public Health: Foundations of Universal Health Systems*. Medical Principles and Practice, 24(2), ISSN: 103–116. http://doi.org/10.1159/000370197

World Health Organization / Europe, 2019. Universal health coverage: financial protection country reviews . [online]. [cit. 03.06.2019]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection/universal-health-coverage-financial-protection-country-reviews

World Health Organization 2019. Sarah Thomson, Jonathan Cylus, Tamas Evetovits (ed.), Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe., ISBN 978 92 890 5405 8

World Health Organization, 2000. *The world health report 2000: health systems: improving performance.* Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, 2005. *Distribution of health payments and catastrophic expenditures Methodology / by Ke Xu*. Geneva : World Health Organization. [cit. 2019-02-02]. Dostupné z http://www.who.int/iris/handle/10665/69030

World Health Organization, 2007 *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.* Geneva: World Health Organization Document Production Services.

World Health Organization, 2012. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Proceedings of Regional Committee for Europe, 10-13.

World Health Organization, 2018. *Financial protection in high-income countries. A comparison of the Czech Republic, Estonia and Latvia*. Dánsko. ISBN 9789289053259.

XU, K., D. B. EVANS, K. KAWABATA, R. ZERAMDINI, J. KLAVUS, C. J. MURRAY, 2003. *Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis.* The Lancet, 362(9378), ISSN: 111-117.

XU, Ke et al., 2004. *Distribution of health payments and catastrophic expenditures – Methodology*, Geneva : World Health Organization. [cit. 2018-05-01]. Dostupné z http://apps.who.int/iris/handle/10665/69030

XU, Ke et al., 2007. *Protecting households from catastrophic health spending.* Health affairs, 26(4), ISSN: 972-983.

Zákon č. 134/2016 Sb. Zákon o zadávání veřejných zakázek (nový). Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 27. 06. 2019]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-134

Zákon č. 261/2007 Sb. Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 19.06.2019]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2007-261

Zákon č. 280/1992 Sb. Zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 19.06.2019]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-280

Zákon č. 326/1999 Sb. Zákon o pobytu cizinců na území ČR. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 14.06.2019]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1999-326

Zákon č. 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 05.06.2019]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48

Zákon č. 551/1991 Sb. Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Zákony pro lidi – Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © [cit. 19.06.2019]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-551

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, 2008. *Výroční zpráva za rok 2007.* Mladá Boleslav: ZPŠ. [online]. Dostupné z: https://www.zpskoda.cz/files/24/vz-07_1.pdf

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, 2009. *Výroční zpráva za rok 2008*. Mladá Boleslav: Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. [online]. Dostupné z: https://www.zpskoda.cz/files/25/vz-08.pdf

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, 2010. *Výroční zpráva za rok 2009.* Mladá Boleslav: Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. [online]. Dostupné z: https://www.zpskoda.cz/files/23/vz_2009_2.pdf

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, 2011. *Výroční zpráva za rok 2010.* Mladá Boleslav: Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. [online]. Dostupné z: https://www.zpskoda.cz/files/20/VZ%202010.pdf

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, 2012*. Výroční zpráva za rok 2011*. Mladá Boleslav: Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. [online]. Dostupné z: https://www.zpskoda.cz/files/18/Informace%20k%20v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1v%C4%9B%20ZP%C5%A0%20za%20rok%202011.pdf

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, 2013. *Výroční zpráva za rok 2012.* Mladá Boleslav: Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. [online]. Dostupné z: https://www.zpskoda.cz/files/26/VZ2012.pdf

Zdravotní pojišťovna AGEL, 20. *Výroční zpráva za rok 2009.* Ostrava: Zdravotní pojišťovna AGEL. [online]. Dostupné z: https://www.agel.cz/o-nas/vyrocni-zpravy/vz-agel-2009.pdf

Zdravotní pojišťovna MÉDIA, 2010. *Výroční zpráva zdravotní pojišťovny MÉDIA za rok 2009.* Praha: Zdravotní pojišťovna MÉDIA. [online]. Dostupné z: www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=66338

Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE, 2009. *Výroční zpráva Zdravotní pojišťovny METAL-ALIANCE za rok 2008*. Kladno: Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE. [online]. Dostupné z: https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=58564&pdf=1

Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE, 2010. *Výroční zpráva zdravotní pojišťovny METAL-ALIANCE za rok 2009.* Kladno: Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE. [online]. Dostupné z: https://docplayer.cz/28641032-Vyrocni-zprava-zdravotni-pojistovny-metal-aliance.html

Zdravotní pojišťovna MÉDIA, 2011. *Výroční zpráva zdravotní pojišťovny MÉDIA za rok 2010.* Praha: Zdravotní pojišťovna MÉDIA. [online]. Dostupné z: www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=76104

Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE, 2012. *Výroční zpráva zdravotní pojišťovny METAL-ALIANCE za rok 2011.* Kladno: Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, 2008. *Výroční zpráva za rok 2007*. Praha: Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. [online]. Dostupné z: https://www.zpmvcr.cz/o-nas/dokumenty/vyrocni-zpravy/

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, 2009. *Výroční zpráva 2008.* Praha: Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. [online]. Dostupné z: https://www.zpmvcr.cz/o-nas/dokumenty/vyrocni-zpravy/

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, 2010. *Výroční zpráva 2009.* Praha: Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. [online]. Dostupné z: https://www.zpmvcr.cz/o-nas/dokumenty/vyrocni-zpravy/

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, 2011. *Výroční zpráva Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky 2010.* Praha: Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. [online]. Dostupné z: https://www.zpmvcr.cz/o-nas/dokumenty/vyrocni-zpravy/

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, 2012. *Výroční zpráva 2011*. Praha: Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. [online]. Dostupné z: https://www.zpmvcr.cz/o-nas/dokumenty/vyrocni-zpravy/

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky, 2013. *Výroční zpráva 2012*. Praha: Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky. [online]. Dostupné z: https://www.zpmvcr.cz/o-nas/dokumenty/vyrocni-zpravy/

ZLÁMAL, Filip. Logistická regrese [online]. Brno, 2013 [cit. 2019-06-19]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/jkx3p/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Přírodovědecká fakulta. Vedoucí práce Zdeněk Pospíšil.