

Masarykova univerzita
Ekonomicko-správní fakulta

ZDRAVOTNÍ POLITIKA A JEJÍ EKONOMICKÁ DIMENZE

Ivan Malý, Zuzana Kotherová a kolektiv

Brno 2015



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

**Inovace studia ekonomických disciplín v souladu s požadavky znalostní ekonomiky
(CZ.1.07/2.2.00/28.0227)**

Autoři

Ivan Malý	odborný garant projektu, závěrečná editace autor/spoluautor kapitol 5–7, 9
Zuzana Kotherová	autorka/spoluautorka kapitol 4, 6, 8, 10, 11
Karolína Dobiášová	spoluautorka kapitol 1, 2
Petr Háva	spoluautor kapitoly 3
Helena Hnilicová	autorka kapitoly 12
Pavla Mašková	spoluautorka kapitol 2, 3
Eva Tušková	autorka/spoluautorka kapitol 1, 4

Recenzenti:

MUDr. Pavel Vepřek
Ministerstvo zdravotnictví ČR

doc. Ing. Alena Maaytová, Ph. D.
Vysoká škola ekonomická v Praze

OBSAH

Úvod	9
1 Zdraví a jeho determinanty	10
1.1 Vývoj pohledu na zdraví – biomedicínský a sociální model zdraví.....	10
1.2 Individuální a sociální hodnota zdraví, potřeba zdraví.....	17
1.3 Determinanty zdraví.....	17
1.4 Kategorie zdraví z ekonomického pohledu	20
2 Spravedlnost a rovnost ve zdraví jako základní principy zdravotní politiky a strategie jejich rozvoje.....	24
2.1 Spravedlnost a rovnost ve zdraví jako teoretické koncepty, vysvětlení pojmů	24
2.2 Strategie rozvoje spravedlnosti a ekvity ve zdraví v současném mezinárodním diskurzu zdravotní politiky a ekonomiky	29
2.3 Reflexe mezinárodního odborného diskurzu spravedlnosti a ekvity ve zdraví v českém politickém diskurzu	34
3 Lidská práva se vztahem ke zdraví	39
3.1 Základní pojmy a definice.....	39
3.2 Historický vývoj konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví	43
3.3 Role hlavních organizací (nadnárodních aktérů) a hlavní události vývoje konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví	43
3.4 ČR a její závazky ve vztahu k lidským právům se vztahem ke zdraví.....	49
4 Zdravotní politika: proces její tvorby a realizace; aktéři a instituce ve zdravotní politice	54
4.1 Možnosti vymezení zdravotní politiky.....	54
4.2 Analytické a výkladové rámce pro zkoumání zdravotní politiky, jejího vzniku a vývoje	58
4.3 Aktéři zdravotní politiky	61
4.4 Nástroje zdravotní politiky	64
4.5 Dilemata zdravotní politiky	64
5 Zdravotnictví jako součást národního hospodářství	69
5.1 Základní charakteristika odvětví a jeho funkce	69
5.2 Význam odvětví	73
5.3 SHA- System of Healthcare Accounts – zdravotní účty	76

6	Trhy se zdravotní péčí.....	81
6.1	Zdravotnictví jako předmět zájmu ekonomické teorie	81
6.2	Specifika zdravotnických trhů.....	84
6.3	Role „třetí strany“	88
6.4	Existence čistých veřejných (kolektivních) statků a externality	92
6.5	Arrowovy charakteristiky trhu se zdravotní péčí	93
7	Poptávka po zdravotní péči	98
7.1	Potřeba versus poptávka po zdraví a zdravotnických službách	98
7.2	Vlastnosti poptávky po zdravotní péči	102
7.3	Racionalizace (omezování) poptávky	105
8	Nabídka zdravotní péče.....	110
8.1	Vlastnosti nabídky zdravotní péče.....	110
8.2	Nástroje racionalizace nabídky.....	117
9	Financování zdravotní péče.....	122
9.1	Formy financování	123
9.2	Modely financování	123
9.3	Metody financování „třetí stranou“	125
10	Zdravotní pojištění a organizace zdravotnictví v ČR.....	139
10.1	Systém veřejného zdravotního pojištění: charakteristika, účastníci.....	139
10.2	Poskytovatelé zdravotních služeb a úhrady péče	146
11	Transformace českého zdravotnictví.....	151
11.1	Historický vývoj do roku 2006	151
11.2	Julínkova reforma – příklad neúspěšné reformy zdravotnictví.....	159
12	Mezinárodní pohled na zdravotnické systémy.....	166
12.1	Komparativní studium zdravotnických systémů jako součást oboru veřejné zdravotnictví.....	166
12.2	Zdravotnické systémy ve světě – hlavní modely a jejich charakteristika	170

SEZNAM BOXŮ

Box 1. Základní ukazatele úmrtnosti	13
Box 2. Základní ukazatele nemocnosti	14
Box 3. Souhrnné ukazatele zdravotního stavu populace	15
Box 4. Faktory, které mohou způsobit variace ve výsledcích epidemiologických šetření.....	19
Box 5. Cíle Národní strategie Zdraví 2020	35
Box 6. Právo na zdraví – právo na nejvyšší dosažitelný standard zdraví.....	40
Box 7. Přirozený zákon vs. pozitivní zákon	41
Box 8. Rozdíl mezi pojmy „lidská práva se vztahem ke zdraví“ a „práva pacientů“	41
Box 9. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech.....	44
Box 10. Českou republikou ratifikované mezinárodní dokumenty	49
Box 11. Článek 31 Listiny základních práv a svobod.....	50
Box 12. Vybrané definice zdravotní politiky.....	54
Box 13. Základní klasifikace odvětví terciárního sektoru dle NACE	72
Box 14. Způsobilost k výkonu povolání lékaře v ČR	111

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Celkové výdaje na zdravotnictví jako % HDP (ČR a její sousedé, srovnání s průměrem EU).....	75
Graf 2. Vztah mezi střední délkou života a celkovými výdaji na zdravotnictví.....	75
Graf 3. Vztah mezi bohatstvím a velikostí výdajů na zdravotnictví.....	76
Graf 4. Průběh poptávkové křivky podle Feldsteina	103
Graf 5. Počet lůžek na 1 000 obyvatel v roce 2000 a 2012	156
Graf 6. Počet lůžek na 10 000 obyvatel v roce 2013	157

SEZNAM SCHÉMÁT

Schéma 1. Subjektivní a objektivní pojetí zdraví a nemoci	12
---	----

Schéma 2. Znázornění fenoménu ledovce (tzv. „clinical iceberg model“)	16
Schéma 3. Přirozený rozvoj nemoci	16
Schéma 4. Příklady provázanosti zdraví a lidských práv	42
Schéma 5. Prvky konceptu práva na zdraví podle WHO	45
Schéma 6. Zdravotní politika a její vliv na determinanty zdraví	57
Schéma 7. „Magický trojúhelník“ hodnocení zdravotnických systémů	66
Schéma 8. Hlavní komponenty ekonomie zdravotní péče	83
Schéma 9. Vztahy na zdravotním trhu	89
Schéma 10. Vztah mezi subjektivní potřebou, poptávkou a objektivní potřebou	100
Schéma 11. Přehled procesu nákupu péče	116

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Aktéři ve zdravotnictví	62
Tabulka 2. Příklady možných nástrojů zdravotní politiky	64
Tabulka 3. Výdaje na konečnou spotřebu domácností podle účelu – národní pojetí (běžné ceny) 2010 - 2013	78
Tabulka 4. Rozdíly mezi trhem se zdravotní péčí a standardními trhy s dokonalou konkurencí	86
Tabulka 5. Výkonové ukazatele jako základny pro financování	126
Tabulka 6. Různé metody určení výše úhrady	127
Tabulka 7. Seznam zdravotních pojišťoven a počty pojištěnců (2014)	140
Tabulka 8. Zdravotnická zařízení (ZZ) v číslech (rok 2013)	146
Tabulka 9. Vývoj reformy zdravotnictví v letech 1990–2006	158
Tabulka 10. Příčiny neprosazení Julínkovy reformy	163

SEZNAM ZKRATEK

AAAQ – Dosažitelnost, přístupnost, přijatelnost, kvalita (*Availability, Accessibility, Acceptability, Quality*)
Charta - Charta základních práv a svobod Evropské unie
COFOG - Klasifikace funkcí vlády (*Classification of the Functions of Government*)
čl. - článek
ČLK – Česká lékařská komora
ČSK – Česká stomatologická komora
ČR – Česká republika
ČSÚ – Český statistický úřad
DRGs - Diagnosticky příbuzné skupiny (*Diagnosis-related groups*)
EHCI - Evropský index zdravotnického spotřebitele (*European Health Consumer Index*)
EMTALA - Emergency Medical Treatment and Active Labor Act
EU – Evropská unie
Evropská úmluva - Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod
HDP - hrubý domácí produkt
HMO's - organizací řízené péče v USA (*Health Maintenance Organization*)
IPVZ - Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
IRR - vnitřní výnosové procento
KÚNZ - Krajský ústav národního zdraví
MÚNZ – Městský ústav národního zdraví
MZ ČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NACE - Klasifikace ekonomických činností
NHS - Národní zdravotnická služba (*National Health Service*)
NPR - Národní program reforem ČR
NRC - Národní referenční centrum
odst. - odstavec
OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OSN - Organizace spojených národů
OÚNZ - Okresní ústavy národního zdraví
PCTs – Integrovaná sdružení poskytovatelů primární péči (*Primary Care Trusts*)
PČR - Parlament ČR
SHA - Systém zdravotnických účtů
SNA - Systému národních účtů
SZP - Svaz zdravotních pojišťoven
SZÚ - Státního zdravotního ústavu
Úmluva o lidských právech a biomedicíně - Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.
ÚS - Ústavní soud
ÚZIS - Ústavu zdravotnických informací a statistiky
VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
WHO - Světová zdravotnická organizace (*World Health Organization*)
ZP - Zdravotní pojišťovna

ZZ – Zdravotnické zařízení

ZZP - zaměstnanecké zdravotnické pojišťovny

Úvod

Vážení čtenáři,

fungování zdravotnického systému se dříve či později dotýká téměř každého z nás. Dostupnou a kvalitní zdravotní péči vnímáme jako jedno ze základních práv, známku vyspělosti a civilizovanosti země, společnosti, ve které lidé žijí. Zdraví je jednou z nejvýznamnějších hodnot a je přirozené, že existuje mnoho názorů na to, jak má být poskytování zdravotní péče organizováno a financováno. Nesmírně rychlý růst technologických možností a vědecký pokrok v oblasti medicíny umožňují dříve nevídané. Na druhé straně, jde o odvětví, ve kterém všude na světě velice ostře vystupuje rozpor mezi omezenými zdroji a téměř neomezenými potřebami. Dnešní zdravotní politiky tak stojí před řadou složitých otázek, k jejichž řešení nestačí jen povšechné znalosti a dobrá vůle. Vyžadují profesionální a interdisciplinární přístup, který umí postihnout úzce medicínské, etické i ekonomické aspekty různých variant.

Naše nová učebnice „Zdravotní politika a její ekonomická dimenze“ se snaží o právě takový interdisciplinární přístup, aby pomáhala připravovat poučené profesionály. Vznikla díky projektu OP VK spoluprací týmu složeného ze zástupců dvou respektovaných pracovišť: Ekonomicko-správní fakulty Masarykovy univerzity a Fakulty sociálních věd Univerzity Karlovy.

Učebnice si klade za cíl uvést Vás do této složité problematiky tak, abyste uměli mimo jiné pochopit zdroje odlišnosti různých odpovědí na současné výzvy a byli rovněž schopni zaujmout vlastní, kvalifikovaný názor.

Pokud Vás náš text inspiruje k připomínkám, radám či doplnění, velice rádi je přivítáme*.

Autoři

* nejlépe na adrese ivan@econ.muni.cz.



1 Zdraví a jeho determinanty

CO JE CÍLEM TÉTO KAPITOLY?

Tato kapitola by Vás měla seznámit s různými koncepty zdraví a nemoci. Stručně se zabývá také hodnotou zdraví a determinantami zdravotního stavu. Jde vlastně o první a důležité představení hlavních pojmů. Kapitola naznačuje důsledky konkrétního pojetí zdraví, nemoci, hodnoty zdraví a determinant zdraví jak pro praktické měření zdravotního stavu populace, tak pro tvorbu zdravotní politiky. Dále v ní najdete základní informace o ukazatelích zdravotního stavu populace a může Vám tak při studiu zdravotní politiky a ekonomiky pomoci při setkání s ukazateli a analýzami zdravotního stavu. K nim je totiž třeba přistupovat poučeně a kriticky, se základní znalostí způsobů konstrukce jednotlivých ukazatelů a získávání dat. Epidemiologické poznatky jsou také jedním ze základních východisek tvorby zdravotní politiky. V závěru kapitoly shrneme některé významné vlastnosti zdraví mající silný vliv na tvorbu a implementaci zdravotní politiky v konkrétním reálném ekonomickém prostředí.

KLÍČOVÁ SLOVA

zdraví	determinanty zdraví
nemoc	sociální determinanty zdraví
pozitivní a negativní definice zdraví	ukazatele zdravotního stavu populace
objektivní a subjektivní pojetí zdraví a nemoci	incidence
individuální a sociální hodnota zdraví	prevalence
	epidemiologie

1.1 Vývoj pohledu na zdraví – biomedicínský a sociální model zdraví

Biomedicínský a sociální model zdraví představují kořeny současného převažujícího odborného chápání zdraví. Biomedicínský model se rozvinul zejména po průlomových objevech bakteriologie v 19. století a s jistými modifikacemi se uchoval až do dnešní medicínské praxe. Sociální (jinak také „salutogenní“ či „holistický“) model se vyvinul v reakci na model biomedicínský v polovině 20. století. **Biomedicínský model zdraví** nahlíží

na zdravého člověka jako na jedince, u něhož není objektivně prokázána nemoc. Tento model byl však posléze kritizován pro jeho orientaci na patogen – důraz na nemoc oproti zdraví, řešení zdravotních problémů převážně prostřednictvím medicínských technologií a vytěsnění prevence na okraj diskuse o zdraví a nemoci. **Salutogenní přístup** nás oproti tomu nutí zamyslet se také nad tím, **co zdraví napomáhá**, nikoliv pouze nad tím, co jej ohrožuje. Na jedince je touto optikou nazíráno v jeho celistvosti, spíše než jako na soubor různých, od sebe odpoutaných tělesných orgánů. Salutogenní přístup vedl tak k většímu zájmu o možnosti posílení zdraví působením na životní styl člověka a jeho životní prostředí.

Pojmy zdraví a nemoc

Termín „zdraví“¹ lze definovat mnoha způsoby. Intuitivně asi každý z nás chápe, co konkrétně pro něho znamená „být zdravý“. Chceme-li však tento termín přesněji vymezit, narážíme právě na jeho mnohoznačnost. **To, jak zdraví chápeme a definujeme, se následně projevuje ve způsobu, jak o zdraví hovoříme, jak jej hodnotíme, měříme, ale také v cestách, jimiž se rozhodneme zdraví chránit nebo zlepšovat. Konkrétní pojetí zdraví se tedy promítá také do praktické tvorby a realizace zdravotní politiky.**

Obecně můžeme rozlišit tzv. **pozitivní a negativní definice zdraví**. Příkladem kombinace pozitivního a negativního vymezení je definice Světové zdravotnické organizace, obsažená v preambuli zakládající listiny této organizace z roku 1946: *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci či fyzické slabosti“*². Zdraví tedy chápe WHO jako kombinaci úplné pohody (pozitivní vymezení) a nepřítomnosti nemoci (negativní vymezení). Tato definice je však zároveň kritizována pro užití vágního, těžce měřitelného a příliš idealistického sousloví „úplná tělesná, duševní a sociální pohoda“. Skepse panuje také okolo otázky, zda je dle této definice vůbec možné zdraví dosáhnout a zda je vhodné stanovovat si takovéto těžce dosažitelné cíle. Zaměření definice na **různé dimenze pohody**, tedy nejen na biologickou – fyzickou, ale také na duševní či sociální dimenzi, je ale považováno za pokrok oproti striktně biologizujícímu pohledu na zdraví, který si všímá pouze mechanismů fungování lidského těla. Jak píše Holčík, **duševní (či psychologické) zdraví** *„zahrnuje i emocionální zdraví, vztahuje se k intelektuálním schopnostem a subjektivnímu*

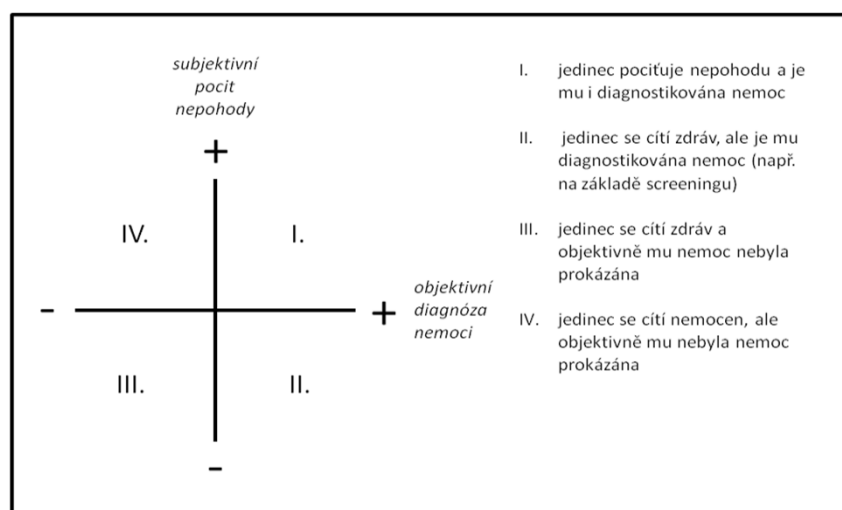
¹ V češtině se přídavné jméno „zdravý“ nejspíše vyvinulo z výrazu su-doruo – doslova „jsoucí z dobrého dřeva“ (Rejzek, 2012). Anglické „health“ má své kořeny ve slově „wholesness“, které bychom mohli přeložit jako „úplnost“.

² „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1946).

hodnocení vlastního zdravotního stavu“ (Holčík, 2010: 14), **sociální zdraví** se pak týká „schopnosti navazovat sociální kontakty, rozvíjet uspokojivé mezilidské vztahy a zvládat sociální role“ (tamtéž). Definice WHO byla později v roce 1977, v rámci programu Health for All by the Year 2000, doplněna ještě o „schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život“ (WHO, 1981), čímž bylo **zdraví vymezeno také z hlediska jeho funkce** jako jedna z podmínek, která nám umožňuje vést kvalitní a plnohodnotný život.

Při praktickém hodnocení zdravotního stavu se většinou opíráme spíše o **negativní definice zdraví**. Zdraví je tak vymezeno jako absence **nemoci** či **nepohody**, kdy za nemoc je většinou považován určitý **objektivně definovaný, medicínsky identifikovatelný**³ stav člověka, „nepohoda“ (či „onemocnění“) pak odkazuje spíše k **subjektivnímu vnímání** jedince. Logicky vyvstává otázka, koho tedy vlastně můžeme považovat za nemocného a zda se máme řídit objektivním či subjektivním pojetím nemoci. Schéma 1 kombinuje subjektivní a objektivní rovinu zdraví a znázorňuje možné stavy, ve kterých se jako jedinci můžeme nalézat.

Schéma 1. Subjektivní a objektivní pojetí zdraví a nemoci



Zdroj: Naidoo, Wills 2009; přeloženo

Rozhodnutí, zda budeme upřednostňovat subjektivní a objektivní pojetí zdraví a nemoci následně ovlivňuje přístup k měření a hodnocení zdravotního stavu populace a potažmo

³ V současnosti je v platnosti desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace. V přípravě a testování je revize jedenáctá.

tvorbu zdravotní politiky, která by v ideálním případě měla zdravotní stav populace prostřednictvím svých opatření reflektovat. Boxy 1, 2 a 3 stručně uvádí základní užívané ukazatele zdravotního stavu populace (podrobněji viz Kalibová, 2004; Beaglehole et al., 2006).⁴

Box 1. Základní ukazatele úmrtnosti

Hrubá míra úmrtnosti zachycuje buď úmrtnost obecně, nebo úmrtnost související s konkrétní příčinou smrti. Obecná hrubá míra úmrtnosti vyjadřuje poměr počtu zemřelých ke střednímu stavu obyvatelstva ve sledovaném období. Hrubá míra úmrtnosti se většinou udává v ‰.

Hrubá míra úmrtnosti pro konkrétní příčinu smrti (jindy nazývaná také „míra smrtelnosti“ či „míra letality“) vyjadřuje počet zemřelých na konkrétní příčinu na 100 000 osob vystavených riziku úmrtí za dané období.

Hrubé míry úmrtnosti nejsou věkově standardizované a nemohou tak být použity pro srovnávání populací s odlišnou věkovou strukturou. Proto jsou užívány věkově a genderově specifické míry úmrtnosti (např. kvocient kojenecké úmrtnosti nebo míra mateřské úmrtnosti). Pro srovnávání jednotlivých populací jsou většinou používány tzv. standardní populace – Segi world population, European standard population, která je založená na populaci Švédska, WHO world standard population, založená na projekci světové populace v roce 2025, případně lze jako standard využít jednu ze srovnávaných populací apod.

Míra fatality (jinak také „míra smrtelnosti“) vyjadřuje podíl počtu zemřelých na danou příčinu smrti a počtu osob, u nichž byla daná nemoc diagnostikována. Tato míra se udává na 100, případně 1000 osob. Míra fatality vlastně vyjadřuje riziko úmrtí v případě, že bude jedinci určitá nemoc diagnostikována.

Relativní úmrtnost vyjadřuje podíl počtu úmrtí na specifickou příčinu a celkového počtu všech úmrtí – tento ukazatel je vhodné použít v případě, kdy je pro nás těžké určit celkový počet obyvatel sledované populace, ale disponujeme evidencí o úmrtích.

Ukazatele úmrtnosti dovedou dobře popsat závažnost situace u nemocí s vysokou fatalitou, jelikož u těchto nemocí nenastává problém s mnohostí příčin úmrtí.

Naděje dožití udává průměrný počet let, který zbývá ještě prožít osobě v určitém věku, bude-li pokračovat aktuální řád vymírání. Naději dožití lze určit pro jakýkoliv věk. Nejčastěji se setkáme s uváděním naděje dožití při narození. U tohoto ukazatele hraje velkou roli kojenecká úmrtnost, jelikož snižuje daný průměr mnohem více nežli úmrtí v pozdějším věku.

Zdroj: Kalibová, 2004; Beaglehole et al., 2006

⁴ Pro překlad názvů jednotlivých epidemiologických ukazatelů do češtiny byla použita publikace Bencko et al., 2003.

Box 2. Základní ukazatele nemocnosti

Ukazatele nemocnosti mohou sloužit jako vysvětlení vývoje úmrtnosti. Zdrojem dat jsou v tomto případě nemocniční záznamy (o přijetí a propuštění), záznamy praktických lékařů, ambulantních specialistů a speciální registry.

Nemocnost je většinou vyjádřena a vysvětlena za pomoci různých indikátorů prevalence a incidence nemoci či determinant zdraví.

Prevalence vyjadřuje počet případů (majících danou nemoc/vlastnost) v populaci v jednom časovém okamžiku.

Můžeme rozlišit okamžikovou prevalenci („*point prevalence rate*“) – kurčitému datu, intervalovou prevalenci („*period prevalence rate*“) – v ohraničeném časovém období, a celoživotní prevalenci („*lifetime prevalence*“), která se zjišťuje v jednom časovém okamžiku a udává celkový počet případů (osob), které v průběhu svého života danou nemoc či vlastnost měly či mají.

Prevalence představuje dobrý podklad pro rozhodování o struktuře poskytovaných zdravotních služeb.

Naproti tomu **incidence** vyjadřuje počet nových případů v populaci v riziku („*population at risk*“) za určitý časový úsek. Vystihuje tak vlastně riziko onemocnění. Incidence se konstruuje buď jako podíl počtu nově vzniklých případů a středního stavu obyvatelstva v daném roce, nebo jako podíl počtu nově vzniklých případů a počtu tzv. osobočasů před vznikem onemocnění (tehdy hovoříme o tzv. „hustotě incidence“).

Tzv. kumulativní incidence uvádí podíl počtu lidí nakažených za určitý časový úsek a počtu osob v populaci v riziku na počátku sledovaného časového úseku – většinou se udává v promile. Vyjadřuje tedy, kolik lidí se již nakazilo z původní zdravé populace.

Vzájemný vztah prevalence a incidence

Prevalenci ovlivňuje závažnost onemocnění (závažná onemocnění, u kterých dochází k úmrtí, mohou vést ke snížení prevalence), doba trvání choroby (prevalence je nižší, jde-li o onemocnění s krátkým průběhem) a incidence (s rostoucí incidencí roste i prevalence). Příkladem nemoci, která vykazuje vysokou prevalenci a nízkou incidencí, je např. diabetes. Příkladem nemoci s nízkou prevalencí a vysokou incidencí může být sezónní chřipka.

Zdroj: Kalibová, 2004; Beaglehole et al., 2006

Box 3. Souhrnné ukazatele zdravotního stavu populace

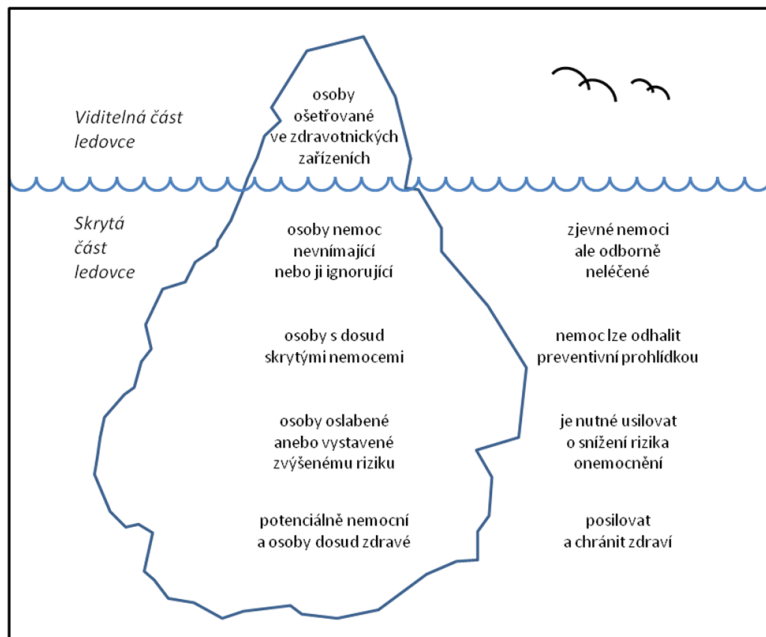
Pro komplexnější vyjádření zdravotního stavu populace byly konstruovány různé souhrnné ukazatele, např. ukazatel PLL („*years of potential life lost*“ – počet let ztracených v důsledku předčasného úmrtí) nebo HLE („*healthy life expectancy*“ – naděje dožití ve zdraví). Asi v současnosti nejkompaktnějším ukazatelem je tzv. **DALYs** („*disability-adjusted life years*“), užívaný WHO a konstruovaný jako součet počtu let potenciálně ztracených v důsledku předčasného úmrtí (YLL – „*years of life lost due to premature death*“) a počtu let produktivního věku ztracených v důsledku disability (YLD – „*years of life lost due to disability*“). 1 DALY tak vyjadřuje ztrátu jednoho roku zdravého života. DALYs vyjadřuje rozdíl mezi aktuálním zdravotním stavem populace a ideálem.

Zdroj: Kalibová, 2004; Beaglehole et al., 2006

Při hodnocení zdravotního stavu populace hraje také velkou roli sběr a zdroje dat. Metody sběru dat ovlivňují konečný obrázek, který si o zdravotním stavu určité populace vytvoříme. Budeme-li zdravotní stav měřit s využitím statistik, které pracují s nahlášenými diagnózami, tedy s případy, které zachytí zdravotnický systém, dojdeme k jiným závěrům, než budeme-li provádět např. výběrové šetření zaměřené na subjektivní sebehodnocení zdravotního stavu respondentů. Na tuto skutečnost nás upozorňuje známé schéma ledovce (viz schéma 2). Na pomyslné špičce ledovce se nalézají pro nás viditelné, zdravotnickým systémem zachycené případy. Spadají sem ale také případy nesprávně diagnostikované. „Pod hladinou“ se pak nalézá zbytek populace. Po pravé straně ledovce jsou popsána možná opatření v rámci zdravotního systému, cílená na jednotlivé skupiny případů.

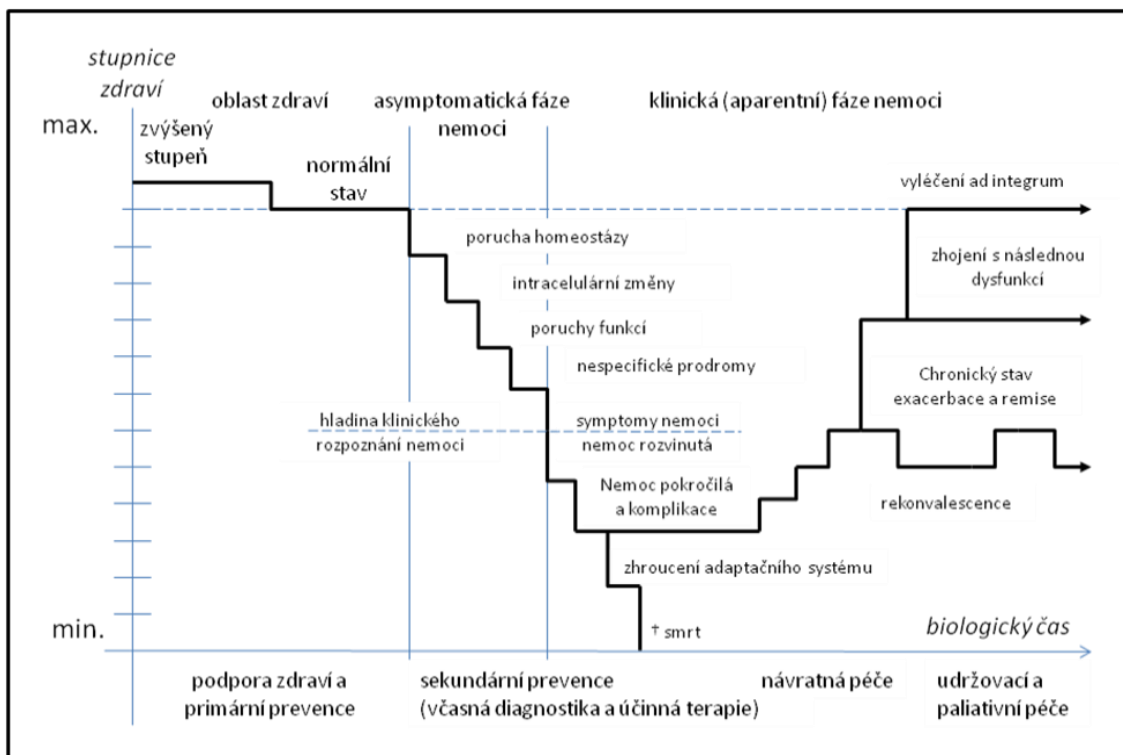
Na zdraví a nemoc můžeme dále nahlížet z hlediska jejich dynamiky a vzájemné provázanosti. Rozlišujeme tak pojetí zdraví a nemoci jako stavu (např. chápání zdraví jako určitého cílového žádaného stavu – viz definice WHO) **a pojetí zdraví a nemoci jako procesu.** Přístupy, které chápou zdraví a nemoc jako dva konce pomyslného kontinua, vycházejí z teze, že zdraví je určitým výsledkem vzájemného vztahu organismu a prostředí. Pokud organismus zvládá nároky prostředí, nachází se tak ve stavu zdraví. Pokud však jsou nároky prostředí na jedince příliš vysoké, dostává se organismus postupně do fáze poruchy zdraví. Přejít od zdraví k nemoci zachycuje tzv. schéma přirozeného rozvoje nemoci (viz schéma 3).

Schéma 2. Znárodnění fenoménu ledovce (tzv. „clinical iceberg model“)



Zdroj: Holčík, 2010: 18

Schéma 3. Přirozený rozvoj nemoci



Zdroj: Žáček, 1984

1.2 Individuální a sociální hodnota zdraví, potřeba zdraví

Zdraví je jednou ze základních lidských **potřeb**. Tato potřeba vychází jak z individuálního pudu sebezáchovy a z nepříjemného pocitu, který prožíváme v průběhu onemocnění, tak z našeho požadavku zvládat každodenní činnosti a povinnosti. Zdraví je tak možné chápat jako cíl sám o sobě a zároveň jako prostředek, který nám napomáhá dosahovat dalších cílů.

Zdraví je z tohoto důvodu důležitou **individuální hodnotou**, tedy něčím, čemu jako jedinci přisuzujeme v našem životě velký význam. Zdraví je ovšem také často označováno za **sociální hodnotu**, a to v případě, že společnost uznává jeho význam pro své fungování a snaží se jej podporovat a chránit. Toto uznání může být založeno na různých motivacích. Zdraví populace ovlivňuje výkonnost ekonomiky, je předpokladem bojeschopné armády, hromadná infekční nákaza by ohrozila samotné přežití skupiny. Z hlediska přirozenoprávního může být právo na zdraví uznáno představiteli státu jako jedno ze základních lidských práv (viz kapitola 3). **To, zda zdraví je či není chápáno jako sociální hodnota, podmiňuje do velké míry podobu konkrétní zdravotní politiky.**

1.3 Determinanty zdraví

1.3.1 Role epidemiologie ve výzkumu determinant zdraví

Zcela zásadní, jak pro chápání zdraví a nemoci, tak pro úspěšnost možných snah o ovlivňování zdravotního stavu populace, je znalost faktorů podmiňujících zdraví. Na tomto místě je třeba si uvědomit, že jak zdravotní stav populace, tak poznatky o determinantách tohoto stavu, se stále vyvíjejí. K tomuto vývoji přispěla hlavně **epidemiologie**, kterou můžeme definovat jako „*studium výskytu a rozložení se zdravím souvisejících stavů nebo událostí u konkrétních populací, včetně studia determinant těchto stavů a aplikace těchto poznatků v prevenci a kontrole zdravotních problémů*“ (Porta, 2008: 81). V epidemiologii se tak snoubí deskripce zdravotního stavu populace (výskyt a rozložení určitých, se zdravím souvisejících charakteristik nebo událostí) s explanací (vysvětlením tohoto výskytu a rozložení), ale i s praktickým využitím znalostí (působením ve prospěch prevence a kontroly).

Epidemiologie vychází zejména ze závěrů statistiky a poznatky o příčinách zdravotních stavů tedy nemají absolutní, ale pravděpodobnostní povahu (koncept pravděpodobnostní kauzality viz Beebe et al., 2009: kpt. 9). Zejména odhalování příčin nemocí je velmi složitou disciplínou, která nikdy nekončí a stále nám poskytuje nové informace. Jako laici tak můžeme

mít velmi často pocit, že zdravotní doporučení, která nám zprostředkovávají média s odkazem na nové epidemiologické výzkumy, se mění doslova každým dnem. Box 4 uvádí základní faktory, které mohou ovlivnit výsledky epidemiologických šetření. Tyto faktory bychom měli mít na paměti kdykoliv narazíme na informace o zdravotním stavu populace, jeho vývoji a jeho determinantách.

1.3.2 Vývoj poznatků o determinantách zdraví

Výzkumu determinant zdraví nejprve dominoval biomedicínský přístup, který se snažil nacházet příčiny nemoci hlavně ve fungování různých částí lidského těla jedince, včetně genetických dispozic. Ke změně přístupu k determinantám zdraví přispěla kromě nových poznatků o příčinách nemocí také tzv. transformace patologie. Došlo k postupnému zvládnutí infekčních chorob, k prodlužování délky života a k nástupu chorob nepřenositelných.

Za průlomový okamžik ve vývoji modelů determinant zdraví je považována tzv. Lalondova zpráva o zdravotním stavu Kanadčanů z roku 1974, která nabídla široký pohled na faktory ovlivňující zdraví⁵. **Za základní faktory považovala biologický (genetický) základ jedince, životní styl, životní prostředí a zdravotní péči (Lalonde, 1974). V současnosti se uvádí, že biologický základ jedince zodpovídá za zdravotní stav z 10 %, životní styl z 40 %, životní prostředí z 35 % a péče o zdraví a zdravotnictví ze zbývajících 15 %** (viz např. Holčík, 2010). Ačkoliv je nutné brát tyto údaje s rezervou, jelikož se reálné váhy jednotlivých faktorů mohou u různých populací lišit, tyto informace naznačují, že biologické charakteristiky jedince a systém zdravotní péče nejsou zdaleka jedinými determinantami zdraví. V nedávné době byl tento zjednodušený model rozšířen o zastřešující faktor sociálních determinant zdraví.

⁵ Ekonomové zde hovoří o tzv. produkční funkci zdraví. Její formální vyjádření by mohlo vypadat např. takto:

$$Z = f(X_1, X_2, \dots, X_i);$$

kde Z je úroveň zdraví, f značí funkci a X_i symbolizuje jednotlivé produkční faktory jako genetické předpoklady, vzdělání (osoby s vyšším vzděláním pravděpodobněji rychleji rozpoznají symptomy a také tíhnou více k využívání preventivních aktivit), příjem, majetek (nestačí vědět, co je zdraví prospěšné, ještě je potřeba na to mít), odpovídající výživa, kvalitní pitné vody, životní prostředí (včetně kvality bydlení, stupně urbanizace apod.), životní styl (pracovní zatížení, tělesný pohyb, stres, kouření, rizikové sexuální praktiky).

Box 4. Faktory, které mohou způsobit variace ve výsledcích epidemiologických šetření

Variace v ukazatelích zdravotního stavu (např. při porovnávání dvou populací nebo zkoumání vývoje zdravotního stavu v čase) mohou být způsobeny kromě reálné změny v populaci také dalšími faktory. Do úvahy bychom tedy měli vzít:

- změny v klasifikaci nemoci/diagnózy/symptomů a okolnosti spojené s vykazováním dat o zdravotním stavu,
- rozdíly v demografických charakteristikách populace (zejména pak ve věkovém složení populace),
- změnu v návštěvnosti lékařů, čili v chování pacientů, které může mít za následek nižší či vyšší počet zachycených případů,
- možné chyby při sběru dat, kódování a interpretaci výsledků,
- možnost výběru ze statistického hlediska velmi nereprezentativního vzorku,
- cílené zkreslení dat.

Zdroj: Autoři

1.3.3 Sociální determinanty zdraví

Řada epidemiologických studií potvrzuje s narůstající jistotou, že rozdílné vzorce nemocí mezi populacemi jsou produkovány nastavením společnosti (Detels et al., 2009: 103).

Koncept sociálních determinant zdraví je možno chápat jako soubor sociálních podmínek v nichž lidé žijí a pracují (Detels et al., 2009: 102). Světová zdravotnická organizace zase definuje sociální determinanty jako „*soubor podmínek, v nichž se lidé narodí, vyrůstají, žijí, pracují a stárnou včetně systémů vytvořených na ochranu před nemocí. Tyto podmínky jsou v širším pojetí formovány vlivem ekonomického, sociálního a politického nastavení*“ (WHO, 2012a). V této souvislosti s tímto konceptem je nutno si uvědomit, že ne všechny faktory mají stejný vliv na zdraví. Jiné faktory určují individuální zdravotní stav a jiné formují distribuci zdraví a well-beingu mezi jednotlivými populacemi (Detels et al., 2009: 102).

K pochopení zásadní role sociálních determinant zdraví napomohla také závěrečná zpráva Komise WHO pro sociální determinanty zdraví, pod vedením Sira Michaela Marmota, publikovaná v roce 2008 (WHO, 2008a). Zpráva analyzuje světové zdravotní rozdíly a

zachycuje vliv socioekonomických determinant na zdraví lidí. K práci WHO v této oblasti více viz kapitola 2.

1.4 Kategorie zdraví z ekonomického pohledu

Potřeby jsou obvykle (ne vždy) uspokojovány spotřebou statků, tj. zboží a služeb. Aby mohlo dojít ke spotřebě, musí být statky vyprodukovány a (nějak) rozděleny.

Ekonomický přístup ke zkoumání světa je založen primárně na porovnávání nákladů a výnosů různých variant. Jinými slovy, kritériem racionality je z ekonomického pohledu efektivnost vynakládání (alokace) zdrojů v zájmu uspokojování lidských potřeb. Zdroje jsou považovány za omezené, potřeby zpravidla nikoliv. Efektivními stavy jsou ty, kdy je z disponibilních zdrojů dosaženo maximum užitku, případně když je potřebný efekt dosažen s co nejnižšími náklady. Toho lze dosáhnout, pokud jsme schopni odhadnout marginální efekty každého z produkčních faktorů a ty potom vhodně zkombinujeme.

Řešíme-li otázku, jak co nejefektivněji zajišťovat, aby byli lidé zdraví, narážíme na celou řadu obtíží. Mnohé pramení ze specifických vlastností samotné kategorie zdraví.

Zdraví lze na individuální úrovni jen velice **obtížně měřit**. Poměrování alternativ léčby, investic, vynakládaných provozních nákladů je na běžné rutinní (nikoliv výzkumné) úrovni tím pádem krajně obtížné. Největší problémy přitom bývají spojeny s vyjádřením efektů různých variant, měřením úrovně zdraví, resp. jeho přírůstku a konečně i s interpretací dosažených výsledků v rovině praktických doporučení či formulace konkrétní politiky.

Zdraví samo o sobě **není bezprostředním produktem**, výstupem z fungování zdravotnického systému. Tím je poskytovaná zdravotní péče. Dokonce korelace mezi zdravotním stavem a poskytnutou péčí není nijak silná, takže zlepšení či zhoršení zdravotního stavu populace (o jednotlivci nemluvě) nelze jednoznačně použít jako měřítko „výstupu“. Tím se opět silně komplikuje poměrování alternativ.

Zdraví je pouze jednou z potřeb, které lidé pociťují. Existuje celá řada důkazů o tom, že si lidé uvědomují jeho význam, což vede mnohdy k interpretaci, že se jedná o potřebu, která by měla být uspokojena před ostatními. Na druhé straně, v reálném životě se většina lidí ve skutečnosti chová tak, že rozhodně nemaximalizují své zdraví, spíše hledají kompromis mezi řadou svých potřeb, což je může vést k nezdravému stylu života, rizikovému chování, úrazům apod.

Efektivnost zajisté není a ani nemůže být jediným kritériem při úvahách o zdraví a přístupu ke zdravotní péči – čistě ekonomické uvažování by nutně naráželo na celou řadu morálních a etických norem.

Při sledování příčinných souvislostí ve fungování ekonomického systému lze na zdraví nahlížet dvojím způsobem. Jednak se jedná ve smyslu standardní neoklasické ekonomie o tzv. **cílovou** potřebu – lidé chtějí být zdraví prostě stejně, jak si přejí být sytí, šťastní či bezpeční. Tvoří významnou složku životní úrovně a zdravotní stav populace bývá často používán i jako měřítko vyspělosti společnosti. Na druhé straně, někteří autoři poukazují na **zdrojový** charakter zdraví, spatřují v něm významný faktor ekonomického rozvoje (Valenčík, 2003). Je předpokladem a nutnou podmínkou produktivity.

SHRNUTÍ

První kapitola poskytuje základní přehled o konceptech zdraví a nemoci, determinantách zdraví a ukazatelích zdravotního stavu populace. Jde o nezbytný krok k tomu, abyste pochopili složitost a komplikovanost dilemat, které v moderních společnostech řeší zdravotní politiky. Současný pohled na zdraví vychází z biomedicínského modelu a byl postupně konfrontován a obohacován tzv. salutogenním modelem kladoucím důraz na celostní zkoumání možností posílení zdraví. Důležitým úkolem pro studenta je osvojit si základní ukazatele zdravotního stavu populace v kontextu výše naznačených alternativních definic zdraví. Epidemiologie je důležitou disciplínou pro každého zájemce o hlubší pochopení fungování zdravotnických systémů. Vysvětlování příčin nemocí je velmi složitou disciplínou, která nikdy nekončí a stále nám poskytuje nové informace. Stejně tak je významné poznat základní determinanty zdraví – jsou jimi genetický základ jedince, životní styl, kvalita životního prostředí a úroveň zdravotní péče. Z ekonomického pohledu jsou s kategorií zdraví spojeny určité vlastnosti, které vedou k obtížím s vyjádřením efektů různých variant, měřením úrovně zdraví, resp. jeho přírůstku a konečně i s interpretací dosažených výsledků v rovině praktických doporučení či formulace konkrétní politiky.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- BHOPAL, Raj S. *Concepts of epidemiology: integrating the ideas, theories, principles, and methods of epidemiology*. 2. edit. vyd. New York: Oxford University Press, 2008, 417 s. ISBN 9780199543144.

- BLAXTER, Mildred. *Health*. 2. edit. vyd. Malden, MA: Polity, 2010, 183 s. Key concepts (Polity Press). ISBN 9780745648453.
- BONITA, R., R. BEAGLEHOLE a T. KJELLSTRÖM. Basic epidemiology. *World Health Organization* [online]. 2. vyd., 2006 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf
- Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe. Second meeting of the expert group, Paris, France, 25–26 June 2012. *World Health Organization: Regional Office for Europe* [online]. 2012 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe>
- SEEDHOUSE, David. *Health: the foundations for achievement*. 2nd ed. New York: Wiley, 2001, 144 s. ISBN 0471490113.

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jaký je rozdíl mezi pozitivními a negativními definicemi zdraví?
- Jak se vyvíjely modely zdraví a modely determinant zdraví?
- Co vyjadřuje tzv. produkční funkce zdraví?
- Jaké existují ukazatele úmrtnosti a nemocnosti?
- U kterých onemocnění byste využili ukazatel incidence a u kterých naopak ukazatel prevalence, a proč?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

Doplňte následující věty:

Cítím se zdravý když... Jsem zdravý, protože... Cítím se nemocný, když... Onemocněl jsem, protože...

1. Jak byste na otázku „jak se dnes cítíš/cítíte?“ odpověděli, kdybyste hovořili a) s lékařem, b) s rodinou, c) s cizím člověkem?

2. Zamyslete se nad průběhem svého dosavadního života. Které faktory dle Vašeho názoru nejvíce ovlivnily Váš současný zdravotní stav? Řekli byste, že je Váš zdravotní stav spíše důsledkem Vašeho rozhodnutí o Vašem životního stylu nebo výsledkem souběhu nějakých vnějších faktorů?
3. Diskutujte možné rozdílné podoby zdravotní politiky (a jejích opatření), opírající se o různé koncepty zdraví (např. biomedicínský model zdraví / sociální model zdraví). Jak se budou nejspíše opatření takových zdravotních politik lišit?
4. Zamyslete se nad rozdíly v determinantách zdraví v případě Vás samotných a Vašich prarodičů. Liší se? Pokud ano, jak se liší a proč?
5. Zjistěte, jak se v ČR vyvíjejí míry úmrtnosti pro jednotlivé věkové a genderové kategorie a jaké jsou hlavní příčiny úmrtí v těchto kategoriích.
6. Na stránkách Státního zdravotního ústavu (SZÚ) vyhledejte studie zdravotního stavu populace (<http://www.szu.cz/tema/studie>). Do jakých šetření je SZÚ zapojen? Jaká data a informace zde lze získat?
7. Na stránkách SZÚ či Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) vyhledejte publikace, které analyzují zdravotní stav obyvatel ČR. Jaký výzkumný design a jaké ukazatele byly v případě daných šetření využity?
8. Prostřednictvím interaktivní databáze WHO – European Health for All Database (<http://data.euro.who.int/hfad/>) srovnajte vývoj vybraných ukazatelů zdravotního stavu v ČR a EU15, případně v dalších státech. Můžete porovnávat např. vývoj naděje dožití při narození, ukazatele specifické úmrtnosti, ukazatele nemocnosti či ukazatele životního stylu populace.

2 Spravedlnost a rovnost ve zdraví jako základní principy zdravotní politiky a strategie jejich rozvoje

CO JE CÍLEM KAPITOLY

Druhá kapitola si klade za cíl seznámit Vás blíže s jedním z hlavních cílů zdravotní politiky – spravedlností a rovností ve zdraví. Vysvětluje základní pojmy a shrnuje hlavní teoretické přístupy k chápání spravedlnosti (*fairness*) a ekvity (*equity*) ve zdraví. Pro tvorbu a hodnocení reálné zdravotní politiky jsou důležité strategie podpory spravedlnosti, ekvity a rovnosti ve zdraví, které vznikají na mezinárodní úrovni, především ve WHO, EU, případně OECD, proto se jim budeme rovněž věnovat.

KLÍČOVÁ SLOVA

spravedlnost (*fairness*) ve zdraví

ekvita (*equity*) ve zdraví

rovnost ve zdraví

ekvita ve financování zdravotní péče (či ekvita v distribuci zdrojů)

konflikt (*trade off*) mezi ekvitou a efektivností

sociální gradient zdraví

hodnocení zdravotnických systémů

investice do zdraví

Strategie Zdraví 2020

Strategie Evropa 2020

2.1 *Spravedlnost a rovnost ve zdraví jako teoretické koncepty, vysvětlení pojmů*

Intuitivní a subjektivní chápání spravedlnosti není na individuální úrovni zpravidla problém. Ten vzniká v souvislosti s tím, že lidé chápou spravedlnost zpravidla různě. Chceme-li se spravedlností a ekvitou ve zdraví zabývat objektivně, musíme se připravit na to, že se jedná o dosti složité koncepty. Soustřeďují v sobě pohled mnoha různých vědních disciplín, např. politické filozofie, ekonomie, politologie, etiky. Koncepty spravedlnosti a rovnosti ve zdraví úzce souvisí s teorií distribuční spravedlnosti. Oba pojmy souvisí také se specifickou charakteristikou (omezeními) trhu zdravotnických služeb a zařazením zdravotní péče mezi statky pod ochranou (*merit goods*).

Ekvita ve zdraví je definována jako absence rozdílů ve zdraví mezi více a méně sociálně zvýhodněnými skupinami (Braveman, Gruskin, 2003) Na základě principů spravedlnosti reflektuje ekvita ve zdraví příležitosti jednotlivců a skupin k tomu být tak zdravý, jak jen je to možné (WHO, 2013a). Ekvita vždy zahrnuje **equalitu** (vyrovnanost) něčeho – např. příležitostí, zdraví, dostupnosti (Culyer, 2005). Ekvalita zdravotní péče bývá většinou spojována s rovným přístupem ke zdravotní péči se stejnými potřebami (Olsen, 2009).

Zatímco **efektivita (účinnost)** je jedním etickým imperativem pro koncipování a fungování zdravotních služeb a dalších determinant zdraví, ekvita je druhou hlavní podmínkou. (Culyer, 2005)

Horizontální ekvita se vztahuje k stejné léčbě stejného, vertikální ekvita znamená různou léčbu pro různé. Zdravotní program může být označen jako ekvitní, jestliže stejné výsledky byly dosaženy u lidí se stejnými potřebami a naopak neekvitní a nespravedlivý, pokud stejné zdravotní služby byly poskytnuty lidem s různými potřebami. Předmětem horizontální ekvity mohou být stejné zdroje (výdaje), příležitosti, využití nebo přístup k péči pro stejné potřeby (Phillips, 2005).

Neekvita ve zdraví je pojmem užívaným pro vyjádření existence rozdílů ve zdravotním statusu mezi jednotlivci v populaci. Přičemž se zkoumají rozdíly ve zdraví s ohledem na sociální zvýhodnění jednotlivců nebo skupin, které je determinováno bohatstvím, chudobou, vzděláním, společenskou prestiží či mocí.

Ekonomicky zaměřená literatura se zabývá pojmem stejná možnost volby (**equal choice**) a stejné příležitosti (**equal opportunities**). V literatuře bývá používán pojem ekvita ve financování zdravotní péče (či ekvita v distribuci zdrojů) a ekvita ve zdraví jako rovný přístup ke zdravotní péči (Williams, Cookson, 2000). V ekonomii pojem ekvita obvykle odkazuje na spravedlnost v distribuci zboží (v tomto případě zdraví) a spravedlnost je míněna jako redukce nerovností. Dalo by se říci, že ekvita implikuje equalitu a/nebo spravedlivou nerovnost (inequality) (Olsen, 2009).

V ekonomické literatuře bývá také diskutován **konflikt (trade off) mezi ekvitou a efektivností** v poskytování zdravotní péče. Tato problematika však naráží na konkrétní vymezení obou pojmů (ekvita, resp. spravedlnost a efektivnost) a zjednodušující předpoklady ekonomické teorie jako metodologického nástroje. (Grand, 1990; Kolman, 2013). Právě v oblasti zdravotnictví, kde dochází k řadě tržních selhání a tedy zásahům vlády, je konflikt mezi ekvitou a efektivností nesmírně citlivým problémem, kdy musí být opatrně zváženo, jak

dosáhnout více efektivního systému zdravotní péče a zároveň přispívat k ekvite ve zdraví. (Také viz kapitola 2.3).

Rovnost ve zdraví není stejným pojmem jako ekvita. **Ekvita** je hodnotově založeným konceptem, zabývá se nerovnostmi ve zdraví z hlediska jejich příčin a důsledků, zdůrazňuje širší socioekonomické souvislosti ovlivňování zdraví. Podstata rozdílu mezi rovností a ekvitou spočívá v tom, zda identifikace nerovností ve zdraví v sobě zahrnuje i normativní soudy vystavené na teoriích spravedlnosti, teoriích společnosti a úvahách o genezi zdravotních nerovností. Optikou ekvity jsou zdravotní rozdíly považovány za neopodstatněné a nespravedlivé nebo za důsledek některé formy nespravedlnosti (Whitehead, Dahlgren, 2007). Ne všechny nerovnosti ve zdraví je však možno považovat za nespravedlivé (například rozdíly mezi věkovými skupinami nebo některé rozdíly vyplývající z odlišností pohlaví) (Kawachi et al., 2002). **(Ne)Rovnost ve zdraví** je pouze nástrojem pro měření zdravotního stavu s využitím ukazatelů např. úmrtnost, nemocnost, dostupnost služeb apod. **Nerovnosti (inequalities) ve zdraví** jsou definovány jako systematické odlišnosti ve zdravotním stavu mezi jednotlivci a populačními skupinami (Gakidou et al., 2000). Nerovnosti ve zdraví a rovnost (equality) ve zdraví jsou považovány za dimenzionální koncept vycházející striktně z měřitelných veličin.

Existují dva odlišné přístupy k měření nerovností ve zdraví, které do jisté míry odrážejí zmíněný rozdíl mezi nerovnostmi ve zdraví a nespravedlností ve zdraví (Kawachi et al., 2002). Častěji je využíváno měření rozdílů ve zdraví mezi jednotlivými předem vymezenými sociálními skupinami (např. sociální třídy, migranti). Tento přístup předpokládá existenci sociálních skupin, které nějakým způsobem odrážejí nerovnoměrnou distribuci zdrojů a životních příležitostí společnosti. Druhý způsob je založen na měření rozložení zdravotního stavu mezi jednotlivci v populaci, analogicky k měření příjmových nerovností. Argumentem pro tento druhý typ měření je, že eliminuje dilemata spojená s výběrem proměnných nutných pro měření rozdílů mezi sociálními skupinami, kdy již samotný výběr proměnných jako je např. sociální třída v sobě zahrnuje určitý normativní postoj. Tento způsob měření je také vhodnější pro komparaci nerovností z hlediska místa a času, kdy např. srovnávání nerovností ve zdraví mezi jednotlivými zeměmi není zatíženo kulturními rozdíly v chápání sociálních tříd. Na druhou stranu odpůrci tohoto přístupu argumentují, že popis nerovností ve zdraví zbavený sociálních souvislostí postrádá smysl a nezohledňuje sociální determinanty zdraví (Kawachi et al., 2002; Braveman, 2006).

Socioekonomické nerovnosti ve zdraví můžeme definovat jako systematické rozdíly v nemocnosti a úmrtnosti mezi jednotlivci s vyšším a nižším socioekonomickým postavením, které jsou považovány za nespravedlivé (Mackenbach, 2004). Přestože chápání ne/spravedlnosti je silně kulturně a historicky podmíněno, jako podstatné kritérium určení toho, co je a není spravedlivé, může být míra kontroly nad okolnostmi, které ovlivňují zdraví. Pokud některé konkrétní znevýhodněné skupiny nemají možnost se vyhnout rizikovým pracovním podmínkám, nekvalitnímu a nezdravému bydlení, nedostupnosti zdravotní péče apod., pak z toho vyplývající zdravotní důsledky je možno považovat za nespravedlivé (Whitehead, 1990 dle Madarasová Gecková, 2005). Se socioekonomickými nerovnostmi ve zdraví jsou spojeny sociální determinanty zdraví. **Koncept sociálních determinant zdraví** je možno chápat jako soubor sociálních podmínek v nichž lidé žijí a pracují (Detels et al., 2009: 102).

Pro definování socioekonomických nerovností ve zdraví je důležité zmínit i existenci **socioekonomického gradientu**, kdy nerovnosti ve zdraví nejsou otázkou rozdílu mezi chudými a zbytkem společnosti, ale kdy lidé na nižších příčkách socioekonomického postavení, měřeno např. příjmem, pracovní pozicí nebo dosaženým vzděláním, vykazují horší zdravotní stav než osoby z relativně vyšších socioekonomických skupin (Kawachi et al., 2002).

Spravedlnost ve zdraví ve vztahu k sociální spravedlnosti

Zdraví a dostupnost zdravotnických služeb jsou jedním z významných faktorů naplnění principu rovných příležitostí (Daniels, 2002), jako jednoho z principů spravedlnosti.

Pojmy spravedlnost a rovnost souvisí s redistribucí. Principy distribuční (sociální) spravedlnosti jsou normativní principy určené k alokaci statků, jejichž zásoba je omezená, ve vztahu k poptávce, s ohledem na charakteristiku rozdělovaných statků (např. bohatství, příjmy, přístup ke zdravotní péči), povahu subjektů, kterým jsou statky distribuovány (jednotlivci, skupiny, sociální třídy) a zásad, podle kterých jsou statky distribuovány (ekvita, individuální potřeby, tržní principy atd.).

Odpovědi na základní otázky distributivní spravedlnosti – co, kdy a za co jedinec dostává nebo by měl dostávat – prošly historickým vývojem od dob Platóna po současnost a korespondovaly s celospolečenským a ekonomickým vývojem. Idea sociální spravedlnosti je stále přítomna v myšlení filozofů, sociologů, politologů, a to navzdory tomu, že neoliberální ekonomové proti ní vehementně bojují (Morawski, 2005).

V současné literatuře věnované medicínské etice v oblasti alokace zdravotní péče jsou rozlišovány čtyři základní teorie distributivní spravedlnosti (v souladu s teoriemi politické filozofie) a většinou se zaměřují na zdravotní péči jako na specifický statek. Egalitářské (rovnostářské) teorie zdůrazňují vytváření takových podmínek, které by podporovaly rovnost občana s ostatními v co největší míře, včetně zdraví a duševní pohody (Hoedemaeker, Dekkers, 2003). Utilitářské teorie (hlavními filozofy byl Jeremy Bentham a John Stuart Mill) se zaměřují na „užitky“ a na důsledky státních intervencí nebo politik. Z utilitaristického pohledu je zdravotnický systém hodnocen podle toho, jak se mu daří zvyšovat agregovaný užitek. Je zaměřen na zdraví populace jako celku (Ruger, 2004). Komunitaristické teorie se zaměřují na komunitní hodnoty a distribuce zdravotní péče nezávislých na zdravotních potřebách jednotlivce, ale na rozhodnutí komunity o potřebnosti daných zdravotních služeb (Hoedemaeker, Dekkers, 2003). Liberální teorie akcentují význam svobodné volby a zásluhovosti, přičemž poukazují na to, že zdravotnické systémy by mohly daleko více využívat principu konkurence, obdobně jak se tomu děje na volných trzích (Enthoven, 1987).

Z ekonomického hlediska lze tyto základní přístupy distributivní spravedlnosti znázornit také graficky pomocí funkce užitku a produkčních možností. Jde o mikroekonomický přístup, kde se zkoumá zjednodušený model, tedy rozdělení zdravotní péče mezi dva pacienty, případně mezi dvě skupiny pacientů. (Olsen, 2009; Williams, Cookson, 2000)

Spravedlnost, rovnost a lidská práva

Existence spravedlnosti a práva není sice vzájemně podmíněna, ale přesto mezi oběma koncepty existuje řada důležitých vztahů. V oblasti zdravotní politiky se jedná zejména o úzký vztah mezi spravedlností a lidskými právy se vztahem ke zdraví, jako skupinou nárokových práv (claim rights). Koncept lidských práv je s kosmopolitními teoriemi spravedlnosti dnešní doby provázán natolik úzce, že jej můžeme považovat za jakousi „měnu“ či „platidlo“ kosmopolitní spravedlnosti (Dufek, 2010), přičemž právě skupina nárokových práv (claim rights) je s otázkami spravedlnosti spojena velmi úzce (Raphael, 2001).

Právo na zdraví zahrnuje právo na determinanty zdraví (jako je voda, hygienická opatření, výživa, bydlení a zdravé pracovní a environmentální podmínky), genderová rovnost, vzdělání a informace zaměřené na zdraví a dostupnou (cenově a prostorově) a kvalitní zdravotní péči. Nerovnosti ve zdraví korespondují s úrovní a rozložením přístupu k takovým determinantům jako je příjem, vzdělání, životní prostředí, příležitosti k sociální participaci. Ekvita v sociálních determinantách zdraví tak potvrzuje uplatnění lidských práv souvisejících s rovností ve zdraví a rovným přístupem v dalších sociálních sférách.

Podle WHO je nezbytné uplatňovat lidskoprávní přístup při implementaci a prosazování existujícího legislativního rámce vztahujícího se k sociálním determinantám zdraví. Jednotlivé vlády jsou odpovědné za vytváření podmínek, které umožňují jednotlivcům být tak zdraví jak jen mohou být. Tato povinnost souvisí s nutností vlády zasahovat do individuálních svobod – např. když se jedná o regulaci či zdanění prodeje nebo spotřeby tabáku, alkoholu a tučných jídel. Lidská práva nabízí legální závazný rámec. Známé soudní případy ukazují, že rámec lidských práv má schopnost efektivně přimět k odpovědnosti vlády i v oblasti porušování „zdravotnických práv“. (WHO, 2013a)

2.2 Strategie rozvoje spravedlnosti a ekvity ve zdraví v současném mezinárodním diskurzu zdravotní politiky a ekonomiky

Z hlediska realizované zdravotní politiky a ekonomiky bývají formulované zejména dva hlavní cíle vlády moderních evropských států – zlepšení zdraví populace a dosažení spravedlnosti a rovnosti ve zdraví (McPake et al., 2002).

V posledních sto až stopadesáti letech došlo celosvětově k významnému zlepšení zdraví obyvatelstva. K tomuto pokroku nedošlo však ve všech zemích a regionech rovnoměrně. Stále lze pozorovat významné rozdíly mezi vyspělými bohatými zeměmi a zeměmi rozvíjejícími se, stále přetrvává mezera ve zdraví (health gap) mezi vyspělými evropskými zeměmi (EU 15) a evropskými postkomunistickými zeměmi. Také v rámci jedné země lze pozorovat významné rozdíly ve zdraví mezi jednotlivými regiony či populačními skupinami, a to v závislosti na ekonomických a sociálních podmínkách.

Ekvita ve zdraví je již dlouhodobě považována za jeden z cílů zdravotní politiky na národní i nadnárodní úrovni (WHO, International society of equity in health, Global equity gauge alliance). Již v 70. letech byl princip ekvity ve zdraví uveden jako jeden z cílů koncepčního dokumentu WHO „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Také evropský koncepční materiál „Zdraví 21“ zahrnuje ekvitu ve zdraví mezi své základní cíle (cíl č. 2).

V současném mezinárodním odborném diskurzu v oblasti spravedlnosti a rovnosti ve zdraví jsou precizovány dvě hlavní tematické linie – jednak problematika socioekonomických determinant zdraví (socioekonomická podmíněnost lidského zdraví) a také význam zdraví jako klíčového faktoru sociálního a ekonomického rozvoje (zdraví ve všech politikách, investice do zdraví, podpora zdraví, koncept kvality života atd.).

Hlavními tvůrci strategií rozvoje spravedlnosti, ekvity a rovnosti ve zdraví v současné evropské zdravotní politice jsou především WHO, OECD a EU.

2.2.1 Světová zdravotnická organizace (WHO)

WHO přispívá svým poznatkovým přínosem ve vztahu ke spravedlnosti a ekvitě ve zdraví v podstatě celou svou existencí. Hlavními jejími aktivitami ve vztahu k ekvitě a spravedlnosti ve zdraví je přístup k hodnocení zdravotnických systémů s ohledem na spravedlnost, koncept sociálních determinant zdraví, aktivity v oblasti podpory zdraví a současný silný důraz na sociální gradient zdraví a zahrnutí zdraví a ekvity ve zdraví do všech politik.

Podle definice WHO ekvita znamená (za ideálních podmínek) rovnost příležitostí k dosažení plného zdravotního potenciálu pro všechny. Nikdo by tedy neměl být znevýhodněn v tomto dosažení, pokud se lze takovému znevýhodnění vyhnout.

Hodnocení výkonnosti zdravotnického systému (z hlediska ekvity, spravedlnosti)

V roce 2000 přinesla WHO nový přístup k hodnocení celkové výkonnosti celého systému, který zachycuje všechny tři hlavní cíle zdravotnického systému – 1) zlepšování zdravotního stavu, 2) vstřícnost a 3) finanční spravedlnost (WHO, 2000; Murray, Frenk, 2000).

Dlouhodobě významnými rámcově formulovanými strategiemi WHO jsou Zdraví pro všechny do roku 2000 a na ni navazující strategie Zdraví 21. Obě strategie formulují jako prioritní cíl dosáhnout vyšší ekvity ve zdraví cestou snížení nerovností ve zdraví a zlepšením kvality poskytovaných zdravotnických služeb. Hlavním cílem WHO je dosažení co nejlepšího zdraví pro všechny. Hodnoty a principy, které WHO předkládá tvůrcům politiky, zahrnují solidaritu, dosažení zdraví, ekvitu a odpovědnost ve vztahu ke spotřebiteli péče (WHO, 1996; WHO, 2000). V Talinské chartě členské země WHO Evropského regionu obnovily svůj závazek k lidskoprávním normám jako je solidarita, rovnost, participace, transparentnost a odpovědnost. (WHO, 2008b)

Zejména v posledních letech (od roku 2008) se WHO orientuje také na řešení otázek tvorby zdravotní politiky v novém paradigmatu finanční udržitelnosti, rozvíjen je koncept investic do zdraví, zvyšování výkonnosti zdravotnických systémů apod.

Strategie Zdraví 2020 (WHO, 2012b) byla schválena při jednání Regionálního výboru Světové zdravotní organizace pro Evropu na Maltě dne 12. září 2012. Jedná se o novou strategii na podporu zdraví a blahobytu (well-being), která podporuje integraci a harmonizaci

aktivit směřujících k podpoře zdraví a blahobytu napříč odvětvími na lokální, národní i mezinárodní úrovni. Strategie se zaměřuje na hlavní problémy 53 členských států evropského regionu, především na nerovnosti ve zdraví, finanční krizi a související snižování veřejných výdajů ve zdravotnictví a nárůst výskytu chronických neinfekčních onemocnění. Důvody pro přijetí nové strategie jsou především změny, které v Evropě nastávají a které ovlivňují zdraví. Zdraví 2020 pracuje s koncepty jako jsou sociální determinanty zdraví, investice do zdraví, sociální rozměr zdraví, nerovnosti ve zdraví, veřejné zdraví atd. Strategickými cíli jsou snižování nerovností ve zdraví a lepší vládnutí v oblasti zdraví. Hlavními měřitelnými cíli je – snížení fetální úmrtnosti, zvýšení střední délky života, snížení nerovností ve zdraví, posílení blahobytu populace, zajištění univerzálního krytí a práva na nejvyšší dosažitelný stupeň zdraví. Tato strategie jasně deklaruje úzké spojení mezi výkonností ekonomiky a zdravím, resp. celým zdravotnickým sektorem (WHO, 2012b).

Toto úzké propojení je reflektováno také v pokračující práci WHO v oblasti sociálních determinant zdraví a ekvity ve zdraví. WHO deklaruje (Marmot et al., 2012), že současné ekonomické potíže (ekonomická krize po roce 2008) jsou důvodem pro provádění akcí v oblasti sociálních determinant zdraví, nikoliv pro nečinnost. Práce WHO pokročila zejména v oblasti konkrétních návrhů opatření na zmírnění nerovností ve zdraví. Další posun je zřejmý v intenzitě deklarací nosných výchozích konceptů (např. univerzální přístup ke zdraví, lidská práva (právo na zdraví), svoboda rozvoje, sociální gradient zdraví), které zdůrazňují významnost sociálních determinant zdraví. WHO pracuje také s faktorem času, tedy potřebou cílit akce zdravotní politiky v průběhu celého lidského života (WHO, 2013a, WHO, 2013b).

2.2.2 Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD)

Integrovanou myšlenkou přístupu OECD k diskusi zdravotní politiky je orientace na problematiku hledání cest dlouhodobé udržitelnosti zvyšováním efektivnosti, účinnosti a kvality produkce zdravotnických služeb (high-performing health systems). V rámci těchto aktivit je nepochybně zřetelná také orientace na problematiku ekvity a spravedlnosti ve zdraví.

„Pomáháme zemím dosáhnout vysoce výkonného zdravotního systému (high-performing health system) pomocí měření dosažených výsledků a použitých zdrojů ve zdravotnictví a pomocí analyzování politik, které zlepšují přístup ke zdravotní péči a její efektivnost a

kvalitu.“ (OECD, 2013). Základními doporučeními pro high-performing health systems jsou (OECD, 2007):

- zvyšovat efektivitu pomocí lepší koordinace poskytování služeb zdravotní péče a využitím informačních technologií;
- zajistit přístup k vysoce kvalitním zdravotnickým službám a zdravotní péči;
- zajistit kvalitní pracovní sílu v oblasti zdravotní a dlouhodobé péče (s ohledem na budoucnost);
- zavést dobře formulované politiky cenotvorby léčiv;
- orientovat veřejnou (zdravotní) politiku na předcházení onemocněním, která jsou ovlivnitelná.

Současnými hlavními prioritními oblastmi aktivit OECD ve zdravotní politice je měření výsledků zdravotnických systémů; kvalita zdravotní péče; hodnota peněz ve výdajích na zdraví (value for money in health spending); ekonomie prevence onemocnění; financování zdravotnických systémů; dlouhodobá péče; pracovní síla ve zdravotnictví.

V souvislosti s ekonomickou krizí v roce 2008 se OECD zabývala tématy ve zdravotnictví „getting more value for money“ či „health system priorities when money is tight“. Z krátkodobého hlediska je dle OECD možné provést opatření, která jsou zacílena na omezení výdajů, ale z dlouhodobého hlediska by měla být politika zaměřena na zvyšování efektivity a kvality zdravotní péče. OECD upozorňuje, že redukce nákladů může ohrozit další cíle zdravotnických systémů včetně ekvity ve zdraví, přístupu ke zdraví a kvality zdravotní péče. (OECD, 2010a; OECD, 2010b).

Aktivity OECD mají zásadní význam pro tvorbu zdravotní politiky. Tento význam spočívá především v reflexi kauzálních vztahů, rizik a důsledků vývoje zdravotní politiky. Tím, že OECD přispívá k tvorbě „evidence-based“ poznatkové základny pro tvorbu zdravotní politiky (data, analýzy), poskytuje etické argumenty pro tvorbu efektivní a účelné zdravotní politiky.

Doporučení OECD nemají pro členské země závazný charakter, OECD nemůže přímo implementovat své argumenty do tvorby politiky jednotlivých členských zemí a některá doporučení se bohužel pohybují na velmi obecné úrovni. Posláním OECD je radit tvůrcům politik a informovat veřejné i soukromé zainteresované subjekty a občany jak uspokojit poptávku po větší a více kvalitní zdravotní péči, zejména když je veřejný rozpočet omezen.

2.2.3 Evropská unie – spravedlnost a solidarita jako základní princip strategických dokumentů zdravotní politiky EU

Solidarita, spravedlnost a dostupnost jsou základními principy všech evropských zdravotnických systémů. Na zásadě solidarity jsou založené i sociální a zdravotnické služby obecného zájmu rozvíjené Evropskou unií. (KOM(2004) 374).

Již Smlouva o EU zakotvila přístup nazývaný „zdraví ve všech politikách“. Tento přístup byl uplatňován ve strategii „Společně pro zdraví“ (Together for Health: A Strategic Approach for the EU) pro roky 2008–2013 (KOM(2007) 630), která se opírá o základní **hodnoty zdravotních systémů EU (všeobecnost, přístup ke kvalitní péči, rovnost a solidarita) a dále zdůrazňuje, že hodnoty týkající se zlepšení zdraví musí zahrnovat omezení nespravedlnosti v oblasti zdraví**, deklaruje, že zdravotní politika musí být založena na nejlepších vědeckých důkazech vyvozených ze spolehlivých údajů a informací. Tato první zdravotní strategie Evropského společenství upozorňuje na důležitost investic do zdraví a problematiku udržitelnosti. Zdravotní politika na úrovni Společenství by měla podporovat dobrý zdravotní stav, chránit občany před hrozbami a podporovat udržitelnost.

Provádění strategie EU v oblasti zdraví podporuje pracovní skupina Rady pro veřejné zdraví na úrovni vyšších úředníků, která stanovila „zdraví ve všech politikách“ za hlavní prioritu a pravidelně posuzuje strategický význam ostatních politik pro zdraví. **Příčemž klíčovou činností strategie EU v oblasti zdraví je řešení nerovností.** Komise považuje rozsah nerovností v oblasti zdraví mezi lidmi žijícími v různých částech EU a mezi sociálně zvýhodněnými a znevýhodněnými občany EU za výzvu pro solidaritu, sociální a ekonomickou soudržnost, lidská práva a rovnost příležitostí, k nimž se EU zavázala (KOM(2009) 567; SEK(2009) 1397).

Nejnovější strategický dokument EU Strategie Evropa 2020 (KOM(2010) 2020) reaguje na problémy způsobené hospodářskou krizí odstartovanou v roce 2008 a zároveň bere v úvahu dlouhodobé problémy Evropy jako je globalizace, stárnutí společnosti, tlak na zdroje apod. Ačkoli Strategie nemá přímo řešit nerovnosti ve zdraví, jasně uznává, že je třeba bojovat proti nerovnostem jako předpoklad pro růst a konkurenceschopnost. Evropa 2020, jejíž součástí jsou tzv. Integrované guidelines (SEK(2010) 488), také upozorňuje na to, že zajištění rovného přístupu ke zdravotní péči přispívá sociální kohezi a sociální spravedlnosti, což napomáhá udržitelnému rozvoji.

Podobně jako OECD přístup EU také preferuje cíl dlouhodobé finanční udržitelnosti a zvyšování efektivity, avšak ruku v ruce se zajištěním univerzálního přístupu ke zdravotní péči a zvyšováním její kvality. Tento cíl formuluje Evropská komise také v rámci metody otevřené koordinace, jejímž prostřednictvím dochází ke kooperaci mezi členskými státy EU.

2.3 Reflexe mezinárodního odborného diskurzu spravedlnosti a ekvity ve zdraví v českém politickém diskurzu

V České republice není na rozdíl od mezinárodního odborného diskurzu problematika spravedlnosti a ekvity ve zdraví příliš reflektována v politickém diskurzu. V české zdravotní politice je kladen jednostranný důraz na medicínu a mechanismy jejího financování, dochází k podceňování významu podpory zdraví, sociálních determinant zdraví, role veřejného zdraví, opomíjení významu investic do zdraví. Tento přístup představuje riziko ohrožení české společnosti rychlým růstem zátěže chronickými nemocemi (obezita, kouření tabáku, duševní nemoci, podcenění významu kontroly zdraví při práci) se ztrátou ekonomické konkurenceschopnosti.

V ČR sice došlo za posledních dvacet let k prokazatelnému zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, zároveň se však Česká republika výrazně nepřibližuje v mnoha ohledech průměru Evropských zemí (střední délka života, úmrtnost celková i na hlavní skupiny nemocí), přetrvává tzv. mezera ve zdraví mezi ČR a vyspělými evropskými zeměmi. Formulace cílů zdravotní politiky tuto problematiku nijak nereflektuje. (Mašková, Háva, 2012)

Z analýzy formulace cílů české zdravotnické politiky v programových prohlášeních vlád od roku 1990 je zřejmé, že se politiky neidentifikovaly s paradigmatickým posunem od medicínského a organizačního přístupu k tvorbě zdravotní politiky zohledňující rostoucí význam sociálních a psychologických vlivů na zdraví či determinant zdraví obecně (Vacátko, 2011).

Cíle české zdravotní politiky za posledních 20 let efektivně nepracují ani se strategickými dokumenty mezinárodního odborného diskurzu (např. Health for All, Zdraví 21). Výjimku tvořily pouze vlády Miloše Zemana (1998–2002) a Vladimíra Špidly (2002–2004), které se snažily některé hodnoty z těchto dokumentů přenést do svých programových prohlášení. V tomto období je také patrná snaha o standardizaci české legislativy spojená se vstupem České republiky do Evropské Unie v roce 2004. Na Health 21 odkazuje také vláda Stanislava Grosse

(2004–2005). Ostatní vlády se omezily především na zdůrazňování potřeby prevence před návykovými látkami, případně na vzdělávání zdravotnických pracovníků. V cílech českých vlád se vůbec nevyskytují cíle zaměřené za snižování nemocnosti v populaci (Vacátko, 2011).

Podobně vyznívají cíle zdravotní politiky formulované v každoročních Národních programech reforem ČR, dokumentech, které jsou příspěvkem České republiky k plnění cílů Strategie Evropa 2020 (NPR 2012 a 2013), v letech 2006–2010 Lisabonské strategie (Háva, 2009; Holub, Háva, 2011; Holub, Háva, 2012).

V lednu 2014 byla Ministerstvem zdravotnictví ČR zveřejněna a usnesením vlády (Usnesení vlády ČR č. 23 z 8. 1. 2014) podpořena realizace Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí – Zdraví 2020. Tato Národní strategie představuje nově vypracovaný rámcový souhrn opatření pro rozvoj veřejného zdraví v ČR a je také nástrojem pro implementaci programu WHO Zdraví 2020 (WHO, 2012b). „**Má za úkol přispět k řešení složitých zdravotních problémů 21. století spojených s ekonomickým, sociálním a demografickým vývojem, a to zejména cestou prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví.**“ (MZ ČR, 2014).

Box 5. Cíle Národní strategie Zdraví 2020

Hlavní cíl: Zlepšit zdravotní stav populace a snižovat výskyt nemocí a předčasných úmrtí, kterým lze předcházet.

Strategický cíl č. 1: Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti ve zdraví

Strategický cíl č. 2: Posílit roli veřejné správy v oblasti zdraví a přizvat k řízení a rozhodování všechny složky společnosti, sociální skupiny i jednotlivce

Zdroj: MZ ČR, 2014

SHRNUTÍ

Spravedlnost a rovnost ve zdraví jsou základními principy zdravotní politiky vyspělých zemí. Koncepty spravedlnosti a rovnosti ve zdraví úzce souvisí s teorií distribuční spravedlnosti. Oba pojmy souvisí také se specifickou charakteristikou (omezeními) trhu zdravotnických služeb a zařazením zdravotní péče mezi statky pod ochranou (merit goods). Pojem ekvita ve zdraví je z hlediska otázek spravedlnosti úzce spjat s konceptem lidských práv se vztahem ke zdraví a sociálním determinantám zdraví. Hlavními tvůrci strategií rozvoje spravedlnosti, ekvity a rovnosti ve zdraví v současné evropské zdravotní politice jsou především WHO, OECD a EU. V České republice není na rozdíl od mezinárodního odborného diskurzu

problematika spravedlnosti a ekvity ve zdraví příliš reflektována v politickém diskurzu. Stále přetrvává mezera ve zdraví mezi vyspělými evropskými zeměmi (EU 15) a evropskými postkomunistickými zeměmi.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- BAYOUMI, AM. Equity and health services. *Journal of public health Policy*. 2009, roč. 30, č. 2, s. 176-182.
- CULYER, AJ. Economics and ethics in health care. *Journal of Medical Ethics*. 2001, č. 27, s. 217-222.
- DANIELS, Norman. Justice, Health, and Healthcare. *The american Journal of Bioethic*. 2001, roč. 1, č. 2, s. 2-16. Dostupné z: http://sitemaker.umich.edu/hpsa/files/daniels_amjbioethics.pdf
- ENTHOVEN, Alain C. 1988. *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. North-Holland: American Elsevier, 1988.
- Governance for health equity: taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. *World Health Organization: Regional Office for Europe* [online]. 2013b [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf?ua=1
- MARMOT, Michael. *Health inequalities in the EU - final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot*. Published by the European Commission Directorate- General for Health and Consumers, 2013, 175 s. ISBN 9789279308987. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf
- Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a výboru regionů KOM(2013) 83 ze dne 2.7.2013. Za sociální investice pro růst a soudržnost - včetně provádění Evropského sociálního fondu v období 2014-2020. In: *EUR-Lex* [právní informační systém]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?qid=1422961659044&uri=CELEX:52013DC0083KONTROLNÍ>

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jak je definovaná ekvita ve zdraví a jak se liší od pojmu rovnost ve zdraví?
- Jak byste vysvětlili pojem spravedlnost ve zdraví?
- Proč je stanovován cíl ekvity ve zdraví?
- Jakými teoretickými koncepty se zabývá současný mezinárodní odborný diskurz ve vztahu ke spravedlnosti a rovnosti ve zdraví?
- Jaké strategie rozvoje spravedlnosti a ekvity ve zdraví byly a jsou diskutovány na půdě WHO?
- Co je hlavním cílem aktivit OECD v oblasti zdravotní politiky a jak tyto aktivity souvisí s problematikou spravedlnosti a ekvity ve zdraví?
- Jaké strategie ve vztahu ke spravedlnosti a ekvitě ve zdraví rozvíjí Evropská unie?
- Jak je reflektován mezinárodní odborný diskurz spravedlnosti a ekvity ve zdraví v českém politickém diskurzu?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Zamyslete se nad ekvitou ve zdraví jako teoretickým konceptem a realitou na druhé straně, kdy např. lidé, kteří si záměrně svým chováním ničí zdraví (kouření, alkohol atd.) mají dostat stejnou léčbu (výdaje, příležitosti) jako ostatní, kteří naopak žijí zdravým způsobem života. Jak byste jako tvůrce zdravotní politiky přemýšleli a postupovali?
2. Uveďte příklad konfliktu mezi ekvitou a efektivností ve zdravotnictví.
3. Diskutujte na téma „Které zdravotnické systémy lze považovat za spravedlivé a proč“?
4. Prostudujte kapitolu č. 5 „Systems checklist for governing for health equity through action on social determinants of health“ z: „Governance for health equity: taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. *World Health Organization: Regional Office for Europe* [online]. 2013b [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf?ua=1 a zamyslete se nad uvedenými indikátory ve vztahu ke zdravotní politice v České republice. Zabývají se někteří aktéři české zdravotní politiky některými indikátory? Jak

byste hodnotili úroveň rozpracovanosti české evidence-based zdravotní politiky ve srovnání s aktivitami WHO?

5. Jak formuluje současná vláda své priority v oblasti zdravotnictví – týkají se zdravotního stavu obyvatelstva, případně snižování nerovností a nespravedlností? Vyhledejte informace o práci Ministerstva zdravotnictví ČR na plnění cílů strategie Zdraví 2020.
6. Zkuste si sami pro sebe naformulovat svoje preference ve vztahu k přístupnosti zdravotnických služeb. Co Vám osobně připadá „spravedlivé“, resp. „správné“, „dobré“? Preferoval(a) byste spíše rovnost přístupu ke službám bez ohledu na schopnost platit, nebo byste byli spíše pro nějakou modifikaci? Pokud platí druhá varianta, pokuste se výslovně stanovit, jakou variantu byste preferovali, tj. např. jaký rozsah péče by Vám připadal správný pro přístup bez omezení, jaká forma spoluúčasti by Vám připadala správná apod. Zkuste se zpětně zamyslet i nad tím, co asi ovlivnilo Vaše preference.

3 Lidská práva se vztahem ke zdraví

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Pro praktickou zdravotní politiku, pro hledání cest k řešení problémů spočívajících v nedokonalé spravedlnosti, kvalitě, dostupnosti či nákladovosti péče představují lidská práva se vztahem ke zdraví velmi významný institucionální faktor. Cílem této kapitoly je pochopit, jak tato práva vznikala, jak jsou upravena a jaké jsou jejich důsledky. K tomu je potřeba alespoň rámcově poznat role hlavních nadnárodních aktérů v této oblasti. Hlavní důraz je při našem výkladu položen na aplikované otázky spojené s legislativním zakotvením těchto práv v českém právním systému a zdravotní politice po roce 1989.

KLÍČOVÁ SLOVA

lidská práva

lidská práva se vztahem ke zdraví

přirozené právo

pozitivní právo

Mezinárodní pakt o sociálních, hospodářských a kulturních právech

právo na zdraví

euronovela Ústavy ČR

3.1 Základní pojmy a definice

Definice lidských práv

Definic lidských práv je mnoho, lze rozlišovat, z jakého úhlu pohledu jsou koncipovány. Z hlediska právní teorie jsou lidská práva subjektivními právy veřejné povahy, svědčícími vždy určitému subjektu, konkrétně živé lidské bytosti od jejího narození až do smrti (Šimák, 2005). Lidská práva jsou také nároky lidí vůči státu, oprávněním jednotlivců požadovat od státu určité chování (Pavliček et al., 2002). Z pohledu filozofického je základní myšlenkou lidských práv rovnost všech v jejich lidské důstojnosti.

Lidská práva jsou souborem práv a svobod, které jsou člověku vlastní. Jsou chápána jako práva a oprávnění jednotlivce, která zajišťují svobodu a důstojnost člověka a používají institucionálních záruk. Lze říci, že jsou to taková práva, která náleží každému člověku bez ohledu na jeho pohlaví, národnost, rasu, barvu pleti, politické či náboženské přesvědčení,

sociální původ, vzdělání, majetkové poměry, genetické vlastnosti a další individuální znaky (Šišková, 2008).

Základní charakteristikou lidských práv je to, že jsou to práva jednotlivců jako lidských bytostí, vztahují se na všechny lidi na celém světě a týkají se především vztahu mezi jednotlivci a státem. Z praktického hlediska, mezinárodní lidskoprávní právo definuje, co vláda pro nás může dělat, nesmí dělat, a co by pro nás měla dělat (Gruskin, Tarantola, 2004; Gruskin et al., 2008).

Lidská práva jsou právně zaručená lidskoprávním právem, ochraňují jednotlivce i skupiny před činnostmi, které jsou v rozporu se základními svobodami a lidskou důstojností. Lidská práva se zabývají především vztahem mezi jednotlivci a státem. Povinnostmi vlády ohledně lidských práv je obecně naplňovat principy respektování, ochrany a plnění těchto práv. (WHO, 2002)

Občanská, politická a sociální práva

Obecně lze rozlišovat dvě hlavní skupiny lidských práv:

- 1) občanská a politická,
- 2) ekonomická, sociální a kulturní práva.

Druhá skupina lidských práv zahrnuje také právo na nejvyšší dosažitelný standard zdraví (právo na zdraví).

Box 6. Právo na zdraví – právo na nejvyšší dosažitelný standard zdraví

Právo na zdraví – právo na nejvyšší dosažitelný standard zdraví

Právo na zdraví není právo být zdravý. Je to právo na zboží, služby, zázemí a podmínky, které napomáhají realizaci nejvyššího dosažitelného standardu fyzického i psychického zdraví dle čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

Zdroj: Hunt, 2011

Rozdíl mezi pozitivním a přirozeným právem a role přirozenoprávního přístupu ve vývoji konceptu lidských práv; pozitivizace práva

Vznik a původ lidských práv je přímo spojen s teorií přirozenoprávní. Právě z přirozenoprávního hlediska vychází dnes každá euroamerická ústavní a mezinárodněprávní úprava lidských práv. Lidská práva v přirozenoprávním pojetí jsou hodnotovým kritériem pozitivněprávní úpravy lidských práv, ať již ústavní či zákonné. Z hlediska filozofického mají

lidská práva v přirozenoprávním pojetí charakter morálních norem, které pak vyjadřují hodnotové hledisko určité světové kulturní oblasti (Blahož, 2005).

Přirozené právo je v současných právních systémech pohlcováno právně pozitivistickým přístupem (Příbáň, 1996; Sousedík, 2010). Myšlení pozitivistické, ačkoli se zdá být na první pohled antipodem vyvracejícím přirozenoprávní přístupy, tyto přístupy konzervuje, uchovává (Hurdík, 2000).

Box 7. Přirozený zákon vs. pozitivní zákon

Přirozený zákon je nepsaná právní norma pocházející z lidské přirozenosti.
Pozitivní zákon je zákon vyhlášený nějakou lidskou zákonodárnou mocí a je obvykle i na nějakém veřejně dostupném místě zveřejněný.

Zdroj: Sousedík, 2010

O pozitivizaci práva lze hovořit jako o historickém procesu utváření takového právního systému, ze kterého se vytrácí možnost legitimovat jej z jiných než z jeho vnitřních principů, případně ze širších kulturních souvislostí. Pozitivní právo se orientuje na budoucnost, neodvolává se na tradici. Moderní pozitivní právo je podmíněno fungováním brzd a rovnováh pomocí moci zákonodárné, výkonné a soudní a zároveň stanovením hranice mezi veřejným a soukromým životem a hranic regulace soukromého života (Keller, 2005; Příbáň, 1996; Večeřa, Urbanová, 2006). V ústavních systémech evropských států setrvává přirozenoprávní povaha ustanovení.

Box 8. Rozdíl mezi pojmy „lidská práva se vztahem ke zdraví“ a „práva pacientů“

Rozdíl mezi pojmy „lidská práva se vztahem ke zdraví“ a „práva pacientů“

Pojem „lidská práva se vztahem ke zdraví“ je nutné odlišovat od užšího pojmu „práva pacientů“, i když k určitému teoretickému průniku obou pojmů dochází.

- lidská práva se vztahem ke zdraví: součást lidských práv, kdy lidskými právy nejsou pouze ta práva, která jsou vymezena v ústavě a zákonech konkrétního státu, ale jsou jimi principy a hodnoty stojící nad státem, ústavou a právem (Blahož 2005).

- práva pacientů a jejich ochrana: těžiště ochrany pacienta je umístěno v soukromoprávní oblasti, v rámci soukromého práva je pak řešena případná žaloba a soudní

proces. Ochrana pacienta je pak doplněna veřejnoprávní regulací, kdy správní orgány dbají na ochranu pacienta – spotřebitele (Doležal, Doležal 2007).

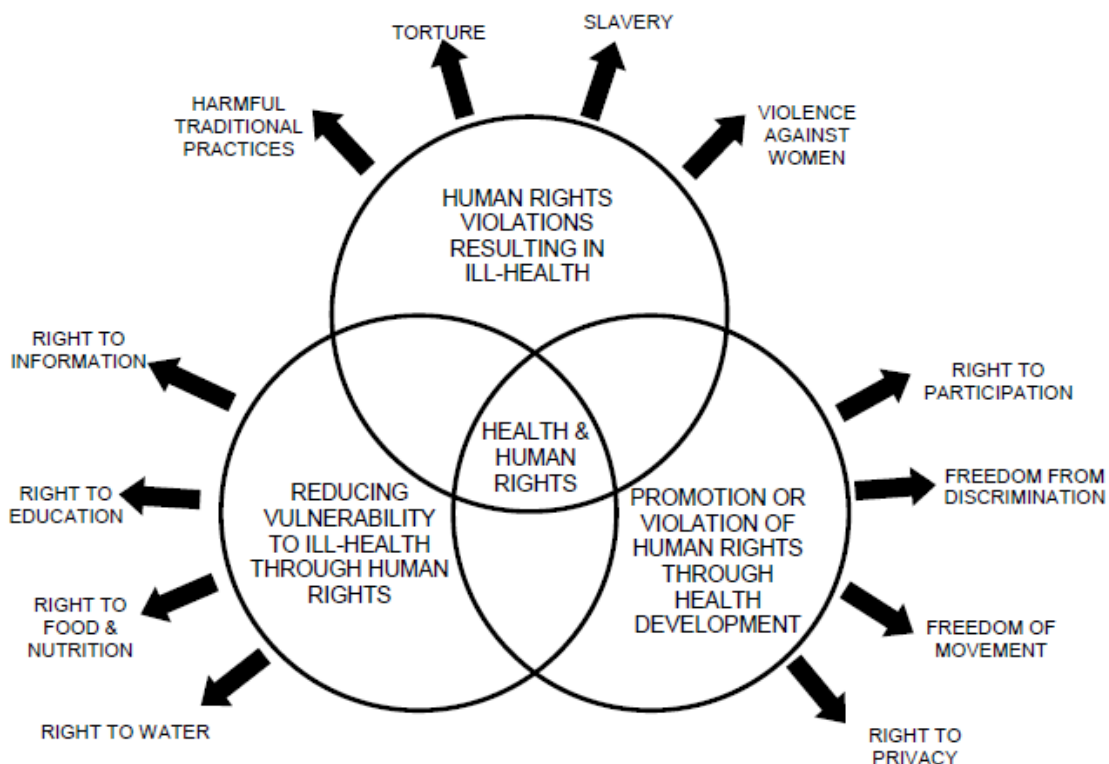
Zdroj: Blahož, 2005; Doležal, Doležal, 2007

Vzájemná provázanost lidských práv se vztahem ke zdraví a ostatních lidských práv

Právo na zdraví úzce souvisí s realizací ostatních základních lidských práv zahrnutých do mezinárodního práva. Na jejich realizaci je také právo na zdraví závislé. Příklady vzájemné provázanosti lidských práv se vztahem ke zdraví s ostatními lidskými právy uvádí schéma 4. Mezi tato provázaná práva patří např. právo na život, bydlení, práci, vzdělání, ale také právo na přístup k informacím, svobodu sdružování atd. (Hunt et al., 2011)

Lidská práva se vztahem ke zdraví jsou součástí obecného konceptu teorie lidských práv, včetně jeho multidisciplinárního pojetí.

Schéma 4. Příklady provázanosti zdraví a lidských práv



Zdroj: WHO, 2012c

3.2 Historický vývoj konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví

Lidská práva jsou úzce spojena s historií lidstva a v určité podobě se objevují na počátcích lidské civilizace (sumerské a babylonské městské státy, antické Řecko, Řím, dále pak ve spisech Starého a Nového zákona, Desateru). Konkrétní myšlenky pak uvádí dílo Tomáše Akvinského, k obrovskému rozvoji v genezi lidských práv pak dochází v době osvícenství (Šimák, 2005). K výslovnému prohlášení lidských práv za státní zákony došlo poprvé na sklonku 18. století v americkém státu Virginii a krátce poté ve Francii (Sousedík, 2010).

K rozvoji mezinárodněprávní úpravy lidských práv dochází až v souvislosti s renesancí přirozenoprávních koncepcí po druhé světové válce (Blahož, 2005). Hlavním aktérem byla Organizace spojených národů.

3.3 Role hlavních organizací (nadmárodních aktérů) a hlavní události vývoje konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví

3.3.1 OSN

K rozvoji konceptu lidských práv po roce 1945 významně přispěla Organizace spojených národů (OSN). Hlavním dokumentem byla Charta OSN z roku 1945 a následně Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948, která výrazně přispěla k rozšíření kodifikace lidských práv. Všeobecná deklarace je prvním mezinárodním instrumentem obecné povahy, vyhlášujícím ucelený katalog práv přiznaných každému jednotlivci, přičemž konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví se pak týká především článek 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (OSN, 1966), viz box 9.

Box 9. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech

Článek 12.

1. Státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví.
2. Státy, smluvní strany Paktu, učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat:
 - a. opatření ke snížení počtu potratů a kojenecké úmrtnosti a opatření ke zdravému vývoji dítěte;
 - b. zlepšení všech stránek vnějších životních podmínek a průmyslové hygieny;
 - c. prevenci, léčení a potírání epidemických a domácích chorob, nemocí z povolání a jiných nemocí;
 - d. vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci.

Zdroj: OSN, 1966

Jakmile vláda ratifikovala mezinárodní pakt, je povinna podávat zprávu o naplňování ustanovení paktu, a to každých několik let konkrétnímu kontrolnímu orgánu OSN, a to na základě pokynů pro podávání zpráv („General Guidelines for Reporting“). Pro sledování dodržování práva na zdraví byl v roce 2002 Komisí pro lidská práva na půdě OSN vytvořen mandát „Special Rapporteur“, který každoročně informuje, diskutuje problémy, dává doporučení ohledně dodržování práva na zdraví.

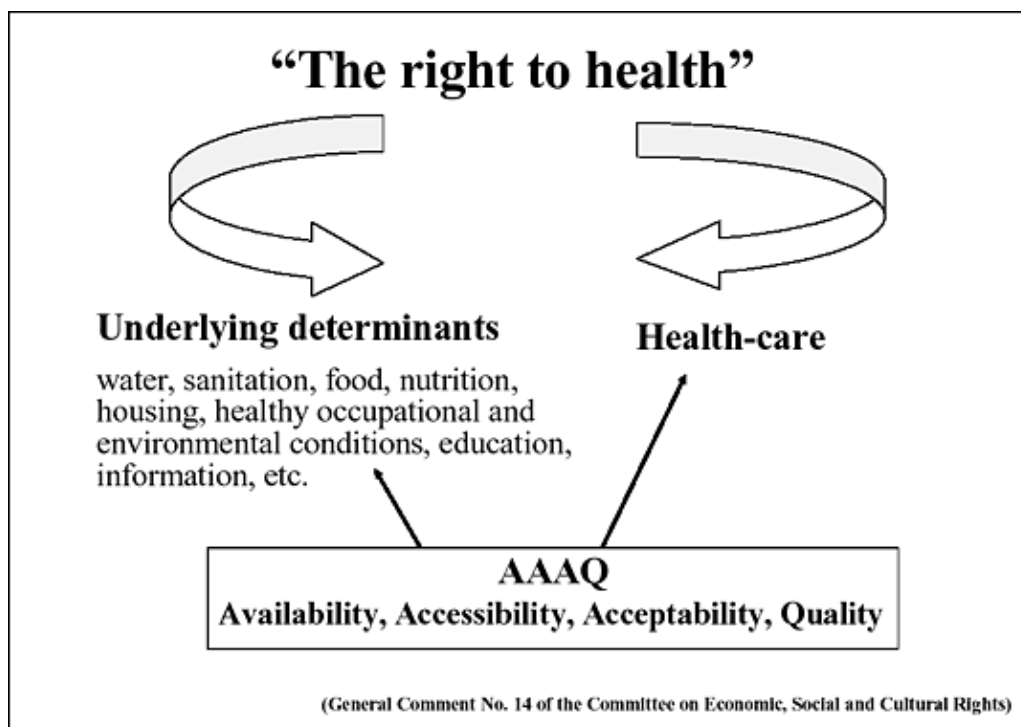
Reálné vazby mezi konceptem lidských práv a zdravím se až do 90. let 20. století nerozvíjely. Silným impulsem pro takový vývoj byly teprve až události spojené s pandemií HIV/AIDS v Africe, s diskusemi o zdraví žen, s problémy násilí. Tomuto vývoji přispělo několik mezinárodních konferencí, realizovaných pod záštitou OSN. Také vlády rozvojových i rozvinutých států věnují ve zvýšené míře pozornost lidským právům se vztahem ke zdraví.

Práci OSN v oblasti zdraví a práva na zdraví upevňují aktivity orgánů OSN, zejména UNICEF, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), United Nations Population Fund (UNFPA) a WHO.

3.3.2 WHO

Podle WHO znamená právo na zdraví, že vlády států musí vytvářet podmínky, v nichž každý může být tak zdravý, jak je to možné. Tyto podmínky spočívají v zajištění dostupnosti zdravotních služeb, zdravých a bezpečných pracovních podmínek, odpovídajícího bydlení a dostatku potravy.

Schéma 5. Prvky konceptu práva na zdraví podle WHO



Zdroj: WHO, 2013c

Koncept práva na zdraví obsahuje dle výše uvedeného schématu 5. WHO čtyři základní prvky („AAAQ“). Prvním je dostupnost či použitelnost, a to konkrétně dostupnost zdravotnických zařízení, zdravotnických služeb, léků i samotných lékařů v dostatečné míře. Do této oblasti se dá počítat i dostupnost preventivních a dalších zdravotnických programů. Další podmínkou je přístup. To znamená, že zdravotnická zařízení, zdravotnický personál a léky jsou přístupné všem, je třeba, aby to bylo zajištěno státem. Pojem přístupu má čtyři roviny: zákaz diskriminace, reálný, praktický přístup, ekonomický nebo finanční přístup a přístup k informacím. Termín přijatelnosti značí citlivý a etický přístup k pacientům. Zdravotnická zařízení a služby musí brát v potaz kulturní prostředí a etické normy. Posledním předpokladem je kvalita, tedy vysoká míry kvality zdravotnického personálu, zařízení a léků.

Právo na zdraví, stejně jako ostatní lidská práva, stanoví tři požadavky, které je nutné dodržovat. První je respektování tohoto práva bez jakéhokoli zasahování do jeho výkonu. Druhou podmínkou je ochrana tohoto práva. To znamená, že stát musí zajistit, aby právo na zdraví nebylo jinou stranou porušováno. Třetím předpokladem je plnění práva. To znamená, že je třeba vyvinout všechny možné kroky k realizaci tohoto práva na zdraví. Z výše

uvedeného vyplývá, že je povinností státu, aby zajistil výkon a ochranu práva na zdraví. Právo na zdraví má tedy relevanci k právu na ochranu zdraví.

Nejaktuálnějším strategickým dokumentem WHO je strategie Zdraví 2020 (WHO, 2012b). Jedná se o novou strategii na podporu zdraví a blahobytu (well-being), která podporuje integraci a harmonizaci aktivit směřujících k podpoře zdraví a blahobytu napříč odvětvími na lokální, národní i mezinárodní úrovni. Práce WHO se v posledních letech rozvíjí zejména v oblasti konkrétních návrhů opatření na zmírnění nerovností ve zdraví, přičemž konceptuální rámec těchto nerovností pracuje jak s mikro, tak makro pohledem a opírá se o lidskoprávní přístup v oblasti zdraví. Plná realizace lidských práv je rozhodující pro zlepšování zdraví a redukování nerovností. (WHO, 2013b)

3.3.3 Rada Evropy

Evropský systém ochrany lidských práv byl vytvořen Radou Evropy, založenou v roce 1949 původně jen západoevropskými státy s parlamentní demokracií a pluralitním politickým systémem. V 90. letech 20. stol. však došlo k přijetí států ze střední Evropy, čímž se Rada Evropy stala opravdu celoevropskou organizací. Smluvní systém ochrany lidských práv je založen na dvou pilířích: Evropské úmluvě o ochraně lidských práv a svobod z roku 1950 a Evropské sociální chartě z roku 1961.

Evropská úmluva o lidských právech (dále jen Evropská úmluva) se inspirovala Všeobecnou deklarací lidských práv OSN. Spolu s některými dalšími dokumenty vypracovanými v rámci Rady Evropy vytváří evropský regionální rámec. Na rozdíl od mechanismu protekce základních práv na úrovni Evropské unie, který, co se týče regionální působnosti, se vyznačuje subregionální dimenzí, v případě Evropské úmluvy se jedná o opravdu panevropský dosah a celoevropský regionální mechanismus. Signatáři této konvence jsou současně i členy Rady Evropy, jelikož jednou ze základních podmínek členství v Radě Evropy byl podpis Evropské úmluvy (v okamžiku vstupu) a její ratifikace (zásadně ne později než rok poté).

Hlavní potenciál Evropské úmluvy nespočívá v rozsahu chráněných práv, ale nachází se v jejím institucionálním mechanismu ke kontrole dodržování těchto práv, z hlediska mezinárodního práva se jedná v mnoha ohledech o revoluční přístup. Ke zvláštnostem tohoto mechanismu patří to, že se vyznačuje rysy soudního typu, což je méně frekventovaný model v rámci mezinárodní ochrany lidských práv. Kontrolní systém spočívá na pojmu kolektivní

garance (Sudre, 1997). Kontrolní mechanismus Evropské úmluvy (nazývaný Štrasburským kontrolním mechanismem) je zajišťován soustavou institucí (Evropský soud pro lidská práva, Výbor ministrů) a procedurami řízení před nimi v souvislosti se stížnostmi o porušení lidských práv a svobod vyplývajících z Evropské úmluvy. Tyto procesní postupy jsou v jurisprudenci běžně označovány jako „evropská procedura“ (Šišková, 2008; Šturma, 2003).

Rychlý rozvoj moderní vědy v oblasti biologie a lékařství s sebou přináší zároveň etické a právní problémy, proto byla v roce 1997 členskými státy Rady Evropy přijata Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, tzv. Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Tato úmluva stanovuje požadavky na zajištění lidské důstojnosti a lidských práv v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Cílem této úmluvy je ochrana důstojnosti a svébytnosti každého člověka a všem bez diskriminace zaručit úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a ostatní svobody při aplikaci biologie a medicíny. Úmluva upravuje např. souhlas pacienta s lékařským zákrokem, právo na soukromí, právo každého na všechny dostupné informace o zdravotním stavu, právo na rovnou dostupnost zdravotní péče. Ustanovení Úmluvy zakládají povinnost zdravotníků postupovat lege artis. Úmluvou jsou chráněna práva osob, které se účastní vědeckého výzkumu. Dále je zde upraven postup při darování orgánů a tkání a zakotven zákaz finančního prospěchu z lidského těla a jeho částí.

3.3.4 Evropská unie

Evropské společenství vzniklo v 50. letech 20. století jako odezva na 2. světovou válku. Evropské země se sdružily ve spolek, který měl za prvotní cíl hospodářskou spolupráci, během let však došlo k intenzivnímu vývoji spolupráce v dalších oblastech. Lidská práva a jejich ochrana doprovázely myšlenku jednotného evropského seskupení již od založení Evropských společenství. Rozhodující význam pro rozvoj lidských práv v rámci evropských společenství měl a má Evropský soudní dvůr. Nosnými pilíři lidskoprávní dimenze jsou potom Maastrichtská smlouva (1992), Amsterodamská smlouva (1997) a Smlouva z Nice (2000) (Blahož, 2005).

Evropská unie zvyšuje svůj zájem o problematiku zdravotnického práva a zdravotní politiky a její souvislosti s lidskými právy v posledních 15 letech (Mossialos et al., 2010). V prosinci 2000 byla na summitu v Nice vyhlášena Charta základních práv a svobod Evropské unie. Snaha učinit Chartu právně závaznou vedla k začlenění jejího textu do druhé části Smlouvy o

Ústavě pro Evropu. Tento dokument byl sice ratifikován v několika státech, ale „Evropská ústava“ byla v roce 2005 odmítnuta referendem v Nizozemí a Francii a celý proces evropské integrace se zastavil. To znamenalo i fakt, že se nepodařilo začlenit Chartu základních práv a svobod EU do právně závazného dokumentu a zůstává na jedné straně jen deklarací. Na druhé straně Charta zůstává určitým evropským měkkým právem („soft law“).

Dalším mezníkem ve vývoji základních lidských práv a svobod bylo přijetí tzv. Lisabonské smlouvy. Od chvíle, kdy vstoupila v platnost Lisabonská smlouva, tedy od 1. prosince 2009, se stala Listina, která je její součástí, pro členy EU právně závazným dokumentem. Během procesu ratifikace se právě tento dokument stal předmětem polemik, které vyústily v prosazení výjimky z jeho působnosti (respektive speciálního režimu jeho uplatnění) pro Polsko, Irsko, Velkou Británii a Českou republiku. Pro tyto platí pro aplikaci Listiny základních práv EU zvláštní režim.

Základní práva, která jsou zaručena Evropskou úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod a která vyplývají z ústavních tradic společných členským státům, tvoří dle Lisabonské smlouvy obecné zásady práva Unie. Lisabonská smlouva odkazuje na Listinu základních práv jako na katalog práv, jichž by podle EU měli požívat všichni její občané ve vztahu k evropským institucím a právním předpisům. Šest hlav Listiny se týká těchto oblastí: práva související s důstojností, svoboda, rovnost, solidarita, občanská práva a spravedlnost. Orgány EU musí ctít práva jmenovaná v Listině. Totéž platí pro členské státy, když provádějí evropské právo ve svých právních řádech. Řádné uplatňování Listiny zajišťuje Soudní dvůr. Listina nijak nemění pravomoci Unie, ale posiluje práva a svobody občanů.

Podle Závěrů Rady Evropské unie o společných hodnotách a zásadách ve zdravotních systémech EU (2006/C 146/01) jsou zdravotní systémy ústřední součástí vysoké úrovně sociální ochrany v Evropě a jsou velkým přínosem pro sociální soudržnost a sociální spravedlnost. Základními společnými hodnotami a zásadami zdravotních systémů EU jsou všeobecnost, přístup ke kvalitní péči, rovnost a solidarita. Strategický přístup pro EU na období let 2008–2013 „Společně pro zdraví“ (KOM(2007) 630) se opírá o tyto základní hodnoty a dále zdůrazňuje, že hodnoty týkající se zlepšení zdraví musí zahrnovat omezení nespravedlnosti v oblasti zdraví, deklaruje, že zdravotní politika musí být založena na nejlepších vědeckých důkazech vyvozených ze spolehlivých údajů a informací. Tato první zdravotní strategie ES upozorňuje na důležitost investic do zdraví a problematiku udržitelnosti. Zdravotní politika na úrovni Společenství by měla podporovat dobrý zdravotní stav, chránit občany před hrozbami a podporovat udržitelnost. Stejně vyznívají také aktivity

aplikující metodu otevřené koordinace v oblasti sociální ochrany a sociálního začlenění v rámci Lisabonské strategie 2000–2010 a následně strategie Evropa 2020.

3.4 ČR a její závazky ve vztahu k lidským právům se vztahem ke zdraví

V ČR byla po roce 1990 věnována poměrně významná pozornost četných teoretiků a politiků otázkám lidských práv, jejich zakotvení do českého právního řádu. Českou republiku rozhodně však nelze řadit mezi aktivní faktory rozvoje lidských práv a jejich aplikace, spíše tomu bylo naopak, a to i přes členství v Radě Evropy od počátku 90. let a vstup ČR do EU, kde lidská práva a mechanismy jejich ochrany sehrávají podstatně významnější roli při koncipování politických rozhodnutí. Pokud můžeme sledovat v ČR efekty lidských práv, pak tomu bylo vždy zejména v rámci mezinárodního působení vlivu OSN, Rady Evropy, EU. Česká republika ratifikovala mezinárodní dokumenty uvedené v boxu 10. někdy s větším či menším zpožděním.

Box 10. Českou republikou ratifikované mezinárodní dokumenty

Přijaté mezinárodní smlouvy v ČR

1. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech z roku 1966 ČR ratifikovala zákonem č. 120/1976 Sb.
2. Úmluva o závodních zdravotnických službách (zákon č. 415/1988 Sb.)
3. Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod z roku 1950 (zákon č. 209/1992 Sb.)
4. Evropská sociální charta z roku 1961 (zákon č. 14/2000 Sb.)
5. Úmluva o lidských právech a biomedicině z roku 1997 (zákon č. 96/2001 Sb.)
6. Úmluva o právech dítěte z roku 1989 Česká republika ratifikovala Úmluvu o právech dítěte v roce 1991 (Sdělení Federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., resp. zákon č. 3/1993 Sb., tzv. recepční norma, na základě které se Úmluva po rozdělení ČSFR stala součástí právního řádu ČR).
7. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením – Sběrka mezinárodních smluv č. 10/2010

Zdroj: Autoři

Kromě mezinárodních smluv, zavazujících Českou republiku v oblasti poskytování zdravotní péče a medicínského práva, je dalším právním předpisem vyšší právní síly než zákon Listina základních práv a svobod. Problematiky lidských práv se vztahem ke zdraví se týká zejména článek 6 – právo na život, článek 7 – nedotknutelnost osoby a jejího soukromí, článek 8 –

osobní svoboda, článek 10 – právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno a článek 31 (Mach, 2006).

Box 11. Článek 31 Listiny základních práv a svobod

Článek 31 Listiny základních práv a svobod

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Zdroj: Listina základních práv a svobod, 1993

V souvislosti s naplněním článku 31 Listiny základních práv a svobod vznikla několikrát diskuse o vymezení rozsahu poskytovaných zdravotních služeb. Důležitými nástroji pro vymezení rozsahu poskytovaných zdravotnických služeb jsou prováděcí předpisy veřejného zdravotního pojištění a zdravotně pojistné plány. Již dvakrát však Ústavní soud ČR stanovil, že definovat zákonné vymezení obsahu a rozsahu podmínek a způsob poskytování práva občana na bezplatnou zdravotní péči je možné jen zákonem (Nález ÚS ČR sp. zn. Pl. ÚS 35/1995; Nález ÚS ČR sp. zn. Pl. ÚS 36/11). Ve vztahu ke konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví se jedná o otázku dvojkolejného systému poskytování zdravotní péče. Ústavní soud svým nálezem Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013 tuto dvoukolejnost zrušil, z jeho pohledu šlo ale pouze o procesní chybu.

Další deficity v českém zdravotnickém právu jsou ve vztahu k lidským právům spatřovány v chybějících institucích kontroly a ochrany, např. chybí zákonem podrobněji upravený nezávislý mimosoudní orgán pro vymahatelnost práv pacientů s jejich zastoupením. Takovéto orgány by mohly nejen posílit práva pacientů a veřejnosti, ale i zkvalitnit a zefektivnit celkový systém zdravotnictví. (Vláda ČR, 2011) Také nedochází k posílení vlivu občanů na správu a kontrolu zdravotního pojištění a na hospodaření i kvalitu veřejných nemocnic jejich reprezentací v orgánech zdravotních pojišťoven a nemocnic, posílení nezávislosti kontroly a posuzování kvality zdravotní péče za účasti zástupců pacientů, případně zdravotních pojišťoven, ale i např. právníků specializovaných na zdravotnické právo. Ti by měli např. být členy nezávislých odborných komisí posuzujících stížnosti na poskytování zdravotní péče a ne být pouze přizýváni, aby tak bylo zajištěno zastoupení všech dotčených skupin a věc byla posouzena i z jiného než čistě medicínského pohledu. (Vláda ČR, 2012)

3.4.1 Euronovela Ústavy ČR

V roce 2001 byla v souvislosti s připravovaným vstupem ČR do EU novelizována Ústava ČR se záměrem efektivnějšího rozvoje aplikace lidského práva do českého právního řádu. Výsledkem tohoto záměru však byl naopak vznik problémů s uplatněním dokumentů mezinárodního práva, vztahujících se k lidským právům. V praxi to vedlo k omezení rozhodovacích pravomocí Ústavního soudu ČR (Háva, 2008; Kühn, Kysela, 2002). Hlavním smyslem novelizace Ústavy ČR v roce 2001 (ústavní zákon č. 395/2001 Sb.) s účinností od 1. června 2002 bylo dát Ústavě mnohem širší mezinárodní a evropský rozměr pokud jde o vztah vnitrostátního a mezinárodního, resp. evropského práva. V rámci novelizace došlo mimo jiné k zásadní změně obsahu čl. 10 Ústavy upravujícího postavení mezinárodních smluv v právním řádu ČR. Nový článek 10 Ústavy ČR je klíčovým ustanovením „euronovely“, jelikož rozšiřuje dosavadní zásadu inkorporace mezinárodních smluv lidskoprávních na inkorporaci všech mezinárodních smluv, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas. Takové mezinárodní smlouvy jsou součástí právního řádu České republiky za předpokladu, že jsou vyhlášené a Česká republika je jimi vázána. Kromě samotného „vtažení“ těchto mezinárodních smluv do právního řádu řeší článek 10 i jejich vztah k zákonům. Stanoví-li totiž mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se právě mezinárodní smlouva (Kysela, 2002). Výsledkem euronovely je také proklamativně zvýšený důraz v dimenzi recipování závazků ČR z oblasti mezinárodního práva (čl. 1 odst. 2 Ústavy).

SHRNUTÍ

Lidská práva se vztahem ke zdraví jsou součástí obecného konceptu teorie lidských práv, včetně jeho multidisciplinárního pojetí. K rozvoji konceptu lidských práv po roce 1945 významně přispěla Organizace spojených národů (OSN). Hlavním dokumentem byla Charta OSN z roku 1945 a následně Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948. Všeobecná deklarace je prvním mezinárodním instrumentem obecné povahy, vyhlášeným uceleným katalogem práv přiznaných každému jednotlivci, přičemž konceptu lidských práv se vztahem ke zdraví se pak týká především článek 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech. Dalšími významnými nadnárodními aktéry mezinárodního diskurzu ochrany lidských práv se vztahem ke zdraví je Světová zdravotnická organizace, Rada Evropy, Evropská unie. Kromě mezinárodních smluv, zavazujících Českou republiku v oblasti poskytování zdravotní péče a medicínského práva, je dalším právním předpisem vyšší právní síly než zákon Listina základních práv a svobod.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health - UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights. *National economic & social rights initiative* [online]. 2000 [cit. 2015-02-24]. Dostupné z: <https://www.nesri.org/resources/general-comment-no-14-the-right-to-the-highest-attainable-standard-of-health>
- GRUSKIN S. et al. Rights-Based Approaches to Health Policies and Programmes: Articulations, Ambiguities and Assessment. *Journal of Public Health Policy*. 2010, roč. 31, č. 2, s. 129-145.
- GRUSKIN, Sofia. Human rights in health systems frameworks: what is there, what is missing and why does it matter?. *Global public health*. 2012, roč. 7, č. 4, s. 337-351.
- HUNT, Paul. Promotion and Protection of All Human Rights, Civil, Political, Economic, Social and Cultural Rights: Report of the Special Rapporteur on the rights of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. *Refworld* [online]. 2008 [cit. 2015-02-24]. Dostupné z: <http://www.refworld.org/docid/49a5223b2.html>

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Co jsou to lidská práva, jaké jsou hlavní mezníky ve vývoji konceptu lidských práv?
- Co jsou to přirozená práva a jak se odlišují od pozitivního práva?
- Jaké prvky zahrnuje koncept lidských práv se vztahem ke zdraví?
- Jak je provázáno právo na zdraví s ostatními lidskými právy?
- Jak se liší koncept lidských práv se vztahem ke zdraví a právní zakotvení práv pacientů a jejich ochrany?
- Jak je pojímáno právo na zdraví z pohledu OSN?
- Jak definuje WHO právo na zdraví?
- Jak je integrován princip lidských práv se vztahem ke zdraví do českého práva a zdravotní politiky?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Proč jsou lidská práva důležitá v kontextu veřejného zdraví? Zamyslete se nad hlavními argumenty.
2. Zamyslete na tím, zda a v jakém rozsahu jsou lidská práva se vztahem ke zdraví zohledňována při přípravě, tvorbě a implementaci reformních kroků v českém zdravotnictví.
3. Vyhledejte v databázi nálezů ústavního soudu aktuální (od roku 2014) nálezy související s problematikou lidských práv se vztahem ke zdraví. Došlo k nějakým změnám, doplněním informací o českém zdravotnickém právu?

4 Zdravotní politika: proces její tvorby a realizace; aktéři a instituce ve zdravotní politice

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Kapitola se věnuje vymezení zdravotní politiky jako předmětu zkoumání a má za cíl poskytnout studentům rámce pro analýzu a výklad v této oblasti probíhajících procesů. Nejprve se zaměřuje na vymezení zdravotní politiky se záměrem poukázat na rozmanitost možných definic zdravotní politiky. Dále uvádí některé vybrané přístupy k analýze a vysvětlení politického procesu, které mají svůj původ v oboru veřejné politiky. Součástí kapitoly je také přehled aktérů zdravotní politiky a analýza vlivu aktérů zdravotní politiky v českém prostředí. V neposlední řadě se stručně věnuje nástrojům zdravotní politiky, přístupům ke zdravotní politice a procesu analýzy a tvorby veřejných politik, tak jak jej chápe obor policy analysis.

KLÍČOVÁ SLOVA

veřejná politika

aktéři zdravotní politiky

zdravotní politika

instituce

politický proces

nástroje zdravotní politiky

teorie politického procesu

analýza zdravotní politiky

4.1 Možnosti vymezení zdravotní politiky

Jak je patrné z definic, které uvádíme v boxu 12., zdravotní politiku lze vymezit mnoha způsoby.

Box 12. Vybrané definice zdravotní politiky

Barker (1996: 5-6): „(...) politiky určují náplň zdravotní péče a sladují výkon zdravotní péče ... Na zdravotní politiku můžeme nahlížet jako na síť propojených **rozhodnutí**, která dohromady určují přístup nebo strategii řešení praktických problémů, které se týkají poskytování zdravotní péče.“

Drbal (1996: 6): „Zdravotní politika jako **vyjádření zájmu státu** na zdravotním stavu jeho obyvatel“.

Palfrey (2000: 3): 2 pojetí zdravotní politiky:

1. **„Autoritativní vyjádření** záměru vlád, které zastupují veřejnost, s cílem zlepšit zdraví a blaho populace, neboli centrálně stanovené východisko k jednání.

2. **To, co zdravotní orgány opravdu dělají**, spíše nežli to, co by dle vlád měly dělat. Obsah zdravotní politiky je možné pozorovat až prostřednictvím výsledků rozhodování.“

Drbal (2001: 17): Věcný obsah zdravotní politiky: „(...) **usměrňování vlivu různých determinant na lidské zdraví s cílem jeho ochrany, pozitivního posilování jeho potenciálu i jeho možného návratu v případech jeho oslabení, narušení a nemoci.**“ – Toto pojetí vyžaduje tvorbu tzv. **objektivní zdravotní politiky** – politiky opřené o poznatky o zdravotním stavu populace.

Walt (2004: 41): „Zdravotní politika zahrnuje takové **činnosti**, které ovlivňují soustavu institucí, organizací, služeb a způsoby financování systému zdravotní péče. Netýká se však pouze zdravotních služeb a zahrnuje jednání či záměrné jednání veřejných, soukromých a dobrovolných organizací, které mají **vliv na zdraví** (...). To znamená, že zdravotní politika se zabývá jak environmentálními a socioekonomickými dopady na zdraví, tak poskytováním zdravotní péče.“

Háva (2005: 312-313): „Zdravotní politiku lze vymezit jako rozhodovací procesy, realizované příslušnými aktéry zdravotní politiky na různých úrovních (nadnárodní, národní, regionální, lokální, na úrovni organizací či jednotlivců) zdravotnických systémů a jejich společenského kontextu. Předmětem takových rozhodnutí jsou na jedné straně pravidla – právní normy (tvorba zdravotní politiky), a na druhé straně pak praktická realizace zdravotní politiky v každodenní praxi veřejné správy, řídicí činnosti či přímo poskytování zdravotnických služeb, realizace podpory zdraví.“

Holčík (2010): Zdravotní politika je pojímána jako **projev výrazného zájmu o zdraví a touhy po spravedlnosti** při spravování záležitostí obce i jako **forma odpovědnosti za zdraví lidí**. Hlavním **cílem zdravotní politiky je vytvořit a rozvíjet příznivé životní prostředí, v němž by lidé mohli žít zdravě** (...). Ve svém souhrnu lze zdravotní politiku chápat i jako **stanovisko nebo činnost** určité instituce (zejména vlády) definující priority, dostupné zdroje a podmínky pro činnost, metody péče o zdraví, formy hodnocení výsledků a další politické okolnosti.“

Zdroj: Autoři uvedeni v boxu

Normativní vymezení zdravotní politiky

V některých definicích se setkáme s vymezením zdravotní politiky prostřednictvím jejího cíle (např. Drbal, Palfrey, Holčík). Zdravotní politika tak může být definována jako činnost, která má za cíl chránit, posilovat či navrátit zdraví, zlepšit zdraví a blaho populace, rozvíjet zdravé životní prostředí apod. Součástí těchto definic jsou tedy i hodnoty, jež by zdravotní politika měla posilovat.

Model objektivní zdravotní politiky vycházející z poznatků o zdravotním stavu populace

Další, spíše ideální podobu zdravotní politiky uvádí Holčík (2003). Zdravotní politika by dle tohoto přístupu měla **zlepšovat zdraví a za tímto účelem vycházet ze tří základních otázek:**

a. Jaké je zdraví lidí?

Otázka se týká popisu úrovně, rozložení a vývoje zdraví lidí a jeho determinant. Je nezbytné popsat hlavní charakteristiky celkové zdravotní situace spočívající ve zdravotním stavu obyvatel, životním způsobu, životním prostředí, stavu a činnosti zdravotnictví i ve zhodnocení ekonomických, sociálních a kulturních okolností.

b. Proč je zdraví takové?

Zde jde opět zejména o determinanty zdraví a o analytické studie dokládající návaznost zdraví na celou řadu jevů, které je ovlivňují. Pozornost je žádoucí věnovat zejména vlastnostem životního prostředí a chování lidí. Velmi důležité jsou sociální determinanty, které podstatnou měrou předznamenávají jak možnosti ochrany zdraví lidí, tak i zvládání zdravotních problémů.

c. Co se dá udělat pro zlepšení zdraví?

Návrhy účinných a hospodárných opatření by měly vycházet z odpovědí na předchozí otázky. V tomto směru by měla být rozvinuta rozsáhlá výzkumná práce. Je ovšem zřejmé, že už v současné době je známo mnoho okolností ovlivňujících zdraví (rizikové a protektivní faktory), na které lze příznivě působit. Spolu s vědeckým přístupem je žádoucí rozvíjet práci výchovnou, organizační i politickou, jejíž kvalita do značné míry rozhoduje o tom, zda se výsledky výzkumu podaří úspěšně uplatnit v praxi.

Podobný přístup volí také Drbal (2001), který hovoří o tzv. objektivní zdravotní politice, postavené na objektivním výzkumu a následném ovlivňování determinant zdraví prostřednictvím tzv. specifických a nespecifických zásahů.

Schéma 6. Zdravotní politika a její vliv na determinanty zdraví



Zdroj: Drbal, 2001: 18

Tento způsob vymezení zdravotní politiky však nespěje ke zkoumání všech reálných procesů, které se v sektoru zdravotní politiky odehrávají. Jde spíše o představu o ideálním modelu zdravotní politiky.

Vymezení pojmu „politika“, trojdimenzionální pojetí politiky

„Politiku“ můžeme obecně chápat buď jako **dynamický proces** vyjednávání, tvorby a realizace politiky („**politics**“) nebo jako **vlastní obsah politiky** („**policy**“, někdy se užívá překladu „veřejná politika“ nebo ne úplně elegantního sousloví „politika ve smyslu policy“). Většinou se uvádí ještě další význam politiky, a to ve smyslu anglického „polity“. Polity značí ústavní, strukturální a hodnotový rámec politiky – politický řád. Hovoříme pak o tzv. trojdimenzionálním pojetí pojmu politika (Schubert, Fiala, 2000). Jak píše Veselý a Nekola (2007: 31), „*Konkrétní politický řád tvoří rámec (polity), v němž dochází ke konfliktu a konsensu mezi politickými aktéry (politics), který vede ke konkrétním obsahovým politikám (policy).*“

Veselý et al. (2005) uvádějí různá pojetí pojmu „policy“ dle Hogwooda a Gunna (1984). Pokud zkoumáme obsah politiky, můžeme tedy zkoumat:

- politiku jako určitou oblast (např. zdravotní politiku),

- politiku jako vyjádření obecných cílů, požadovaných stavů a cest k dosažení těchto cílů; koncepci, strategii, plán, záměr, program rozvoje,
- politiku jako konkrétní návrh,
- politiku jako právní normu,
- politiku jako konkrétní program (specifický, úzce zaměřený program – např. Národní program zdraví),
- politiku jako proces (vše, co souvisí s přijetím a realizací dané politiky),
- politiku jako výstup (např. počet provedených operací za určité období),
- politiku jako výsledek.

Explicitní formulaci politiky ve smyslu „policy“ většinou nalezneme ve veřejněpolitických dokumentech. Veselý a Nekola (2007) zmiňují 4 kategorie takových dokumentů: legislativní, strategické, výzkumné (analýzy, výzkumné zprávy), deklarativní a advokační (explicitně hájící zájem konkrétního aktéra).

Široké a úzké pojetí zdravotní politiky

Definice se také mohou lišit dle širě záběru zdravotní politiky. Zdravotní politiku můžeme chápat jako politiku **týkající se sektoru zdravotnictví** (neboli zdravotnického systému – „health care system“), a tedy pouze poskytování zdravotních služeb. Odlišným konceptem je zdravotní politika pojatá jako tzv. **„veřejná politika podporující zdraví“** („healthy public policy“) – v tomto pojetí jsou za zdravotní politiku považovány všechny činnosti, jejichž cílem je ovlivňování zdraví lidí prostřednictvím působení na rozsáhlé determinanty zdraví.

4.2 Analytické a výkladové rámce pro zkoumání zdravotní politiky, jejího vzniku a vývoje

Proč zkoumat zdravotní politiku?

Motivy výzkumu zdravotní politiky mohou být v zásadě dvojí. V prvním případě může jít o čistě akademický záměr zkoumat a pochopit daný předmět – tedy podobu, obsah, fungování a důsledky zdravotní politiky. V tomto případě se snažíme získat tzv. **vědění o politice** („**knowledge of policy making**“). Cílem je potom vytváření teorií a analytických rámců či typologií, a tedy produkce nových obecných poznatků (s cílem vysvětlit daný předmět). Naším cílem může být ale také přispět k formování či realizaci politiky a výzkumné poznatky

v tomto smyslu využít v praxi zdravotní politiky (např. hodnotit danou politiku, sledovat dopady zavedených opatření, účastnit se tvorby politiky v roli poradce apod.) – v tomto případě hovoříme o tzv. **věděni pro politiku („knowledge in policy making“)**. Tyto dvě roviny zkoumání vymežil politolog Harold Lasswell (1971). Obě tyto roviny se samozřejmě prolínají.

4.2.1 Fázový model tvorby a realizace politiky

Jedním z nejčastěji užívaných rámců pro analýzu veřejné politiky je tzv. fázový model politického procesu. Na politický proces nahlíží tento model jako na cyklus vzájemně propojených fází. Různá pojetí fázového modelu se liší zejména počtem a povahou fází. Fázový model v pojetí Howletta, Perla a Rameshe (2009) se skládá z:

- Nastolení agendy – uznání sociálního problému.
- Formulace veřejné politiky – navrhování a diskuse možných řešení problému.
- Rozhodnutí – výběr jednoho (nebo i žádného) řešení prostřednictvím formálního či neformálního prohlášení o záměru řešit daný problém.
- Implementace – převedení rozhodnutí do praxe - důležitá role státní správy.
- Evaluace – zhodnocení implementace, výstupů a výsledků politiky vzhledem k jejím zamýšleným cílům. Z evaluace mohou dále vyplynout další problémy a celý proces se tak dostává na svůj počátek.

Tento model nám může sloužit jako rámec pro analýzu procesu tvorby a realizace specifické politiky, je však často kritizován pro svou spíše normativní povahu a odtrženost od reálné povahy procesu tvorby a realizace politik. Model spíše vyjadřuje, jak by měl politický proces fungovat, nikoliv jak funguje. Také naráží na problém víceúrovňového vládnutí. Politiky dnes nevznikají pouze v rámci jedné platformy či arény, výsledná politika je výsledkem působení aktérů na různých úrovních vládnutí (regionální, národní, nadnárodní apod.). Pokud se tedy rozhodneme tento model využít jako analytický rámec, musíme si být vědomi jeho zjednodušující povahy a omezení. Na druhou stranu nám může poskytnout způsob, jak analyzovat mnohdy velmi složitou sociální realitu. Každou fází tohoto procesu můžeme také vyložit s využitím dalších veřejněpolitických teorií.

4.2.2 Vybrané teorie vysvětlující stabilitu politiky

Historický institucionalismus

Jedním z nejvlivnějších přístupů k vysvětlení rezistence politiky vůči změně je historický institucionalismus. Tento přístup se zakládá na myšlence, že tvorba politiky (rozhodování o politice) se odvíjí od historického vývoje institucionálního nastavení v dané oblasti. Institucionální nastavení vymezuje prostor pro jednání a rozhodování aktérů a zahrnuje formální a neformální pravidla a normy. Dle historického institucionalismu je možné konkrétní změnu politiky pochopit pouze v kontextu jejího institucionálního vývoje.

Příkladem vlivu institucionálního nastavení na možnosti tvorby zdravotní politiky může být institucionalizace rozdělení kompetencí jednotlivých ministerstev, a tudíž omezení možností tvorby intersektorálních politik (Smith, Katikireddi, 2012).

Inkrementalistický model tvorby politiky

Inkrementalistický model se vztahuje k povaze rozhodování o veřejné politice. V roce 1959 ho představil Charles Lindblom v reakci na tzv. **racionalistický model tvorby politiky**, který v rozhodování o politice viděl racionální činnost, vycházející z jasně definovaného cíle, návrhů všech možných variantních politik, zhodnocení těchto variant a racionálního výběru takové politiky, která je nejvhodnější k naplnění daného cíle.

Lindblom ve svém článku z roku 1959 přichází s tzv. **inkrementalistickým modelem rozhodování**, který vidí celý rozhodovací proces v mnohem realističtějším světle. V realitě dle Lindbloma nepanuje shoda na jasných hodnotách a cílech, často dochází ke konfliktům hodnot a cílů v rámci jedné politiky. Výběr nástrojů nenavazuje na předchozí stanovení jasných cílů, jelikož se často o cílech i nástrojích politiky rozhoduje zároveň. Varianty nástrojů nejsou testovány vůči cílům a porovnávány, výběr konečné varianty je dán zejména tím, zda se na ní všichni relevantní aktéři dohodnou. V reálném světě mají dle Lindbloma také rozhodovatelé limitované intelektuální schopnosti a nemají dostatek informací. Tvůrci politiky při výběru nástrojů politiky čerpají z předchozích zkušeností, a tudíž disponují vědomostmi spíše o potencionálních inkrementálních změnách. V reálném světě jsme schopni dohlédnout spíše důsledky změn inkrementálních, nežli důsledky radikálních změn, jelikož mnohdy ani nedisponujeme takovou teorií, kterou bychom mohli využít pro předpověď důsledků dané politiky. (Lindblom, 1959)

Historický institucionalismus se svým důrazem na instituce a inkrementalismus s poukazem na omezenou racionalitu rozhodovatelů byly kritizovány jako příliš konzervativní přístupy, neschopné vysvětlit radikální náhlé změny politiky.

4.3 Aktéři zdravotní politiky

Aktéři jsou hybnou silou tvorby a realizace veřejných politik. Výše uvedené výkladové rámce se liší v chápání jejich role v tvorbě veřejných politik. Při interpretaci jejich role v konkrétním případě tvorby a realizace politiky tak záleží na zvoleném výkladovém rámci. V této podkapitole poskytneme čtenáři přehled aktérů zdravotní politiky.

Za aktéry můžeme považovat všechny, kterých se daný veřejněpolitický problém dotýká, tzn. „*ti, kdo mají určitý zájem na problému, kdo jsou postiženi daným problémem, kdo mají aktivní či pasivní vliv na řešení či rozhodování týkající se daného problému*“ (Veselý, Nekola, 2007: 226).

Aktéry zdravotní politiky mohou být **jak jednotlivci, tak organizace**, jenž se do procesu tvorby a realizace politiky mohou zapojovat na **různých úrovních vládnutí** (nadnárodní, národní, lokální apod.).

Birkland (2010) dělí aktéry na **oficiální**, jejichž účast v politickém procesu je oficiálně stanovena zákonem, ústavou apod., a **neoficiální** – zejména zájmové skupiny a média. Dále můžeme aktéry klasifikovat např. dle toho, zda spadají do **sféry trhu, státu či občanského sektoru**, jako regulátorů společnosti, přičemž každý sektor se vyznačuje odlišnou organizační strukturou a mechanismy fungování (Potůček et al., 2005).

4.3.1 Aktéři v českém zdravotnictví

Ve zdravotnickém systému existuje velké množství aktérů tvořících složitou strukturu s mnoha vzájemnými vazbami. Je možné identifikovat **tři hlavní skupiny aktérů: občané (pacienti – pojištěnci), plátcí a poskytovatelé zdravotních služeb** (tito aktéři jsou třemi vrcholy tzv. „trojúhelníku zdravotní péče“ – Mossialos, 2002). Vedle nich ale samozřejmě existuje čtvrtá skupina aktérů, kteří nepatří ani do jedné z těchto tří skupin, ale aktivně se účastní jednotlivých interakcí mezi těmito hlavními hráči nebo ovlivňují podmínky, na jejichž základě tyto tři hlavní skupiny aktérů vzájemně vystupují (Mátl et al., 2008).

První skupinu tvoří občané (pacienti – pojištěnci), kteří v systému vystupují jako poptávající zdravotnických služeb. Občané na jedné straně odvádí zdravotní pojištění, na

druhé straně spotřebovávají zdravotní péči, zároveň ale nejsou díky existenci třetí strany přímo konfrontováni s cenou zdravotní péče. Jak již bylo řečeno, občané se mohou organizovat v rámci patientských organizací a tím mohou vstupovat do interakcí se skupinou plátců a poskytovatelů. V rámci veřejné volby jsou to pak občané, kteří v podstatě rozhodují o orientaci zdravotní (reformní) politiky.

Druhou skupinou jsou poskytovatelé péče, kteří bývají považováni za klíčového hráče. Vykonávají samotnou zdravotní péči a kvalita jejich práce tak ovlivňuje výsledky celého systému. Poskytovatelé se povinně sdružují v profesních komorách a kromě toho se mohou organizovat v odborných sdruženích dle profesí. Jde o skupinu, která je ze všech tří z hlediska zájmů zřejmě nejvíce nehomogenní.

Lékařská profese se vyznačuje jistými charakteristikami, z nichž vyplývá jejich vliv na politickém trhu. Jsou to zejména: zdroje, velká a rozptýlená členská základna, soudržnost či homogenita ve vztahu ke klíčovým zájmům skupiny.

Třetí skupinu představují plátcí zdravotnických služeb, tedy především zdravotní pojišťovny v českém systému, které svým postavením zásadně ovlivňují chod celého systému. Na jedné straně mají závazky k pojištěncům, na druhé straně na základě smluv proplácejí poskytnutou zdravotní péči poskytovatelům.

Čtvrtou skupinu tvoří ostatní aktéři, kteří ovlivňují podmínky fungování celého systému nebo kteří vstupují do interakcí s hlavními třemi skupinami aktérů. Do této skupiny patří státní aktéři či například výrobci a dodavatelé léčiv, výrobci a dodavatelé zdravotnické techniky, vzdělávací instituce, média, politické strany, odborové organizace a mnoho dalších.

Seznam reálných aktérů působících v českém zdravotnictví je mnohem obsáhlejší. Nesmíme zapomenout na to, že na tvorbu zdravotní politiky u nás mají vliv také mezinárodní organizace jako je např. WHO či OECD. Zkrácenou verzi seznamu aktérů je možno najít v tabulce 1.

Tabulka 1. Aktéři ve zdravotnictví

Státní aktéři	Ústřední orgány státní správy	Ministerstvo zdravotnictví a další ministerstva ovlivňující zdravotní politiku
	Samosprávné orgány	Krajská zastupitelstva
		Obce
	Parlament ČR	Poslanecká sněmovna
		Senát
	Vláda ČR	
Ostatní instituce	Státní úřad pro kontrolu léčiv	

		Český institut pro akreditaci
		Státní zdravotní ústav
Sociální aktéři	Politicko-ekonomické struktury	Zaměstnanecké a oborové zdravotní pojišťovny
		Všeobecná zdravotní pojišťovna
		Zdravotnická zařízení
	Firmy	Farmaceutické firmy
Zaměstnanci	Zaměstnanci zdravotnických zařízení	
	Zaměstnanci různých organizací a firem uvedených v této tabulce	
Političtí aktéři	Veřejnost	
	Výzkumné organizace	Vzdělávací instituce
	Politické strany	
	Masmédia	
	Organizovaná zájmová sdružení s dobrovolným členstvím	Pacientské organizace
		Svazy ZP
		Asociace nemocnic
		Odborové organizace
		Různé asociace související s farmaceutickým průmyslem
		Asociace sdružující pracovníky dle oborů
	Organizovaná zájmová sdružení s povinným členstvím	ČLK
		ČSK
		Česká lékařská komora
	Jiná organizovaná sdružení	NRC – Národní referenční centrum
		Lékaři pro reformu
		Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
České zdravotnické fórum		
Sdružení Občan, o. s.		

Zdroj: Autoři

4.3.2 Zájmové skupiny v české zdravotní politice

Zájmové skupiny jako takové spojuje snaha o ovlivnění tvůrců veřejné politiky tak, aby do výsledné politiky byly včleněny zájmy daných skupin. Úspěch či neúspěch jednotlivých aktérů při takovém prosazování svých zájmů je kardinálně závislý na jejich vlivu. Vliv sám o sobě je jednou z dimenzí síly zájmové skupiny.

V této souvislosti je možné konstatovat, že je tradičnější a praktičtější opřít se o měření tzv. relativního (vnímaného) vlivu dané zájmové skupiny. Ten pak bývá odvozován zejména od pocitu (předpokladu) tvůrců politiky a ostatních zainteresovaných osob ohledně tohoto vlivu. Není tedy ani tak důležité, zda je daná skupina opravdu vlivná; postačí, že je za vlivnou považována.

4.4 Nástroje zdravotní politiky

Níže uvádíme klasifikaci nástrojů veřejné politiky dle Peterse (1999), tak jak ji uvádí Veselý a Nekola (2007). Ke každému nástroji jsou v tabulce uvedeny příklady z oblasti zdravotní politiky.

Tabulka 2. Příklady možných nástrojů zdravotní politiky

Veřejněpolitický nástroj	Příklad z oblasti zdravotní politiky
Zákony	Zdravotnické právo Právní úprava ochrany veřejného zdraví
Služby	Poskytování zdravotní péče Vzdělávání lékařů
Peníze	Platby za tzv. státní pojištěnce
Daně	Spotřební daň na alkohol a cigarety
Jiné ekonomické nástroje – půjčky, dotace	Residenční místa pro lékaře Dotace v rámci Národního programu zdraví
Osvěta a přesvědčování	Kampaň proti kouření

Zdroj: Veselý, Nekola, 2007; doplněno

4.5 Dilemata zdravotní politiky

Poskytování zdravotnických služeb lze hodnotit ze **čtyř důležitých aspektů**. Kromě kritéria efektivity se jedná o posouzení:

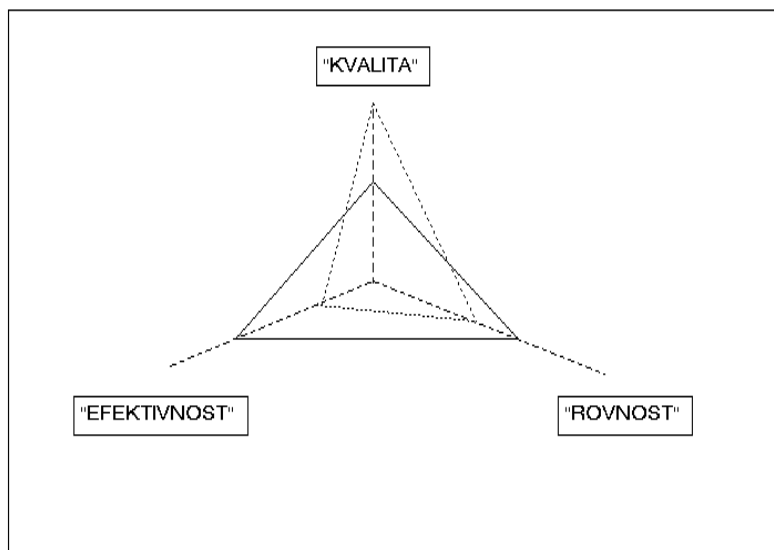
1. zda je konkrétní služba **účinná** ve smyslu zlepšení zdraví pacientů (medicínský aspekt);
2. zda je poskytována **humánním způsobem**, jinými slovy, nakolik zdravotní péče uspokojuje „spotřebitele“ (zde se nejedná zdaleka jen o medicínský aspekt, ale i o pohodlí, přístup lékaře k pacientovi apod.);
3. zda jsou služby poskytovány způsobem, který odpovídá ve společnosti převládajícímu **chápání spravedlnosti** (aspekt sociální).

Do jisté míry se jedná o vzájemně se vylučující cíle. Zajištění pohodlí a spokojenosti pacienta je nákladné a obvykle není v možnostech společnosti zabezpečit stejnou optimálně vysokou úroveň zdravotní péče pro všechny. Rozhodnutí o těchto otázkách mívají obvykle povahu kompromisu. Jako ilustraci je možno použít jisté analogie známého „magického makroekonomického čtyřúhelníku“ (inflace, zaměstnanost, růst a obchodní bilance). Spojíme-li do jedné kategorie (nazvané řekněme **KVALITA**) medicínskou účinnost a humanitu péče,

vytvoří nám spolu s požadavky na **EFEKTIVNOST** (pro tento okamžik chápanou především jako minimalizaci nákladů při dosažení stejného prospěchu) a **ROVNOST** „magický trojúhelník“. Jeho vrcholy jsou spojeny a tvoří pružný systém, ve kterém na tah (snahu o pohyb v jednom směru, např. snahu o zvýšení pohodlí pacientů) reagují protitahem protilehlé vrcholy, nebo alespoň jeden z nich.

Kupříkladu, zvolíme-li za standard u nemocniční péče dvojlůžkové (nebo dokonce jednolůžkové) pokoje, budou pacienti nepochybně s kvalitou služby spokojenější než dnes, kdy sdílí pokoj třeba s pěti i více osobami. Náklady na péči pro stejný počet pacientů však nepochybně vzrostou. Zachování dosaženého stupně rovnosti v přístupu k takové službě bude obtížné. Budeme-li chtít zvýšit přímou finanční spoluúčast pacientů, abychom tím redukovali příliš vysokou poptávku, dosáhneme tím možná efektivnějšího využití zdrojů, avšak od požadavku rovnosti se vzdálíme.

Schéma 7. „Magický trojúhelník“ hodnocení zdravotnických systémů



Zdroj: autoři

Velice inspirativní je pohled na klíčové otázky fungování zdravotnictví, jak je formuloval ve své klasické knize Fuchs (2002):

1. Zdraví nebo jiné cíle? Štěstí? Rozkoš? Dobrodružství? Nepodléháme náhodou kliše, když tvrdíme, že zdraví je nejvyšší hodnota vůbec? Jak ob stojí toto tvrzení tváří tvář pozorovanému chování svobodných lidských bytostí?
2. Zdravotní péče nebo jiné programy podporující zdraví? Pokud chceme alokovat zdroje do zdraví, co je nákladově nejefektivnější? Co alternativní způsoby péče? Výdaje na ochranu životního prostředí? Čistá voda a vzduch?
3. Kolik rovnosti? A jak jí dosáhnout? Co je spravedlivé? Když mají všichni stejně? Nebo když mohou diferencovat podle svých preferencí? A jak přitom předejít diskriminaci a nespravedlivým sociálním rozdílům?
4. Dnes nebo zítra? Vydat peníze na péči dnes anebo počkat až vzroste produktivita použitých zdrojů? Jakou diskontní sazbu zvolit při hodnocení budoucích užitků?
5. Tvůj nebo můj život? Kdo má rozhodovat o tom, kdo bude žít? Jednotlivec? Lékař? Pojišťovna? Vláda?
6. Džungle nebo ZOO? Čemu více věříme? Plánovanému, regulovanému postupu anebo výsledkům plynoucím z dobrovolné a svobodné interakce svůj zájem hájících jednotlivců?

SHRNUTÍ

Zdravotní politiku lze chápat a zkoumat z mnoha úhlů, v závislosti na účelu, kvůli kterému se jí zabýváme. Stejný pojem může znamenat různý význam. V praxi se nejčastěji setkáme s tzv. normativním vymezením zdravotní politiky. Zdravotní politika tak může být definována jako činnost, která má za cíl chránit, posilovat či navrátit zdraví, zlepšit zdraví a blaho populace, rozvíjet zdravé životní prostředí apod. Součástí těchto definic jsou tedy i hodnoty, jež by zdravotní politika měla posilovat. Hybnou silou tvorby a realizace veřejných politik jsou aktéři. Můžeme za ně považovat všechny, kterých se daný veřejněpolitický problém dotýká. V českém zdravotnictví lze identifikovat čtyři hlavní skupiny aktérů: občané, plátcí a poskytovatelé péče plus ostatní aktéři, kam zařazujeme státní aktéry, výrobce, dodavatele a distributory léčiv, výrobce zdravotnické techniky, vzdělávací instituce, média, politické strany, odborové organizace a mnoho dalších. Významnou skupinou aktérů jsou také tzv. zájmové skupiny.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- BARKER, Carol. *The health care policy process*. 1. vyd. London: Sage, 1996. ISBN 9780803976283.
- BIRKLAND, Thomas A. *An introduction to the policy process: theories, concepts, and models of public policy making*. 3. edit. vyd. Armonk, NY: M.E. Sharpe, 2010, 339 s. ISBN 9780765625328.
- DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 96 s. ISBN 8072623400.
- FUCHS, Victor R. *Who shall live? Health, economics, and Social Choice*. Singapore: World Scientific, 2002. ISBN 9810241836.
- POTUČEK, Martin et al. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005, 399 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), 35. sv. ISBN 8086429504.
- SABATIER, Paul. *Theories of the policy process*. 2. edit. vyd. Boulder, Colo.: Westview Press, 2007, 344 s. ISBN 9780813343594.
- VESELÝ, Arnošt a Martin NEKOLA. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. ISBN 808642975x.

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jak byste vymezili pojem „zdravotní politika“? Jak se od sebe liší různá vymezení zdravotní politiky a jaké to má důsledky pro následné vymezení předmětu tohoto zkoumání?
- K čemu slouží uvedené teorie politického procesu a jak se od sebe liší?
- Vyjmenujte typy veřejněpolitických nástrojů – které jsou ve zdravotní politice nejčastěji užívány?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Zkuste najít dokument, který definuje zdravotní politiku současné vlády. Jaké jsou její priority a které nástroje jejich dosažení předpokládá? Jak se přístup současné vlády liší od přístupu vlády minulé?
2. Jakými nástroji prosazují jednotlivé zájmové skupiny své zájmy? Které jsou podle Vás účinnější a proč?
3. Snažte se vyjmenovat všechny, oficiální i neoficiální, aktéry v oblasti lékové politiky v ČR. Kterí aktéři mají podle Vás největší vliv na formulaci a realizaci dané politiky a proč?
4. S využitím inkrementalistického modelu tvorby politiky a po prostudování kapitoly, která podává přehled o zdravotních systémech ve vybraných zemích, se zamyslete nad možnostmi přenosu tamních opatření zdravotní politiky do českých podmínek.

5 Zdravotnictví jako součást národního hospodářství

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

V této kapitole je zdravotnictví představeno jako významné odvětví národního hospodářství. Má svou strukturu, funkce a návaznosti na další oblasti ekonomiky. Protéká jím velké množství finančních prostředků, je významným zaměstnavatelem. Při výkladu je využita řada statistických pramenů, které jsou v oblasti zdravotnictví dosti podrobné a relativně dostupné. Schopnost vyhledat a pracovat samostatně se statistickými údaji je jednou z klíčových kompetencí, kterou se u Vás snažíme rozvíjet. V závěru kapitoly je prezentován způsob, jak je zdravotnictví statisticky sledováno v mezinárodním systému národních účtů.

KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotnictví

NACE

zdravotní péče

COFOG

zdravotnické služby

systém zdravotnických účtů (SHA)

zdravotnický systém

5.1 Základní charakteristika odvětví a jeho funkce

Ve vyspělých zemích se zdravotnictví stalo jedním z nejrozsáhlejších hospodářských odvětví a současně odvětvím vykazujícím největší dynamiku měřeno počtem pracovních míst či inovacemi. Zejména v zemích OECD došlo k působivým zlepšením zdravotního stavu obyvatelstva a rovněž se ve většině z nich zvýšila všeobecná dostupnost péče. Nicméně, prakticky všechny zdravotnické systémy ve vyspělých zemích se dnes musí potýkat s podobnými problémy. Patří mezi ně především dopady rostoucí omezenosti zdrojů a hledání nejefektivnějších způsobů jejich využívání v podmínkách nesmírně rychlého vývoje nových technologií, rostoucích očekávání pacientů i veřejnosti a stárnoucí populace. Klíčovými hodnotami jsou a vždy budou ekvita, účelnost a ekonomická efektivnost zdravotní péče.

Zdravotnictví můžeme charakterizovat jako odbornou část péče o zdraví. Chápeme ho rezortně (resp. v institucionálně-funkčním pojetí), tj. jako odvětví národního hospodářství tvořené soustavou orgánů, institucí a pracovníků, jejichž posláním jsou činnosti, které směřují k bezprostřední ochraně zdraví obyvatelstva a k zabezpečování hlavních odborných,

finančních a věcných předpokladů poskytování zdravotní péče. Proto sem kromě samotné soustavy státních a nestátních zdravotnických zařízení, které zabezpečují poskytování zdravotnických služeb, patří i instituce, které slouží rozvoji lékařské vědy a podpory zdraví. Dokonce, podle Světové zdravotnické organizace, tam patří rovněž i instituce účastnící se v širším smyslu na celkovém zlepšování sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek lidského života.

Zdravotní péči definuje naše legislativa⁶ jako soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem **předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu, udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení, pomoci při reprodukci a porodu, posuzování zdravotního stavu, preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky za shora popsáním účelem.**

Z hlediska časové naléhavosti se zdravotní péče dělí na

- a) neodkladnou,
- b) akutní,
- c) plánovanou.

Podle účelu poskytnutí se rozlišují:

- a) **preventivní péče**, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku,
- b) **diagnostická péče**, jejímž účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby,
- c) **dispenzární péče**, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze

⁶ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci,

d) **léčebná péče**, jejímž účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu,

e) **posudková péče**, jejímž účelem je zjištění, zda

1. nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách, nebo

2. zdravotní stav pacienta je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce, služby, povolání, jiných činností nebo pro jiné účely,

f) **léčebně rehabilitační péče**, jejímž účelem je maximální možné obnovení funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu,

g) **ošetřovatelská péče**, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti,

h) **paliativní péče**, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí,

i) **lékárenská péče a klinickofarmaceutická péče** (dále jen „lékárenská péče“), jejímž účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv.

Zdravotnické služby ve všech vyspělých zemích můžeme zařadit pod kategorii „věcné veřejné služby“. Tvoří tak mimo jiné i jednu z kategorií Klasifikace funkcí veřejnoprávních subjektů (COFOG – *Classification of the Functions of Government*), mezinárodně používaného klasifikačního standardu pro členění výdajů států s ohledem na jejich účel (funkci). Klasifikace COFOG je nedílnou součástí Systému národních účtů (SNA), určených zejména pro potřeby statistického zjišťování a mezinárodního porovnávání statistických dat (podrobněji níže v této kapitole). Klasifikaci COFOG používají zejména ministerstva financí

a statistické úřady jednotlivých zemí pro členění rozpočtů a další statistické účely. Každá činnost (resp. výdaj) organizací veřejného sektoru musí být přiřazena jedné z funkcí dle členění COFOG. Z mezinárodního hlediska jde o členění, pomocí kterého lze porovnávat strukturu výdajů na veřejné služby.

Box 13. Základní klasifikace odvětví terciárního sektoru dle NACE⁷

Třída Český překlad	
G	Velkoobchod a maloobchod; opravy a údržba
H	Doprava a skladování
I	Ubytování, stravování a pohostinství
J	Informační a komunikační činnosti
F	Peněžnictví a pojišťovnictví
L	Činnosti v oblasti nemovitostí
M	Profesní, vědecké a technické činnosti
A	Administrativní a podpůrné činnosti
O	Veřejná správa a obrana; povinné sociální zabezpečení
P	Vzdělávání
Q	Zdravotní a sociální péče
R	Kulturní, zábavní a rekreační činnosti
S	Ostatní činnosti
T	Činnosti domácností jako zaměstnavatelů
U	Činnosti zahraničních organizací

Zdroj : NACE, 2013

⁷ NACE je akronym pro statistickou klasifikaci ekonomických činností, kterou používá Evropská unie (resp. Evropská společenství) od roku 1970. NACE vytváří rámec pro statistická data o činnostech v mnoha ekonomických oblastech (např. ve výrobě, zaměstnanosti, národních účtech).

5.2 Význam odvětví

Význam a váhu odvětví ekonomové zpravidla vyjadřují peněžními toky, které přes ně protékají. Nejpoužívanějším indikátorem je v této souvislosti **velikost celkových výdajů na zdravotnictví vyjádřena jako podíl na hrubém domácím produktu (HDP)**. V roce 2012 byla jeho průměrná hodnota v zemích OECD 9,3 % (OECD, 2014a). Výdaje se pohybují v relativně širokém intervalu od cca 6 % (Turecko, Mexiko, Estonsko) po 17 % ve Spojených Státech⁸. Většina nejvyspělejších evropských zemí utrácí za zdravotní péči cca 10–12 procent HDP (nejvíce Holandsko – 12 %, Francie a Německo 11,6 %).⁹ Česká republika je se svými cca 7,5 % mezi zeměmi s relativně nejnižšími výdaji. Pro srovnání viz graf 1., znázorňující vývoj celkových výdajů v ČR a u jejích sousedů.

Na celkových výdajích na zdravotnictví se podílejí výdaje veřejné a soukromé. S výjimkou USA, Mexika a Chile převažují v zemích OECD výdaje veřejné. (V České republice tvoří více než 80 %.) To ukazuje silný vliv veřejného sektoru a obecně státu na poskytování zdravotní péče. O důvodech budeme diskutovat v následující kapitole.

Jednou z legitimních otázek, která může padnout při studiu podobných statistik, zní – „existuje něco jako „optimální“ výše výdajů na zdravotnictví?“. Dáváme hodně, málo, nebo „tak akorát“? Teoretická odpověď je snadná – optimum nákladů je tam, kde dochází k vyrovnání mezních výnosů s mezními náklady, přirozeně při započítání nákladů příležitosti. Pro zdravotnictví by se to dalo interpretovat například tak, že do systému odborné péče o zdraví má smysl investovat, pokud jsou přínosy měřené pozitivními dopady na zdravotní stav jednotlivců či populace vyšší, než investice do jiných oblastí (ochrana životního prostředí, doprava, bezpečnost, výživa...)¹⁰. S tím souvisí vztah mezi výší výdajů na zdravotnictví a střední délkou života jako velice zjednodušeným měřítkem zdravotního stavu populace (viz. graf 2.). Jak je z grafu zřejmé, platí i zde zákon snižujících se mezních užitků. Země s nejvyšší střední délkou života při narození dosahují přibližně obdobných hodnot, bez ohledu na výši svých výdajů, nicméně u ostatních je zřejmá korelace mezi výdaji a střední délkou života.

⁸ USA představují v této oblasti extrém. Pokud budeme pracovat s celkovými výdaji vyjádřenými v US dolarech na hlavu, přepočteno paritou kupní síly, pak vydávají dva a půlkrát více, než činí průměr zemí OECD. Výše a vývoj výdajů je tam vnímán již řadu let jako značný problém.

⁹ Pro podrobnější informace doporučujeme zejména on-line databázi zemí OECD – OECD Health Statistics, 2014. *OECD* [online]. 2014b [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

¹⁰ Za předpokladu, že bychom řešili pouze efektivnost výdajů směřujících k zajištění potřeby zdraví.

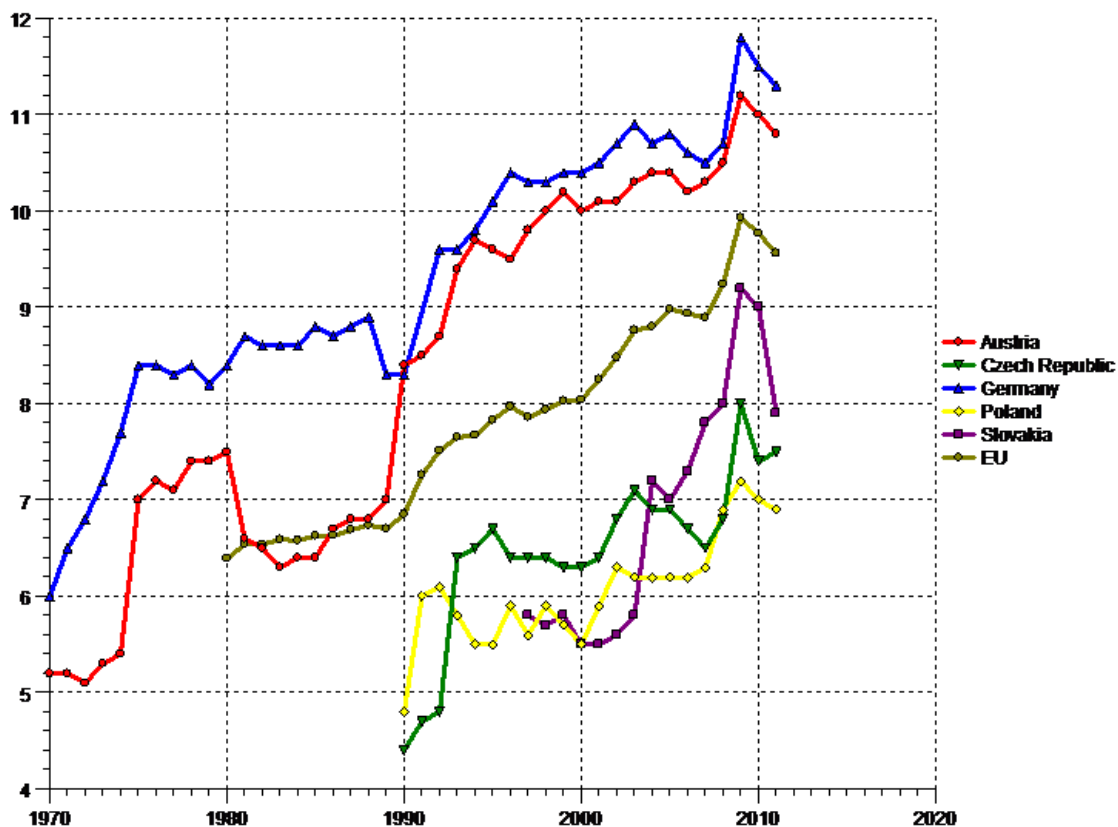
V praxi ovšem není snadné aplikovat ani takto silně zjednodušený princip, takže se spíše setkáváme s argumentací, která se odvolává na komparace mezi jednotlivými zeměmi, případně na meziroční změny či vývojové trendy.

Je dobré mít na paměti, že patrně 90% respondentů by na naši otázku adekvátnosti zdrojů patrně automaticky odpověděla: „...dáváme málo, podívejte se na ty dlouhé čekací doby, nízké platy zdravotnických pracovníků, výši spoluúčasti při nákupech léků apod...“. Jistě, není obtížné nacházet případy, kdy dochází k napětí mezi potřebami a disponibilními zdroji. Někdy mají vyloženě tragický charakter a vyvolávají soucit, hněv či jiné emoce. Existence těchto situací však sama o sobě nemusí nutně znamenat alokační neefektivitu, tedy stav, kdy používáme zdroje na jiný než nejužitečnější účel.

Porovnáme-li velikost celkových výdajů na zdravotnictví s některým z ukazatelů blahobytu (typicky s velikostí HDP na hlavu), zjistíme zajímavou korelaci. Dlouhodobě platí vztah, že čím je země bohatší, tím větší podíl HDP alokuje na zdravotní péči¹¹. Přitom nehraje roli, jaký podíl celkových výdajů tvoří výdaje veřejné.

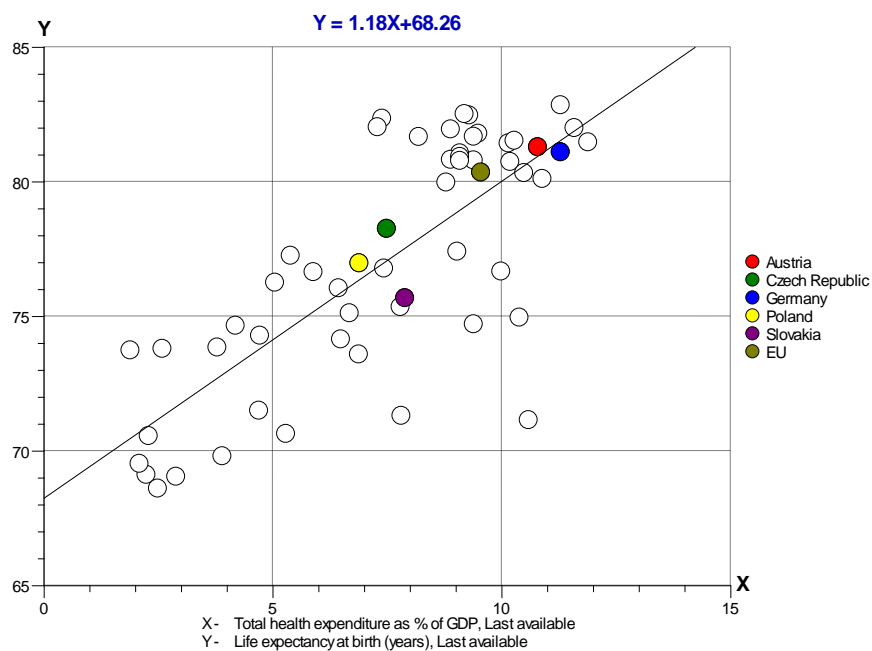
¹¹ Obdobně to platí i u dalších statků, např. ochrany životního prostředí.

Graf 1. Celkové výdaje na zdravotnictví jako % HDP (ČR a její sousedé, srovnání s průměrem EU)



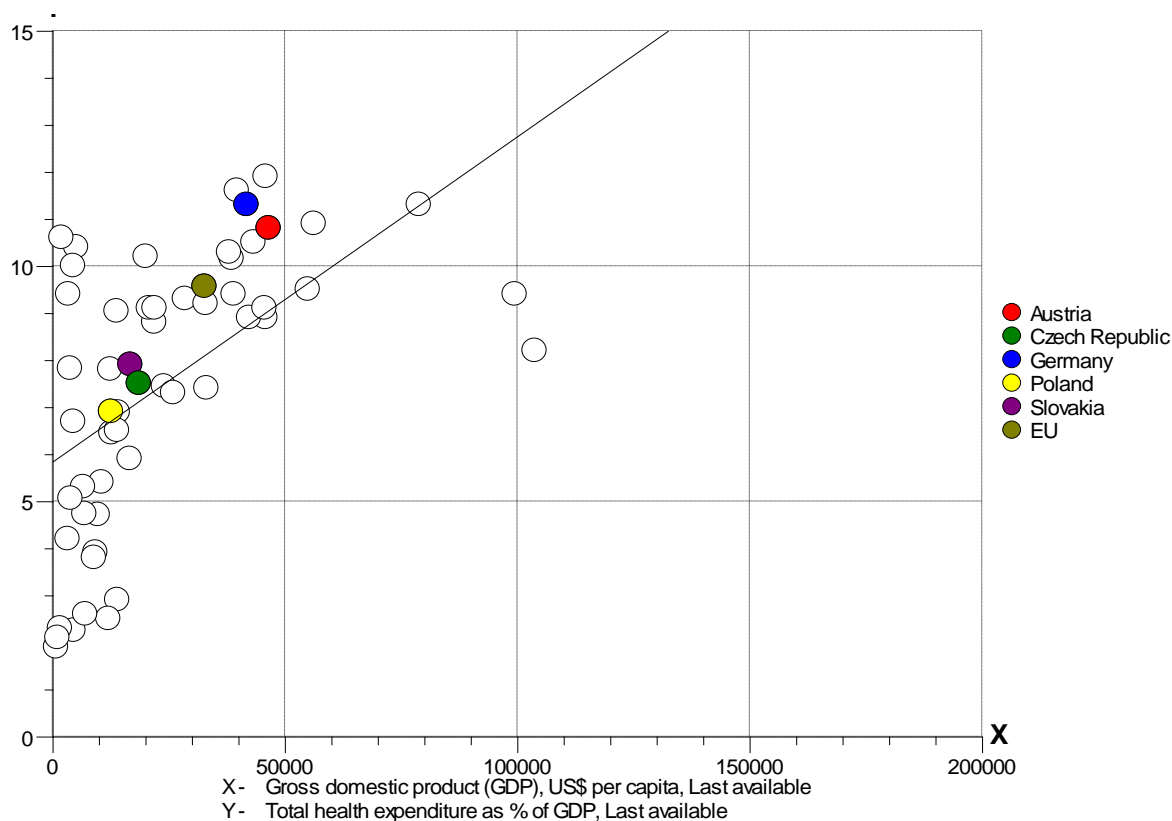
Zdroj: WHO, 2014

Graf 2. Vztah mezi střední délkou života a celkovými výdaji na zdravotnictví



Zdroj: WHO, 2014

Graf 3. Vztah mezi bohatstvím a velikostí výdajů na zdravotnictví



Zdroj: WHO, 2014

Ve zdravotnictví je u nás zaměstnáno téměř 300 tisíc pracovníků, což představuje třetí místo, těsně za školstvím. Podíl vysokoškolsky vzdělaných činí více než 21 % (průměr za ČR je 12 %).

Produktivita práce je však pod průměrem ekonomiky, což u odvětví služeb nepřekvapuje. Jen pro ilustraci, toto odvětví u nás tvoří 4 % hrubé přidané hodnoty.

5.3 SHA- System of Healthcare Accounts – zdravotní účty

Výdaje ve zdravotnictví jsou sledovány na tzv. zdravotních¹² účtech (System of Healthcare Accounts – SHA) ve třech základních osách (OECD, 2000):

- Zdroje financování (odkud peníze pocházejí);
- Poskytovatelé zdravotní péče a služeb (tedy kam peníze směřují);

¹² ČSÚ používá překlad „zdravotnických“, který se nám jeví přesnější, nicméně EU používá na svých stránkách v češtině výraz „zdravotní“.

- Zdravotní služby a zboží (tedy za co jsou ve zdravotním systému prostředky utráceny).

Kombinací těchto tří rozměrů lze získat maticově uspořádané tabulky zdravotnických výdajů použitelné pro podrobnou analýzu.

Zboží a služby individuální zdravotní péče mají dle metodiky SHA na rozdíl od služeb kolektivních tyto charakteristiky:

- lze určit a zaznamenat spotřebu služby konkrétním jedincem či domácností v místě a čase,
- příjemce služby musí s přijetím služby či zboží souhlasit a učinit nezbytné kroky pro její přijetí – např. tím, že vyhledá zdravotnické zařízení,
- spotřeba služby či zboží jedincem či malou, vymezenou skupinou příjemců, vylučuje současnou spotřebu téže služby či zboží někým jiným.

Do skupiny kolektivních zdravotních služeb jsou dle metodiky OECD zařazeny tradiční činnosti veřejného zdraví, jako je

- zdravotní osvěta,
- preventivní zdravotní kampaně,
- standardizace, řízení a monitorování zdravotních služeb,
- organizace zdravotního pojištění.

Rozlišení individuálních a kolektivních zdravotních služeb může být obtížnější v zemích, ve kterých je financování a poskytování zdravotních služeb úzce provázáno, jako např. v systému NHS.

Formy péče

SHA klasifikace rozlišuje produkci do čtyř základních forem:

- Lůžková (ústavní) zdravotní péče (in-patient),
- Denní péče (day-care),
- Ambulantní péče (out-patient care),
- Domácí péče (home-care).

Lůžková péče je péče poskytovaná pacientům, kteří jsou formálně přijati do lůžkového zdravotnického zařízení (jsou hospitalizováni) a v tomto zařízení zůstávají minimálně jednu noc. Je většinou poskytována v nemocnicích, částečně však také v dalších typech

zdravotnických zařízení. Hotelové služby poskytované pacientům a jejich doprovodu jsou považovány za součást služeb lůžkové péče.

Hotelové služby např. v zařízeních sociální péče, které sice poskytují zdravotní služby, ale tyto nejsou dominantní součástí jimi poskytovaných služeb, do této skupiny nepatří.

Denní péče je zdravotní péče poskytovaná pacientům, kteří byli formálně přijati z důvodu onemocnění, poskytnutí léčby či jiného typu zdravotní péče se záměrem propuštění tentýž den.

Ambulantní péče je péče poskytovaná ambulantním pacientům. Ambulantní pacienti nejsou formálně přijímáni do zdravotnického zařízení (samostatné či nemocniční ambulance apod.) a nezůstávají přes noc.

Domácí péče zahrnuje lékařskou a nelékařskou zdravotní péči poskytovanou pacientům v domácím prostředí, včetně péče při porodu, domácí dialýzy apod.

Tabulka 3. Výdaje na konečnou spotřebu domácností podle účelu – národní pojetí (běžné ceny) 2010 - 2013

v mil. Kč

Položka	2010	2011	2012	2013
06000 ZDRAVÍ	42704	42684	43282	42246
06100 Léčiva a zdravotnické prostředky	27115	27740	27474	26798
06200 Ambulantní zdravotní péče	13453	12593	12812	12625
06300 Ústavní zdravotní péče	2136	2351	2996	2823

Zdroj: ČSÚ, 2014

SHRNUTÍ

Zdravotnictví je ve vyspělých zemích významným odvětvím veřejných služeb. Představuje odbornou část péče o zdraví. Můžeme si ho představit jako soustavu orgánů, institucí a pracovníků, jejichž posláním jsou činnosti, které směřují k bezprostřední ochraně zdraví obyvatelstva a k zabezpečování hlavních odborných, finančních a věcných předpokladů poskytování zdravotní péče. Výsledný produkt fungování zdravotnictví – zdravotní péče, resp. zdravotnické služby – představuje na jedné straně statek, který sám o sobě uspokojuje lidské potřeby (hovoříme o cílové funkci), jednak je de facto jedním (pohříchu nikoliv nejvýznamnějším) produkčním faktorem zdraví, jakožto jedné z klíčových hodnot pro člověka. Při studiu zdravotnických systémů se můžeme opřít o bohaté spektrum statistických údajů jak na národní tak i mezinárodní úrovni. Mezi hlavní zdroje dat a informací patří například WHO (zejména: European health for all database (HFA-DB). *World Health*

Organization [online]. 2014 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://data.euro.who.int/hfad/>); Český statistický úřad (Zdravotnictví, pracovní neschopnost. *Český statistický úřad* [online]. 2014 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zdravotnictvi_lide); Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), spravuje Národní zdravotnický informační systém (*Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. © 2010-2014 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>).

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- Health and food safety. *European Commission* [online]. 2014 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/index_en.htm
- Health at a Glance. *European Commission* [online]. 2010 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2010_exs_en.pdf
- Health systems. *World Health Organization* [online]. 2014 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/health_systems/en/
- KUVÍKOVÁ, Helena, Milan MURGAŠ a Juraj NEMEC. *Ekonomia zdravotníctva*. 1. vyd. Banská Bystrica: Phoenix, 1995, 110 s. ISBN 8090056318.
- MALÝ, Ivan. Zdravotnictví In: REKTOŘÍK, Jaroslav a Jan ŠELEŠOVSKÝ. *Oblast rozvoje lidských zdrojů - Zvláštní část vzdělávání vedoucích úředníků ÚSC - Díl III*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 65 s. ISBN 8021035447.
- *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. © 2010-2014 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>
- Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 až 2012. *Český statistický úřad* [online]. 2014 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/260005-14-r_2014

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Který právní předpis u nás definuje zdravotní péči?
- Jak se od sebe liší diagnostická a dispenzární péče?
- Jaká je výše výdajů na zdravotnictví v ČR a jaké je relativní postavení ČR v porovnání s dalšími zeměmi OECD?

- Jaké jsou tři základní osy sledování výdajů ve zdravotnictví v systému zdravotnických účtů?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Vyhledejte ve Statistické ročence ČR pokud možno všechny údaje, které se vztahují k ekonomice zdravotnictví. Jak se vyvíjí výdaje na zdravotnictví? Uměli byste na základě údajů z ročenky odpovědět na otázku, na který typ zdravotní péče vydáváme nejvíce prostředků?
2. Zamyslete se nad problematikou komparace výdajů na zdravotnictví mezi jednotlivými zeměmi. Jaké ukazatele zde lze použít, diskutujte silné stránky i omezení jednotlivých variant.
3. Zkuste po určitou dobu (cca 1 týden) soustavně monitorovat denní tisk a vyhledávat v něm články zaměřené na zdravotnictví. Je to, podle Vás, relativně aktuální a časté téma? Které aspekty jeho fungování v člancích převažují – medicínské, ekonomické, sociální? Zkuste formulovat jeden nejaktuálnější problém současného zdravotnictví.
4. V čem podle Vás spočívá příčina relativně nízké produktivity práce ve zdravotnictví (když vezmeme v úvahu kvalifikovanost pracovní síly i vybavenost technikou)?

6 Trhy se zdravotní péčí

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Fungování zdravotnických systémů má své velmi důležité ekonomické dimenze. Množství péče i její cena reaguje na řadu faktorů. Porozumění těmto jevům je klíčem pro předvídání budoucího vývoje, případně dopadů veřejné politiky na dostupnost a množství péče, jakož i na výši výdajů. Jakkoliv se v případě evropských zdravotnických systémů jedná o silně regulované prostředí, kde převažují netržní způsoby poskytování péče pacientům, naše analýza musí začít studiem specifik zdravotnických trhů – míst, kde se setkává poptávka po zdravotní péči s nabídkou jejího poskytování. V této kapitole je prezentován rozbor základních teoretických souvislostí a specifik produkce a realizace zdravotnických služeb v tržní ekonomice. Základní otázkou v této souvislosti je, zda – a jaké – vážné argumenty existují pro to, abychom na statky produkované zdravotnictvím pohlíželi jinak než na ostatní běžné statky, a co to znamená pro způsob organizace a financování systému zdravotnických služeb.

KLÍČOVÁ SLOVA

ekonomie zdravotní péče

dopady nerovností v příjmech

statky pod ochranou

selhání trhu

poruchy konkurence

informační nerovnováha

třetí strana

čisté veřejné statky

smíšené kolektivní statky

externality

6.1 Zdravotnictví jako předmět zájmu ekonomické teorie

Ekonomie a medicína, finance a zdravotnictví, peníze a zdravotní péče – spojení, která v sobě nesou z mnoha důvodů značné potenciální konflikty. Jen v málo odvětvích lidské činnosti jsou tak ostře vedle sebe postaveny všeobecně uznávané lidské hodnoty, omezené zdroje a pestrá škála variant jejich použití při uspokojování základních lidských potřeb. A v málokterém odvětví lze měřit a porovnávat dopady různých variant alokace zdrojů na konečné efekty obtížněji, než ve zdravotnictví. Z těchto skutečností vyplývají významné implikace pro způsob řízení a organizace zdravotnických služeb.

Ekonomická teorie se začíná zdravotnickými službami intenzivněji zabývat počátkem padesátých let dvacátého století. Dostupnost zdravotní péče se v té době začíná chápat jako jedno ze základních lidských práv. Některé státy vytváří systémy, které by umožnily přístup ke zdravotní péči bez ohledu na schopnost za ni platit (např. NHS ve Velké Británii od r. 1947). Dokonce v tehdejší baště liberálního kapitalismu, USA, jsou v této době podnikány na velmi vysoké úrovni kroky k institucionálnímu zabezpečení rovného přístupu k vysoce kvalitním zdravotnickým službám. V rodících se „státech blahobytu“ (*welfare states*) nabývá zdravotnictví (a tím i jeho ekonomika) na důležitosti.

Omezení tržního mechanismu jako primárního nástroje alokace zdrojů vyvolávalo otázky. Nakolik je tržní mechanismus vhodný? Kde, kdy a proč selhává? Jaká je ekonomická podstata zdravotnických služeb? Mohou být tato selhání napravena státními zásahy? Jaké jsou formy účasti státu na poskytování zdravotní péče? Základní otázkou v této souvislosti je, **zda – a jaké – vážné argumenty existují pro to, abychom na statky produkováné zdravotnictvím pohlíželi jinak, než na ostatní běžné statky, a co to znamená pro způsob organizace a financování systému zdravotnických služeb.**

Ekonomie zdravotní péče se postupně vyvinula do relativně samostatné mikroekonomické disciplíny. Analyzuje chování jednotlivých ekonomických subjektů v souvislosti s poskytováním a užíváním zdravotnických služeb. Jinými slovy definuje charakteristiky trhu se zdravotnickou péčí, analyzuje jeho případná selhání a uplatňuje na podmínky zdravotnických služeb tradiční metody ekonomické analýzy. Využívá přitom pojmů a technik spojovaných s ostatními tradičními oblastmi mikroekonomie (analýza poptávkové funkce ze spotřebitelské ekonomie, teorie firmy, apod.).

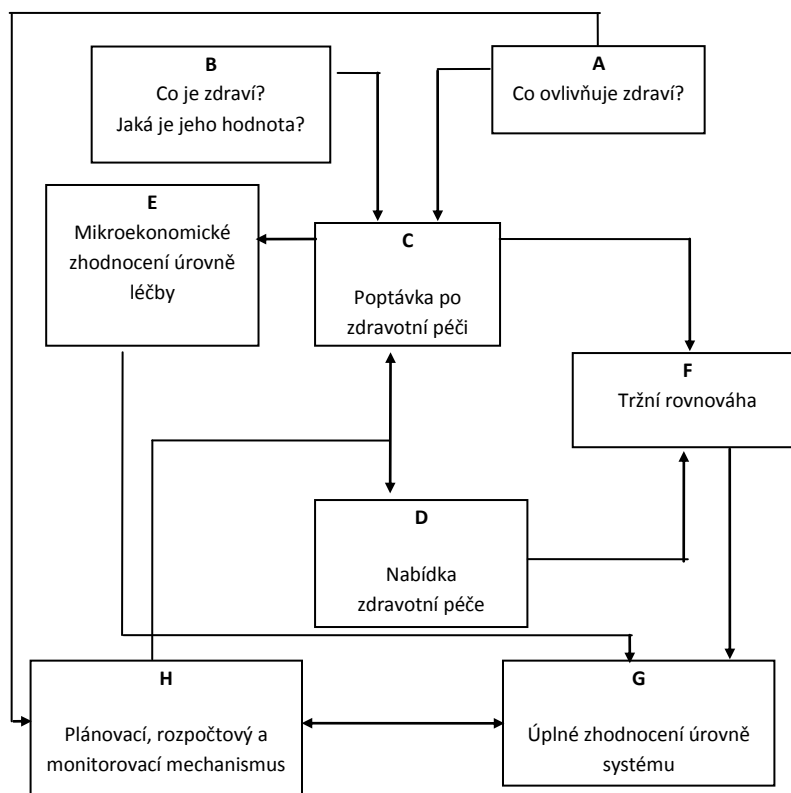
Proti používání metod ekonomické analýzy v odvětví zdravotnictví jsou vznášeny v zásadě dva druhy námitek. První jsou v podstatě **etické**, druhé více méně **technické**.

Etické námítky by se daly charakterizovat stanoviskem, že zdraví je tak důležitou hodnotou, že by nemělo být posuzováno ekonomickými kritérii, jinými slovy, že by společnost neměla litovat žádných nákladů spojených s nákupem zdravotnických služeb. Kritikové vystupující z etického hlediska napadají myšlenku, že by společnost měla v jistém smyslu stanovit např. cenu lidského života nebo zdraví.

Technické námítky se týkají možnosti definování výsledného produktu odvětví a jedinečnosti zdravotnictví. Zdraví se dá těžko měřit, nehledě na to, že mezi poskytováním zdravotnických služeb a zlepšením zdravotního stavu je vztah dosti volný.

Oba druhy těchto námitek jsou nepochybně pádné. Bohužel, jejich uznání nás nechrání od působení prostého faktu omezenosti zdrojů. Kde existuje omezenost zdrojů, existují také náklady ušlé příležitosti. Co bude mít větší přínos: když investujeme do výstavby nové laboratoře, vybavení kardiologického oddělení, zahraničního školení zdravotnického personálu, zvýšení mezd či subvencování výroby léků? Určitá rozhodnutí tohoto typu je třeba činit na všech úrovních. Ekonomická analýza při tom může být užitečná pro systematickosti a logiku tvorby takových rozhodnutí. Pomáhá nacházet alternativní řešení a vypočítává jejich náklady, případně odhaduje jejich přínosy. Mají-li ekonomové informace o nákladech a o metodách produkce, v tomto případě poskytování zdravotní péče, mohou například identifikovat dopady jednotlivých metod financování na chování zdravotnických zařízení a lékařů. Mohou dokonce testovat hypotézy o tom, která metoda je nejvýhodnější pro dosažení určitých cílů, jako je například hospodárnost využití zdrojů, omezení nákladů, růst kvality péče apod. Základní souvislosti jsou naznačeny ve schématu 8.

Schéma 8. Hlavní komponenty ekonomie zdravotní péče



Zdroj: Kuvíková et al., 1995

6.2 Specifika zdravotnických trhů

V konečném důsledku je množství a cena zdravotní péče ovlivněna fungováním celé řady dalších trhů, zejména trhu pracovního (který reaguje mimo jiné i na vývoj poptávky a nabídky na příslušných trzích se vzděláním), trhu s farmaceutickými výrobky, zdravotnickým materiálem, přístroji, pomůckami, energiemi apod. V podmínkách systému zdravotního pojištění je významné rovněž fungování trhu se zdravotním pojištěním (viz další text). V souvislosti se zdravotní péčí samotnou se sice v reálných zdravotnických systémech až na výjimky klasického tržního mechanismu k dosažení rovnováhy nepoužívá (alespoň ne v převažující míře), avšak klíčovou otázkou je v této souvislosti, **proč** k tomu dochází. K odpovědi potřebujeme analyzovat charakteristiky potenciálního tržního prostředí, jeho známá a předpokládaná selhání, jakož i vlastnosti samotné poptávky i nabídky, resp. čím je ovlivňována jejich intenzita, pružnost a struktura.

Nezajišťuje-li alokaci zdrojů trh, musí nastoupit pokud možno co nejracionálnější alternativa. Míra její efektivity je závislá na celé řadě faktorů, mezi kterými se jako nejdůležitější jeví *znalost* toho, co se reálně děje (odtud význam monitoringu), schopnost *účinně ovlivňovat* chování nezávislých ekonomických subjektů (přímými i nepřímými řídicími nástroji, včetně nástrojů ekonomických) a schopnost uspokojivě *hodnotit*, jak systém funguje.

Důvody státních zásahů

Obecně existují dvě skupiny důvodů, které bývají tradičně používány k odůvodnění vládních aktivit v tržním hospodářství. Jedná se o:

1. obavy z následků nerovnosti v příjmech – i kdyby byl trh efektivní, stejně by pravděpodobně neuspokojoval ani základní potřeby některých jednotlivců či celých skupin obyvatelstva, což se může společnosti (z různých důvodů) jevit jako nespravedlivé a nežádoucí; některé zdravotnické služby jsou rovněž pokládány za statky pod ochranou;
2. selhání trhu, která způsobují, že tržní mechanismus není alokačně efektivní v paretovském smyslu. Mezi hlavní mikroekonomická tržní selhání patří poruchy konkurence, existence čistých veřejných (kolektivních) statků, a externality (Stiglitz, 1997: 102–109).

Ad 1. Obavy z následků nerovnosti v příjmech

Nejdůležitější argumenty pro zvýšenou roli státu v poskytování zdravotnických služeb vycházejí z obav před následky nerovnosti v příjmech. Panuje široce rozšířené přesvědčení, že

žádnému člověku by neměl být odepřen přístup k odpovídající zdravotní péči z důvodu jeho nízkého příjmu. Případné rozhodování o poskytnutí péče by mělo vycházet z jiných než majetkových kritérií (např. věk, pravděpodobnost úspěchu operace, nebo z náhodného výběru). Tento názor spočívá na přesvědčení, že zdravotní služby jsou něco jiného než běžné spotřební komodity, že se režim přístupu k nim nemá podrobovat tržním pravidlům. Obdobně je tomu např. u volebního práva, kdy občané nesmějí kupovat a prodávat své hlasy; u základního vzdělání, které má zajistit základní úroveň schopnosti vnímat informace a rozeznávat dostupné alternativy apod. Podrobněji viz kap. 2a 3.

Ne všichni ekonomové souhlasí s názorem, že by se se zdravotnickými službami mělo jednat jinak než s tržními komoditami. Mnozí trvají na tom, že ti, kdo mají více peněz a jsou ochotni je vynaložit na získání většího množství nebo vyšší kvality zdravotní péče, by měli mít možnost tak činit. Ti, kteří zastávají toto stanovisko, často zdůrazňují, že vztah mezi lékařskou péčí a životem (smrtí) je velmi slabý. Vycházejí přitom z přístupů popsaných v souvislosti s produkční funkcí zdraví. Právem poukazují na to, že další faktory, jako jsou kouření, pití, jídlo a zvláště vzdělání, hrají, pokud ne větší, tedy alespoň stejnou roli v ovlivňování délky života a zdravotního stavu člověka.

Nicméně, prakticky všechny západní demokracie tendují k třetímu přístupu. Každý by měl mít právo na jistou minimální, přiměřenou nebo základní úroveň péče, a to i přes široce uznávanou skutečnost, že netržní metody poskytování statků vedou k nadměrné spotřebě a s tím souvisejícím neefektivnostem.

Ad 2. Statky pod ochranou (*merit goods*)

Tím se stává část zdravotní péče de facto jedním ze statků pod ochranou. Do značné míry to souvisí s analogickými společenskými procesy, které vedou k tomu, že spotřebu některých statků společnost svým členům přikazuje, resp. zakazuje – tj. přímo vylučuje svobodu volby jednotlivce. Lidé si vytvářejí společné zájmy na základě dlouholetého sdružování a vzájemného pochopení. Skupiny lidí mají některé společné zájmy a hodnoty, které mohou vyvolávat vznik společných potřeb – tj. potřeb, „jejichž podporu považují jedinci jakožto členové společnosti za svou povinnost. Tyto závazky lze charakterizovat jako něco, co existuje mimo rámec svobody individuální volby, v němž se člověk obvykle pohybuje.“ (Musgrave, 1994: 53)

Samotná individuální volba, jakkoliv silně může být společností považována za stěžejní princip fungování, bývá v reálném životě často omezována. Nejčastěji je tomu tak v případě,

kdy by uplatňování individuální svobodné volby jedné osoby snižovalo míru svobody někoho druhého nebo mohlo ohrozit jeho integritu, bezpečnost, event. majetek. Příkladem uplatnění tohoto principu je zákaz užívání drog, ochranný zákaz prodeje alkoholu mladistvím apod. Podobně lze interpretovat případy, kdy společnost, resp. stát přikazuje spotřebu jako povinnou – např. povinná školní docházka.

Ve zdravotnictví se s těmito jevy setkáváme poměrně dosti často. Nejčastěji zde bývá uváděno povinné očkování, ale můžeme uvést i jiné příklady – např. některé druhy léků nelze koupit ve volném prodeji – spotřebitelova svobodná volba je zde omezena a spotřeba je vázána na rozhodnutí třetí osoby – lékaře.

Ještě častější jsou ve zdravotnictví případy, kdy je de facto poskytovateli služby upřeno právo volby, zda a za jakých podmínek službu poskytne. Zde sice literatura nehovoří o statcích pod ochranou, nicméně jistá analogie je zřejmá. V situacích, kdy není čas zkoumat, zda je osoba potřebující ošetření současně i osobou oprávněnou (tj. zda je pojištěná, solventní atd.), je praktičtější zavedení netržního mechanismu poskytování služby spojeného s povinností službu poskytnout – před nebezpečím plynoucím z možného prodlení jsou tak chráněni všichni spotřebitelé. Tento případ se týká zejména služby první pomoci, ale podle některých autorů (Kuvíková et al., 1995) ho lze aplikovat i na v podstatě celý systém léčebně-preventivní péče.

Selhání trhu

Pro zdravotnictví je typické, že o jednotlivých charakteristikách „trhu“ zdravotnických služeb, případně o známých tržních selháních nelze říci, že by byly výlučné jen pro toto odvětví. Ovšem ve svém souhrnu tyto charakteristiky odůvodňují zvláštní postavení zdravotnictví v ekonomické analýze. Při úvahách o spravedlnosti a rovnosti při poskytování zdravotnických služeb to platí obdobně.

Poruchy konkurenčnosti

Standardní teorie dokonalé soutěže vychází z několika předpokladů, které jsou uvedeny v tabulce 4. Pokud nejsou tyto podmínky splněny, mohou ekonomicky přežívat i neefektivní producenti a ceny se mohou držet nad mezními náklady.

Tabulka 4. Rozdíly mezi trhem se zdravotní péčí a standardními trhy s dokonalou konkurencí

Standardní trhy	Trh ve zdravotnictví
------------------------	-----------------------------

Mnoho prodávajících	Pouze omezený počet nemocnic (mimo velká města)
Firmy podnikající pro maximalizaci zisku	Většina nemocnic je neziskových
Homogenní komodity	Heterogenní komodity
Dobře informovaní kupující	Neinformovaní kupující
Přímé platby spotřebitelů	Pacienti obvykle hradí pouze část nákladů přímo

Zdroj: Stiglitz, z 1988: 290

Jak je z tabulky zřejmé, ve zdravotnictví není uspokojivě splněna v podstatě ani jedna z podmínek dokonale konkurenčního tržního prostředí. Toto tvrzení ovšem není nutné absolutizovat, míra naplnění těchto vlastností se může v čase a s konkrétními okolnostmi lišit.

V některých regionech může existovat omezený počet poskytovatelů zejména lůžkové péče. Navíc jeden z významných faktorů ovlivňujících spotřebitelův výběr mezi poskytovateli je geografická a časová dostupnost, existuje přirozená spádovost. S výjimkou velkých měst si pacient opravdu nemůže příliš vybírat, zvláště v případě nebezpečí života. A i když je na rozhodnutí času dostatek, není toto rozhodnutí učiněno pacientem, nýbrž jeho rodinným nebo praktickým lékařem, který v řadě zemí plní funkci tzv. „strážce dveří“ (*gate keeper*).

Tradičně je oslaben ziskový motiv. Významná část zdravotnických zařízení funguje na neziskových principech. Lékař odedávna vystupoval jako poskytovatel služeb odlišně oproti jiným producentům zboží a služeb. Doporučení týkající se dalšího postupu léčby, která lékaři poskytují, jsou zpravidla pokládána za zcela oproštěná od vlastního zájmu lékaře. Léčba je (nebo se to alespoň proklamuje) diktována objektivními potřebami každého případu a není primárně limitována finančními úvahami. (Arrow, 1963)

Zdravotní péče má jako produkt výrazně heterogenní charakter. Medicínské služby jsou velmi různorodé stejně jako subjektivní zdravotní problémy pacientů. To významně ztěžuje rozšiřování informací o kvalitě a ceně zdravotnických služeb a jejich porovnávání.

Existuje zcela zjevná informační nerovnováha mezi poskytovateli služeb a spotřebiteli. Služby jsou poskytovány vysoce kvalifikovanými pracovníky. Pacient není zpravidla schopen posuzovat přiměřenost zdravotnických výkonů a jejich přínosy. Musí se spolehnout na doktorův úsudek o tom, který lék je potřeba, zda je možná operace apod. Deleguje tedy svou spotřebitelskou suverenitu na lékaře, který v tomto případě vystupuje v dvojí roli: poskytovatele služby a tzv. zprostředkujícího agenta.

Výsledným produktem poskytování zdravotnických služeb (z hlediska trhu) je poskytovaná služba sama. Nicméně jejím účelem je buď uzdravení, úleva v bolesti, prevence apod. Trh zdravotnických služeb zde naráží na významnou míru nejistoty výsledného produktu. Výsledný efekt projevující se na zdravotním stavu totiž jen omezeně reflektuje kvalitu výkonu, neboť je výslednicí celé řady faktorů.

I bez zásahů státu platí, že hodně spotřebitelů není nuceno nést břemeno přímé úhrady nákladů poskytnuté péče, neboť existuje možnost předplatit si spotřebu prostřednictvím zdravotního pojištění. Výskyt „třetí strany“ jako plátce je pro zdravotnictví typický.

6.3 Role „třetí strany“

V souvislosti s „třetí stranou“, kterou je tzv. plátce, je důležité uvědomit si, jaký je vlastně smysl institucí typu plátce na zdravotním trhu či ve zdravotnictví, tedy jaké jsou jejich role a jaké podmínky musí být splněny, aby tyto role mohli plátci skutečně zastávat.

Při jistém zjednodušení je zřejmé, že instituce typu plátce jsou na trhu, aby vybíraly pojistné či zdravotní daň, a aby poskytovaly pojistné plnění po vzniku pojistné události. Z tohoto jednoduchého tvrzení vyplývá, že plátci jsou v přímém kontaktu se „zákazníky“ na zdravotním trhu. Je také evidentní, že tyto „zákazníky“ lze, dle typu kontaktu s plátcem, rozdělit do dvou skupin: jsou to ti, kteří odvádí pojištění a ti, kterým je poskytováno pojistné plnění. Každá z těchto „zákaznických“ skupin je ve svém konání vedena jinými zájmy.

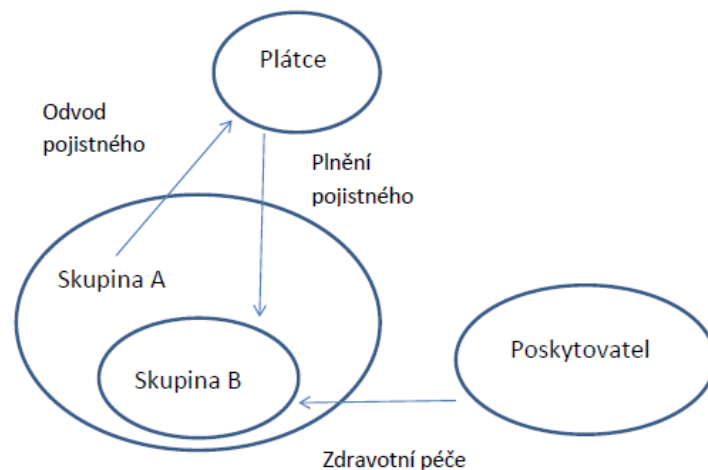
Popsaný fakt (existence dvou „zákaznických skupin“) umožňuje nahlížet na trhy ve zdravotnictví jako na tzv. dvoustranný trh se společnou platformou (Howell, 2006; Wright, 2004; Rochet, Tirole, 2003), protože např. dle (Evans, Schmalensee, 2005) je za dvoustranný trh se společnou platformou možno považovat trh, na kterém:

1. existují dvě skupiny zákazníků, přičemž pro každou z těchto skupin platí, že vstoupí-li do kontaktu se skupinou druhou, bude její užitek vyšší;
2. dochází k externalitě;
3. výše transakčních nákladů zabraňuje skupinám zákazníků řešit externalitu za pomoci tzv. soukromého řešení (tedy přímo) a
4. existuje tzv. platforma umožňující minimalizovat transakční náklady a tedy internalizovat externalitu.

Existence externality a problém jejího řešení je všeobecně přijímaným rysem trhu ve zdravotnictví (viz níže či jakákoliv literatura týkající se ekonomie zdravotní péče, např. Feldstein, 2002).

Pokud jde o výše zmíněnou „dvoustrannost“, začněme charakteristikou zákaznických skupin. Jak již bylo naznačeno, tyto skupiny mají odlišné zájmy. Zatímco motivem skupiny první (skupina A) je řízení rizika vyplývajícího z nejistoty budoucího zdravotního stavu, zájmem skupiny druhé (skupina B) je vymoci pojistné plnění s účelem zajistit si adekvátní zdravotní péči vedoucí k uzdravení či ke zlepšení zdravotního stavu (Danzon, 1997). K ilustraci těchto vztahů je možno využít schéma 9.

Schéma 9. Vztahy na zdravotním trhu



Zdroj: Howell 2006; upraveno autory

Odlíšnost zájmů logicky vytváří na zdravotním trhu jisté napětí. Na tomto místě je možno zkonstatovat, že prvním úkolem plátce je právě snaha toto napětí mezi „zákaznickými“ skupinami vyvažovat.

Howell (2006) konstatuje, že prostřednictvím instituce plátce dochází k internalizaci externality vznikající z nejistoty vývoje zdravotního stavu (skupina A) a nákladů vyplývajících z morálního hazardu ve skupině A, který je reakcí na chování skupiny B. Ta totiž bude vykazovat tendenci k nadspotřebě zdravotní péče, protože k jejímu financování využívá „dotaci na péči“ od skupiny A. Pokud by instituce plátce neexistovala, skupina A a skupina B by pravděpodobně nedokázaly vzájemně na trhu spolupracovat či by

spolupracovaly s příliš vysokými náklady. Tato funkce či smysl existence plátce je nezávislý na jeho institucionální formě či typu vlastnictví. Je platná v případě soukromých zdravotních pojišťoven, neziskových pojišťoven či vládní instituce.

Zdravotní trh v sobě vlastně skrývá trhy dva. Prvním je trh zdravotního pojištění, na kterém se plátce snaží o již výše zmiňované vyvažování zájmů mezi skupinou A a skupinou B. Druhým je pak trh zdravotní péče. Tyto trhy jsou trhy samostatnými, byť velmi úzce propojenými. Neoddělitelná provázanost těchto dvou trhů vzniká působením skupiny B na jednom i druhém trhu.

Jsou-li zájmy obou skupin vyvažovány dobře, znamená to, že je na trhu zdravotního pojištění optimalizováno chování obou skupin (A i B) tak, aby skupiny maximalizovaly svůj užitek a zároveň bylo minimalizováno riziko morálního hazardu (skupina A) a riziko nadspotřeby (skupina B). Zjednodušeně řečeno, v tomto okamžiku se skupina A i B nachází na optimalizovaném trhu (trh zdravotního pojištění) a ti, kteří v daném časovém horizontu tvoří skupinu B, se začínají pohybovat směrem k trhu se zdravotní péčí. Trh se zdravotní péčí bývá charakterizován jako trh, který se odlišuje od trhů standardních a to „*zejména v povaze poptávky, očekávaném chování lékařů, v nejistotě výsledného produktu a v podmínkách nabídky*“ (Arrow, 1963). Poskytovatel zde vystupuje v pozici agenta, na kterého osoby ze skupiny B přenáší část své spotřebitelské suverenity. Tato nedokonalost v informacích znamená, že poptávka skupiny B je poskytovateli ovlivňována, resp. navyšována (např. zbytná vyšetření či testy). Důsledkem pak je, že trh se zdravotní péčí se opět potýká s problémem nadspotřeby zdravotní péče. Informace se přenáší zpět na trh se zdravotním pojištěním, který je vyveden z rovnováhy. Plátce, který zde působí jako koordinátor zájmů mezi skupinou A a B, má zájem vrátit trh do optimalizovaného stavu. To může udělat pouze tak, že vstoupí i na trh se zdravotní péčí a jako zástupce členů skupiny B se bude snažit o ovlivnění podmínek poskytování péče. Definování těchto podmínek a kultivace trhu se zdravotní péčí je pak druhou rolí, kterou by měl plátce na zdravotních trzích hrát.

Z výše uvedeného vyplývají **dvě role plátců** ve zdravotnictví. První je snaha o vyvažování zájmů na trhu zdravotního pojištění mezi skupinou A a B. Druhou je pak kultivace trhu se zdravotní péčí skrze definování podmínek, za kterých je zdravotní péče poskytována.

Aby plátce mohl plnit svoji roli koordinátora, musí se snažit přilákat co nejvíce osob ze skupiny A do své pojišťovací instituce tak, aby dokázal pokrýt poptávku skupiny B po zdravotní péči (tím není nezbytně míněn tzv. *cream skimming* – vybírání si pouze zdravých klientů pojišťovnou). Zároveň musí regulovat přebytečnou poptávku skupiny B tak, aby si

členy skupiny A ve své pojišťovací instituci udržel. A je samozřejmé, že se při tom snaží o udržení finančního zdraví své instituce. Je také evidentní, že tyto koordinační aktivity probíhají jak mezi členy jednotlivých skupin (A i B), tak v čase.

Těchto cílů může být dosaženo pouze skrze institut pojistných smluv jasně vymezujících vztahy mezi pojišťovnou a pojištěnými. V tomto světle se tedy **náležitosti a podmínky pojistné smlouvy stávají zásadním faktorem vedoucím k naplnění první role plátce** tak, jak byla výše vymezena a tedy faktorem ovlivňujícím (ne)fungování trhu se zdravotním pojištěním. Čím lepší smlouvu bude plátce svým potenciálním pojištěncům schopen nabídnout, tím větší bude pravděpodobnost, že se mu bude dařit plnit jeho roli ve smyslu vyvažování zájmů mezi skupinou A a skupinou B, tím lépe bude trh zdravotního pojištění fungovat. Toto tvrzení je platné jak v systémech s jedním plátcem, tak v systémech pluralitních. V případě pluralitních systémů, což je i případ ČR, bude navíc kvalita pojistných smluv nástrojem konkurence mezi jednotlivými plátcí a měla by přispívat ke zvyšování efektivity systému.

Náležitosti pojistných smluv by se ve zdravotnictví nemusely lišit od standardních pojistných smluv. To znamená, že by měly vymezovat především podmínky vzniku, trvání a zániku pojištění; pojistnou událost; výluky z pojištění; způsob určení rozsahu pojistného plnění či výši pojistných odvodů (zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů). Ať již má smlouva mezi plátcem a pojištěncem jakoukoliv podobu, samotná její existence na trhu zdravotního pojištění a možnost plátce a pojištěnce podmínky smlouvy ovlivňovat, jsou klíčové pro to, aby plátce mohl plnit svou vyvažovací roli.

Dokáže plátce nastavit „správně“ podmínky pojistné smlouvy, především vymezit výši odvodů na pojištění (skupina A) a výši pojistného plnění (skupina B), jestliže nemá informace o cenách péče na trhu se zdravotními službami? Gaynor, Haas-Wilson, Vogt (2000) uvádějí, že plátce je schopen nastavit správně podmínky pojistné smlouvy právě pouze tehdy, pokud bere v potaz ceny zdravotní péče, tato informace mu navíc umožňuje správně vyvažovat užítky členů skupiny A a skupiny B tak, aby jejich užitek byl maximalizován. Toto tvrzení podporuje výše uvedená zjištění o tom, že plátce by měl být aktivní nejen na trhu zdravotního pojištění, ale také na trhu se zdravotní péčí, kde by se měl snažit ovlivňovat podmínky poskytování péče a tím celý tento trh kultivovat (druhá role plátce). K zajištění této role pak může plátce využít různé nástroje. Mohlo by se jednat například o prospektivní financování, tvorbu sítí „preferovaných“ poskytovatelů, motivování poskytovatelů k efektivnímu chování apod. Podrobněji bude zmíněno v kapitole 9.

Toto tvrzení bude opět platné jak v systémech s jedním plátcem, tak i v systémech pluralitních. Platí také, že čím aktivnější může plátce a poskytovatel při vyjednávání o podmínkách této smlouvy v jednotlivých zdravotních systémech být, tím více jsou obě strany zainteresovány na hledání optimálního typu úhrady pro různé druhy péče. To by pak mělo mít dopad (pozitivní) na kvalitu a dostupnost péče. Pokud se jedná o systémy pluralitní, tedy i ČR, zde opět budou úhradové smlouvy nástrojem konkurence, která by mohla znamenat zefektivňování trhu se zdravotní péčí, protože se dá předpokládat tlak snižování ceny pod úroveň mezních nákladů. Jako klíčové se pak v případě pluralitních systémů jeví vyšší míra autonomie plátců, omezení vstupu státu do vyjednávání podmínek smluv a nastavení důvěry v instituci plátců ve společnosti.

6.4 Existence čistých veřejných (kolektivních) statků a externality

Zdravotnické služby jako celek nelze jednoznačně zařadit do žádné z hlavních ekonomických kategorií statků (tj. čisté kolektivní statky, smíšené kolektivní statky či privativní statky) což souvisí s jejich heterogenní povahou. Jinak bychom pravděpodobně klasifikovali řekněme individuální úkon dentisty a jinak hromadnou očkovací akci.

Čistým kolektivním statkem zdravotnické služby jako celek jistě nejsou. Jejich spotřeba je individualizovaná, marginální náklady na zvýšení počtu spotřebitelů rozhodně nejsou nulové, vyloučení ze spotřeby je technicky velice dobře možné. Jinou otázkou ovšem je, jestli je vyloučení ze spotřeby i žádoucí. V mnohých případech tomu tak není. Vyloučení některých osob nebo dokonce skupin ze spotřeby některých zdravotnických služeb by mohlo výrazně snížit úroveň užítka ostatních (a to nejen v případě léčení infekčních chorob). Se spotřebou mnoha zdravotnických služeb jsou spojeny výrazné externí užítky.

Dobrý zdravotní stav nemá význam čistě jen pro jednotlivce, ale pro celé jeho okolí, rodinu, zaměstnavatele apod. Zapojí-li se jednatel do preventivní nebo vakcinační akce, bezprostředně tím zvyšuje kvalitu této služby ostatním. A naopak, celá řada nemocí, zvláště nakažlivých, s sebou nese negativní externality, které si vynucují státní zásahy a regulaci. Právě přítomnost externalit způsobuje, že většinu zdravotnických služeb lze nejspíše zařadit do kategorie smíšených kolektivních statků.

Mohli bychom pravděpodobně najít i ty služby, které lze zařadit do kategorie čistě privativních statků a výjimečně se ve zdravotnictví setkáme i se statky, které naplňují znaky čistých veřejných. Máme zde na mysli medicínskou vědu a výzkum.

6.5 Arrowovy charakteristiky trhu se zdravotní péčí

V dnes již klasickém článku K. J. Arrow (1963) analyzoval zdravotnický trh v USA a konstatoval tehdejší rozdíly trhu se zdravotní péčí od podmínek běžných trhů, popisovaných v učebnicích ekonomie. Spatřoval je:

- A. v povaze poptávky;
- B. v očekávaném chování lékařů;
- C. v nejistotě výsledného produktu;
- D. v podmínkách nabídky.

Ad A) Na rozdíl od poptávky po běžných statcích lze individuální poptávku po zdravotní péči charakterizovat jako **nepřavidelnou** a **nepředvídatelnou**. **Intenzita** a **pružnost** poptávky je ovlivněna tím, že zhoršení zdravotního stavu (nemoc, zranění) je spojeno se značnými ztrátami a náklady už samo o sobě, nehledě na náklady vynaložené na zdravotní péči. Jednotlivec přichází o výdělek, musí měnit svůj životní styl. Bolest a nepohodlí představují vážný zásah do osobní integrity. **Cenová elasticita** poptávky po zdravotní péči je sporná. Při jejím zjišťování je totiž potřeba mít na paměti značnou heterogenost výsledné produkce. Odhad toho, jestli je poptávková křivka velmi málo elastická, tj. jestli je většina výdajů za zdravotnictví nedobrovolná, tj. diktována zdravotním stavem, nebo relativně elastická, je obtížné.

Ad B) Nejvýznamnější objem zdravotnických služeb je poskytován lékaři, ať již v rámci jejich samostatných praxí či jako zaměstnanců zdravotnických zařízení. V **očekávaném chování lékařů** jako poskytovatelů služeb je několik významných rozdílů oproti jiným producentům zboží a služeb:

1. Ani v ryze tržních společnostech mezi lékaři prakticky nedochází ke konkurenci prostřednictvím reklamy a cen.¹³
2. Doporučení týkající se dalšího postupu léčení, která lékaři poskytují, jsou pokládána za zcela oproštěná od vlastního zájmu lékaře.
3. Léčba je (nebo se to alespoň proklamuje) diktována objektivními potřebami každého případu a není primárně limitována finančními úvahami.

¹³ Tento rys se od těch dob změnil, s reklamou se již můžeme setkat vcelku běžně, nicméně stále v menším rozsahu než jinde.

4. Lékař jako expert vystupuje často jako autorita, která prokazuje existenci onemocnění a zranění. Všeobecně se předpokládá, že u něj zájem vydat korektní informace převyší případný zájem uspokojit své zákazníky.

Ad C) Výsledným produktem poskytování zdravotnických služeb (z hlediska trhu) je poskytovaná služba sama. Nicméně jejím účelem je buď uzdravení, úleva od bolesti, prevence apod. Trh zdravotnických služeb zde naráží na významnou míru **nejistoty výsledného produktu**. Zákazník (pacient) tedy kupuje něco, o čem více či méně věří, že uspokojí jeho potřebu. Jeho informovanost o stupni nejistoty při různých způsobech léčení je ve srovnání s lékařem (platí alespoň obecně) mnohem nižší.

Ad D) Pro **nabídku** určitého druhu zboží na dokonale konkurenčním trhu platí, že je určována čistým příjmem získaným z nabízené produkce ve srovnání s příjmem, kterého by se dalo dosáhnout použitím stejného množství zdrojů někde jinde. To předpokládá bezproblémový vstup nových producentů na trh. Pro zdravotnictví je naopak typické, že: 1. vykonávání praxe je vázáno a regulováno udělováním licencí, závislých na přísných kvalifikačních předpokladech a 2. medicínské vzdělání je velmi náročné a drahé. Tím je pružnost nabídky významně limitována.

SHRNUTÍ

Ekonomie zdravotní péče se postupně vyvinula do relativně samostatné mikroekonomické disciplíny. Analyzuje chování jednotlivých ekonomických subjektů v souvislosti s poskytováním a užíváním zdravotnických služeb. Defínuje charakteristiky trhu se zdravotnickou péčí, analyzuje jeho případná selhání a uplatňuje na podmínky zdravotnických služeb tradiční metody ekonomické analýzy. Využívá přitom pojmů a technik spojovaných s ostatními tradičními oblastmi mikroekonomie. Nejdůležitější argumenty pro zvýšenou roli státu v poskytování zdravotnických služeb vycházejí z obav před následky nerovnosti v příjmech. Pro zdravotnictví je typické, že o jednotlivých charakteristikách „trhu“ zdravotnických služeb, případně o známých tržních selháních nelze říci, že by byly výlučné jen pro toto odvětví. Ovšem ve svém souhrnu tyto charakteristiky odůvodňují zvláštní postavení zdravotnictví v ekonomické analýze. Při úvahách o spravedlnosti a rovnosti při poskytování zdravotnických služeb to platí obdobně. Zdravotnické služby jako celek nelze jednoznačně zařadit do žádné z hlavních kategorií statků (tj. čisté kolektivní statky, smíšené kolektivní statky či privativní statky) což souvisí s jejich heterogenní povahou. Dnes klasická

Arrowova analýza vidí odlišnosti zdravotnických trhů ve vlastnostech a povaze poptávky, v očekávaném chování lékařů, v nejistotě výsledného produktu a v podmínkách nabídky. Významným znakem trhů se zdravotní péčí je existence tzv. plátce třetí strany, jenž v systému plní dvě základní funkce – vyvažuje zájmy na trhu zdravotního pojištění mezi skupinou, která v daném období platí, ale nečerpá s tou, která čerpá, a tudíž vytváří poptávku ve vztahu k poskytovatelům péče a kultivuje trhy se zdravotní péčí skrze definování podmínek, za kterých je zdravotní péče poskytována.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*. 1963, roč. 53, č. 5, 941-969.
- DANZON, Patricia M. Tort Liability: A Minefield for Managed Care? *Journal of Legal Studies*. 1997, roč. 26, č. S2, s. 491-519.
- DARMOPILOVÁ, Z. Role plátce ve zdravotním systému. *Zdravotnictví v ČR*. 2012, roč. 2012, 3-4, s. 12-16. ISSN 1213-6050.
- DRUMMOND MF., MJ. SCULPHER, G. TORRANCE, J. O'BRIEN a GL. STODDART. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3. edit. vyd. New York: Oxford University Press; 2005.
- EVANS, David S a Richard SCHMALENSEE. *The industrial organization of markets with two-sided platforms*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2005. Working paper series (National Bureau of Economic Research: Online), working paper no. 11603.
- FELDSTEIN, Paul J. *Health care economics*. 5. edit. vyd. Clifton Park: Delmar, 2002, 627 s. ISBN 0766806995.
- GAYNOR, Martin, Deborah HAAS-WILSON a William B. VOGT. Are invisible hands good hands? Moral hazard, competition, and the second-best in health care markets. *Journal of Political Economy*. 2000, roč. 108, č. 5, s. 992-1005.
- HOWELL, Bronwyn E. *Unveiling 'Invisible Hands': Two-Sided Platforms in Health Care Markets*. Wellington, New Zealand, 2006, 35 s.
- OLSEN, Jan Abel. *Principles in health economics and policy*. New York: Oxford University Press, 2009, 224 s. ISBN 9780199237814.

- ROCHET, Jean-Charles a Jean TIROLE. Platform Competition in Two-Sided Markets. *Journal of the European Economic Association* [online]. 2003, roč. 1, č. 4, s. 990-1029 [cit. 2015-02-12]. DOI: 10.1162/154247603322493212.
- WRIGHT, Julian. One-sided Logic in Two-sided Markets. *Review of Network Economics* [online]. 2004, roč. 3, č. 1 [cit. 2015-02-12]. DOI: 10.2202/1446-9022.1042.

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Od kdy se datuje zájem teoretických ekonomů o zdravotnictví? Proč zrovna v té době?
- Jaká specifika zdravotnických trhů znáte? Jsou unikátní jen a jen pro zdravotnictví?
- Je zdravotní péče čistým veřejným statkem?
- Kdo nebo co je tzv. „třetí stranou“? Jaké jsou její funkce ve zdravotnickém systému?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Zamyslete se nad tím, jaký existuje vztah mezi množstvím a kvalitou zdravotnických služeb. Zkuste to vyjádřit v jednoduchém grafu. Platí, že s růstem množství roste i kvalita, nebo má funkce kvality konvexní charakter s jedním vrcholem tj. napřed roste a později klesá? Co z toho vyplývá pro systém poskytování a financování zdravotní péče?
2. Diskutujte, jak mohou změny ve vzdělávací politice ovlivnit cenu a dostupnost zdravotní péče.
3. Diskutujte výhody a nevýhody systému s jedním a více plátcí za péči.
4. Diskutujte, zda veřejné poskytování zdravotní péče skutečně plně řeší případné problémy s nedostupností péče pro některé skupiny obyvatel, které by s sebou přinášelo tržní poskytování. Zkuste dojít k definování nutných podmínek a existujících překážek.
5. Prostudujte si dnes již klasický článek Kennetha Arrowa (odkaz v literatuře). Odpovězte na následující otázky:
 - a. Proč považuje Arrow nejistotu za klíčovou charakteristiku zdravotnických trhů?

- b. Jaké okolnosti v chování lékařů považuje Arrow za významné z hlediska nestandardního chování zdravotnických trhů? V čem se odlišují od jiných poskytovatelů služeb?
- c. Do jaké míry se shodují naše současné podmínky s těmi, které popisuje Arrow? Myslíte, že se v něčem liší konkurenčnost prostředí, ve kterém dochází k poskytování zdravotnických služeb?

7 Poptávka po zdravotní péči

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Jedním z účelů analýzy poptávky po zdravotní péči je pochopit faktory, které nejvíce ovlivňují to, jak lidé využívají zdravotních služeb. Je to důležité z mnoha důvodů. Umožňuje nám to pochopit rozdíly v chování jednotlivců i sociálních skupin a tím zajistit, aby přijatá zdravotní politika měla adekvátní cíle a používala účinné nástroje. Dále je znalost faktorů ovlivňujících intenzitu poptávky po zdravotní péči užitečná pro plánování kapacit a efektivní alokaci zdrojů. Cílem této kapitoly je dále to, abyste mohli samostatně zaujmout stanovisko k jednomu z kardinálních dilemat zdravotní politiky – totiž zda se má fungování zdravotnického systému orientovat spíše podle objektivně chápaných potřeb zdravotní péče, anebo zda se má plánování kapacit a obecně řečeno chování strany nabídky orientovat spíše podle poptávky, tj. subjektivně projevované ochoty jednotlivců nést (částečně) náklady spojené s rozhodnutím čerpat péči. Dále rozebíráme vlastnosti poptávky po zdravotní péči, resp. odlišnosti od poptávky po standardních spotřebních komoditách. Faktory, které ovlivňují poptávku, shrnujeme ve třetí části včetně role poskytovatelů služeb při ovlivňování poptávaného množství služeb. Poslední oddíl je věnován nástrojům omezování poptávky po zdravotní péči a diskusi o jejich účinnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA

poptávka

potřeba

objektivní potřeba péče

cenová elasticita

nabídkou indukovaná poptávka

Grossmanův mikroekonomický model poptávky

racionalizace poptávky

spoluúčast

gate keeping

pořadníky

7.1 *Potřeba versus poptávka po zdraví a zdravotnických službách*

V minulé kapitole jsme mimo jiné shrnuli důvody, pro které se tržní mechanismus v souvislosti s poskytováním zdravotní péče neuplatňuje jako hlavní nástroj alokace zdrojů. Proč se tedy v této kapitole chceme zabývat kategorií poptávky? Nefunguje-li trh, neplatí-li spotřebitel tržní ceny, pak skutečně může vyvstat otázka, proč zkoumat charakteristiky

poptávky po zdravotní péči. Nebylo by vhodnější zaměřit svou pozornost na zkoumání jiných kategorií, např. **potřeby zdravotní péče**? Otázkou vztahu mezi kategoriemi *poptávka* a *potřeba* se budeme zabývat v prvním oddíle této kapitoly. Pokusíme se zde ukázat, že obě kategorie mohou sloužit jako alternativní základny pro úvahy o efektivnosti fungování zdravotnictví, plánování využívání zdrojů apod.

Potřeby

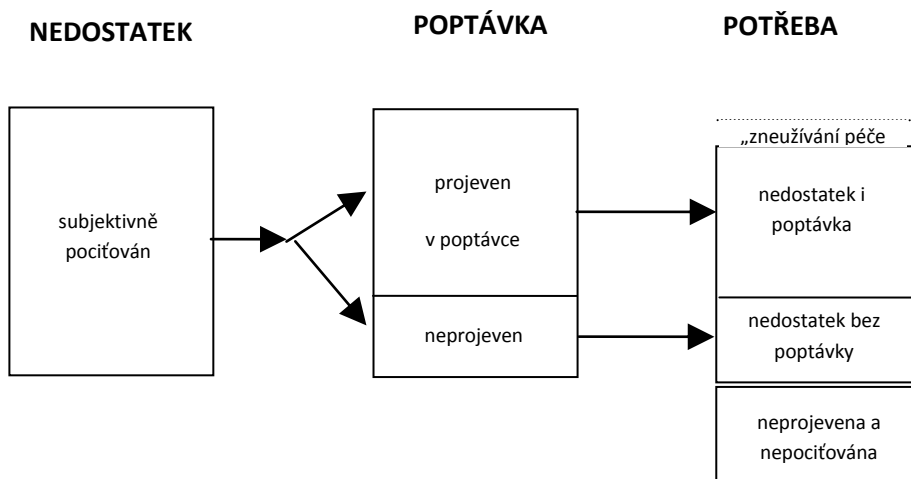
Potřeby vznikají v interakci člověka s přírodním a společenským prostředím, které ho obklopuje. Hrají důležitou úlohu v rozvoji společnosti, neboť člověka „pohání“ k činnostem. Podstatou individuálních potřeb člověka je konkrétní pocit subjektivního **nedostatku**. V námi zkoumaném případě se tedy jedná o jedincovo vlastní zhodnocení svého zdravotního stavu, jeho přání dosáhnout „lepšího“ zdraví prostřednictvím spotřeby zdravotní péče.

Potřebu zdraví a od ní odvozené potřeby zdravotní péče zařadíme do skupiny individuálních potřeb základního, tedy existenčního charakteru. V tomto smyslu jde o potřebu subjektivní.

Vedle ní ovšem zdravotnické systémy tradičně pracují častěji s potřebou chápanou **objektivně**, tj. do jisté míry nezávislou na pocitech a přáních jednotlivce. Bývá definovaná jako **množství příslušné zdravotní péče, které by měla dostat jednotlivá osoba k tomu, aby zůstala nebo se znovu stala tak zdravou, jak je to jen možné s ohledem na dosaženou úroveň medicínské vědy a znalostí** (Feldstein, 1993). Nejdůležitější na této definici je, že subjektem, který rozhoduje o tom, kolik péče je vhodné a žádoucí (nemluvě již o samotném druhu péče) je **medicínský odborník**, který rozhoduje podle objektivně existujících informací a na základě poznatků vědy. Jinými slovy, stejně kvalifikovaní odborníci by ve stejném případě měli posoudit potřebu zdravotní péče stejně. Jde tu o normativní odborný medicínský úsudek o tom, jestli péče potřebná je nebo není. Je možné, že se jednotlivce sice subjektivně cítí špatně nebo požaduje zdravotní péči z jiných důvodů, ale z hlediska profesionálního hodnocení jeho zdravotního stavu nejsou důvody pro žádný zásah – pacient je tak zdravý, jak je to jen možné. A naopak (a nepoměrně častěji) – jednotlivce se sice cítí zatím dobře, ale lékařské vyšetření by mohlo prokázat počátek choroby, která hrozí propuknout.

Mezi kategoriemi **poptávka** a **potřeba** jsou v případě zdravotní péče¹⁴ velmi specifické vztahy, komplikované výše naznačeným rozdílem mezi subjektivní a objektivní potřebou. Tyto vztahy jsou naznačeny ve schématu 10.

Schéma 10. Vztah mezi subjektivní potřebou, poptávkou a objektivní potřebou



Zdroj: Mooney, 1986; doplněno

Poptávka je tvořena těmi z „přání“, která jednotlivec reálně projeví tím, že vyhledá pomoc u zdravotnického pracovníka. Je evidentní, že každé přání, resp. subjektivní potřeba není projevena v poptávce. Svoji roli tu hraje časová a místní dostupnost péče, finanční, časové a další náklady. Spotřebitel zde poměřuje užitky a náklady a poptávat bude pouze tehdy, když bude mít za to, že užitky převažují. V ekonomii je tradiční představa, že nároky spotřebitelů vznikají na základě jejich vlastních hodnocení – spotřebitel je považován za „suveréna“. Ve zdravotnictví je tato spotřebitelská suverenita významně omezena.

Ze schématu 10. je zjevné, jak obtížné je vytvořit optimální kombinaci nástrojů zdravotní politiky. Na jednu stranu má vláda zájem na omezení plýtvání a zneužívání péče, na stranu druhou je v obecném zájmu snižovat práh bránící přístupu k péči potřebným, zejména měl-li být spojován se schopností platit, nebo byl vyvolán jinými faktory jako diskriminace, sociální vyloučení apod.

¹⁴ Potřeba zdravotní péče (spotřeby zdravotnických služeb) je potřebou odvozenou od potřeby *být zdravý*. Jde tu o dosti zprostředkovaný vztah, rozhodně nelze klást rovnítko mezi potřebou zdraví a potřebou zdravotní péče. Zdravotní péče je jedním ze způsobů uspokojení potřeby být zdravý.

Potřeby versus poptávka při alokaci zdrojů

Jakkoliv se může požadavek na uplatnění objektivních potřeb jako hlavního kritéria alokace zdrojů jevit jako rozumný a v reálném světě převažující, je realitou, že skutečný rozsah využívání zdravotnických služeb pacienty je určován kromě potřeby i celou řadou dalších faktorů. Zejména pro úspěšné praktické fungování zdravotnického zařízení je **nutné pracovat s poptávkou**, resp. ochotou jednotlivých pacientů spotřebovávat za jistých podmínek zdravotnické služby v určitém množství, kvalitě a struktuře. Jinak se lze sotva vyhnout plýtvání zdroji, resp. okamžikům přetížení systému v situacích, kdy se skutečně poptávané množství služeb odchyľuje od „nějak“ více či méně přesně definované objektivní potřeby.

Zastánci přístupu postaveného na konceptu potřeb uvažují zhruba následovně: v podmínkách veřejného sektoru se jeví nejlogičtějším kritériem účelnosti vynakládání prostředků co největší uspokojení potřeb zdravotní péče občanů. Pro dosažení žádoucího stavu je podstatné využívat prostředky na uspokojování reálné potřeby, pokud možno eliminovat případy, kdy jsou prostředky využívány *zbytečně*, bez medicínsky (objektivně) chápané potřeby nebo kdyby přínosy z alternativního použití stejných zdrojů mohly přinést větší užitek (např. roky zachráněného života) jinde. I tak nelze uspokojit všechny potřeby – ty jsou v podstatě nekonečné. Zajistit lze jen takovou úroveň péče, na kterou společnost *má* – jinými slovy, z tohoto pohledu je výše disponibilních zdrojů chápána jako fixní; z toho plyne, že je nutné detailně zmapovat a znát potřebu zdravotní péče, koordinovat způsob jejího poskytování na různých úrovních, důsledně kontrolovat vynakládání prostředků v systému, posílit (resp. zlepšovat) regulační, alokační, redistribuční a kontrolní funkci státu.

Z pohledu doporučení pro praktickou zdravotní politiku se pak nabízejí tato doporučení:

- 1) Zabránit živelnému vytváření kapacit. Promyšleným způsobem organizovat provázanou **síť zdravotnických zařízení**, která by redukovala dublování, nevyužívání kapacit a generování nadbytečné poptávky.
- 2) Soustavně poznávat stav potřeb, vliv různých faktorů na zdravotní stav. Cílem by měla být schopnost modelovat vývoj potřeb zdravotní péče.
- 3) Zdravotní politika by měla být komplexní, tj. mít možnost ovlivňovat všechny faktory, významné pro ukazatele zdravotního stavu. („Politika pro zdraví“).

Podle našeho názoru ovšem tento přístup nezasluhuje jednoznačné upřednostnění. Ve skutečnosti se potýká se zásadním omezením. **Neexistuje totiž všeobecně sdílená, explicitní specifikace veřejného zájmu** směrem ke zdravotní péči. Není jasné, kde jsou **hranice**

individuální odpovědnosti za vlastní zdraví a kde nastupuje solidarita. Není přesně definována garantovaná, (základní, standardní) péče ani co do kvantity ani kvality. Už proto nelze např. hovořit o vytvoření *racionální* sítě. Také veřejná kontrola tak nemá svůj hlavní předmět. Tato překážka by se dala do jisté míry obejít. Kdybychom vyšli tzv. od konce, tj. od disponibilních zdrojů (řekněme od nějakým způsobem stanovených 9–10 % z HDP) a znali nutné náklady na různé typy zdravotní péče, mohli bychom teoreticky modelově dospět k nějaké úrovni péče, kterou bychom následně mohli za garantovanou prohlásit. *Nutné* náklady jednotlivých forem péče ovšem předem neznáme, ani je znát nemůžeme, neboť jsou výsledkem celé řady svobodných a individuálních rozhodnutí poskytovatelů péče. Navíc je v tržním prostředí nelze chápat jako konstantní (byť nějakým auditem potvrzenou) hodnotu. **Potřeba není známá dostatečně detailně, abychom jenom podle ní mohli alokovat zdroje.**

7.2 Vlastnosti poptávky po zdravotní péči

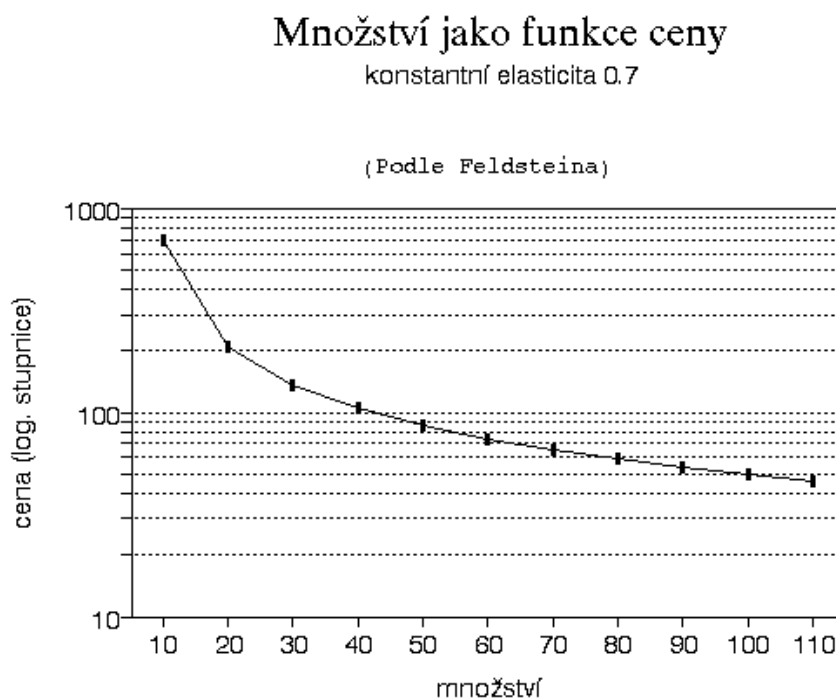
Jak jsme již konstatovali s Arrowem v předchozí kapitole, na rozdíl od poptávky po běžných statcích lze individuální poptávku po zdravotní péči charakterizovat jako **nepravidelnou** a **nepředvídatelnou**. **Intenzita** a **pružnost** poptávky je ovlivněna tím, že zhoršení zdravotního stavu (nemoc, zranění) je spojeno se značnými ztrátami a náklady už samo o sobě, nehledě na náklady vynaložené na zdravotní péči. Jednotlivec přichází o výdělek, musí měnit svůj životní styl. Bolest a nepohodlí představují vážný zásah do osobní integrity.

Cenová elastičnost individuální poptávky po zdravotní péči je sporná¹⁵. Při jejím zjišťování je totiž potřeba mít na paměti značnou heterogenost výsledné produkce. Odhad toho, jestli je poptávková křivka velmi málo elastická, tj. jestli je většina výdajů za zdravotnictví nedobrovolná, tj. diktována zdravotním stavem, nebo relativně elastická, je obtížné. V USA ji M. Feldstein odhadnul na asi 0,7 bodu. (Feldstein 1971). To znamená, že pokud by například pojistka pokrývala 90 procent nemocničních nákladů, faktická cena zdravotnických služeb se zmenší o 90 procent. Tím pádem poptávka vzroste o 63 procent ($0,7 \times 90$). Jiné studie nabízejí nižší cenovou elasticitu, tj. mezi 0,2 až 0,7, z čehož vyvozují, že toto pojištění by zvýšilo poptávku od 18 do 63 procent. (Stiglitz, 1988) I neekonomovi je jasné, že pohybují-li se tyto odhady v tak širokém intervalu, neříkají nám v zásadě téměř nic.

¹⁵ Na druhé straně, agregovanou poptávku na úrovni populace lze odhadovat mnohem snáze. To má význam pro schopnost plánovat zdroje a je to i argument pro určitou regulaci a koordinaci při vytváření kapacit.

Graf 4. Průběh poptávkové křivky podle Feldsteina

Elasticitu poptávkové křivky po zdravotnických službách odhadnul Feldstein na asi 0.7 bodu.



Zdroj: Feldstein, 1993

Pro formulování racionální poptávky po zdravotnických službách lze využít následující užitkovou funkci:

$$U = F [X, \dots, Z_{St}(Z_{Sl}, X, E)]$$

kde U je užitek, X souhrnná spotřeba ostatních statků kromě zdravotních služeb, Z_{St} - zdravotní stav, Z_{Sl} - zdravotnické služby, E statky životního prostředí.

Předpokládáme-li racionálního spotřebitele, očekáváme od něho, že se snaží kvantifikovat vztah mezi svým užitekem a zdravotním stavem ($\sigma U / \sigma Z_{St}$). K tomu ovšem potřebuje znát dostatečně přesně vztah mezi zdravotním stavem a spotřebou zdravotnických služeb ($\sigma Z_{St} / \sigma Z_{Sl}$). Tyto hodnoty spolu však nekorelují dostatečně (výsledky jsou nejisté), stanovení jejich hodnot je náročné na informace a kvalifikaci. Spotřebitel ji většinou nemá v dostatečné míře, nemluvě již o transakčních nákladech na získávání informací. Z toho pak plyne, že individuální poptávka nemusí sehrávat svou informační roli v tržním mechanismu alokace zdrojů. Může tak docházet k jevům jako neschopnost pacienta posoudit přiměřenost a cenu výkonů, stejně jako její kvalitu. To může ve výsledku znamenat nadměrnou spotřebu, resp. vyšší úroveň cen, než by odpovídalo průniku mezních nákladů a mezních přínosů.

Nabídkou indukovaná poptávka

Informační asymetrie na zdravotnických trzích, společně s existencí nejistoty vyvolává zvláštní jev, tzv. nabídkou indukovanou poptávku. Jde o vyvolanou poptávku z důvodů dominantního postavení poskytovatele vůči spotřebiteli. Poptávka se může zvětšovat s tím, jak roste nabídka, resp. počet poskytovatelů. Když je v jejich zájmu (například v situaci financování podle výkonů), aby se uskutečnilo větší množství služeb, není pro ně nikterak nesnadné o potřebnosti tohoto navýšení přesvědčit relativně méně informovaného spotřebitele. Možnost existence tohoto jevu je jedním z důvodů, proč je regulace nabídky obvykle považována za účinnější nástroj kontroly nákladů.

Grossmanův model poptávky (Kuvíková et al., 1995: 35-36)

Neoklasická ekonomická literatura nabízí několik modelů poptávky po zdravotnických službách. Většina přitom vychází z Grossmanova modelu. Základní předpoklady tohoto modelu jsou:

- jednotlivci porovnávají přínosy plynoucí z výdajů na zdravotnické služby s přínosy plynoucími z výdajů na jiné zboží a služby s cílem optimalizovat svůj zdravotní stav,
- jednotlivci znají svůj zdravotní stav,
- jednotlivci znají míru odpisů – diskontní faktor – pro svůj zdravotní stav,
- jednotlivci znají průběh funkce vyjadřující míru přínosů pro svůj zdravotní stav, která vyplývá ze spotřeby zdravotnických služeb,
- jednotlivci maximalizují svou celkovou užitkovou funkci ve smyslu poznatků všeobecné teorie výdajů.

Maximalizace užitkové funkce vyžaduje, aby se mezní míra přínosu ze zdraví rovnala mezní míře nákladů.

Přínosy vyjadřuje (a) mezní psychický přínos – a_j , a (b) mezní finanční přínos – g_j .

Náklady vyjadřuje:

- míra ušlého zisku z investování do jiných statků – r_j ,
- diskontní faktor budoucích přínosů z „nákupů zdraví“ – b_j .

Požadavek rovnosti mezních nákladů a mezního přínosu se vyjadřuje jako:

$$g_j + a_j = r_j + b_j ,$$

Finanční přínos determinují tři faktory:

- denní mzda příslušného jednotlivce v roce i (W^i),
- mezní produkt zdraví, tj. počet dnů v dobrém zdravotním stavu z titulu spotřeby jednotky zdravotnických služeb (G^i),
- mezní náklady investic do zdraví realizované v předcházejícím období, tj. časové a finanční náklady (C^{i-1}).

Abstrahujeme-li od psychických přínosů, můžeme předchozí rovnici vyjádřit v následujícím tvaru:

$$\frac{W_j^i G_j^i}{C_j^{i-1}} = g_j^i = r_j^i + b_j^i$$

Faktory ovlivňující poptávku po zdravotnických službách

Můžeme je rozdělit do tří hlavních skupin. Především jde o faktory související se vznikem choroby (ty jsou v zásadě náhodné, avšak korelují s věkem, životním stylem apod.). Dále hrají roli kulturně demografické faktory – hlavně vzdělání a rodinný stav a počet osob v domácnosti. Poslední skupinou jsou ekonomické faktory – ušlý příjem, cena služby, ztracený volný čas, náklady na dopravu.

7.3 Racionalizace (omezování) poptávky

V podmínkách existence plateb třetí stranou, informační asymetrie a nejistoty výsledného produktu je regulace zdravotnických trhů předpokladem pro dosažení rovnováhy mezi nabídkou a poptávkou při reálné úrovni disponibilních zdrojů. Nástroje racionalizace, resp. omezování nabídky jsou popsány v následující kapitole. Zde se zaměříme na existující nástroje na straně poptávky.

Můžeme si je v podstatě rozdělit do stejných skupin, které jsme použili u faktorů ovlivňujících poptávku snad jen s tou výhradou, že cílené nástroje směřující k ovlivnění kulturně-demografických faktorů jsou spíše raritou. Jinými slovy, omezování poptávky směřuje dvojitým směrem:

- a) Ve smyslu prevence, k většímu úsilí zůstat zdravý. Sem patří nástroje zdravotnické osvěty, informování potenciálních pacientů **posiluje jejich spotřebitelskou suverenitu**, vzdělanější lidé mají větší možnost volby zdravého stylu života. Podle odhadu WHO je drtivá většina nemocí, které představují hlavní příčiny úmrtí (nemoci oběhové soustavy, novotvary, nemoci pohybového ústrojí) do značné míry ovlivnitelná životním stylem, rizikovým chováním, obezitou, kouřením, nedostatkem pohybu. Rovněž sem můžeme zařadit nástroje snažící se o **posílení vědomí hodnoty a ceny zdraví**, typicky se jedná o nastavení nemocenského pojištění.
- b) K vytváření motivace neobtěžovat s maličkostmi, resp. omezit poptávku v situaci již existující choroby. K tomu mohou sloužit nejrůznější opatření, jak ekonomického, tak administrativního charakteru. Pokusíme se naznačit alespoň ty, které považujeme ve vyspělých zemích za nejobvyklejší.

Finanční spoluúčast pacienta

Může mít velmi mnoho podob. Od nám známých regulačních poplatků, fixních, relativně nízkých poplatků uplatňovaných paušálně při kontaktu s poskytovatelem, po procentní spoluúčast na ceně služby či tzv. *deductible*, nominálně stanovenou výši spoluúčasti, po jejímž překročení pak teprve začne docházet k úhradám z pojištění.

Cílem je omezit nadbytečnou poptávku, snížit míru korupce, resp. neformálních plateb, zvýšit spoluzodpovědnost pacienta za jeho zdravotní stav.

Rizika spojená s příliš vysokou mírou spoluúčasti jsou zjevná: hrozí prohloubení sociálních problémů, marginalizace ohrožených skupin populace, růst nerovnosti. Hrozí zhoršování zdravotního stavu, neboť neinformovaní pacienti mohou iracionálně volit neléčení v prvních fázích nemoci, kdy mohou být náklady na uzdravení nižší.

Specifikace (omezení) rozsahu garantované péče

Tento nástroj v podstatě také znamená růst finanční spoluúčasti. Standardně se ho používá zejména u léků.

Garantovanou péčí můžeme chápat v užším a širším pojetí. V tom prvním se jedná o péči hrazenou z veřejných prostředků. Širší pojetí zahrnuje zároveň i všechny podmínky pro poskytování péče jako jsou časová a geografická dostupnost či kvalita péče.

Specifikaci lze provést v zásadě dvěma způsoby, tzv. pozitivním (na co existuje nárok) nebo negativním seznamem (na co neexistuje nárok).

Progresivní a regresivní pojistné sazby, bonusy a malusy

Běžný prvek v činnosti komerčních pojišťoven. Směřuje ke stimulaci pojištěnce ke zdravějšímu stylu života. Typicky se objevují jako bonusy na podporu prevence. V několika zemích se objevily, resp. jsou diskutovány malusy pro pojištěnce s rizikovým chováním (nadváha, kouření). Rizikem je to, že mohou lehce sklouznout k diskriminaci lidí s vrozenou dispozicí k onemocnění.

Pořadníky a délka čekací doby

Oficiální seznamy čekatelů na zákrok se uplatňují typicky u tzv. elektivní, tj. neakutní chirurgie. Nejrozšířenější ve Velké Británii.

Délka čekací doby je rovněž svým způsobem regulačním nástrojem. Selektuje zpravidla pacienty s vyššími příjmy a tudíž vyššími náklady ušlé příležitosti. Ti pak substituuji péči samoléčbou případně přímou platbou v soukromých zařízeních.

Gate keeper systém – resp. de facto omezení svobody volby

Praktický lékař jako regulátor poptávky po specializované péči. Bez jeho doporučení se pacient nedostane ke specialistovi, resp. žádanka je obvykle podmínkou proplacení poskytnuté péče. Kromě zjevného omezení mnohonásobných návštěv různých specialistů při jednom onemocnění se jedná o nástroj zajišťující žádoucí kontinuitu a koordinaci péče. Může mít různé varianty, velice zajímavá byla např. forma tzv. *fundholdingu* na přelomu osmdesátých a devadesátých let ve Velké Británii.

SHRNUTÍ

Potřebu zdraví a od ní odvozené potřeby zdravotní péče zařazujeme do skupiny individuálních potřeb základního, tedy existenčního charakteru. V tomto smyslu jde o potřebu subjektivní. Vedle ní ovšem zdravotnické systémy tradičně pracují častěji s potřebou chápanou **objektivně**, tj. do jisté míry nezávislou na pocitech a přáních jednotlivce. Bývá definovaná jako množství příslušné zdravotní péče, které by měla dostat jednotlivá osoba k tomu, aby zůstala nebo se znovu stala tak zdravou, jak je to jen možné s ohledem na dosaženou úroveň medicínské vědy a znalostí. Vytvořit optimální kombinaci nástrojů zdravotní politiky je obtížné. Na jednu stranu má vláda zájem na omezení plýtvání a zneužívání péče, na stranu druhou je v obecném zájmu snižovat práh bránící přístupu k péči potřebným, zejména měl-li být spojován se schopností platit, nebo byl vyvolán jinými faktory

jako diskriminace, sociální vyloučení apod. Vzhledem ke svým vlastnostem, individuální poptávka nemusí sehrávat svou informační roli v tržním mechanismu alokace zdrojů. Může tak docházet k jevům jako neschopnost pacienta posoudit přiměřenost a cenu výkonů, stejně jako její kvalitu. To může ve výsledku znamenat nadměrnou spotřebu, resp. vyšší úroveň cen, než by odpovídalo průniku mezních nákladů a mezních přínosů. V podmínkách existence plateb třetí stranou, informační asymetrie a nejistoty výsledného produktu je regulace zdravotnických trhů předpokladem pro dosažení rovnováhy mezi nabídkou a poptávkou při reálné úrovni disponibilních zdrojů.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- GROSSMANN, Michael. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*. 1972, roč. 80, č. 2, s. 223-255.
- KUVÍKOVÁ, Helena, Milan MURGAŠ a Juraj NEMEC. *Ekonomía zdravotníctva*. 1. vyd. Banská Bystrica: Phoenix, 1995, 110 s. ISBN 8090056318.
- MALÝ, Ivan. *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998, 114 s. ISBN 8021020067.
- MERTL, Jan. Potřeba zdravotní péče a poptávka po zdravotní péči. In: KATEDRY VEŘEJNÉ EKONOMIKY EKONOMICKÉ FAKULTY VŠB - TU OSTRAVA. *Veřejná ekonomika a správa 2005: Referáty přednesené v rámci VI. ročníku mezinárodního semináře*. Ostrava, 2005.
- MOONEY, Gavin. *Economics, Medicine and Health Care*. 1. vyd. Brighton: Wheatsheaf Books, 1986, 171 s. ISBN 9780745000367.

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jaký je rozdíl mezi klasickým ekonomickým chápáním potřeby a způsobem, jak se pracuje s pojmem potřeba zdravotní péče?
- Nepředvídatelnost je znakem spíše individuální nebo agregované poptávky po zdravotní péči?
- Pokud by zavedení finanční spoluúčasti zvýšilo náklady spojené s čerpáním péče o 10 % a následně by došlo ke snížení poptávaného množství o 5 %, jaká je cenová elasticita poptávky?

- Které selhání trhu je hlavní příčinou existence tzv. nabídkou indukované poptávky?
- Které faktory ovlivňují poptávku po zdravotní péči?
- Co se rozumí pod termínem *gate-keeper*?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

Které z předpokladů Grossmanova modelu poptávky považujete za nejméně realistické? Co by plynulo z jejich opuštění?

1. Vyhledejte na webových stránkách ministerstva zdravotnictví materiály, které by Vám umožnily vyhodnotit dopady zavedení regulačních poplatků v roce 2008.
2. Vyhledejte statistické údaje o výši přímých plateb obyvatel v České republice a srovnejte naši situaci se zahraničím.
3. Jakými nástroji byste doporučovali posílit hodnotu a cenu zdraví?
4. Jaký je váš názor na otázku finanční spoluúčasti pacienta na úhradě péče. K čemu může sloužit a co je potřeba zvažovat při rozhodování o jejím zavedení.

8 Nabídka zdravotní péče

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Pro nabídku určitého druhu zboží na dokonale konkurenčním trhu platí, že je určována čistým příjmem získaným z nabízené produkce ve srovnání s příjmem, kterého by se dalo dosáhnout použitím stejného množství zdrojů někde jinde. Ve zdravotnictví je ale kvantita i kvalita nabídky výrazně ovlivňována netržními silami. V následujícím textu se budeme nejprve věnovat vlastnostem nabídky zdravotní péče a v druhé části budeme studovat nástroje racionalizace nabídky. Cílem kapitoly je pochopit odlišnosti nabídky zdravotní péče od nabídky na dokonale konkurenčním trhu.

KLÍČOVÁ SLOVA

nabídka zdravotní péče

omezená pružnost

omezená konkurence

postavení lékaře na zdravotním trhu

omezená substituovatelnost

nástroje racionalizace nabídky

8.1 Vlastnosti nabídky zdravotní péče

Nabídka zdravotní péče je silně provázána s kapacitami zdravotnických systémů. Údaje o počtech poskytovatelů, lůžkových zařízení, lékařů, ostatních zdravotnických pracovníků apod. jsou podrobně a dlouhodobě statisticky sledovány a jsou snadno k dispozici na veřejně dostupných serverech a databázích (WHO, Světová banka, OECD u nás pak ÚZIS). Orientace v základních trendech, znalost alespoň přibližných hodnot u nejvýznamnějších ukazatelů jako jsou např. počty lůžek na 100.000 obyvatel, počet lékařů na 100.000 obyvatel apod. jsou známkou chvályhodné poučenosti, jakkoliv je nelze zaměňovat za opravdovou odbornost.

Při studiu odlišností nabídky na dokonale konkurenčním trhu a nabídky zdravotní péče je možno identifikovat čtyři základní odlišnosti:

- omezená pružnost;
- specifické postavení lékaře;
- omezená konkurence;
- omezená substituovatelnost.

8.1.1 Omezená pružnost

Nabídka na dokonale konkurenčním trhu je charakteristická volným vstupem do odvětví. Ve zdravotnictví je naopak typické, že vykonávání praxe je vázáno a regulováno udělováním licencí, závislých na přísných kvalifikačních předpokladech a že medicínské vzdělání je velmi náročné a drahé. Tím je pružnost nabídky významně limitována.

Vázání možnosti vykonávat zdravotního povolání na udělení licence je typické pro většinu vyspělých zemí (Bošková, 2014). Udělování licencí pro vykonávání povolání lékaře znamená snahu o udržení určitého minima kvality zdravotní péče. Znamená ovšem také omezování nabídky a tím vede ke zvyšování nákladů spojených s poskytováním zdravotní péče.

Box 14. Způsobilost k výkonu povolání lékaře v ČR

V ČR způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta získává ten, kdo je odborně způsobilý, zdravotně způsobilý a bezúhonný. „Odbornou způsobilost k výkonu povolání získává lékař absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství. Poté je oprávněn k provádění vymezených činností pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí. Bez odborného dohledu může lékař s odbornou způsobilostí vykonávat činnosti stanovené prováděcím právním předpisem na základě certifikátu o absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru, který vydalo ministerstvo, popřípadě pověřená organizace. Výkon těchto činností však není považován za samostatný výkon povolání. Specializovanou způsobilost získává lékař absolvováním a úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou a vydáním diplomu o specializaci ministerstvem. Získání specializované způsobilosti je podmínkou pro samostatný výkon povolání lékaře, pro výkon povolání lékaře ve vedoucí funkci nebo jako osoby samostatně výdělečně činné nebo jako odborného zástupce zdravotnického zařízení podle jiného právního předpisu o nestátních zdravotnických zařízeních“.

Zdroj: IPVZ, 2014

Druhým faktorem limitujícím pružnost nabídky zdravotní péče je fakt, že vzdělávání zdravotníků je finančně i obsahově náročné. Náklady spojené se vzděláváním (nejen) zdravotníků je možno považovat za jakousi investici, která přináší užitek jak samotným lékařům, tak celé populaci. Tedy jde o investici, která je spojena s pozitivní externalitou. Pokud jsou zkoumány přínosy jednotlivcům (tj. studentům), je možné se opřít převážně o americkou literaturu (např. Phelps, 1992), ve které jsou poměřovány náklady studia (ve smyslu poplatků za studium) a výše očekávaných příjmů. Ekonomové zde standardně poměřují hodnotu IRR, tedy zkoumají medicínské vzdělání jako standardní investici a poměřují její výnosy s úroky, které by investující (tj. studenti) mohli získat, pokud by investovali do nějakého jiného finančního produktu. V podmínkách zemí kde převažuje

veřejné vysoké školství je tento přístup hůře aplikovatelný, což je dáno tím, že studium na vysokých školách není zatíženo školným. Regulativní funkce školného je zde nahrazována různými nástroji, od stanovování závazného směrného čísla počtu přijatých studentů lékařských fakult (tzv. numerus clausus) platícího v Německu po nejrůznější administrativně ekonomické nástroje související s financováním vysokých škol.

8.1.2 Specifické postavení lékaře

Poskytovatel zdravotní péče je centrálním hráčem na zdravotním trhu. Je naprosto klíčovou postavou v rámci rozhodování o alokaci zdrojů ve zdravotnictví, rozhoduje mimo jiné o typu péče pro pacienta, o typu léčiv pro pacienta, podílí se na rozhodování o rozpočtech zdravotnických zařízení, o výběru dodavatelů zdravotnických prostředků, spolupodílí se na rozhodování o směrech výzkumu, apod. Vzhledem k charakteru služby, kterou lékař poskytuje, je pracováno s předpokladem, že chování lékaře je kompletně nezávislé na sledování jeho vlastního prospěchu. Chování „nabízejícího“ je z etického pohledu vedeno snahou o spotřebitelovo dobro, je zde patrná jistá kolektivní orientace odlišující zdravotnictví od businessu. Toto kolektivně orientované chování (např. velmi časté konzultace mezi lékaři při léčbě) pozitivně ovlivňuje kvalitu „nabízeného produktu“. Tyto předpoklady potom vedou k tomu, že při snaze o sestavení užitkové funkce lékaře docházíme k tomu, že do ní kromě standardních veličin jako je volba mezi příjmem (důchodem) a volným časem přidáváme minimálně ještě jednu komponentu, kterou je právě „užitek spotřebitele“. Nicméně, lékař může dost často být i podnikatelem a je samozřejmě veden snahou maximalizovat svoji užitkovou funkci (svůj příjem, postavení/profesní uznávání v rámci svého zdravotnického zařízení, apod.).

Při studiu postavení poskytovatele zdravotní péče (lékaře) na zdravotním trhu je velmi důležité rozlišovat různé role, které zde lékař může zastávat. Lékař je samozřejmě v první řadě poskytovatel služby (zdravotní péče), lékař ale také může být v postavení podnikatele, jestliže má svoji vlastní ordinaci, lékař působí jako tzv. zprostředkující agent, na lékaře je také možno pohlížet jako na „vstup“ do procesu poskytování péče.

Lékař jako poskytovatel služby je v podstatě „**prodávající**“ zdravotní péče a je při tom v jiném postavení než prodávající na standardním trhu. Zdravotní péče patří mezi kategorii zboží (služeb), pro které platí, že produkt a aktivita spojená s produkcí je identická. Spotřebitel nemůže testovat produkt před konzumací ani se nemůže spoléhat na zkušenosti,

keré získal při předcházející spotřebě. Navrácení/zlepšení zdravotního stavu je navíc nejisté a nepředvídatelné. Na rozdíl od standardního trhu je do vztahu prodávající-kupující na zdravotním trhu pevně zabudován prvek důvěry.

Lékař může také na zdravotním trhu vystupovat jako **zprostředkující agent**. Vzhledem k informační asymetrii, která je pro zdravotnictví typická, pacient na lékaře přenáší část své spotřebitelské suverenity. Nedokáže se sám kvalifikovaně rozhodnout např. o nejlepší možné léčbě, proto přenáší rozhodování na stranu lékaře, který má lepší informace. Lékař zde vystupuje v roli experta, který se snaží o maximalizaci pacientova užitku (zlepšení zdravotního stavu). Pacient zpravidla věří, že lékař volí léčbu objektivně, že je veden pouze snahou pomoci a že celý proces rozhodování je nezávislý na finanční stránce věci.

Lékař ovšem také může vystupovat v pozici podnikatele. Dle Phelps (1992) představuje lékař pracující v soukromé ordinaci na jedné straně „pracovní vstup“ a na straně druhé je v postavení podnikatele, tedy manažera své ordinace. Hodnota „pracovního vstupu“ může být odvozována od příležitosti výše příjmu, kterou by mohl lékař získat jinde, pokud by pracoval například jako zaměstnanec v soukromé ordinaci jiného lékaře či v organizaci sdružující více lékařů (typ polikliniky) nebo například v nemocnici apod. Další příjmy lékaře jako podnikatele souvisí s řízením jeho organizace a z jejích hospodářských výsledků. Pokud pro lékaře ve smyslu „pracovního vstupu“ platí, že nabídka na zdravotním trhu je omezena (z důvodů licencí či jakéhokoliv jiného důvodu), byl by vytvářen tlak na uměle vysokou „monopolní cenu“ jejich produkce. Zároveň ale lékaři vlastní soukromé ordinace, a tím tedy vystupují na tomto trhu jako vertikálně integrované firmy v situaci monopolizovaného vstupu.

8.1.3 Omezená konkurence

Dalším charakteristickým prvkem na zdravotním trhu je fakt, že konkurence nabízejících je omezená. Nicméně, jakkoliv není vnějškově příliš akcentována, konkurence mezi poskytovateli existuje. Soutěží mezi sebou o disponibilní zdroje, o smlouvy s plátcí, o pacienty (za určitých podmínek), o kvalitní pracovní sílu, o finanční prostředky na investice, o možnost vykonávat složitější zákroky apod.

Rozlišujeme konkurenci řízenou plátcem nebo naopak pacientem. Jak pacient, tak i plátec mohou mít v systému určitou míru volnosti volby, existuje však bod, kdy větší volnost pacientů znamená menší volnost plátce apod. To je patrné především v situaci, kdy, má-li plátec efektivně rozhodovat o ceně (tedy musí mít možnost uzavírat s různými zařízeními

různé smlouvy), potom musí být schopen snížit či ovlivňovat volbu svých klientů (pacientů), tj. existuje tu trade-off mezi volností volby pacienta a plátce.

Samotná cenová konkurence ještě donedávna prakticky neexistovala ani ve vysoce liberálním prostředí amerického zdravotnictví. Začíná se objevovat až v 90. letech v souvislosti s rozšiřováním tzv. řízené péče. Dnes se s ní občas můžeme setkat i v našich podmínkách, nicméně není typická. Jedním z důvodů je skutečnost, že v prostředí, kde panuje informační asymetrie, funguje cena i jako signál kvality produktu. „Levnější“ lékař může být pacienty vnímán jako „horší“ lékař. Podobně jako na obdobných, regulovaných trzích, poskytovatelé si spíše konkurují kvalitou. Ta je rozhodující pro jejich šanci uplatnit se v regulovaných trzích, získat kontrakt, přilákat pacienty.

Omezení konkurence znamená v tržních podmínkách zpravidla riziko růstu cen a narušení efektivnosti alokace zdrojů. Logicky se nabízí otázka, jakými nástroji je v současných zdravotnických systémech toto riziko redukováno. Jedna velká skupina nástrojů souvisí se způsobem financování, resp. s typy úhrad poskytovatelům zdravotní péče. Budeme se jim věnovat v následující kapitole. Druhá souvisí se způsobem uzavírání kontraktů.

Nakupování péče

Nakupování zdravotní péče lze považovat za nástroj usilující o zlepšení kvality zdravotní péče prostřednictvím specifických smluvních vztahů mezi plátcem a poskytovatelem zdravotní péče. Jde o proces, při kterém zdravotní pojišťovny uzavírají kontrakty s jednotlivými poskytovateli zdravotní péče na dohodnutou strukturu, objem, kvalitu a cenu zdravotní péče, a to v zájmu pojištěnců (Hroboň, 2005; Waters et al., 2004). Plátce (typicky zdravotní pojišťovna) přijímá odpovědné rozhodnutí, jakou zdravotní péči nakoupí a od kterých poskytovatelů, a to s tím, že i při nakupování péče je velmi důležité, aby byl zachován princip spravedlnosti a efektivnosti v souladu s potřebami zdravotní péče (Háva, Goulli, 2003; Zigová, 2010).

Hlavní výhodou nakupování zdravotní péče je, že umožňuje plánování jak finančních, tak i lidských zdrojů, čímž se stává významným stabilizujícím prvkem celého zdravotního systému. Mezi všeobecně přijímané pozitivní dopady nakupování patří zvyšování kvality a efektivnosti zdravotní péče a zároveň podpora rozvoje inovativních metod ve zdravotnictví (Kothera, 2008; Zigová, 2010).

Nakupování zdravotní péče by mělo přinášet užitek pro všechny zúčastněné strany. Pro pojištěnce je tímto užitekem zkrácení čekacích dob a předem známá struktura a kvalita

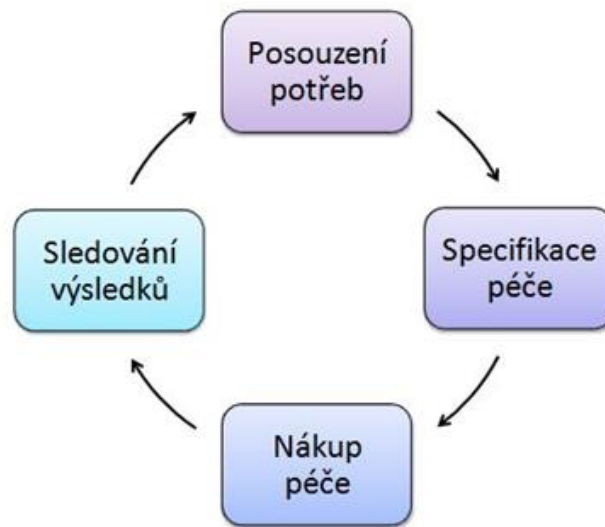
péče. Poskytovatel má pak větší míru jistoty při plánování finančních a lidských zdrojů a také větší možnost restrukturalizace a specializace, než je tomu v případě jiných mechanismů úhrad, protože zná konkrétní cenu a objem péče. Zdravotní pojišťovna má jednoznačný nástroj na udržení kvality a zajištění dostupnosti péče. Přísun zdrojů pro poskytovatele je vázán na zvyšování efektivity, čímž odpadá problematika spoléhání se na stálý přísun zdrojů bez nutnosti se zlepšovat. Navíc při nakupování dochází k intenzivnější spolupráci mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou (Kothera, 2008; Zigová, 2010).

Jako nevýhoda nákupu péče je někdy prezentována možnost netransparentního poskytování péče, kdy nejsou k dispozici náležitě pořadníky, které by garantovaly spravedlivý a rovný přístup k péči. Kromě toho může docházet k situaci, že zlepšení dostupnosti není zajištěno pro všechny pojištěnce všech pojišťoven stejně, protože zdravotní pojišťovny, které zaplatí víc, zajistí svým pojištěncům kratší čekací doby na úkor pojištěnců ostatních zdravotních pojišťoven. Dále jsou zde poskytovatelé, kteří odmítají takto ujednanou úhradu péče kvůli konzervativnímu přístupu. Dalšími důvody, proč se někteří poskytovatelé brání nakupování péče, je hrozba nárůstu administrativy s ním spojená. Problémem může být také reálná obava ze zvýšení náročnosti organizace péče, která musí odpovídat smluvním podmínkám. V neposlední řadě je nevýhodou i stále se měnící právní prostředí a z toho plynoucí míra nejistoty ve zdravotním systému (Blatný, 2012; Zigová, 2010).

Proto, aby byl nákup péče opravdu přínosem pro všechny zúčastněné, musí být zachován určitý postup, který je běžný v zahraničí, například v USA nebo Nizozemí (Roubal, 2012; Waters et al., 2004). Tento postup je znázorněn pomocí schématu 11.

Nejprve musí být zmapovány potřeby se zdravotní péčí spojené, a způsoby, jakými je možné tyto potřeby naplnit. Následně je nutné specifikovat péči, kterou je vhodné nakupovat. Nákup péče je vhodný v případě plánované péče. Samotný nákup péče se pak skládá z několika kroků, kdy je potřeba zvolit vhodnou strategii nákupu (Kothera, 2008; Figueras et al., 2005). Následuje výběr poskytovatele, který splňuje kritéria zdravotní pojišťovny na kvalitu poskytované zdravotní péče.

Schéma 11. Přehled procesu nákupu péče



Zdroj: Autoři

Mezi kritéria, na jejichž základě lze posuzovat kvalitu poskytované zdravotní péče, patří například technické a personální vybavení daného zdravotnického zařízení a v neposlední řadě samozřejmě výsledky zdravotnického zařízení v poskytování péče, jako je například počet úmrtí, komplikací, rehospitalizací, překladů, počet provedených výkonů, ordinační hodiny a dostupnost. Dalšími faktory, které vypovídají mnohé o kvalitě péče, jsou následky léčby a zákaznická přívětivost zdravotnického personálu, do níž se zahrnují faktory jako je informovanost pacientů, čekací doby, objednávací doby a patientská vybavenost zdravotnického zařízení (Kothera, 2008). Dalšími důležitými kroky při nákupu péče je vypracování metodiky, zpracování standardu daného produktu včetně požadavků na kvalitu a finanční analýzy, návrh tzv. balíčkové ceny a zpracování návrhu smlouvy, popřípadě její podpis. K procesu nákupu péče neodmyslitelně patří sledování výsledků takto hrazené péče ze strany zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny potřebují adekvátní informace, aby mohly posoudit poskytovatele a využily jejich výsledky v poskytování zdravotních služeb při uzavírání kontraktů na nákup péče. Dostupnost těchto informací poskytuje možnosti kontroly smluvních vztahů a podpory kvality (Waters et al., 2004).

Při uzavírání kontraktů typu nákupu péče přebírají zdravotní pojišťovny větší odpovědnost za kvalitu služeb, a to právě prostřednictvím kontraktů a jejich využíváním jako nástroje

ke zvýšení kvality zdravotní péče. Podle zahraničních studií (Figueras et al., 2005) zahrnuje tato odpovědnost především jednání a následné odsouhlasení smlouvy s tím, že musí být uvedeny odpovídající požadavky na kvalitu a dostupnost, dále je to sledování kontraktu a jeho přezkoumávání. Součástí sledování kontraktu je pak přijímání zpráv od poskytovatele a kontrola platnosti těchto informací získáváním zpětné vazby od pacientů.

8.1.4 Omezená substituovatelnost

Tak jako při jakékoliv výrobní aktivitě, i při produkování zdravotních služeb je možná určitá substituovatelnost jednoho vstupu za druhý. Míra substituovatelnosti je zde ovšem výrazně omezená. To je dáno jak technickými, tak právními faktory. V některých případech stav technického pokroku substituci nedovolí, není možné například nahradit všechny výkony lékaře roboty. V jiných případech substituci nedovolují zákony. Některé výkony mohou vykonávat pouze lékaři a některé výkony pouze někteří z lékařů. Obdobně to platí i u nelékařských zdravotnických pracovníků, u kterých je rovněž typická vysoká míra specializace a vysoká míra formalizace kvalifikačních předpokladů pro jednotlivé činnosti.

Existují studie, které na základě údajů poskytnutých samotnými lékaři odhadují míru substituovatelnosti (Phelps, 1992: 158). Výsledky ukazují, že pokud se lékaři snaží o maximalizaci své užitkové funkce (zahrnující standardně volný čas a příjem), najímají mnohem méně pomocného personálu než by odpovídalo maximalizaci. Dle těchto výsledků by lékař mohl ošetřit o 25 % více pacientů, pokud by najímal více pomocného personálu. Důvodem je pravděpodobně skutečnost, že užitková funkce lékaře obsahuje něco navíc než jen příjem a volný čas. Pokud je lékař ve svém chování veden především snahou „léčit a pomáhat“, pak by lékaři mohli věřit tomu, že jejich čas je pro pacienty více přínosný než čas pomocného personálu.

8.2 *Nástroje racionalizace nabídky*

Obdobně jako u racionalizace poptávky i zde jde primárně o udržování nabídky péče v mezích, které dovolují disponibilní zdroje. Omezování nabídkové strany je v podmínkách veřejných zdravotnických systémů považováno za účinnější nástroj vzhledem k existenci nabídkou indukované poptávky a politickým konsekvencím spojeným s některými nástroji omezování poptávky. Obecně rozlišujeme administrativní nástroje, nástroje použitelné

v procesech financování a nástroje vedoucí k vytváření konkurence a interního trhu zdravotnických služeb. Pro lepší přehlednost rozdělíme používané nástroje racionalizace nabídky na ty, které bývají uplatněny pro lůžková zařízení, a ty pro ambulantní zdravotní péči.

8.2.1 Lůžková zařízení

Mezi základní *administrativní nástroje* patří:

1. **Prokázání opodstatněnosti růstu kapacit (certifikace potřeb)** – na realizaci kapacitního růstu se vyžaduje prokázání opodstatněnosti investičního projektu a vypracování přesného rozpočtu. Skutečná účinnost je však dost omezená, zejména pokud neexistuje jasná definice potřeby a priority. Navíc v praxi je kontrola uvedených údajů *ex ante* (předem) složitá. Nástroj může omezovat přístup na trh zdravotnických služeb a tím snižovat úroveň konkurence.
2. **Restrukturalizace a uzavírání některých zařízení** – dotýká se existujícího stavu, kdy certifikace potřeb je nástrojem na zamezení nadměrného růstu. Je aktuální při nadměrných kapacitách. Problém je v kvantifikaci a identifikaci nadměrných kapacit. Uzavírání nemocnic se obecně setkává s velkým odporem zaměstnanců i obyvatel, tudíž mu nebývají nakloněni ani lokální politici.
3. **Definování horní hranice příjmů nemocnic** – narušuje tradiční provázanost nákladů a příjmů, nereguluje cenu ošetrovacího dne, ale celkový objem příjmů.
4. **Omezení počtu lékařů (pracovníků)** – realizace tohoto opatření je dnes v Evropě, kde se předpokládá volný pohyb pracovní síly, prakticky nemožná. Reálný problém většiny zemí nemusí být ani tak nadměrný počet lékařů jako jejich nevhodné rozmístění. Řešením může být stimulace redistribuce pracovní síly, která je použitelná zejména při přijímání absolventů.
5. **Přímá kontrola výše nákladů**, kdy financující strana zabezpečuje i kontrolní funkci a v případě zjištění nadměrného plýtvání zdroji uplatní sankce – tato metoda selhává pro těžkosti s definováním přiměřené úrovně nákladů a se zabezpečením soustavnosti kontroly. Kdyby měla být komplexní, náklady na zjišťování neefektivnosti by byly pravděpodobně vyšší než její přínosy.
6. **Zavedení standardů vybavenosti, kvalifikovanosti, kvality**, které musí být splněny, aby dané zařízení mohlo vykonávat některé činnosti.

Hlavním nástrojem použitelným v *procesech financování* zařízení je tzv. **prospektivní financování** (financování předem) – nemocnice uzavírají s financujícími subjekty kontrakty na výkony v rozsahu dopředu stanoveného rozpočtu. Dohodnutou sumu jim vyplatí bez ohledu na skutečnou výšku nákladů. Za základ se bere situace v předchozím roce nebo letech. Principem je stanovení pevné ceny za jednotlivé výkony a odhad počtu výkonů v průběhu roku. Motivace se dosahuje možností ponechat si část případných úspor s podmínkou, že se použijí ve zdravotní péči. Podrobněji se o těchto nástrojích zmíníme v následující kapitole.

8.2.2 Ambulantní zdravotní péče

Při odměňování lékařů za výkony se dosti často používají nástroje spočívající ve **stanovení maximálního počtu výkonů, regulaci maximálního počtu profinancovaných bodů, regulace ceny bodu** apod. Bez těchto regulací by hrozila neudržitelná tendence růstu objemu spotřebovaných služeb a částečně možná preferování léčebné péče před preventivní.

Obdobně funguje i **určení maximálního počtu přihlášených pacientů či stanovení rozsahu předepisovaných léků**, které se pacientovi hradí v plné výši. Uplatňují se především v systému kapitace, kdy lékaři dostávají dopředu roční/měsíční platbu za počet přihlášených pacientů. Systém motivuje lékaře k úsilí o získávání pacientů. Je pro něj ale rizikový, protože potenciální výše nákladů je neomezená. Měl by být motivem pro růst objemu preventivní péče, na druhé straně může vést k úsilí o snižování nákladů a kvality na úkor pacienta a o posílání pacientů do systému specializované péče.

SHRNUTÍ

Nabídka zdravotní péče se odlišuje od nabídky na dokonale konkurenčním trhu především kvůli omezené pružnosti, specifickému postavení lékaře, omezené konkurenci a omezené substituovatelnosti. Pružnost nabídky zdravotní péče je způsobena především dvěma faktory. Prvním je, že vykonávání praxe je vázáno a regulováno udělováním licencí. Druhým faktorem je vysoká cena a obtížnost medicínského vzdělání. Pro nabídkovou stranu zdravotního trhu je typická také omezená konkurence. Pokud o konkurenci ve zdravotnictví mluvíme, máme na mysli především konkurenci kvalitou. Existují různé nástroje pro racionalizaci nabídky zdravotní péče. Je důležité porozumět mechanismům jejich působení a dokázat analyzovat jejich účinnost a rizika s nimi spojená.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- BLATNÝ, Jaroslav. *Právní vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb v systému veřejného zdravotního pojištění*. Brno, 2012, 126 s. [cit. 2015-02-17]. Rigorózní práce, Masarykova univerzita v Brně, Právnická fakulta, Katedra pracovního práva a sociálního zabezpečení. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/15426/pravf_r/
- FIGUERAS, Josep, Ray ROBINSON a Elke JAKUBOWSKI. *Purchasing to improve health systems performance*. 1. vyd. Glasgow: Bell and Bain, 2005, 298 s. ISBN 0335213685. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98428/E86300.pdf
- HRBOŇ, Pavel. Proč potřebujeme nákupčí zdravotní péče. *Reforma zdravotnictví* [online]. 2005 [cit. 2015-02-17]. Dostupné z: http://healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Prezentace/PH_euroforum_27_9_05.pdf
- JONES, Andrew M. *The Elgar companion to health economics*. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2006, 565 s. ISBN 1845420039.
- KOTHERA, Vladimír. Nakupování zdravotní péče. Prezentace, interní materiál zdravotní pojišťovny Metal-Aliance. Kladno, 2008.
- MALÝ, Ivan. *Platba za případ - diagnosticky příbuzné skupiny reálnou alternativou*. Praha: CaC, 1996. Marketing pro zdraví.
- PHELPS, Charles E. *Health economics*. New York: HarperCollins Publishers, 1992, 559 s. ISBN 0673387461.
- ZIGOVÁ, Z. Nakupování péče jako prvek stability financování zdravotnictví. *Vzdělávání zdravotníků: Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí* [online]. 2010 [cit. 2015-02-17]. Dostupné z: http://www.vzdelavani-zdravotniku.cz/sites/default/files/historie_vzdelavacich_aktivit/2011-02/ing.zigova.pdf

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jaké existují objektivní překážky pro cenovou konkurenci poskytovatelů zdravotní péče?

- Čím se odlišuje postavení lékaře oproti poskytovateli běžné tržně poskytované služby? Porovnejte nejlépe s nějakou konkrétní profesí.
- Jaké nástroje k racionalizaci lůžkového fondu znáte? Jaká mohou být omezení vedoucí k problémům racionalizovat síť zdravotních zařízení? Uveďte konkrétní situace v českém zdravotním systému.

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Najděte minimálně tři důvody pro a proti vázání výkonu lékařské praxe na udělování licencí.
2. Pokuste se vyčíslit náklady na vzdělání jednoho lékaře a zároveň prostudujte data o mzdách a platech lékařů. Identifikujte hlavní problémy a navrhněte jejich řešení.
3. Proveďte mezinárodní komparaci lůžkového fondu v ČR a v zahraničí. Diskutujte.

9 Financování zdravotní péče

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

V dnešních vyspělých ekonomikách je otázka úhrady nákladů spojených s produkcí a poskytováním zdravotní péče řešena velice rozmanitě. Prakticky bychom těžko hledali dvě země se stejným systémem organizace a financování zdravotnictví. Jednotlivé způsoby se od sebe liší zejména podílem zdrojů pocházejících z veřejného sektoru na celkových výdajích, intenzitou a formami státních zásahů, rozsahem přímých úhrad za spotřebované služby, existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem, formami proplácení nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb, způsoby stanovování cen a řadou dalších faktorů.

Problematika financování zdravotní péče je dosti složitá a vyžaduje k pochopení znalost rozsáhlého pojmového aparátu. Cílem této kapitoly je vybavit áVs znalostí základních pojmů, orientovat se ve formách a modelech financování zdravotnictví a získat širší přehled o možných způsobech financování zdravotnických zařízení. Měli byste být schopni samostatně promýšlet důsledky různých alternativ způsobů úhrad, identifikovat jejich „silné“ i „slabé“ stránky. To je elementární předpoklad schopnosti hodnotit současný stav a navrhnout případná zlepšení. Ekonomické a finanční pohnutky sice nejsou zdaleka jediným motivem pro chování poskytovatelů, plátců a pacientů, jejich význam by však bylo velice nerozumné podceňovat. Svědčí o tom bezpočet příkladů z historie i současnosti u nás i v zahraničí.

Pokud si po prostudování této kapitoly uvědomíte, že neexistuje žádný optimální a obecně dokonalý systém, jak stanovovat výši úhrady za poskytnutou zdravotní péči zdravotnickým zařízením, budete na polovině cesty k úspěchu.

KLÍČOVÁ SLOVA

veřejné pojištění	fee-for-service
národní zdravotní služba	kapitace
platby „třetí stranou“	DRGs
globální rozpočet	HMOs
platby za výkony	ošetřovací den

9.1 Formy financování

Různé formy financování zdravotnických služeb se dají třídit následujícím způsobem (podle třídění, které uvádí Abel-Smith, 1984):

Nepřímé financování

1. prostřednictvím veřejných rozpočtů: státních a místních (municipálních),
2. povinné pojištění, přičemž jakákoli finanční účast státu/krajů/obcí se pokládá za formu č. 1,
3. dobrovolné pojištění, přičemž jakákoli finanční účast státu/krajů/obcí se pokládá za formu č. 1,
4. zaměstnanecké pojištění, příspěvky pojištěných se pokládají za formy č. 2 nebo 3,
5. dobročinnost, charita, přičemž jakákoli finanční účast státu /krajů/obcí se pokládá za formu č. 1,
6. zahraniční pomoc (zejména u rozvojových zemí).

Přímé financování

1. platby příjemců služeb s výjimkou placení pojistného, ale včetně finanční spoluúčasti na úhradách za služby poskytované v rámci forem č. 1–4.

9.2 Modely financování

Teoreticky jsou možné libovolné kombinace v intervalu mezi čistě tržní formou poskytování zdravotnických služeb, s přímými platbami až po tzv. „bezplatnou“, netržní formu, kdy jsou zdravotnické služby hrazeny ze zdrojů pocházejících ze všeobecného zdanění. V praxi se vyskytují zásadně různé kombinace zmíněných forem, které odrážejí zdravotní politiku jednotlivých zemí. Podle toho, která forma převažuje, lze rozlišovat především tyto tři modely:

- a) Tzv. liberální model – financování převážně na základě soukromého (v tomto případě zejména zaměstnaneckého) pojištění doplněného o státní transferové a redistribuční programy řešící nejzávažnější selhání trhu (typickým příkladem je USA);
- b) Model kontinentální, resp. Bismarckův – převaha povinného veřejného pojištění, pokrývající většinu populace a základní rozsah zdravotní péče, doplněného přímými

platbami, soukromým pojištěním i státními rozpočtovými prostředky (typické pro evropské kontinentální státy např. Holandsko, Německo, Belgie);

- c) Model Národní zdravotní služby (NHS), resp. Beveridgův – financování zdravotnických služeb prostřednictvím státního rozpočtu resp. ze zdrojů vzniklých zdaněním (Velká Británie).

Ve většině západoevropských zemí (včetně ČR) převažuje model s převahou veřejného pojištění. Model vychází z principu solidarity a dělení rizika. Většinou má podobu základního povinného pojištění pro všechny občany, nebo alespoň významné skupiny populace. Prostředky na financování zdravotnictví jsou odděleny od státního rozpočtu a soustřeďují se ve zvláštních pojistných fondech. V porovnání s modelem financování zdravotnictví prostřednictvím veřejných rozpočtů bývají různými autory (např. Štěpán, 1990; Křížová, 1998) uváděny tyto výhody a nevýhody:

Výhody

1. Zvyšuje se transparentnost finančních toků, odpadá každoroční boj mezi kapitolami rozpočtu. Možnost větší předvídatelnosti vydatnosti zdrojů.
2. Je usnadněn přechod na financování podle poskytnutých služeb – je vytvořen specializovaný orgán, ekonomicky zainteresovaný na hospodaření s prostředky.
3. Je systémově umožněno neutrální financování různých forem poskytování zdravotní péče (privátní, církevní, obecní, státní).
4. Legislativně je identifikována úroveň poskytovaných služeb, ať se již jedná o standard nebo o určité státem garantované minimum
5. Je umožněna existence konkurence plátců, což má bezprostřední vliv na kontrolu růstu nákladů.

Nevýhody

1. Administrativní náklady u zdravotního pojištění jsou zpravidla vyšší než u financování prostřednictvím veřejných rozpočtů. Odhady udávají, že u britské NHS je cca 5 % z celkových výdajů určeno na administrativu, kdežto v USA je to více než 20 %.
2. Pojištění ve spojení s financováním podle poskytnutých služeb (výkonů) může stimulovat růst množství výkonů nad společensky užitečnou mez (inflace výkonů).

3. Pojišťovací systém je zaměřen především na kurativní činnosti. Obecně platí, že nedostatečně stimuluje prevenci.
4. Zůstává problematickou otázkou financování investičních nákladů.
5. Při špatném odhadu pojistného hrozí na jedné straně kolaps zdravotní péče a na straně druhé neúměrný nárůst daňového zatížení obyvatelstva nebo jeho skupin.
6. Bez finanční spoluúčasti na úhradě služeb se problém příliš vysoké poptávky stejně neřeší.

9.3 Metody financování „třetí stranou“

Už jsme si v minulých kapitolách ukázali, že tím, kdo na trzích se zdravotnickými službami platí za službu, je většinou tzv. „třetí strana“. Tedy nikoliv sám pacient či jeho domácnost, ale prostřednictvím rozpočtů stát či místní komunita, zdravotní pojišťovna apod. Význam plateb prostřednictvím „třetí strany“ v uplynulých desetiletích vzrostl i v tradičně tržně orientovaných zdravotnických systémech, jako je např. USA. V našich podmínkách (a podobně i v celé řadě dalších evropských zemí) mají tyto platby již velmi dlouho naprosto majoritní roli. Literatura zabývající se ekonomikou zdravotnictví spatřuje v tomto faktu jeden z hlavních důvodů prudké akcelerace výdajů na zdravotnictví (vedle pokroku v medicíně, celkově stárnoucí populace, resp. zhoršování životního prostředí). Různé mechanismy plateb, které „třetí strany“ používají, se snaží tento problém řešit. Z pozice poskytovatele zdravotnických služeb v podstatě není rozhodující, zda prostředky plynou z veřejných či soukromých zdrojů, či zda jsou tvořeny v rámci pojištění nebo rozpočtu. To, samo o sobě, má jen malý vliv na jejich chování. Daleko důležitější jsou konkrétní metody proplácení nákladů spojených s poskytováním zdravotnických služeb. Ony totiž mohou bezprostředně ovlivňovat chování a preference poskytovatelů služeb. Nejobvyklejšími principy jsou různé varianty plateb za výkony a financování prostřednictvím více či méně fixních rozpočtů.

V tabulkách 5 a 6 jsou uvedeny rejstříky možných metod plateb. V první tabulce se nachází seznam výkonových ukazatelů, které mohou být použity jako základny pro platby. Nemá za cíl uvádět vyčerpávající výčet. Slouží jako inspirace a ukázka pestrosti. V podmínkách vícezdrojového financování zdravotnických služeb je možné, že jeden poskytovatel je placen různými plátcí různě. Další podstatnou otázkou je způsob stanovování ceny zvolené výkonové báze. O tom podrobněji pojednává druhá tabulka. Představuje seznam

metod, kterými se stanovují ceny nebo náklady použité pro tvorbu rozpočtů. Ačkoli existují některé tradiční kombinace (např. počet výkonů lékařů plus náklady na obslužné služby za den hospitalizace), je možné vytvořit schéma proplácení nákladů kombinací libovolné základny plus metody jejího stanovení. Mohou se pochopitelně vyskytovat i různé přechodné typy, takže ani zde se rozhodně nejedná o taxativní výčet.

Tabulka 5. Výkonové ukazatele jako základny pro financování

Základna	Výklad	Příklad
Poskytované služby		
a. Kus	Jednotlivá nákladová položka služby	Lékařovy úkony, léky, pomocné služby, prádlo, strava...
b. Případ	Všechny služby spojené s jednotlivým léčebným režimem	Soubor úkonů (péče o matky) DRGs
c. Den, běžné	Všechny běžné služby spojené s obslužnými službami poskytovanými v souvislosti s hospitalizací	Obvyklá základna u nemocnic a sanatorií
d. Den, včetně	Všechny služby (obslužné i léčebné) poskytované za den hospitalizace	Některé nemocnice v USA
Počet pacientů		
a. Léčených	Stejná základna bez ohledu na rozdíly v použitých zdrojích	Jen vzácně např. péče pro chudé podle starých britských zák.)
b. Vyléčených	Platí se jen za uzdravení	V současnosti se nevyskytuje: honoráře starých Čínských lékařů
c. Zaregistrovaných	Ať již bylo nebo nebylo poskytnuto léčení	HMOs, praktičtí lékaři v Británii
Čas		
a. Doba léčení	Skutečná odpracovaná doba v minutách či hodinách	Kalkulační vzorec bodu u nás
b. Připravenost k léčbě	Smluvně dohodnutá doba, specifikovaná jako prac. hodiny	Základ pro platy

Zdroj: Rapoport et al., 1982: 301

Tabulka 6. Různé metody určení výše úhrady

Úhrada podle:	Výklad
Ceny (poplatku, honoráře)	
Jednotlivého poskytovatele služby	Ceny stanovené lékařem nebo zařízením
Tržní	Ceny dány nabídkou a poptávkou v daném území nebo stanoveny jako určitý percentil z cen individuálních poskytovatelů služeb
Administrativní	Ceny stanoveny státem, resp. Plátcem, nebo výsledkem dohodovacího řízení
Relativní hodnotou	Výkony jsou oceněny body, násobeno hodnotou bodu dává výslednou cenu
Nákladů	
Historických, jednotlivého poskytovatele	Prověřované náklady za určité minulé období (rok)
Očekávaných, jednotlivého poskytovatele	Historické náklady promítnuté do budoucnosti podle nějakého stanoveného vzorce
Rozpočtovaných, jednotlivého poskytovatele	Forma určování budoucích nákladů poskytovatele založená na rozpisu jednotlivých rozpočtových položek
Normativy	Platby jsou svázány s nákladovými ukazateli zařízení tříděných dle geografického rozložení, druhů nabízených služeb nebo dalších charakteristik

Zdroj: Rapoport et al., 1982: 302

Při platbách za služby lékařů, případně i jiných zdravotnických pracovníků se obecně mohou uplatňovat tyto tři základní přístupy:

- 1) platby za provedené služby,
- 2) platby na základě počtu pacientů,
- 3) platby podle odpracovaného času.

9.3.1 Platby za provedené služby (*fee-for-service*)

Obecně se dá říci, že v dnešní době jde ve světě o nejčastěji používaný způsob plateb. Za předpokladu, že příjmy za jednotlivou službu převyšují náklady na její poskytování, vytváří přirozené pohnutky k tomu, aby poskytovatelé produkovali stále více a více služeb.

Při popisování jednotlivých typů plateb je klíčovou otázkou, jakým způsobem se určuje výše platby. Podle tohoto kritéria existuje několik dosti odlišných typů plateb za služby. Nejjednodušším typem je tzv. účtovaná cena (*billed charge*). Lékař sám určuje výši poplatku a účtuje ho přímo pacientovi. Pokud je do této transakce zapojena „třetí strana“ pak pouze jako subjekt, který provádí určité odškodnění pacienta (např. na základě soukromé pojistky), nikoliv jako účastník nějakého formalizovaného procesu, který by stanovoval výši platby. Tato forma se uplatňuje zejména v USA u lékařů, kteří nejsou zapojeni ve velkých programech soukromého nebo veřejného pojištění. Určitá svoboda při stanovování cen je v jejich případě poněkud kompenzována rizikem, že se nedomohou proplacení všech účtů, které vydali. Nedobytné pohledávky snižují příjmy a způsobují růst faktických nákladů.

Toto riziko, i náklady spojené s vymáháním plateb, jsou nižší, pokud je do mechanismu plateb zapojena i „třetí strana“. **Nejstarší formou jsou platby na základě pevného sazebníku služeb.** Jde o formu často používanou jak v USA, tak i v Evropě. Sazebníky mohou uvádět jednoduše seznam proplácených služeb a výši plateb, které za ně bude „třetí strana“ proplácet všem zúčastněným lékařům. Mohou se vyskytovat i složitější systémy, které rozlišují sazebníky podle různých skupin lékařů (specialisté a praktičtí lékaři) geografické polohy apod. Samotné platby se mohou uskutečňovat jednak ve formě úplného nebo (častěji) částečného proplácení pacientových výloh, nebo formou přímých plateb poskytovateli služby. V prvně jmenované formě si tedy lékaři mohou určovat vlastní ceny a účtovat i služby nekryté plátcí. Pacienti jsou pak odpovědní za proplacení celé účtované částky a dodatečně si nechávají proplácet svá vydání ve výši stanovené sazebníkem.

Pevné sazebníky byly vždy oblíbené mezi plátcí. Jejich správa je poměrně jednouchá. Jejich hlavní výhodou, z hlediska plátců, je, že umožňují plátcům jistou kontrolu nad cenami. To na druhé straně vysvětluje, proč je tato metoda nepopulární u lékařů. Hlavní nevýhodou pevných sazebníků je, že rychle zastarávají, neboť neobsahují mechanismus, který by výši plateb upravoval podle růstu nákladů a průběhu inflace.

Tento nedostatek do určité míry řeší **platby založené na tzv. „obvyklých“, „převládajících“, resp. „přiměřených“ cenách.** Pracují s nimi, mimo jiné, i velké americké

veřejné zdravotnické programy *Medicare* a *Medicaid*. Podstata tohoto přístupu spočívá v tom, že lékaři si sestavují své vlastní, soukromé ceníky a plátcí soustřeďují informace o cenách účtovaných za každou službu či úkon všemi zúčastněnými lékaři. Na základě této činnosti se dá po jistém čase zkonstruovat diagram, znázorňující, jaké ceny účtoval daný praktický lékař za určitý typ služby. Cena, odpovídající mediánu (střední hodnotě), je potom označena jako cena **obvyklá**. Vzhledem k tomu, že dochází ke stálému doplňování o nová data, obvyklá cena sleduje trend aktuálně účtovaných cen.

Obvyklé ceny tvoří základnu pro určování tzv. **převládající** ceny. Obvyklé ceny všech lékařů, kteří danou službu poskytují, seřazeny od nejnižší po nejvyšší, vytvoří tzv. profil převládajících cen. Každý plátec, který používá tuto metodu, si pro sebe stanovuje, který percentil (stou část) bude považovat za převládající cenu a bude ji používat jako maximální částku používanou při platbách smluvním lékařům.

Za **přiměřenou** cenu bývá označována ta, která je z trojice – aktuálně účtovaná, lékařova obvyklá a percentilním limitem stanovená – nejnižší.

Fungování způsobů financování založených na takto stanovených cenách je nepochybně daleko dražší než u pevných sazebníků. Pro lékaře je výhodné, že výše úhrad se automaticky přizpůsobuje účtovaným cenám, plátcí ovšem ztrácejí kontrolu nad růstem cen.

Model založený na **seznamech služeb (výkonů) oceněných relativními hodnotami** do značné míry řeší nevýhody výše zmíněných forem plateb. Jeho správa je relativně jednoduchá a levná a přitom je dostatečně flexibilní. Jde o model, který je použit při transformaci českého zdravotnického systému. Nejde o výlučně naši, českou záležitost, model založený na relativních hodnotách se uplatňuje například i v Kalifornii.

Základem je, stejně jako u pevného sazebníku, seznam výkonů (služeb). Každý výkon je oceněn příslušným počtem jednotek relativní hodnoty (u nás body). Jednotka relativní hodnoty je obecně arbitrárně vytvořené číslo, umožňující porovnávat jednotlivé služby mezi sebou podle jejich časové náročnosti nebo podle stupně kvalifikovanosti, který je pro jejich poskytování nutný. Může jít i o kombinaci těchto hledisek a přidělený počet jednotek (bodů) může zohledňovat i další kritéria. Celkový příjem lékaře je potom dán hodnotou této jednotky (bodu) vyjádřené v penězích. Případný nárůst cen vstupů, inflaci apod. lze tak zohlednit změnami v hodnotě bodu. V některých systémech, které využívají systém relativních hodnot, nemusí být „cena bodu“ po všechny lékaře stejná. Může se lišit podle různého stupně specializace a forem provozované praxe, geografických charakteristik spádové oblasti apod.

Výhody tohoto přístupu jsou zřejmé. Je dostatečně pružný a při dostatečně odladěném relativním hodnocení jednotlivých služeb se případné dohodovací procesy mezi lékaři a plátcí značně zjednodušují, neboť místo celého balíku jednotlivých výkonů stanovují pouze hodnotu bodu. Plátcí neztrácejí kontrolu nad růstem svých nákladů. Mezi **nevýhody** patří, že při stanovování relativních hodnot může lehce dojít k relativnímu nadhodnocení resp. podhodnocení některých služeb nebo výkonů a tím může dojít k nežádoucím deformacím jejich nabídky.

9.3.2 Platby na základě počtu pacientů

Pokud existuje alternativa financování lékařů podle poskytnutých služeb, pak je to nepochybně financování „podle hlav“ (angl. *capitation*), resp. podle počtu zaregistrovaných pacientů. Dalo by se také hovořit o paušálních platbách. Poskytovatel služby vybírá a někdy i stanovuje poplatky, které pacientovi dávají nárok na jakékoliv požadované množství platbami zabezpečovaných zdravotnických služeb. (Nerozhoduje tedy, zda jde pacient na prohlídku jednou nebo desetkrát za měsíc.) Tento způsob se uplatňuje především ve Velké Británii, kde jsou podle něj částečně placeni praktičtí lékaři.

Platby podle počtu zaregistrovaných osob jsou pravděpodobně jedním z nejjednodušších způsobů financování služeb, poskytovaných všeobecnými lékaři. Musí být splněny pouze dvě podmínky. Jednak musí existovat skupina osob, která předem souhlasí s tím, že bude ambulantní služby požadovat od určitého lékaře, a jednak jsou stanoveny pevné, obvykle měsíční, poplatky za jednu osobu.

Pro lékaře je tento způsob do jisté míry riskantní, neboť jeho příjem není žádným přímým způsobem vázán na skutečné provozní náklady. Zastánci paušálních plateb tvrdí, že takové riziko je zdravé, neboť nutí lékaře myslet ekonomicky a „hlídat“ si náklady, a také brzdí poskytování zbytečných služeb. Odpůrci naopak poukazují na to, že metoda způsobuje, že množství poskytovaných služeb je nedostatečné a že jsou zbytečně zatěžováni lékaři-specialisté a zdravotnická zařízení, jejichž služby jsou podstatně dražší. Oba názory mají zřejmě v určité míře pravdu. Jednou z možností, jak tuto metodu vylepšit, je rozlišovat při paušálních platbách mezi skupinami pacientů (např. podle věku) nebo brát v úvahu rozdílné provozní náklady u různých druhů soukromých praxí lékařů. Riziko, kterému jsou lékaři vystaveni, lze dále redukovat tím, že lze lékařům umožnit, aby některé druhy služeb (např. večerní a víkendové návštěvy) účtovali zvlášť.

9.3.3 Platby podle odpracovaného času

Hovoříme-li o způsobech, kterými jsou placeni lékaři, měli bychom se alespoň zmínit i o platbách podle odpracovaného času. Pro lékařské povolání je sice obecně typický jeho svobodný výkon v rámci soukromé praxe, ale i tak se nachází značný podíl lékařů v pracovním poměru vůči různým zdravotnickým zařízením. V podmínkách českého zdravotnictví jde o naprostou většinu, i když proces privatizace s sebou již přináší první soukromé praxe.

Mzdy, založené v podstatě na odpracovaném času, představují metodu, prostřednictvím které je placena většina zdravotnických pracovníků, pokud bychom je brali jako jeden celek (včetně sester a dalšího personálu). Jedná se o metodu, která je z hlediska praktického lékaře ve srovnání s ostatními nejméně riziková. Provozní náklady i riziko nese zaměstnavatel.

9.3.4 Financování lůžkových zdravotnických zařízení

Zpětné proplácení nákladů

Největší význam pro financování zdravotnických zařízení mají metody, založené nějakým způsobem na úhradě **nákladů** spojených s poskytováním zdravotnických služeb. V různých modifikacích se používají ve všech třech modelech, zmíněných v části druhé. Plátcí – ať již se jedná o zdravotní správy, zdravotní pojišťovny, nemocenské pokladny, správce veřejných projektů apod. – jsou postaveni před klíčovou otázkou – jak se dobrat „přiměřených“ nákladů, resp. jak určit množství zdrojů, dostatečných pro zajištění úkolů zařízení a přitom se vyhnout plýtvání. Pokud se přitom setkáváme s pojmem historické náklady, mají se většinou na mysli **historické náklady na poskytované služby**, nejčastěji **ošetřovací den**. Při určování přiměřených nákladů vycházejí plátcí většinou z těchto principů:

- o nákladech by měl se zpětnou účinností rozhodovat veřejný audit,
- náklady na pracovní sílu, spotřební materiál a menší přístroje by měly být u konkrétní položky započítávány v nákupních cenách,
- náklady na budovy a přístrojové vybavení by se měly rozložit na celou dobu životnosti těchto aktiv,
- započitatelné náklady se musí přiměřeným způsobem vztahovat na péči o pacienty,

- náklady spojené s nehrazenými službami, nadbytečnou péčí a experimentálními medicínskými postupy nelze uznat,
- náklady by neměly překročit to, co by opatrný kupec zaplatil za stejné zboží či službu při ne zrovna přátelské transakci.

Hlavní problémy při naplňování těchto principů vznikají většinou v otázkách spojených s účetnickými metodami a způsoby provádění odpisů a také v souvislosti s výkladem poněkud vágních pojmů „vztahující se k pacientovi“ a „medicínsky nezbytné“.

Stanovování výše úhrad předem

Tato forma financování znamená, že celkové příjmy zdravotnického zařízení vznikají součtem úhrad (plateb) od různých plátců, přičemž **výše úhrad je stanovena předem, bez ohledu na skutečně vynaložené náklady**. Tím vzniká prostor pro ekonomické chování financovaných subjektů. Pokud budou jejich skutečné náklady vyšší než součet úhrad, utrpí ztrátu, pokud na nákladech ušetří, mohou inkasovat přebytek. Základním **cílem** všech způsobů financování, používajících předem stanovené výše úhrad, **je omezování růstu nákladů**.

Subjekty, které určují výši budoucích plateb jednotlivým zařízením, se v různých modelech liší. Tam, kde převažuje financování ze soukromých zdrojů, se nejčastěji uplatňují různé nezávislé agentury, které ve vztahu mezi zařízením a plátcem fungují jako arbitři, běžná je i smluvní forma dohody, zvláště v případech, kdy různých plátců není mnoho. V modelech s převahou veřejného pojištění jsou obvyklá pravidelná dohodovací řízení mezi zástupci plátců a poskytovatelů služeb, přičemž důležitou roli většinou sehrává i stát.

Dopady na chování poskytovatele služby se u formy financování založené na předem stanovené výši úhrad podstatně liší od tradičních metod založených na proplácení nákladů nebo od systému účtovaných cen. Všeobecně se soudí, že poskytovatelé služeb jsou zainteresováni na tom, aby udrželi náklady pod úrovní, která je hrazena platbou. Pravdou však je, že není zcela jasné, jak silná tato pohnutka je, tj. nakolik lze počítat s automatickou reakcí subjektů. Vždy tu je jisté riziko, že dosažením výrazných úspor ohrozí nemocnice do budoucna „cenu“ svých služeb. Roli stimulu pro dosahování úspor a přebytku zřejmě sehrávají faktory jako: a) snaha rozšířit okruh poskytovaných služeb, b) zvýšit kvalitu a úroveň služeb, c) získat nákladná zařízení nezbytná pro odborný růst lékařů. Tím vším se zvyšuje míra seberealizace, prestiž i jméno lékařů a konec konců i managementu nemocnice.

Některé metody stanovování budoucích úhrad se zaměřují na náklady na jednotku výkonu, čímž zdůrazňují snahu po dosahování ekonomické efektivity u poskytované služby. Jiné

přístupují k nákladům zařízení jako k agregovanému ukazateli a porovnávají jejich vývoj s celkovou ekonomickou efektivitou zařízení anebo s jeho užitečností, případně s tím nakolik zařízení plní funkce, pro které bylo zřízeno.

Systémy, založené na předem stanovených úhradách, lze rozlišovat podle **základny**, ke které jsou platby vztaženy. Ta může mít podobu buď výkonových ukazatelů (počet pacientů, ošetrovacích dnů apod.), nebo za ni může v nějaké formě sloužit dosavadní rozpočet. Většinou se jedná o tyto ukazatele:

1. Celkový rozpočet zařízení;
2. Počet přijatých pacientů;
3. Ošetrovací den;
4. Jednotlivé druhy služeb;
5. Počet zaregistrovaných pacientů.

Celkový rozpočet

Typický scénář uplatnění tohoto přístupu vypadá asi takto: Nemocnice předkládá svůj rozpočet orgánu (nezávislé agentuře, úřadu, ministerstvu atd.), který posoudí přiměřenost jejích finančních požadavků prostřednictvím prověření předložených očekávaných nákladů. Hodnotící orgán může při prověřování výše nákladů vycházet např. z porovnání s náklady jiných podobných nemocnic (v podstatě metoda normativů), nebo může sledovat vývoj jednotlivých položek a požadovat vysvětlení, pokud u nich dochází k výraznému nárůstu skokem. Postupným sblížováním stanovisek by pak mělo dojít k dohodě o výsledné podobě rozpočtu na příští rozpočtové období. Výsledná dohoda by měla být přijatelná pro obě strany, pokud se nachází v určitém přijatelném intervalu, nebo je výsledkem určité institucionální podoby projednávání. Přijatý rozpočet se stává závazný pro všechny „třetí strany“, které využívají služeb dané nemocnice. Ty jsou pak povinny platit svůj podíl na rozpočtových výdajích bez ohledu na to, jaké náklady v rozpočtovém období vzniknou.

Výhodou této metody je její bezkonkurenční jednoduchost a poměrně velká odolnost proti inflačním tlakům a růstu výdajů na zdravotnictví. Nevýhodou je, že je prakticky vyloučeno ekonomické chování poskytovatelů, jsou zakonzervovány rozdíly mezi nimi, převládá rovnostářství a v podstatě neexistují ekonomické pobídky pro zvyšování výkonů.

Počet přijatých pacientů

Počet přijatých pacientů je typické výkonové kritérium používané při financování prostřednictvím předem stanovené výše úhrady. Existuje několik způsobů, jak určit výši úhrady za jednoho pacienta (P). Pravděpodobně nejsnadnější je vydělit schválené rozpočtové náklady (TC) předpokládaným počtem pacientů (N):

$$P = TC/N$$

Takto stanovená výše úhrady za jednoho přijatého pacienta by však byla příliš hrubá. Rozdíly v nákladech na jednotlivé pacienty mohou být značně vysoké. Výši úhrady lze zpřesnit relativně velmi snadno – rozdělením pacientů do skupin podle nějakého zvoleného kritéria (b), které by pokud možno odráželo pravděpodobné náklady spojené s jejich léčením. (Pacienti mohou být klasifikováni např. podle délky léčení, druhu diagnózy, vážnosti zdravotního stavu apod.)

$$P_b = TC_b/N_b$$

DRG

Pokud za kritérium rozdělení pacientů slouží druh diagnózy a vážnost zdravotního stavu, hovoříme o metodě založené na „diagnosticky příbuzných skupinách“, dále jen *DRGs* (podle anglického *diagnosis-related groups*).

Na počátku vzniku DRG, jehož vývoj byl zahájen na Yaleově univerzitě koncem šedesátých let, byla snaha vytvořit nástroj, který by umožnil přímo porovnávat výkonnost a efektivnost provozu různých zdravotnických zařízení. Rozdíly ve výši nákladů mezi jednotlivými zařízeními bývají zjevné. Vzniká logicky otázka, nakolik se jedná o důsledky ne hospodárného provozu a do jaké míry je to způsobeno jinou strukturou ošetřovaných případů (případovou směsí). Porovnávání a analýza nákladů nemocnic mají smysl pouze tehdy, pokud jsou náklady přepočteny tak, aby byly vzaty v úvahu i rozdíly v závažnosti léčených případů.

Vytváření skupin podle příbuzných diagnóz spočívá v homogenním seskupování pacientů, kteří podle názoru lékařů vyžadují přibližně stejné režimy péče, a proto spotřebovávají podobné množství zdrojů nemocnic. Měřítkem využití zdrojů je průměrná doba hospitalizace.

DRGs nejsou zdaleka jediným nástrojem vyvinutým pro přímé měření složitosti případové směsi. V odborných studiích lze nalézt řadu alternativních přístupů, např. index závažnosti onemocnění (Severity of Illness Index) a jiné (Plomann, 1982; Horn, Horn, 1986). DRGs se však od ostatních odlišují tím, že jich od roku 1983 začalo být prakticky používáno ve velkém

rozsahu jako základny pro stanovení reálné výše úhrady nemocnicím. Šlo o součást zásadní změny ve způsobu veřejného financování zdravotní péče o osoby starší 65 let v rámci programu Medicare ve Spojených státech. DRG je používáno i v ČR.

Přijetí pacienti

Financování podle počtu přijatých pacientů obecně, může podporovat předčasné propouštění pacientů. Opakované přijetí pacienta totiž může být posuzováno jako přijetí *dalšího* pacienta a nese s sebou i nárok na finanční úhradu. Naopak při léčení delším než stanovuje předem dohodnutá výše úhrady, jdou náklady na vrub nemocnice.

Ošetřovací den

Ošetřovací den je při financování neambulantních zdravotnických zařízení pravděpodobně nejčastěji používaným výkonovým kritériem. Obvykle bývá doplňován různými nástroji, které brání tomu, aby nemocnice prodlužovala pobyt pacientů nad nutnou hranici. V sazbách za ošetřovací den mohou být zohledněny celkové náklady zařízení, nebo jen vybrané nákladové položky. První přístup má tu nevýhodu, že nemocnice, která nespekuluje a drží pacienta jen po nutnou dobu, na tom bude hůře než jiné. Křivka průměrných nákladů na pacienta totiž klesá, neboť většina nákladných procedur (vstupní vyšetření, laboratorní testy, operace apod.) se obvykle koncentruje do prvních dnů léčení. Proto bývá při financování nemocnic oblíbenou kombinací spojení „ošetřovací den plus (některé) jednotlivé služby“. V sazbě ošetřovacího dne jsou potom zahrnuty fixní náklady zařízení a z nákladů variabilních jen ty, které nejsou spojené s poskytováním vybraných služeb (typicky laboratorní testy, různé druhy vyšetření a chirurgické zákroky).

Jednotlivé druhy služeb

Způsob financování zdravotnických zařízení, ve kterém jsou stanoveny předem „ceny“, resp. sazby za jednotlivé služby daného zařízení, se v základních principech svého fungování prakticky shoduje s již popsaným způsobem plateb lékařům podle poskytnutých služeb. Také v tomto případě vycházejí finanční vztahy mezi plátcem a poskytovatelem služby (nemocnicí) ze seznamu služeb, resp. výkonů, který může udávat výši úhrady za jednotlivou službu absolutně, v peněžních jednotkách, nebo může služby hodnotit relativně (např. prostřednictvím bodů). Určitou nevýhodou je ovšem to, že nemocnice poskytuje pacientům – a následně pak účtuje plátcům – řádově stovky druhů jednotlivých služeb. V praxi je nemožné posuzovat individuálně u každé nemocnice „odůvodněnost“ jejich celkových nákladů a korektnost jejich promítnutí do jednotlivých sazeb, zvláště je-li nemocnic i plátců velký počet.

Při obligatorním plošném uplatnění stejných sazeb za stejné služby, které je typické pro situaci, kdy je plátcem stát nebo jiný veřejnoprávní subjekt, může dojít velmi lehce k tvrdostem, které neodpovídají společenskému zájmu. Ztráty totiž mohou vykazovat i ta zařízení, u nichž dochází k vyšším než arbitrárně stanoveným nákladům z objektivních důvodů, jejichž odstranění mnohdy nemusí být ani v pravomoci ani v silách samotného zařízení.

Zaregistrovaní pacienti

U systémů financování, které používají metodu výpočtu příjmů podle zaregistrovaných pacientů, je výkonem v podstatě **přípravenost k poskytnutí péče**. Tato metoda se nejčastěji objevuje ve spojitosti s *HMOs* (*Health Maintenance Organizations*). *HMOs* poskytují všeobecnou zdravotní péči na základě **fixního periodického předplatného**. Na rozdíl od pojišťovacích společností, součástí *HMOs* jsou i kontrahovaná zdravotnická zařízení, která přímo provádí zdravotnické služby. Každé takové zařízení souhlasí s poskytováním potřebné péče pro zaregistrované osoby a za to obdrží pevně ročně stanovenou částku za jednu osobu. Zastánci *HMOs* věří, že tento druh organizace zdravotní péče nejvíce motivuje subjekty k aktivitám podporujícím zdraví a k preventivním procedurám, neboť *HMOs* dosahují finančního přebytku pouze tehdy, když se náklady na uspokojování jejich smluvních závazků dostanou pod předplacené příjmy.

SHRNUTÍ

Kapitola představila formy financování, modely financování a metody úhrad poskytnuté péče. Těm byla věnována i největší pozornost. Z pozice poskytovatele zdravotnických služeb v podstatě není rozhodující, zda prostředky plynou z veřejných či soukromých zdrojů, či zda jsou tvořeny v rámci pojištění nebo rozpočtu. To, samo o sobě, má jen malý vliv na jejich chování. Daleko důležitější jsou konkrétní metody proplácení nákladů spojených s poskytováním zdravotnických služeb. Ony totiž mohou bezprostředně ovlivňovat chování a preference poskytovatelů služeb. Nejobvyklejšími principy jsou různé varianty plateb za výkony a financování prostřednictvím více či méně fixních rozpočtů. Jedním z klíčových problémů financování zdravotnictví je nalezení takového způsobu úhrad, který by byl současně motivační pro poskytovatele k tomu, aby poskytovali odpovídající, dostupnou, a kvalitní péči a na druhé straně by nevedl k deficitům celého systému zdravotního pojištění.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- ABEL-SMITH, B. Improving cost-effectiveness in health care. *World Health Forum*, 1984, č. 5, 88-90. In: *Health care - who pays?* (Sborník článků přetištěných z WHF) Geneva: WHO, 1987, s. 6-9.
- ABEL-SMITH, B. Funding health for all - is insurance the answer. *World Health Forum*, 1986, č. 7, 3-32. In: *Health care - who pays?* (Sborník článků přetištěných z WHF) Geneva: WHO, 1987, s. 55-63.
- ENTHOVEN, A.C. Economic incentives for consumers and health insurance - the U.S. health care economy: from guild to market in ten years. *Health Policy*, 1987, č. 7, s. 241-251.
- KŘÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. 1. vyd. Praha: Vlastním nákladem, 1998, 133 s. ISBN 8023809377.
- MALÝ, Ivan. *Platba za případ - diagnosticky příbuzné skupiny reálnou alternativou*. Praha: CaC, 1996. Marketing pro zdraví.
- RAPOPORT, J., R. ROBERTSON a B. STUART. *Underestanding Health Economics*. Rockville: Aspen Publication, 1982.

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Které modely financování znáte? Čím se odlišují?
- Čemu se říká kapitační platba? Jaký je její smysl? Jde o variantu výkonového financování nebo jeho opak?
- Co je principem tzv. DRGs?
- K čemu slouží tzv. dohodovací řízení?
- V čem spočívá největší riziko *fee-for-service* úhrad?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Jedním z klíčových problémů financování zdravotnictví je nalezení takového způsobu úhrad, který by byl současně motivační pro poskytovatele k tomu, aby poskytovali

odpovídající, dostupnou a kvalitní péči a na druhé straně by nevedl k deficitům celého systému zdravotního pojištění. Zamyslete se nad nástroji, které se používají / mohly by se používat k tomu, aby se celý finanční systém choval na makroúrovni jako „uzavřený“ a přesto by působil motivačně na „mikroúrovni“ (na jednotlivé poskytovatele).

2. Rozeberte postavení a role „třetích plátců“ u nás. V čem selhávají?
3. Diskutujte, zda by cena za DRG měla existovat jednotná pro všechny poskytovatele péče, či zda by měla odrážet nějaké dodatečné faktory mající vliv na průměrné náklady.

10 Zdravotní pojištění a organizace zdravotnictví v ČR

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Doposud jsme se zabývali téměř výlučně obecnými teoretickými souvislostmi. Je čas na seznámení se se systémem veřejného zdravotního pojištění a subjekty, které se ho účastní v České republice. Důraz je kladen především na postavení zdravotních pojišťoven. Jedním z cílů této kapitoly je, abyste získali rychlou orientaci v klíčových institutech způsobu úhrad za zdravotní péči.

KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotní pojištění

VZP

zaměstnanecké pojišťovny

přerozdělování pojistného

zdravotnická zařízení

úhradová vyhláška

dohodovací řízení

rámcové smlouvy

10.1 Systém veřejného zdravotního pojištění: charakteristika, účastníci

Systém veřejného zdravotního pojištění je jedním ze základních sociálních veřejnoprávních systémů v České republice. Stejně jako v naprosté většině ostatních evropských zemí je i v České republice zřízen veřejně garantovaný systém zajišťující přístup k nutné zdravotní péči pro obyvatele České republiky. Český systém zdravotního pojištění patří k těm s nejširším osobním i věcným rozsahem plnění krytého veřejným pojištěním. (Toman, 2010)

Český systém veřejného zdravotního pojištění je zřízen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Tento zákon provádí příslušné ustanovení Listiny základních práv a svobod jako českého ústavního dokumentu, který garantuje každému právo na čerpání zdravotní péče bez přímé úhrady v systému všeobecného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je systém svou povahou pojistný. Je tedy založen na příspěvcích jeho účastníků, které zásadně nejsou vázány na výši čerpání věcných dávek z tohoto systému. Z pojistného je tedy shromažďován určitý fond, ze kterého jsou následně hrazena plnění poskytnutá účastníkům systému. Je to dále systém s povinnou účastí. Zákonem a předpisy Evropských společenství je přesně vymezeno, kdo je jeho účastníkem. Z pohledu českých národních předpisů je jeho účastníkem prakticky celá populace obývající Českou republiku,

protože povinnou účast v něm zakládá status trvalého pobytu na území ČR nebo zaměstnání na území ČR. Jde o nejširší představitelný osobní rozsah tohoto systému a v mnoha jiných i evropských zemích nejsou národní zdravotní systémy takto všeobecně povinné. Na základě právních předpisů Evropských společenství jsou v našem veřejném zdravotním systému pojištění také všichni občané EU, kteří zde vykonávají relevantním způsobem ekonomickou činnost (zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné) a dále ti občané EU, kteří zde mají skutečné bydliště (tzv. těžiště zájmů).

Systém je charakteristický významnou mírou solidarity, která se vyznačuje neobyčejně širokým rozsahem nárokového plnění věcných dávek zdravotního pojištění bez přímé úhrady (tedy hrazeného solidárně z veřejného pojištění), významnými rozdíly ve výši pojistného jednotlivých kategorií pojištěnců a naopak nulovými rozdíly v nárocích na věcná plnění s ohledem na výši pojistného a dále poměrně nízkou spoluúčastí konkrétního pojištěnce při úhradě jeho zdravotní péče ze společného systému. Významné prvky solidarity se projevují také v institutech přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami a v úhradách nákladů zdravotní péče pro zvláště nákladné pojištěnce.

Veřejný pojistný systém je prováděn zdravotními pojišťovnami, které jsou specifickými právními osobami (tedy osobami s vlastní právní identitou) nezávislými na státu. Zdravotními pojišťovnami jsou Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen „VZP ČR“) a tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (viz tabulka 7.).

Tabulka 7. Seznam zdravotních pojišťoven a počty pojištěnců (2014)

Zdravotní pojišťovna	Počet pojištěnců
Všeobecná zdravotní pojišťovna	5 980 000
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky	1 237 000
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	1 203 000
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	727 000
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	685 000
Revírní bratrská pokladna	428 000
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	139 000

Zdroj: Srovnání zdravotních pojišťoven, 2014

VZP ČR se řídí vlastním zákonem a provádí veřejné zdravotní pojištění pro většinu české populace (necelých 6 milionů pojištěnců na počátku roku 2014) a vybírá tak většinu pojistného v celém systému (v roce 2013 zhruba 144 miliard korun). VZP ČR má zcela specifické postavení. Vedle provádění veřejného pojištění pro většinu populace také provádí a koordinuje některé aktivity společné všem zdravotním pojišťovnám. Ačkoliv je právně formálně VZP ČR oddělena od státu, má v ní stát prostřednictvím některých institutů

(zejména ustavování celé správní rady VZP ČR státem) významný vliv. VZP ČR je považována za určitého garanta fungování celého systému a za stávající situace je prakticky nemožné, aby z důvodů nepříznivých ekonomických jevů zanikla či byla jinak ohrožena její existence. Zákon ji upravující ani nepočítá s právním zánikem této zdravotní pojišťovny a v případě ekonomických obtíží je jí státem pomáháno.

Vedle VZP ČR existuje dalších šest tzv. zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Ty vznikly ve valné většině v první polovině devadesátých let. V té době při zřizování systému veřejného zdravotního pojištění v nových ekonomických podmínkách ještě před privatizací národního hospodářství ústřední orgány státní správy zakládaly zdravotní pojišťovny podle jednotlivých oblastí národního hospodářství a do těchto zdravotních pojišťoven byli převáděni jako pojištěnci zaměstnanci těchto odvětví. Zdravotních pojišťoven takto vznikly desítky (až 27). V průběhu následujících let však došlo k zásadní redukci jejich počtu vzájemným slučováním a zanikáním z ekonomických důvodů. Trend slučování zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven pokračuje i v současné době. Co do metody provádění veřejného zdravotního pojištění není však mezi VZP ČR a zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami rozdíl.

Zdravotní pojišťovny

Každá zdravotní pojišťovna má určitý okruh svých pojištěnců, jimž má povinnost zajistit zdravotní péči ve svých smluvních zdravotnických zařízeních. Zdravotní pojišťovna od svých pojištěnců vybírá pojistné v zákonem předepsané výši, přičemž disponuje i autoritativními prostředky vymožení tohoto pojistného. Ve vztahu ke svým pojištěncům tak zdravotní pojišťovna vystupuje v roli subjektu nadaného veřejnou mocí a způsobilého vynutit plnění zákonných povinností pojištěnce. Na druhou stranu je pak zdravotní pojišťovna povinna vytvořit kvalitní síť svých smluvních zdravotnických zařízení, ve kterých je jejím pojištěncům poskytována zásadně bezplatně zdravotní péče. Tato péče je smluvním zdravotnickým zařízením hrazena právě zdravotní pojišťovnou.

Vztah mezi zdravotními pojišťovnami navzájem je snad nejspecifičtější rysem českého systému veřejného zdravotního pojištění. Teoreticky jsou zdravotní pojišťovny schopny si konkurovat. Prakticky k tomu však nemají ani nástroje, ani příliš mnoho důvodů. Zdravotní pojišťovny především nemohou nabízet pojištěnci odlišný produkt. Rozsah věcných dávek hrazených z veřejného pojištění je přesně předepsán a nemůže být ani rozšiřován ani zužován. Možnost konkurence je omezena na poskytování nadstandardního plnění z fondů prevence zdravotních pojišťoven, které však obsahují zcela marginální množství financí. Zdravotní pojišťovny dále nemají ani dostatek prostředků na konkurenční boj, ani na vytváření a

realizaci konkurenčních strategií. Veškeré provozní fondy zdravotních pojišťoven jsou tvořeny zákonem limitovaným odvodem ze základního fondu zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny, který je souhrnem vybraného pojistného. Jde o konečné množství financí, jehož odčerpáním na konkurenční boj se zdravotní pojišťovna připravuje o znovu nezískatelné prostředky na vlastní správu.

Zdravotní pojišťovna nemá vlastníka ani jakoukoliv jinou osobu v obdobném postavení (podílníka, společníka, akcionáře apod.), v jehož prospěch by generovala zisk. Ostatně zdravotní pojišťovna ani zisk vytvořit nesmí, resp. její přebytkový hospodářský výsledek je vždy odveden do rezervního fondu. Zdravotní pojišťovna je tak zcela specifickou právníkou osobou, která není nikým jakoukoliv formou vlastněna či ovládána a negeneruje zisk. Zdravotní pojišťovna tak vlastně existuje jen za tím účelem, aby v daném roce s co nejvyšší kvalitou z vybraných prostředků zajistila a uhradila svým pojištěncům zdravotní péči. Způsob činnosti zdravotní pojišťovny tak určuje výhradně její management a zaměstnanci.¹⁶

Růst pojišťovny představovaný růstem počtu jejích pojištěnců znamená větší absolutní částku vybraného pojistného, a tedy větší odvod do provozních fondů. To je zřejmě jediný motiv ke konkurenčnímu chování pojišťoven. K zásadním přesunům pojištěnců však v poslední době mezi zdravotními pojišťovnami nedocházelo. Vedle navyšování počtu pojištěnců by ještě mohla být užita metoda výběru ekonomicky atraktivnějších pojištěnců, tedy pojištěnců, kteří přinášejí na osobu vyšší pojistné. Jenže i smysl takové činnosti je oslaben, a to institutem přerozdělování pojistného. Celková částka vybraného pojistného je totiž mezi zdravotními pojišťovnami podle klíče nákladovosti pojištěnců přerozdělována tak, že pojišťovně s nákladnějšími pojištěnci (kteří zároveň přinášejí méně pojistného) je odváděna část pojistného vybraného zdravotními pojišťovnami s méně nákladnými pojištěnci. Tento systém byl zaveden zejména za účelem ochrany VZP ČR.

Zdravotní pojišťovna hospodaří podle zdravotně pojistného plánu, což je vlastně rozpočet zdravotní pojišťovny. Návrh zdravotně pojistného plánu na další kalendářní rok je v návaznosti na termíny zpracovávání státního rozpočtu předkládán Ministerstvu zdravotnictví. To jej spolu s Ministerstvem financí posoudí s ohledem na soulad s právními předpisy a s veřejným zájmem a buďto jej vrátí zdravotní pojišťovně k přepracování či jej postoupí Vládě ČR. Spolu s návrhem zdravotně pojistného plánu je takto podávána také

¹⁶ Někteří kritikové tohoto řešení poukazují na to, že k výkonu jejich práce nejsou dány standardní ekonomické motivy (tedy motiv zisku či naopak srozumitelný a veřejně deklarovaný neziskový motiv).

účetní závěrka za předcházející rok, výroční zpráva a výrok auditora. Vláda zdravotně pojistné plány zdravotních pojišťoven na další rok předkládá ke schválení Poslanecké sněmovně PČR. Pokud není zdravotně pojistný plán schválen Poslaneckou sněmovnou, hospodaří zdravotní pojišťovna v režimu rozpočtového provizoria, které stanoví Ministerstvo zdravotnictví a financí.

Kontrolu činnosti zdravotních pojišťoven vykonává Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Průběžná kontrola je realizována několika způsoby. Zdravotní pojišťovny především ze zákona čtvrtletně vypracovávají zprávy o svém hospodaření pro stát. Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí taktéž provádějí periodicky kontroly přímo ve zdravotních pojišťovnách.

Zjistí-li tato ministerstva závažné nedostatky v činnosti zdravotní pojišťovny, jsou oprávněna:

- požadovat, aby zdravotní pojišťovna ve stanovené lhůtě zjednala nápravu, nebo
- zavést nucenou správu.

Nucená správa je již velmi závažným zásahem do činnosti zdravotní pojišťovny. Nucená správa může trvat nejvíce rok a po tuto dobu všechna rozhodnutí orgánů zdravotní pojišťovny podléhají schválení nuceného správce, který je zaměstnancem Ministerstva zdravotnictví nebo financí. Stát tak na omezenou dobu přebírá kontrolu nad chodem zdravotní pojišťovny, přičemž má prostředky k vynucování provedení všech nutných nápravných opatření. Nucená správa byla uvalena v poslední době jen jednou, a to v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny Ministerstvem zdravotnictví v té době vedeným ministrem Davidem Rathem.

Pluralitní versus unitární systém pojištění

Otázka postavení plátce (v ČR pojišťoven) ve zdravotním systému je často diskutovanou problematikou a to nejen v ČR. Jak je patrné z výše popsaného, v ČR byl zvolen tzv. pluralitní model systému veřejného zdravotního pojištění, jinými slovy, náš systém je charakteristický větším počtem pojišťoven než jedna. Existuje-li v systému jen jedna pojišťovna, mluvíme o systému unitárním (v anglicky psané literatuře také často jako „*single payer*“).

Dlouhodobě se u nás vedou debaty o tom, zda má smysl současný pluralitní systém, či zda by neměla existovat jen jedna pojišťovna, zejména v zájmu snížení administrativních nákladů. Vývoj této debaty lze sledovat v podstatě od zahájení transformace českého zdravotnictví v návaznosti na listopadovou revoluci v roce 1989. Na počátku transformace byl zvolen

pluralitní model zdravotního pojištění. Důvodem byla především snaha navázat na tradici první republiky a víra v pozitivní dopady konkurence plátců na ekonomickou situaci poskytovatelů a kvalitu služeb pro pojištěnce. Pojišťoven vzniklo zpočátku velké množství, postupně se některé začaly dostávat do finančních problémů (platební neschopnost). Některé zanikly, jiné fúzovaly. V druhé polovině devadesátých let jim zákon zakázal proplácet cokoliv nad rámec „standardního“ balíčku péče, prostor pro konkurenci tak byl významně zúžen. Na konci devadesátých let se počet pojišťoven na poměrně dlouhou dobu ustálil.

Přerozdělování pojistného

Pojistné vybrané jednotlivými zdravotními pojišťovnami podléhá přerozdělování. Přerozdělování bylo zavedeno s cílem zabránit případnému adversnímu výběru, tedy selekci pojištěnců s vyšší věkovou strukturou, na které ve většině případů plynou vyšší částky z prostředků zdravotních pojišťoven. Proces přerozdělování probíhá každý kalendářní měsíc přes zvláštní účet vedený u VZP. Mechanismus přerozdělování se v průběhu let několikrát změnil.¹⁷

Od 1. 1. 1993 fungovalo přerozdělování 50 % a od 1. 1. 1994 do konce roku 2004 přerozdělování 60 % prostředků vybraných všemi pojišťovnami. Model přerozdělovací 60 % vybraného pojistného zohledňoval zdravotní riziko pouze velmi hrubým kritériem, které rozdělovalo populaci na dvě skupiny, a to do 60 let a nad 60 let. Nezvažovalo však všechny osoby, ale pouze ty pojištěnce, za které byl plátcem pojistného stát. Z celkové sumy vybraného pojištění si 40 % každá pojišťovna ponechávala a výši 60 % vybraného pojistného ohlásila VZP jako správci účtu. Přerozdělení podléhala celková platba státu za osoby, za které je plátcem pojistného stát, a 60 % vybraného pojistného. Celkově se tak fakticky přerozdělovalo cca 68 % pojistného. Každá pojišťovna získala zpětně z přerozdělení prostředky podle počtu registrovaných pojištěnců pojištěných státem, přičemž na takového pojištěnce ve věku do 60 let připadal jeden podíl a na pojištěnce od 60 let tři podíly.

Tento způsob přerozdělení nezohledňoval věk a zdravotní stav pojištěnců, umožňoval výběr „ziskových“ pojištěnců podle věku, příjmu a zdravotního stavu. VZP, u níž převládá počet pojištěnců státu, upozorňovala na nedostatečnou výši finančních zdrojů z přerozdělení. Kategorie pojištěnců – důchodci, zdravotně postižení a děti nízkého věku jsou finančně

¹⁷ K přerozdělování v rámci veřejného zdravotního pojištění musely přistoupit téměř všechny země s více zdravotními pojišťovnami (Německo, Belgie aj.). Přerozdělovací mechanismus byl zaveden i ve švýcarském systému postaveném na komerčních pojišťovnách. V západoevropských zemích s konkurujícími si pojišťovnami je běžné přerozdělování ve výši 80–100 %.

nejnákladnějšími skupinami pojištěnců, které spotřebovávají výrazně vyšší finanční částky než jsou příjmy za tyto pojištěnce. Systém byl tedy výhodný pro zaměstnanecké pojišťovny na úkor VZP. Navíc v tomto systému chyběla kompenzace nákladů na velmi drahé pojištěnce (1 % nejdražších pojištěnců spotřebuje 20 až 30 % nákladů). Proto bylo navrženo nové přerozdělování, jehož kritériem je nákladovost pojištěnců dle věku a pohlaví. Zároveň byl zaveden systém kompenzace rizika.

Od 1. 1. 2005 bylo postupně zaváděno stoprocentní přerozdělování pojistného¹⁸. Kritériem přerozdělování je počet všech pojištěnců, nikoliv jen státních, podle nákladovosti pojištěnců dle věku a pohlaví. Nákladovost pojištěnců je zohledňována prostřednictvím nákladových indexů. Zavedlo se 36 věkových skupin v intervalu pěti let, a to zvláště pro muže a zvláště pro ženy. Byla stanovena míra podílu věkových skupin z hlediska jejich předpokládaného podílu na nákladech péče. Průměrné náklady na pojištěnce dané skupiny se vypočtou na základě údajů ze všech pojišťoven. Každá pojišťovna dostává platbu podle počtu pojištěnců. Roky 2005 a 2006 byly pro systém přechodné, kdy postupně zanikalo přerozdělování na základě počtu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, a nabíhalo přerozdělování podle nákladových indexů věkových skupin. Od 1. 4. 2006 je již používáno 100% přerozdělování v plné míře. Na novém systému „vydělala“ VZP s dosud největším podílem starých lidí a „drahých“ pacientů.

Mechanismus stoprocentního přerozdělení přináší také určité nevýhody. Především ruší jakoukoliv vazbu mezi výběrem pojistného a skutečnými příjmy zdravotní pojišťovny. ZP tedy mohou tímto opatřením ztratit motivaci k efektivnímu výběru pojistného. Z určitého pohledu znamená stoprocentní přerozdělování konec konkurence mezi pojišťovnami. Pojišťovny fungují ve stávajícím systému převážně jako přerozdělovatelé peněz. Do budoucna systém přerozdělování představuje obtížnou překážku možné individualizace ve zdravotním pojištění. Zamezuje se tím tvorbě alternativních diferencovaných zdravotně pojistných plánů založených na různé výši pojistného nebo zavedení bonifikace pojištěnců při nečerpání zdravotní péče, protože ZP musí všechny příjmy přerozdělit. Tento přerozdělovací mechanismus tedy např. v očích Svazu zdravotních pojišťoven (SZP) výrazně nivelizuje systém veřejného zdravotního pojištění.

¹⁸ Novelizací zákonem č. 123/2005 Sb., kterým se měnil mimo jiné zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Od 1. 1. 2005 byly také zavedeny úhrady nákladné péče, což jsou příspěvky pojišťovněm na drahé pojištění. Jedná se o zajištění pojišťoven proti nadprůměrnému výskytu drahých pojištěnců, které by vedlo k finančním problémům pojišťovny. Zavedení fondu sdílení rizika umožní částečně kompenzovat náklady na mimořádně drahé případy. Tyto příspěvky jsou rozdělovány také z účtu přerozdělení.

10.2 Poskytovatelé zdravotních služeb a úhrady péče

Poskytovatelé zdravotních služeb jsou osoby s licenci poskytovat zdravotní péči. Poskytovatelem zdravotních služeb je jak samostatně ordinující praktický lékař, tak také fakultní nemocnice zaměstnávající několik tisíc zdravotnických pracovníků a s obratem v řádu miliard korun. Ačkoliv je rozsah zdravotní péče hrazené ze systému veřejného pojištění velmi široký, nepokrývá samozřejmě veškerou zdravotní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních. Poskytovatelé zdravotních služeb tak obvykle vedle zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění poskytují také péči hrazenou přímo pojištěnci. Někteří poskytovatelé zdravotních služeb se do konce do systému veřejného zdravotního pojištění nezapojují, neuzavírají smlouvy se zdravotními pojišťovnami a poskytují zdravotní péči výhradně za přímou úhradu. Činnost poskytovatele zdravotních služeb má obvykle povahu podnikání (existují však také mnohá nepodnikatelsky provozovaná zdravotnická zařízení) a mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou je dán vztah smluvní svobody. Je-li však smlouva se zdravotní pojišťovnou uzavřena, nesmí zdravotnické zařízení od pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny za poskytnutí zdravotní péče zákonem zařazené do rozsahu veřejného zdravotního pojištění vyžadovat přímou úhradu. Výjimkou jsou některé formy spoluúčasti typické zejména pro oblast léků (Toman, 2010).

Vybrané ukazatele vztahující se ke zdravotnickým zařízením je možno nalézt v následující tabulce.

Tabulka 8. Zdravotnická zařízení (ZZ) v číslech (rok 2013)

ZZ celkem	29 218
z toho samostatné ordinace	20 388
Státní ZZ	213
Nestátní ZZ	29 006

z toho zřizovaná krajem	149
z toho zřizovaná městem, obcí	156
z toho zřizovaná fyzickou osobou, církví, jinou právnickou osobou	28 700
Lékařů celkem	47 459
z toho zaměstnaných ve státních ZZ	19,4%
z toho zaměstnaných v krajských ZZ	10,1%
z toho zaměstnaných v soukromých ZZ	70,5%
z toho ambulantních	70,5%
Nelékařských pracovníků celkem	107 244
z toho zaměstnaných ve státních ZZ	25,3%
z toho zaměstnaných v krajských ZZ	15,1%
z toho zaměstnaných v soukromých ZZ	59,47%
z toho ambulantních	59,7%

Zdroj: ÚZIS, 2014

Úhradová vyhláška

Úhrada zdravotních služeb bývá upravována každoročně tzv. **úhradovou vyhláškou** (aktuálně pro rok 2015 je to vyhláška č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015). Postup pro vydání úhradové vyhlášky upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů v ust. § 17 odst. 5. Úhradová vyhláška stanovuje hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení. Tato vyhláška vzniká na základě **dohodovacího řízení** zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů.

V případě, že dojde k uzavření dohody v rámci dohodovacího řízení jednotlivých skupin, postoupí se tato dohoda Ministerstvu zdravotnictví, které určí, zda je její obsah v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. V případě splnění všech náležitostí vydá Ministerstvo zdravotnictví dohodu ve formě právně závazné vyhlášky účinné od 1. 1. následujícího roku.

Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 120 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví dohodu vadnou, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení na následující rok samo prostřednictvím vyhlášky. Například vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014 byla účinná od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014. Dohodovací řízení probíhalo v období od 20. 3. 2013 do 21. 8. 2013 a k dohodě došlo z jedenácti celkových oblastí pouze v segmentech všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, lázeňské léčebně-rehabilitační péče, zdravotní péče v ozdravovnách a u specializované ambulantní péče v oborech gynekologie a porodnictví. Segment poskytovatelů laboratorních a radiologických služeb dosáhl parciální dohody. Referenčním (srovnávacím) rokem byl rok 2012.

Úhradová vyhláška plynule navazuje na jiný významný právní předpis, a to tzv. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jehož vydání ve formě vyhlášky předpokládá ust. § 17 odst. 4 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami není stejně jako úhradová vyhláška předmětem každoročního dohodovacího řízení. Současná vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je v platnosti a účinnosti již od roku 1998 a její reflexi na rychlý vývoj ve zdravotnictví odráží mnoho novelizací.

Vyhlášky stanovující seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a určující hodnoty těchto bodů, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení uvádějí do praktického života tzv. rámcové smlouvy. Z nich vycházejí konkrétní smlouvy uzavřené mezi pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní služby. Nutnost vydat rámcové smlouvy zakotvuje ust. § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Rámcové smlouvy jsou výsledkem dohodovacího řízení, které na rozdíl od dohodovacího řízení o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení neprobíhá každoročně. Poslední výsledky dohodovacího řízení jsou zakotveny ve vyhlášce č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Rámcové smlouvy se dělí podle specializace poskytovatelů zdravotních služeb a v současné době jich je v přílohách vyhlášky zakotveno celkově devět. (Ježková, 2014)

SHRNUTÍ

V České republice je povinná účast v systému veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění odvádíme ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu. V roce 2014 existuje 7

zdravotních pojišťoven. VZP je největší pojišťovnou, ve které je pojištěno necelých 60 % populace. Vztah VZP a ostatních (tzv. zaměstnaneckých pojišťoven) je jedním z nejspecifičtějších rysů českého zdravotního systému. Jakkoliv je prostor pro konkurenci omezený, pojišťovny se přesto snaží odlišovat se. V ČR je přerozdělováno 100 % vybraného zdravotního pojištění. Výše úhrad poskytnuté péče se stanovuje v tzv. dohodovacím řízení.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- TOMAN, Radek. *Hrozby fungování zdravotních pojišťoven při centralizovaném řízení Ministerstva zdravotnictví*. Brno, 2010, 79 s. [cit. 2015-02-19]. Diplomová práce, Masarykova univerzita v Brně, Ekonomicko-správní fakulta, Katedra veřejné ekonomiky a správy. Vedoucí diplomové práce Zuzana Kotherová. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/61202/esf_m/
- Zdravotnická ročenka České republiky 2013. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2014 [cit. 2015-02-19]. Dostupné z: <http://uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2013>

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jaké je právní postavení zdravotních pojišťoven?
- Jaké důvody pravděpodobně vedly k přijetí principu plurality plátců v ČR?
- Co je důvodem přerozdělování pojistného?
- Co upravuje úhradová vyhláška?
- Kdo se účastní dohodovacího řízení? Co je jeho předmětem?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Charakterizujte systém veřejného zdravotního pojištění v ČR. Srovnejte se systémy v jiných zemích a identifikujte jeho výhody a nevýhody.
2. Jaká je role zdravotních pojišťoven v českém zdravotním systému. Jakým největším problémům systém, dle Vašeho názoru, čelí?
3. Jaké nevýhody má systém stoprocentního přerozdělování vybraného zdravotního pojištění?

4. Vyhledejte v aktuální úhradové vyhlášce, jaké metody úhrad jsou v ČR používány pro ambulantní specialisty?
5. Jaké nástroje byste použili k zajištění finanční udržitelnosti systému veřejného zdravotního pojištění?
6. Diskutujte problematiku konkurence mezi zdravotními pojišťovnami.

11 Transformace českého zdravotnictví

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Cílem kapitoly je shrnout hlavní změny, kterými prošel český zdravotní systém po roce 1989. Důraz je kladen na samotnou transformaci zdravotního systému a dále pak na vybrané problémy, kterými české zdravotnictví trpí (např. restrukturalizace péče). V druhé části prezentujeme na tzv. Julínkově reformě příklad reálného reformního návrhu, abychom si na něm ukázali mechanismy a faktory, které rozhodují o úspěších a nezdarech reformních pokusů v této oblasti veřejné politiky.

KLÍČOVÁ SLOVA

reforma zdravotnictví
restrukturalizace péče

privatizace

11.1 Historický vývoj do roku 2006

Počátky zdravotního pojištění na území dnešní České republiky sahají do období konce devatenáctého století, kdy zde existovaly stovky vzájemných pokladen s mnoha tisíci členy. V Rakousku-Uhersku bylo nemocenské pojištění zavedeno v průmyslu od roku 1888, zákony vydanými již v samostatném Československu došlo v první polovině dvacátých let dvacátého století k zavedení povinného zdravotního pojištění pro námezdní dělníky a státní a veřejné zaměstnance. Dle Gladkij (2003) působilo během První republiky několik typů pojišťoven. Nemocenské pojištění pro dělníky v průmyslu a zemědělství a soukromé úředníky zajišťovaly nemocenské pojišťovny podléhající Ústřední sociální pojišťovně. Horníci byli pojištěni u revírních bratrských pokladen a státní úředníci u úřednických nemocenských pokladen. Existovaly i další fondy a pokladny a z celkového počtu 14,7 mil. osob se nemocenského pojištění účastnilo 3,5 mil. osob a jejich rodinných příslušníků. Od roku 1934 se pojišťovny musely povinně sdružovat. Svazy pojišťoven vyjednávaly s poskytovateli smlouvy. Základem zdravotní péče byl praktický lékař, ke kterému byli pacienti přiřazeni. Ve třicátých letech dvacátého století v Československu působilo přes 300 nemocenských pojišťoven. Po druhé světové válce nedošlo k téměř žádným změnám. K zásadní změně došlo v roce 1951, kdy byl

zaveden sovětský model zdravotnictví a stát na sebe převzal zodpovědnost za poskytování péče i za zdraví celé populace (Mátl, 2008).

V Československé republice vznikl hierarchicky uspořádaný a centralizovaný systém zdravotnictví. Existovaly zde krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ), okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ) a městské ústavy národního zdraví (MÚNZ), které byly zaměstnavateli veškerého zdravotnického personálu. Stát měl monopolní postavení v poskytování zdravotní péče. Neexistovaly žádné soukromé praxe. Systém využíval rozsáhlých kapacit a byl relativně levný.

Zpočátku tento socialistický model fungoval překvapivě dobře. Podařilo se mu vymýtit některé nemoci a snižovat některé důležité indikátory jako například dětskou úmrtnost. Československé zdravotnictví se mezi lety 1960 a 1964 pohybovalo na desátém místě mezi 27 evropskými zeměmi v rámci sledovaných ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva.

Od poloviny šedesátých let sledované indikátory zdravotního stavu obyvatelstva Československé socialistické republiky začaly stagnovat a posléze se zhoršovat. Znamenalo to propad na dvacáté druhé místo mezi evropskými zeměmi mezi 1970 a 1974, přičemž v roce 1980 bylo Československo už na posledním, tedy dvacátém sedmém místě v Evropě.

Přestože zdravotní stav obyvatel je závislý i na jiných faktorech, než je pouze zdravotnictví (životní prostředí, způsob života genetické předpoklady atp.), je možné konstatovat, že zdravotní stav obyvatel Československa přímo koreloval se „zdravotním stavem“ celého zdravotního systému. Tento rigidní, přidělový a hierarchický systém se vyznačoval především:

- Financováním ze státního rozpočtu;
- Nedostatkem moderního managementu, ekonomického stimulu a kontroly kvality;
- Ztrátou schopnosti přijímat racionální rozhodnutí o alokaci zdrojů;
- Nereagoval flexibilně na potřeby obyvatel;
- Velká část peněz, lidského potenciálu a důvěry obyvatel byla promrhána;
- Nízká efektivnost systému;
- Větší počet lékařů a nemocničních lůžek;
- Nízký sociální statut zdravotnického personálu;
- Téměř žádná práva pacientů na volbu lékaře;

- Systém privilegií pro některé sociální a především politické vrstvy;
- Zdravotní služby byly neekonomické, nedemokratické a postrádaly lidský přístup.

Je zřejmé, že zdravotnictví trpělo chronickou a stále se prohlubující krizí a že bylo před kolapsem celého systému. Politické, sociální a ekonomické změny, které přinesl rok 1989, znamenaly nový impuls pro celou ekonomiku, zdravotnictví nevyjímaje.

11.1.1 Transformace (1989–1991)

Na počátku 90. let se začaly formovat občanské iniciativy, které později zastřešilo Ministerstvo zdravotnictví, a od nichž vzešly první principy navrhovaných změn ve zdravotnictví. Bylo konstatováno, že není možné pouze provádět dílčí změny stávajícího systému, ale že je nutné zavést zcela nový systém poskytování zdravotní péče.

Cílem bylo vytvořit flexibilní systém zdravotnictví, který by byl schopný se přizpůsobovat měnícím se potřebám obyvatel a zároveň by zajistil rovnováhu mezi profesionálními, ekonomickými a lidskými aspekty.

Jinými slovy mělo jít o transformaci z centralizovaného modelu na demokratičtější a liberálnější systém, který by umožnil poskytování kvalitnější zdravotní péče všem a měl by lepší kontrolu nad efektivitou systému. Tvůrci nového zdravotního systému si uvědomovali, že základní principy zdravotní politiky jsou předmětem sociálních preferencí, jejich implementace je vyjádřením politické vůle na všech úrovních politiky a že tuto změnu není možno provést bez podpory adekvátně informované veřejnosti.

Základní principy nového zdravotnického systému:

- stát garantuje adekvátní úroveň péče pro všechny občany,
- vytváření, implementace a kontrola zdravotní politiky má být demonopolizována a musí být vytvořen prostor pro zavádění konkurence do zdravotnictví,
- svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení,
- monopolní postavení státu bude zrušeno,
- územní jednotky budou zodpovědné za implementaci zdravotní politiky na svém území,
- zdravotnictví bude financováno z více zdrojů (státní rozpočet, prostředky územní samosprávy, soukromé subjekty, pacienti),

- povinné zdravotní pojištění předpokladem fungování nového systému.

V první polovině 90. let došlo tedy v ČSFR v důsledku změn společenských poměrů k zásadní změně zdravotnictví. Šlo především o změny ve financování a úhradách služeb, v postavení subjektů, poskytujících zdravotnické služby a v systému veřejné správy. Zrušením krajských a okresních ústavů národního zdraví byla zdravotnickým zařízením přiznána právní a ekonomická subjektivita. Předchozí systém státního zdravotnictví, financovaného ze státního rozpočtu, byl nahrazen vícezdrojovým financováním zdravotní péče na principu solidarity. Převažující podíl tvoří ze zákona povinné veřejné zdravotní pojištění občanů. Pacientům byla dána svoboda volby poskytovatele zdravotní služby.

Transformační změny v letech 1990–1993 probíhaly velice rychle a soustředily se hlavně na vztahy v oblasti financování a úhrad poskytovaných služeb. Následně pak na procesy privatizace majetku. Přístup k těmto změnám byl silně ovlivněn samotnými zdravotníky a jejich očekáváním zvýšených příjmů. Potřebné detaily v právní a ekonomické rovině se však nestaly předmětem diskusí v průběhu tvorby koncepčních a právních transformačních kroků.

Po této rychlé transformaci nastalo dlouhé období četných nestabilit v důsledku podcenění významu kontroly nad hospodařením s veřejnými finančními prostředky, které v podstatě přetrvávají dodnes.

Na tomto místě je nutno poznamenat, že od roku 1990 se do dnešního dne na postu ministra zdravotnictví vystřídal 21 osob. Od revoluce do února 1997 to byli ministři z ODS, mezi lety 1998–2006 to byli zástupci ČSSD a od roku 2006–2014 opět pravicovní ministři. Aktuálním ministrem je člen v posledních volbách vítězné ČSSD.

11.1.2 Privatizace (1992–1996)

V roce 1992 byla ve zdravotnictví zahájena další významná organizační změna – privatizace majetku. První představy vycházely z předpokladů o možnosti zprivatizovat, snad jen s výjimkou fakultních nemocnic, téměř vše. Při absenci právního rámce pro neziskovou formu organizací proběhla privatizace menších nemocnic do formy obchodních společností. V ambulantní péči byla privatizace méně konfliktní.

Na začátku roku 1992 bylo na základě zákona o VZP a ZZP rozhodnuto o pluralitním systému zdravotního pojištění (snaha o konkurenci plátců). Vzniklo až 27 zdravotních pojišťoven, které postupně fúzovaly nebo zanikaly. Dnes existuje v ČR 7 zdravotních pojišťoven.

Roky 1995 a 1996 představovaly řetězení a vyvrcholení krize nedostatečné koncepčnosti, komplexnosti a jasných pravidel pro celý proces privatizace, především nemocnic.

Efekty privatizace lze shrnout následovně:

- růst kvality poskytovaných služeb – zájem o pacienta,
- vyšší dostupnost techniky,
- určitá ekonomizace zdravotnictví,
- pluralitní trh zdravotních služeb,
- řídicí pravomoci byly rozděleny mezi veřejnou správu, profesní komory a zdravotní pojišťovny,
- nepodařilo se dostatečně racionalizovat síť poskytovatelů (nemocnic).

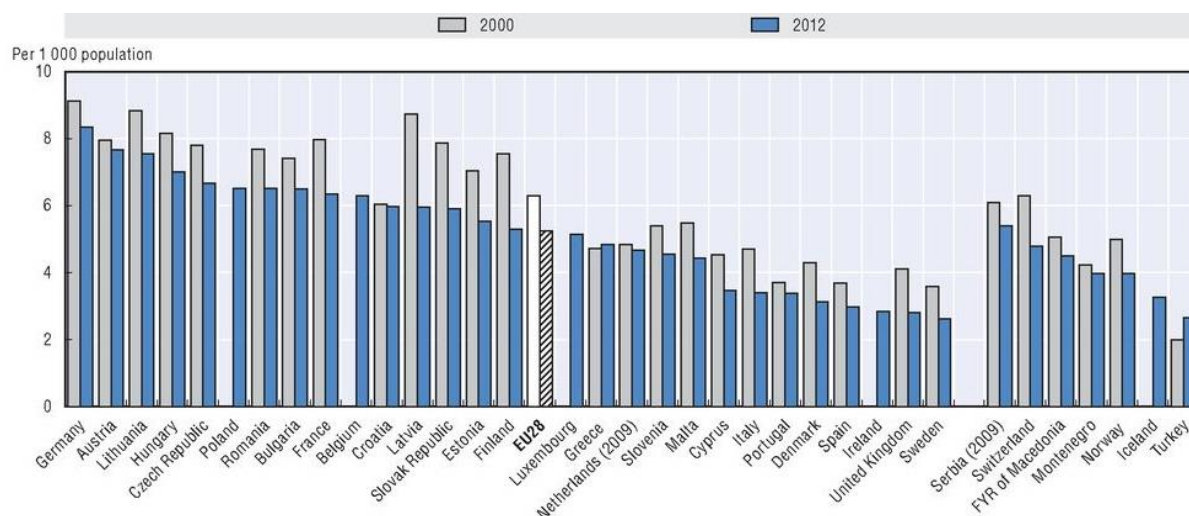
V polovině 90. let se však systém zdravotnictví dostal do vážné bilanční krize. Řada nemocnic dosáhla deficitu v rozsahu desítek až stovek milionů Kč. Bilanční nerovnováha nastala také na straně zdravotních pojišťoven.

V důsledku těchto událostí se zdravotní politika začala orientovat spíše na regulaci nabídkové strany, jde především o snahu zredukovat počet akutních nemocničních lůžek, kontrolovat lékovou a investiční politiku.

11.1.3 Restrukturalizace lůžkové péče (1997 – 1999)

ČR má více lékařů na deset tisíc obyvatel než většina států v OECD. Naopak má nižší počet zdravotních sester. Také počet lůžek na deset tisíc obyvatel je vyšší než průměr v OECD zemích tak, jak ukazuje následující graf.

Graf 5. Počet lůžek na 1 000 obyvatel v roce 2000 a 2012

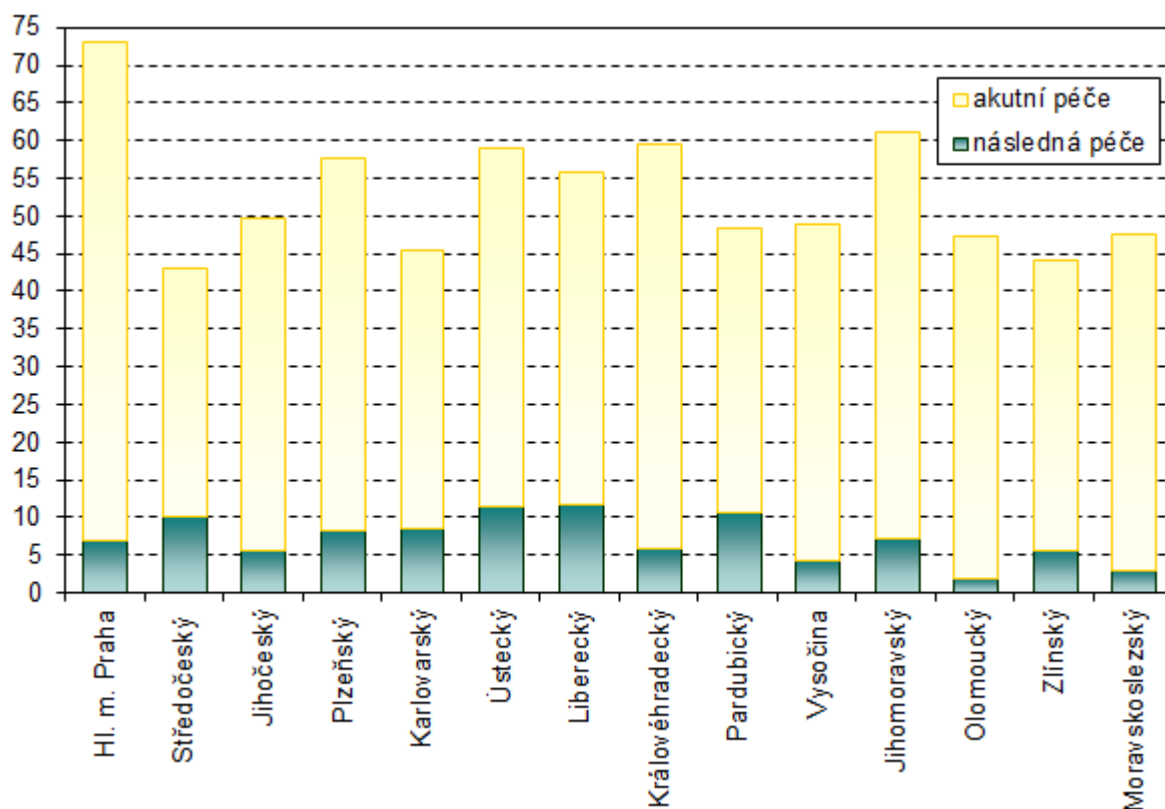


Zdroj: OECD, 2015

Restrukturalizace by měla vyřešit problém naddimenzované akutní lůžkové péče. Hlavním cílem restrukturalizace je snížení počtu základních akutních lůžek, posílení počtu lůžek pro dlouhodobou lůžkovou péči a snížení počtu lékařů, který se ukazoval jako nadbytečný.

První pokus o restrukturalizaci z roku 1997 nebyl příliš úspěšný. Dalším milníkem byly roky 2004–2006, kdy se kraje staly zřizovatelem nemocnic (viz subkapitola 11.1.4). Některé z krajů měly poměrně jasnou představu o potřebném počtu lůžek na svých územích a dařilo se jim ji alespoň částečně naplňovat. Příkladem je především Středočeský a Jihočeský kraj tak, jak to vyplývá z následujícího grafu.

Graf 6. Počet lůžek na 10 000 obyvatel v roce 2013



Zdroj: Typltová, 201

Podstatné je především umět odpovědět na otázku, kde by restrukturalizace měla proběhnout. Jak vyplývá z výše uvedeného grafu, největší počet lůžek je vykazován ve velkých městech (Praha, Brno). Nicméně jako problematické se ukazují i kraje, ve kterých byla snaha lůžkový fond restrukturalizovat, například Středočeský kraj. Pokud bychom se orientovali dle koeficientů potřebných lůžek, které byly vypracovány odbornými lékařskými společnostmi, a vzali bychom si jako příklad okres Kolín, zjistili bychom, že například v ortopedii by bylo potřeba disponovat 16 lůžky, zatímco v roce 2009 jich tam bylo 39.

Další příležitostí pro restrukturalizaci lůžkového fondu mohla být akce Lékařského odborového klubu „Děkujeme, odcházíme“ z let 2010–2011. Nicméně vzhledem ke kompromisu, který MZ ČR v této věci s odbory vyjednalo, nebyla tato příležitost využita. Z postojů lékařských odborů i samotné ČLK je evidentní, že vůle poskytovatelů k restrukturalizaci lůžkového fondu je po akci „Děkujeme, odcházíme“ velmi omezená.

Dlouhodobým otazníkem ovšem zůstává, kdo by vlastně restrukturalizaci měl provádět. Logicky by to mohly být zdravotní pojišťovny. Ty jsou však velmi závislé na státu (resp. MZ ČR), když jsou omezovány vyhláškami a nemohou tak pracovat s rozdílnými výšemi úhrad

pro různé poskytovatele. Restrukturalizace by také mohla být v gesci MZ ČR či samosprávy, zde se však dlouhodobě nedaří sestavit jasnou koncepci. Je také nutné si uvědomit, zda vlastně existuje politická motivace k restrukturalizaci, protože zjednodušeně řečeno zavírat nemocnice je politicky nepopulární krok. Restrukturalizaci by také mohly provádět samotné managementy zdravotnických zařízení, která ale v současném systému k tomuto kroku nemají příliš velkou motivaci.

11.1.4 Reforma veřejné správy (2000–2003)

V rámci reformy veřejné správy došlo k převodu nemocnic zřizovaných MZ ČR do samostatné působnosti krajů, přičemž kraj se stal také zřizovatelem bývalých okresních nemocnic. Přitom do konce roku 2002 spadalo nejvíce nemocnic právě pod okresní úřady. Šlo o 82 nemocnic s 32 021 lůžky z celkových 203 nemocnic s 66 784 lůžky.

Stát převedl na kraje převážnou většinu nemocnic, kromě nemocnic fakultních, které jsou řízeny přímo Ministerstvem zdravotnictví. Celkové zadlužení převáděných nemocnic dosahovalo hodnoty přibližně 500 mil. Kč a dotace krajům na úhradu závazků představovala asi 60 % dlužné částky. V reakci na to převedly v průběhu následujících let kraje mnohé z nemocnic na jinou právní formu, než byla původní příspěvková organizace. Jednalo se o transformaci nemocnic zejména na akciové společnosti. Podle představitelů některých krajů právě transformace na obchodní společnosti umožnila stabilizovat hospodaření těchto zdravotnických zařízení, a to zejména kvůli vyšší motivaci managementů, větší odpovědnosti a transparentnosti stavu a pohybu majetku a závazků. Otázka transformace nemocnic na akciovou společnost zůstává dodnes velmi aktuálním tématem.

Výše nastíněný průběh transformace českého systému zdravotnictví přehledně shrnuje následující tabulka.

Tabulka 9. Vývoj reformy zdravotnictví v letech 1990–2006

1990–1991
<ul style="list-style-type: none"> – příprava základních změn – nastartování základních změn – zánik Krajských ústavů národního zdraví a později i Okresních ústavů národního zdraví – vznik České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory
1992
<ul style="list-style-type: none"> – zahájení nového způsobu financování zdravotní péče prostřednictvím VZP (v té době ovšem ještě čerpala zdroje ze státního rozpočtu)

<ul style="list-style-type: none"> - vytvoření základů pro proces privatizace
1993
<ul style="list-style-type: none"> - zahájení financování zdravotní péče VZP a později dalšími zdravotními pojišťovnami na bázi vybraného pojistného - vznik několika zaměstnaneckých pojišťoven - zahájení privatizace (převážně se týkala ambulantní péče)
1994–1995
<ul style="list-style-type: none"> - první vážnější problémy ve financování zdravotnictví - vznik většiny zaměstnaneckých pojišťoven - legislativní omezení konkurence pojišťoven - začíná se uznávat nutnost podstatných úprav systému a nutnost pokračovat v reformě v upraveném pojetí
1997–1998
<ul style="list-style-type: none"> - vládní stranou ČSSD – orientace zdravotnictví na čistě neziskový princip poskytování zdravotní péče - tlumení růstu výdajů zavedením různých forem paušálních plateb - pokus o restrukturalizaci lůžkové péče na bázi výběrových řízení
1999–2001
<ul style="list-style-type: none"> - stagnace a vyčkávání
2002–2007
<ul style="list-style-type: none"> - stálý růst výdajů na zdravotnictví - více návrhů na reformu zdravotnictví, žádný však neprosazen a neuplatněn v praxi - převod státních neziskových zdravotnických zařízení na kraje a obce - přeměna některých zdravotnických zařízení na právnické osoby fungující na ziskovém principu – velmi kontroverzní, snaha ze strany vlády o udržení celého sektoru čistě neziskového - v systému průběžně prováděny pouze dílčí změny – např. pravidelné změny úhradových vyhlášek - od r. 2006 vládní stranou ODS – nový návrh reformy (Julínkova reforma) – nakonec neprosazena.

Zdroj: Vepřek et al., 2002; autoři

11.2 Julínkova reforma – příklad neúspěšné reformy zdravotnictví

Česká republika, stejně jako mnoho jiných zemí, se dlouhodobě snaží reformovat svůj zdravotnický systém. Výsledky parlamentních voleb v roce 2006 znamenaly velké očekávání mezi odbornou veřejností a zdálo se, že po dlouhých 15 letech neschopnosti přiblížit se prosazení ucelené reformní koncepce docházelo k jisté změně. Vypadalo to, že tehdejšímu ministři nechybí vůle k prosazování razantních změn v systému (pečlivě připravovaných

dlouho před nástupem do funkce), a to i přestože tehdejší vládní koalice byla velice křehká (102 ku 98). Již na podzim roku 2006 předložil ministr cíle Ministerstva zdravotnictví pro období 2006–2010.

Tyto cíle reflektovaly dva základní problémy tehdejšího systému zdravotní péče v ČR (podle Macháček, Hroboň, Julínek 2004). Prvním, do určité míry specifickým, problémem českého systému zdravotní péče bylo „nedostatečné fungování řady institucí zajišťujících jeho chod“. Rozpory přítomné již při formování dnešního systému na počátku 90. let a nekonceptní přístup k jejich řešení v posledních 10 letech vedly ke zmatení rolí jednotlivých institucí a k nedostatečnému tlaku na jejich efektivitu. Druhým problémem je rozpor mezi omezenou výší zdrojů a prakticky neomezenou poptávkou po zdravotních službách, což je problém zcela univerzální a zdaleka se neomezuje ani na konkrétní dobu či zemi. Z pohledu tvůrců reformy spočívá základní zdroj rozporu v odtržení voleb občanů v oblasti zdravotní péče od jejich ekonomických důsledků. Tento rozpor je společný všem systémům zdravotního zabezpečení v rozvinutých zemích. (Macháček et al., 2004)

Reformní opatření byla členěna do dvou fází (respektive i do dvou volebních období), přičemž cílem první fáze byla stabilizace systému a reforma institucí, cílem druhé fáze byla reforma financování a tedy zajištění dlouhodobé udržitelnosti solidárního systému. První fáze reformy („Reforma institucí“ – od 2006) sestávala ze čtyř cílů:

- posílení volby a odpovědnosti občanů,
- zvýšení zodpovědnosti zdravotních pojišťoven,
- modernizace sítě zdravotnických zařízení,
- úhrada léků podle jejich přínosu.

Tato etapa reformy se dá považovat za fázi přípravnou, přinášející dílčí změny do existujícího systému. Na ni pak měla navazovat systémová změna, tedy samotná přeměna systému financování českého zdravotnictví (od 2010). Představa tohoto nového fungování systému, jakož i rámec této systémové změny, byla poměrně jasně definována, nicméně pro dotvoření její detailní podoby působil při MZ pracovní tým odborníků v rámci tzv. projektu „Kulatý stůl“.

Vládě se podařilo v srpnu 2007 v Parlamentu prosadit novelizaci několika zdravotnických zákonů směřujících k naplnění cílů první etapy reformy. Tyto změny si kladly za cíl přispět ke stabilizaci zdravotního systému a k připravenosti na reformu. V rámci těchto novelizací byly

od ledna 2008 zavedeny **regulační poplatky** za čerpání zdravotních služeb (včetně ochrany zranitelných skupin obyvatel cestou výjimek a celkového limitu na regulační poplatky a na doplátky na léky). Cílem bylo podpořit větší zodpovědnost občanů za vlastní zdraví a za čerpání zdravotní péče, včetně částečné finanční odpovědnosti a omezení plýtvání. Dále byl změněn **proces stanovování úhrad léků** v souladu s požadavky EU, byly značně posíleny pravomoci Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Došlo také ke změně vztahu státu a Veřejné zdravotní pojišťovny atd. (Darmopilová, Špalek, 2009).

V návaznosti na to představilo na konci roku 2007 MZ veřejnosti věcné záměry **sedmi reformních zákonů**, když předpokládalo jejich účinnost od roku 2009. Návrhy zákonů se daly rozdělit do tří vzájemně provázaných a na sebe navazujících souborů legislativních i nelegislativních opatření: (1) veřejné zdravotní pojištění; (2) poskytování zdravotní péče a (3) vzdělávání, věda a výzkum.

V **systému veřejného zdravotního pojištění** obsahovala reformní koncepce následující změny:

- Stanovení jasně a vymahatelné definice péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, tedy „standardu“ (otevření prostoru pro platbu za „nadstandard“),
- umožnění nabídky více způsobů pojištění, včetně řízené péče a možnosti pojištěnce samostatně hospodařit s částí peněz,
- možnost pojištěnce získat bonus v případě dobrého hospodaření jeho pojišťovny,
- významné zvýšení aktivity pojišťoven při organizaci zdravotní péče, zejména přednostní uzavírání smluv s kvalitními a efektivními poskytovateli,
- zásadní zpřísnění státního dohledu nad činností zdravotních pojišťoven včetně založení specializovaného regulačního úřadu,
- změna právní formy zdravotních pojišťoven vedoucí k nalezení jejich zodpovědných majitelů a managementu s jasně definovanými odpovědnostmi.

Dlouhodobou součástí reformních snah byla také změna způsobu financování veřejného zdravotního pojištění (tedy změna v oblasti plateb pojistného), která sledovala dva cíle – větší zapojení občanů a možnost přísunu soukromých prostředků do systému veřejného zdravotního pojištění. Tato změna ve financování byla úmyslně odložena na pozdější dobu.

V systému **poskytování zdravotní péče** šlo především o změny v postavení a v činnosti pojišťoven, které měly postupně vést k významnému zvýšení efektivity a kvality českého

zdravotnictví, včetně změn ve struktuře sítě zdravotnických zařízení, v řízení a chování poskytovatelů zdravotní péče a ke zvýšení konkurenceschopnosti českého zdravotnictví v mezinárodním měřítku. Nástrojem zdravotních pojišťoven v prosazování těchto změn jsou zejména smlouvy upřednostňující kvalitní a efektivní poskytovatele. Nicméně změny v oblasti poskytování zdravotní péče měly být podpořeny také dalšími způsoby:

- Novou zastřešující legislativou (nové zákony o zdravotních službách a novely zákonů o vzdělávání),
- vypracováním nových systémů pro popis a vykazování zdravotní péče (zejména náhrada dnešního systému bodů a zavedení srozumitelného katalogu výkonů),
- centrální podporou zavedení nových způsobů plateb poskytovatelům ze strany pojišťoven (namísto anonymních rozpočtů platba v korunách za skutečně odvedenou péči, postupně založená i na její kvalitě),
- zavedením „standardů“ (doporučených klinických postupů),
- centralizací vysoce specializované péče k menšímu množství poskytovatelů s cílem zajistit kvalitu poskytované péče a lepší využití drahých přístrojů a postupů.

Některé z těchto opatření se podařilo uskutečnit, k zásadním změnám ve způsobu poskytování zdravotní péče ale nedošlo.

Prosazování reformy bylo od začátku ohroženo zejména třemi faktory:

- síla mandátu vlády;
- neochota MZ ČR hledat konsensus uvnitř vládní koalice;
- špatně nastavená komunikační strategie směrem k ostatním aktérům působícím ve zdravotní politice.

MZ ČR se tak dostávalo do jakési izolace, která zesílila zejména po přijetí zákona o regulačních poplatcích. Jakkoliv není pochyb o významu regulačních poplatků, autokratický způsob přijetí tohoto zákona fakticky snahu o reformu ukončil. Reformní strategii tak, jak byla koncipována, se nepodařilo prosadit a ministr Julínek byl začátkem roku 2009 odvolán z funkce.

Podle think-tanku Reforma zdravotnictví (úzce spojená s tvůrci reformy) spočívaly hlavní příčiny neúspěchu reformy v letech 2006–2008 v následujících příčinách (viz tabulka 10):

Tabulka 10. Příčiny neprosazení Julínkovy reformy

Vnější faktory	Ekonomická situace ČR v době prosazování návrhu	V demokraciích se málokdy podaří přesvědčit občany o potřebnosti změn v době, kdy je většina obyvatelstva spokojena.
	Síla mandátu vlády	Neustálý boj vládní koalice o přežití a nejistota týkající se výsledku téměř jakéhokoliv hlasování vedly k tomu, že názory jednotlivých poslanců rozhodovaly o osudu reformních zákonů.
	Neexistence dlouhodobého konsensu o podobě reformy	O budoucí podobě zdravotnictví by měl existovat základní politický konsensus.
Vnitřní faktory	Přílišný rozsah a hloubka změn	Reformní návrh se z důvodů provázanosti jednotlivých kroků a neexistence základního konsensu mezi hlavními politickými stranami snažil prosadit všechny podstatné změny během jednoho volebního období. ČR je spíše připravena na sérii postupných změn.
	Špatně nastavená komunikační strategie s ostatními aktéry	Velmi významná byla snaha o prosazení technicky a právně nejlepšího řešení bez ohledu na možnosti jeho prosazení a postoj klíčových zájmových skupin
	Špatně nastavená komunikační strategie s veřejností	Při plánování reformy došlo k podcenění odporu proti tržně orientovaným řešením a zejména některým jejich symbolům v české společnosti. Vzhledem k rozsahu a hloubce změn nebyla popularizace reformy dostatečná.
	Ztráta politického kapitálu	Podpora ministři klesala jak ve vládní koalici, tak v jeho vlastní politické straně.

Zdroj: Reforma zdravotnictví, 2009

Z pohledu nezávislého pozorovatele lze s výše uvedenými příčinami s určitými výhradami souhlasit. Pravdou je, že některé reformní kroky se opíraly spíše o víru v platnost (v tomto případě liberálních) principů, než o „*evidence based*“ argumenty, nebo pozitivní zkušenosti z praxe v jiných zemích. Snadno se staly terčem, resp. symbolem odporu opozice a některých dotčených zájmových skupin. Evidentní to bylo zejména u návrhu na transformaci zdravotních pojišťoven v akciové společnosti a zavedení diferencovaných pojistných plánů.

Od odvolání ministra Julínka začátkem roku 2009 působilo v ČR dalších pět ministrů zdravotnictví. Žádný z nich nepředložil ucelenou reformní koncepci pro zdravotnictví, nicméně např. ministru Leoši Hegerovi se podařilo právě použitím primárně nekonfrontační a inkrementální politiky prosadit relativně významné množství legislativních návrhů včetně

zavedení standardů dostupnosti péče. Ve svém funkčním období rovněž čelil velice dobře organizované a mediálně uchopené nátlakové akci lékařů v rámci akce „Děkujeme, odcházíme“. Jejím výsledkem bylo podepsané memorandum (nejen) o navýšení mezd a platů (MZ ČR, 2011).

Zdravotní politiku současné vlády je předčasné hodnotit. Je zřejmé, že přichází s výrazně jinými hodnotami než předchozí středově-pravicové vlády. Podařilo se jí naplnit své volební sliby a de facto až na jediný zrušit regulační poplatky zavedené roce 2008. Pokračovala v navýšení plateb za tzv. státní pojištěnce tak, aby kompenzovala výpadek příjmů poskytovatelů zdravotních služeb. Přípravuje změny v systému úhrad (Restart DRG). Deklaruje, že pracuje na přípravě legislativy upravující neziskový statut poskytovatelů zdravotních služeb. Ať již její plány dopadnou jakkoliv, je zřejmé, že zdravotnictví bude i nadále jedním z klíčových odvětví veřejného sektoru. Velké výzvy, které s sebou přináší demografický vývoj, rozvoj zdravotnických technologií a očekávání veřejnosti přetrvávají a patrně budou časem ještě sílit.

SHRNUTÍ

Český systém byl po tzv. listopadové revoluci transformován z centrálně plánovaného systému do podoby kontinentálního systému veřejného pojištění. Počáteční rychlost změn byla značná. Proběhla rozsáhlá privatizace (lékárny, lázně, ordinace lékařů). Pluralita se stala principem jak na straně plátců, tak i poskytovatelů péče. Zdravotnictví vlastně dodnes řeší jeden z klasických problémů fungování veřejného sektoru – hledání optimálního *private-public mixu*. Nepodařilo se zásadním způsobem restrukturalizovat péči ani vydefinovat úhradové standardy. Julínkova reforma byla pravděpodobně nejpropracovanějším a nejvíce ambiciózním reformním pokusem, nepodařilo se ji však prosadit. Poznatky z procesu její implementace jsou poučné pro pochopení mechanismů uskutečňování reform veřejné politiky a vlivu zájmových skupin.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- BRYNDOVÁ, Lucie et al. Czech Republic: Czech system review. *Health Systems in transition*. 2009, roč. 11, č. 1, s. 1-122. ISSN: 1817-6127. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf

- CHYTIL, Miroslav et al. *Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR: identifikované problémy financování a možnosti jejich řešení*. Praha: Kulatý stůl k financování budoucnosti zdravotnictví v ČR, 2009, 45 s. ISBN 978-80-85047-36-3.
- MÁTL, Ondřej et al. *České zdravotnictví v roce 2050: Modely finanční udržitelnosti zdravotnictví v ČR*. Praha: Kulatý stůl k financování budoucnosti zdravotnictví v ČR, 2009, 83 s. ISBN 978-80-85047-38-7. Dostupné z: <http://ies.fsv.cuni.cz/default/file/download/id/11079>
- MÁTL, Ondřej et al. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: zdravotnictví v číslech a názorech*. Praha: Kulatý stůl k financování budoucnosti zdravotnictví v ČR, 2008, 299 s. ISBN 978-80-85047-35-6.
- VEPŘEK, Jaromír, Pavel VEPŘEK a Jaroslav JANDA. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 229 s. ISBN 8024703475.

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Popište hlavní kroky transformace zdravotního systému v devadesátých letech 20. století. Jaké byly principy, na kterých transformace stavěla. Zhodnoťte výstupy transformace.
- Proč byly některé nemocnice převedeny z centrální na krajskou úroveň? Jaké jsou výhody a nevýhody? Uveďte konkrétní příklady.

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Vyberte si dvě z mnoha navrhovaných koncepcí reformy zdravotnictví. Vysvětlete jejich principy a zhodnoťte jejich silné a slabé stránky.
2. Pokud byste byli zodpovědní za vytvoření koncepce restrukturalizace lůžkového fondu v ČR, jak byste postupovali. Kdo by za restrukturalizaci měl být zodpovědný a kde byste ji prováděli?

12 Mezinárodní pohled na zdravotnické systémy

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Závěrečná kapitola Vás uvádí do problematiky srovnávání zdravotnických systémů a představuje podrobněji již dříve zmíněné hlavní typy (modely) zdravotnických systémů existující ve světě. Na konkrétní organizaci, systém financování a výkonnost zdravotnického systému mají přímý vliv nadnárodní trendy ve vývoji zdravotnických systémů, vnější tlaky a požadavky na zdravotnické systémy i specifické rysy zdravotnictví. Cílem kapitoly je představit Vám stručně zdravotnictví ve třech různých zemích (konkrétně ve Velké Británii, Německu a USA) a tím Vás inspirovat k samostatnému uvažování o možných variantách řešení problémů spojených s fungováním zdravotnictví.

KLÍČOVÁ SLOVA

Veřejné zdravotnictví (*public health*)

Národní zdravotní služba

Trendy ve vývoji zdravotnických systémů

Bismarckovský model

Tržně orientované zdravotnictví

12.1 Komparativní studium zdravotnických systémů jako součást oboru veřejné zdravotnictví

Studium zdravotnických systémů, jejich organizace a řízení je důležitou součástí oboru, který je znám pod názvem *veřejné zdravotnictví*. V rámci věd o zdraví a zdravotnictví nabývá tento obor stále většího významu. Přesto je s užíváním pojmu „veřejné zdravotnictví“ v našich podmínkách spojena řada nejasností a různých výkladů. Proto na úvod vymezíme tento termín tak, aby korespondoval s definicí a pojetím veřejného zdravotnictví v mezinárodním kontextu.

Veřejné zdravotnictví je českým ekvivalentem anglického termínu „public health“¹⁹. Dnes je tento pojem užíván k označení společenských aktivit, které mají za cíl *ochranu, udržení a zlepšení zdraví obyvatelstva*. Přes určité rozdíly v chápání a vymezování veřejného zdravotnictví v různých zemích lze shrnout, že společným jmenovatelem všech přístupů je *orientace na ochranu, udržení a rozvoj zdraví populace a/nebo populačních skupin, zejména*

¹⁹ Není výjimečné, že termín „public health“ je používán ve své anglické podobě i mezi odborníky v neanglicky mluvících zemích.

těch, které jsou z hlediska zdraví rizikové. Medicína je na rozdíl od veřejného zdravotnictví primárně orientovaná na jedince a jeho konkrétní individuální problémy.

V dnešní době se v centru zájmu veřejného zdravotnictví nacházejí zejména ohrožené a marginalizované skupiny jako senioři, chronicky nemocní, osoby se zdravotním postižením, děti žijící v sociálně deprivovaném prostředí a v dysfunkčních rodinách, chudí, dlouhodobě nezaměstnaní, etnické minority, migranti apod. WHO (1988) definuje veřejné zdravotnictví jako „*vědu a umění zabývající se tím, jak lze organizovaným úsilím společnosti prodlužovat život, předcházet chorobám a podporovat zdraví obyvatelstva*“. Zahrnuje mnoho společenských aktivit, týkajících se nejenom zdravotnictví, ale také ochrany životního prostředí a výchovy ke zdraví, včetně uplatňování takových společenských mechanismů, které vytváří či podporují životní podmínky umožňující lidem zachovat a udržet si zdraví.

Jedním z nejdůležitějších cílů veřejného zdravotnictví je identifikovat (tj. najít, určit, změřit, případně odhadnout) faktory (determinanty zdraví), které zdraví definovaných skupin nejvíce ohrožují, a promítnout tyto poznatky do zdravotní politiky tak, aby došlo k jejich redukci. Veřejné zdravotnictví je multidisciplinární vědecký obor, který má svoji teoretickou základnu i praktickou aplikaci. Využívá poznatkové základny mnoha přírodních i společenských věd. Jeho podstata spočívá v tvorbě a realizaci státní zdravotní politiky v závislosti na zdravotním stavu populace a širších sociálně-ekonomických podmínkách života lidí v dané zemi. Základním rámcem zdravotní politiky je pak role státu a míra státní ingerence ve zdravotní péči. Jedná se o určitý společenský konsensus týkající se toho, co by měl pro zdraví svých obyvatel zajišťovat stát, a to systematicky a organizovaně (tedy nikoliv nahodile či chaoticky), a co má naopak být ponecháno na individuální odpovědnosti jednotlivců, protože je to tak efektivnější.

Vymezení veřejného zdravotnictví je tedy velmi široké. Ve své praktické podobě zahrnuje celou řadu společenských aktivit, které přesahují rámec resortu zdravotnictví a týkají se téměř všech oblastí veřejného života a veřejné politiky. Vždy je však akcentován systém populačně orientované léčebně-preventivní péče, poskytující zdravotnické služby pro všechno obyvatelstvo, tedy *zdravotnický systém*.

Současné trendy ve vývoji zdravotnických systémů

Globálním trendem ve všech zdravotnických systémech je přesun těžiště od epizodického léčení akutních nemocí a příhod směrem k poskytování širokého spektra vzájemně provázaných a koordinovaných služeb. „Reaktivní“ model zdravotnictví postavený na akutní

péči již neodpovídá současným potřebám. V péči o zdraví je kladen důraz na celou populaci a její zdraví a pohodu, tj. kvalitu života. Znamená to, že *prioritou v péči o zdraví se stává provázanost a koordinovanost zdravotnických a souvisejících služeb a jejich propojování s preventivními programy a podporou zdraví v nejširším slova smyslu*. V rámci veřejné politiky jsou v zemích Evropské unie při strategickém rozhodování zohledňovány dopady na zdraví, které musí být kvalifikovaně posouzeny (Health Impact Assessment)²⁰. Prioritou se stává zachování zdravých životních podmínek, a to nejenom v ekologickém slova smyslu, ale i z hlediska širších sociálně-ekonomických faktorů (sociální soudržnost, participace na společenském životě, boj proti sociálnímu vyloučení a chudobě. Takto pojatá veřejná politika (tzv. healthy public policy) byla poprvé zdůrazněna v roce 1986 v Ottawské chartě, o něco později také v Adelaidské Chartě z roku 1988²¹. Oba tyto klíčové dokumenty WHO o podpoře zdraví zdůrazňují multiresortní spolupráci a angažovanost veřejnosti v otázkách zdraví. Klíčový význam se připisuje vzdělávání. Témata, týkající se podpory zdraví, zdravého životního stylu a rizikových faktorů se postupně stávají součástí vzdělávacích obsahů na různých typech škol.²²

Přesto zůstávají zdravotnické systémy ve smyslu zajišťování a poskytování zdravotní péče těm, kteří jsou již nemocí a mají zdravotní obtíže, nadále velmi diskutovaným politickým i odborným tématem současné doby. Ve vyspělých zemích jsou v současném zdravotnictví patrné následující vývojové trendy:

- **Růst nákladů na zdravotnictví a snaha o jejich regulaci,**
- **Preventivní zaměření zdravotnictví,**
- **Přesun těžiště ze sféry nemocniční do sféry ambulantní. V rámci ambulantní péče je zdůrazňována podpora a rozvoj primární péče,**
- **Důraz na dodržování a respektování práv pacientů při poskytování zdravotní péče.**

²⁰V rámci EU například platí směrnice (Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/42/ES o posuzování vlivů některých plánů a programů na životní prostředí), která se dotýká i některých zdravotních rizik.

²¹Adelaidská Charta (1988): „*Zdravá veřejná politika je charakterizovaná jasným zájmem o zdraví a prosazováním odpovědnosti za vlivy na zdraví. Jejím cílem je vytvoření příznivého, sociálního i fyzikálního prostředí, které lidem umožní žít zdravý život. Všechny vládní resorty musí při tvorbě své politiky zvážit zdraví jakožto podstatný faktor, který musí být brán v úvahu. Zdraví by měla být věnována stejná pozornost jako se věnuje ekonomickým aspektům.*“

²² Výchova ke zdraví je od roku 2007 povinným vyučovacím předmětem i na základních a středních školách v ČR.

- **Management kvality:** postupné zavádění národních i mezinárodních programů kontroly kvality podle dohodnutých indikátorů, a to jak v rámci celého zdravotnictví, tak na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení.
- **Rozvoj tzv. „zdravotnické turistiky“:** Pacienti z některých zemí cestují do jiných zemí, aby zde čerpali zdravotní péči. Jedná se obvykle o péči, která je v jejich zemi nedostupná, nebo velmi nákladná, případně se musí na ní dlouho čekat či je potřeba získat jiný, nezávislý názor na stanovenou diagnózu a terapii.
- **Připravenost zdravotnického sektoru okamžitě reagovat na nové a nepředvídatelné zdravotní ohrožení.**

Vnější tlaky a požadavky na zdravotnické systémy

Zdravotnictví na celém světě čelí dnes silným tlakům a požadavkům, které jsou často svojí podstatou kontroverzní. Čemu dát přednost, a jak se v dané situaci správně rozhodnout není zcela jasné a jednoznačné. Důležitá manažerská rozhodnutí se potom nezdálo odehrávají v podmínkách extrémního stresu. Rozhodování je náročné, protože obvykle upřednostnění jednoho znamená opomenutí druhého, a to v situaci, kdy obé je stejně důležité. Může se konkrétně jednat o následující požadavky:

- 1) zajistit dostupnost péče pro všechny, a to i v situaci nedostatku disponibilních zdrojů,
- 2) zajistit rovnováhu mezi potřebou rozvíjet preventivní péči a zároveň financovat kurativu,
- 3) zavádět stále nové technologie versus potřeba alokace dostatku zdrojů do primární péče a podpory zdraví,
- 4) zajistit adekvátní proporce mezi veřejnými a soukromými poskytovateli,
- 5) udržet vzdělanou a kompetentní pracovní sílu, tj. dostatečně podporovat postgraduální vzdělávání a udržet přitom náklady na akceptovatelné úrovni,
- 6) zajistit vliv a participaci pacientů na tom, jakým způsobem jsou jim zdravotnické služby poskytovány a udržet přitom vysokou odbornou kvalitu.

Hodnocení výkonnosti, efektivity a kvality zdravotnických systémů

Srovnání modelů zdravotnických systémů, které existují a fungují v soudobém světě, je tématem řady analytických studií. Dlouhodobě a systematicky se tomuto tématu věnuje WHO. Experti WHO provádějí pravidelně podrobnou analýzu zdravotnických systémů, a to z hlediska celkových nákladů a jejich efektivní alokace, z hlediska objektivních ukazatelů

(např. dostupnost praktických lékařů, úmrtnost dětí do 5 let, přežívání pacientů s určitými diagnózami, ale i zdravotní nerovnosti mezi sociálními skupinami aj. i subjektivních indikátorů, jako je např. „responsiveness“, tj. vstřícnost zdravotnického systému z pohledu pacientů, a pravidelně publikují tzv. World Health Reports. Jedna z nejpodrobnějších a nejvíce citovaných je „Zpráva“ z roku 2000. Tato podrobná a sofistikovaná studie poskytuje údaje o všech zdravotnických systémech v členských zemích WHO a kvalifikovaně je srovnává a hodnotí. V roce 2000 bylo podle WHO jako nejlepší hodnocené francouzské zdravotnictví (WHO, 2000). V Evropské Unii se z pověření Evropské komise (DG Sanco – Directorate General for Health and Consumer Protection) zabývá obdobnou činností švédská konsultační společnost Consumer Powerhouse. Ta v letech 2007–2009 každoročně publikovala tzv. European Health Consumer Index (EHCI), který je výsledkem zevrubného hodnocení zdravotnických systémů v evropských zemích. EHCI je konstruován na základě analýzy dostupných statistik i vlastních šetření, které společnost Consumer Powerhouse provádí v zúčastněných zemích. Hodnocení se týká následujících oblastí: informací a práv pacientů, vybraných výsledků (outcomes), čekacích dob (např. na ortopedické operace, bypass), rozsahu garantovaných služeb a dostupnosti nejmodernějších léků. V roce 2012 se jednalo celkem o 40 indikátorů, za které bylo možné získat maximálně 1000 bodů. Výsledkem je pořadí, tj. benchmarking zúčastněných zemí podle počtu získaných bodů. Ve všech letech, ve kterých zatím hodnocení proběhlo, bylo jako nejlepší hodnocené zdravotnictví v Nizozemsku. České zdravotnictví obsadilo 16–17 pozici a je hodnocené jako průměrné. V zatím posledním hodnocení v roce 2012 obsadila Česká republika 14. místo.

12.2 Zdravotnické systémy ve světě – hlavní modely a jejich charakteristika

Jak jsme uvedli v kapitole 9., uplatní-li se kritérium převažující formy financování (převažujícího zdroje), lze hovořit o třech základních modelech zdravotnických systémů. Ty jsou tradičním předmětem zkoumání a studia v rámci oboru veřejné zdravotnictví. Existuje extenzivní literatura zabývající se výhodami a nevýhodami těchto „modelů“ (u nás např. Štěpán, 1990; Křížová, 1998). Ve skutečnosti nelze explikační potenciál tohoto třídění přeceňovat, jakkoliv jde o významný atribut. Pro chování plátců, poskytovatelů i pacientů jsou důležité i další parametry, které bývají distribuovány mezi zdravotnickými systémy napříč jednotlivými modely. Často můžeme vidět, že k inspiraci jednotlivými konkrétními řešeními v oblasti organizace, financování a řízení zdravotnictví dochází bez ohledu na to, co je převažujícím zdrojem financování.

12.2.1 Zdravotnictví financované z všeobecných daní: Národní zdravotní služba (NHS) a tzv. Semaškovův model státního monopolu

Právě zde můžeme velice dobře pozorovat, že i systémy se stejným financováním se v konečném důsledku mohou chovat zásadně jinak. Odlišnosti souvisí se širšími politickými a ekonomickými podmínkami země, ve které fungují, a významně určují vztahy mezi poskytovateli zdravotní péče a jejími příjemci.

Z výnosu všeobecných daní, resp. ze státního rozpočtu jsou financovány modely dva. Jedná se o model Beveridgův a model Semaškův. Beveridge je ideovým autorem systému sociálního zabezpečení ve Velké Británii včetně zajištění zdravotní péče. Jeho myšlenky byly využity v poválečném období jako základ sociální politiky britských labouristů a byly uplatněny zejména v zákoně o Národní zdravotní službě, který byl přijat v roce 1948, a tím položen základ Národní zdravotní služby (National Health Service/NHS).

Semaškův model státního zdravotnictví fungoval již před druhou světovou válkou v Sovětském svazu. V současné době existuje ve své „čisté“ podobě na Kubě a v některých afrických zemích (Angola, Uganda). Na rozdíl od Beveridgova zdravotnictví v Semaškově modelu, až na výjimky, neexistovaly soukromé zdravotnické služby. Tato skutečnost a nemožnost svobodné volby mezi poskytovateli zdravotní péče tento typ zdravotnictví v očích obyvatel zemí střední a východní Evropy do značné míry zdiskreditovaly. Proto po politických změnách koncem 80. let 20. století docházelo postupně v ČR, na Slovensku, v Maďarsku, Rumunsku, Bulharsku a po rozpadu SSSR nakonec i v Rusku k reformám zdravotnictví, které znamenaly zánik tohoto systému a konec centrálně řízeného státního zdravotnictví v zemích střední a východní Evropy.

NHS ve Velké Británii

Varianty NHS nalezneme v řadě dalších evropských zemí – v Itálii, Portugalsku, Španělsku, Řecku, Irsku, ve Skandinávii – i v řadě vyspělých i méně vyspělých zemí světa – v Austrálii, v Kanadě, na Novém Zélandu, ale také v Kostarice, Mexiku, Malajsii, či v některých rozvojových zemích, například v Botswaně (Fried, Gaydos, 2002).

Britská NHS byla ustanovena zákonem v roce 1948 jako výsledek snahy tehdejší britské vlády řešit nespokojenost obyvatelstva se zdravotnictvím. NHS je považována za britský „národní poklad“ ceněný obyvatelstvem a neustále vylepšovaný reformátory, a to jak ze strany konzervativních vlád, tak ze strany labouristů. Rovný a v momentě spotřeby bezplatný

přístup veškerého obyvatelstva ke zdravotní péči s důrazem na odstraňování nerovností zůstává důležitým strategickým principem, o který se NHS opírá.

Finanční spoluúčast: Existuje, avšak je celkově relativně nízká. Tvoří ji poplatky za recepty, spoluplatba za zubní péči ve výši až 80 % ceny ošetření a některé další platby. Poplatky nejsou vybírány od dětí, nízkopříjmových skupin, těhotných a kojících matek, starých lidí či lidí trpících na některé chronické nemoci. Není taktéž zpoplatněna antikoncepce. Poplatky za recepty nejsou vybírány až od 85 % pacientů.

Soukromé zdravotnické služby: Existují mimo rámec NHS a mají pouze doplňkový charakter. Fungují jako alternativa NHS například v případě dlouhých čekacích dob na některé výkony, eventuálně jako možnost většího komfortu pro bohatší pacienty. Z celkových výdajů na zdravotnictví tvoří výdaje v soukromém sektoru okolo 15–18 %. Jejich zdrojem je z velké části soukromé zdravotní pojištění, které se týká téměř výhradně vyšších socioekonomických vrstev obyvatelstva. (Dixon, Mossialos, 2002)

Celkové náklady: Z veřejných rozpočtů se tak hradí celkem okolo 83 % nákladů NHS. (Dixon, Mossialos, 2002) Menší část prostředků pochází z přímých plateb a spoluplateb (za léky a zubní péči). Celkové výdaje na zdravotní péči ve Velké Británii jsou dlouhodobě stabilní a ve srovnání s podobně vyspělými zeměmi (Německo nebo Francie) je podíl HDP investovaný do zdravotnictví nižší. V devadesátých letech nepřesahovaly výdaje 7 % HDP. V posledních letech došlo ke zřetelnému nárůstu a v roce 2009 dosáhly výdaje až 9,8 % HDP (OECD, 2011). Přesto britská NHS stále patří dlouhodobě ke zdravotnickým systémům s relativně nižšími výdaji.

Struktura péče, organizace a řízení

NHS je vlastně tvořena čtyřmi samostatnými a nezávislými národními službami, které fungují ve Spojeném Království: NHS (týká se pouze Anglie), NHS Scotland, NHS Wales a Zdravotní a sociální péče v Severním Irsku/Health and Social Care in Northern Ireland. Zásadní dokumenty přijímají všechny čtyři zemské NHS konsensuálně, politicky jsou však za jejich naplňování zodpovědné zemské vlády. Velké pravomoci jsou přenechávány místním samosprávám. Všichni občané však mají volný přístup ke zdravotní péči kdekoli na území celého Království, vzájemné pohledávky si pak vyrovnávají jednotlivé NHS mezi sebou navzájem.

Důležitým prvkem NHS je její *odborné řízení*. Působí zde tzv. Heads of Professions, tj. vedoucí představitelé jednotlivých profesně definovaných oblastí zdravotní péče: lékařské

péče, nelékařské zdravotní péče, zubní péče, farmacie, sociálně-zdravotní péče a vědy a výzkumu. Rada Departmentu odpovídá za strategický rozvoj systému zdravotní a sociální péče, za kvalitu formulování jednotlivých politik, za tvorbu standardů kvality zdravotní a sociální péče a za krizové řízení.

Po posledních reformách (konec 90. let, počátek tisíciletí) tvoří NHS dva relativně nezávislé a samosprávné integrované segmenty:

- **primární péče,**
- **sekundární péče.**

Primární péče a nemocniční služby jsou zcela oddělené. Specializované ambulantní služby v terénu neexistují, jsou poskytovány v ambulantních částech nemocnic, tzv. out-patient clinics. Základním trendem v NHS je rostoucí integrace a provázanost jednotlivých typů péče, a to zejména rozvinutím a posilováním funkce tzv. **NHS trustů**. Trusty jsou retězce, do kterých jsou průběžně sdružováni poskytovatelé primární i sekundární zdravotní péče na celém území. Cílem je přenesení rozhodovacích pravomocí z centra NHS na správní rady trustů, případně i na místní samosprávu a na přiblížení služeb potřebám veřejnosti. (Hyde, Cooper, 2001). Existuje několik typů trustů.

Primární péče – Primary Care Trusts (PCTs)

PCTs jsou integrovaná sdružení poskytovatelů primární péče na určitém území, které mají rozhodující roli v NHS. Existuje okolo 152 PCTs, které hospodaří přibližně s 80 % celkového rozpočtu na zdravotnictví. Sdružují 29 000 lékařů a 18 000 dentistů. Tento model je založen na přesvědčení, že praktičtí lékaři mohou lépe a kvalifikovaněji posoudit, kteří poskytovatelé poskytnou kvalitní a ekonomicky efektivní zdravotní péči jejich pacientům.

PCTs poskytující primární zdravotní péči v rámci svého území jsou tvořeny:

- Praktickými lékaři /General Practitioners(GP's),
- Zubními lékaři,
- Farmaceuty,
- Optometristy a optiky.

Primární péče je hrazena formou kapitace, tj. paušálním poplatkem za každého zaregistrovaného pacienta v kombinaci s výkonovými platbami. Pacienti jsou registrováni podle místa svého bydliště a nemají volný přístup ke specializované péči. Ta je možná pouze

na základě doporučení praktického lékaře, jehož ordinace je místem prvního kontaktu. Praktičtí lékaři tudíž fungují jako tzv. „vrátní“ (gate-keepers), tedy rozhodují o čerpání specializované zdravotní péče.

Praktičtí lékaři: Jejich klíčová role v rámci PCTs zůstává zachována. Mohou vytvářet týmy komunitní péče, které mají pravomoc zajišťovat veškerou zdravotní a sociální péči o místní obyvatelstvo. Výsledkem je, že zejména seniorům a lidem s postižením je zajištěna dostatečná kontinuita služeb a zachována možnost zůstat co nejdéle v domácím prostředí, tj. v komunitě. Vedle trustů primární péče k tomu přispívají i pečovatelské trusty – viz dále.

Sekundární péče

V této oblasti došlo také ke koncentraci poskytovatelů péče cestou vzniku trustů (neboli řetězců). Existuje několik typů trustů, které se specializují na určité specifické druhy sekundární péče:

- akutní trusty,
- trusty duševního zdraví,
- ambulantní trusty,
- pečovatelské trusty.

Nemocnice: Jsou sdruženy do nemocničních (acute) trustů, v jejichž rámci mohou být efektivně zajišťovány komplexní služby, ambulantní i lůžková péče. Jsou převážně veřejné. Poskytují sekundární i vysoce specializovanou péči, kterou s nimi nasmlouvají PCTs, jež jsou zodpovědné za zajištění všech služeb a jejich provázanost. Smlouvy se týkají objemu péče i výše úhrady. V Anglii je v trustech sdruženo okolo 1 600 nemocnic, které patří NHS. Jednotlivé trusty provozují 2–8 různých nemocnic.

Přednosti a slabé stránky NHS

K největším přednostem NHS patří bezesporu všeobecná dostupnost zdravotní péče, která je závislá na klinické potřebě, nikoli na schopnosti člověka platit. Velký důraz je položen na rovnost a spravedlnost v distribuci zdravotnických služeb. Nízká je i finanční spoluúčast pacientů. Přitom NHS patří mezi relativně úsporné zdravotnické systémy. Ke slabým stránkám britské NHS patří dlouhé čekací doby na dražší a náročnější procedury, pokud nemají akutní charakter. Pohybují se v rozmezí několika měsíců až dvou let. Dlouhodobě je problémem například čekací doba na operaci kyčelního kloubu. Čekat se musí také na některé diagnostické výkony (magnetická rezonance, počítačová tomografie, sonografická vyšetření

apod.), a to v řádu několika týdnů až měsíců. V posledním desetiletí došlo v Anglii k průlomovému, avšak velmi diskutovanému opatření, podle kterého lze v některých případech zajistit nedostatkové výkony v soukromém sektoru, a to na účet NHS (Sylvester, 2000).

12.2.2 Zdravotnictví financované z veřejného zdravotního pojištění – bismarckovský model

Veřejné zdravotní pojištění můžeme najít například v Německu, Rakousku, Švýcarsku, Francii, Nizozemí, Belgii, Lucembursku, ČR, Slovensku, Maďarsku, Polsku i jinde.

Zdravotnictví v Německu

Německo je historicky první zemí, která již koncem 19. století zavedla v rámci komplexního sociálního zabezpečení povinné zdravotní pojištění pro velkou část populace. Systém funguje na principu solidarity, což v praxi znamená, že občané platí zdravotní pojištění podle svých možností, tj. jako určité procento ze svého příjmu, a čerpají zdravotní péči podle svých potřeb (tj. vždy když zdravotní péči objektivně potřebují). Systém se od té doby průběžně vyvíjí a rozšiřuje, jeho základní principy však zůstávají zachovány. V současném Německu existuje veřejné zdravotní pojištění, které není povinné pro všechny, rozhodující je výška příjmu. Povinné veřejné zdravotní pojištění se vztahuje na občany, jejichž příjem nepřesahuje 48 000 EUR za rok (2011). Zbytek populace, tj. ti, kteří mají příjem přesahující stanovenou hranici, mají možnost si vybrat mezi dobrovolným setrváním ve veřejném systému nebo si zajistit soukromé zdravotní pojištění. Tuto možnost mají také podnikatelé, kteří až do roku 2007 nemuseli být zdravotně pojištěni. Dlouhodobě asi 10 % populace volí soukromé zdravotní pojištění, jedná se většinou o podnikatele. Ostatní se účastní veřejného zdravotního pojištění. Lidé s příjmem nižším než činí ekvivalent 630 EUR měsíčně nemusí platit zdravotní pojištění ze svého příjmu; v jejich případě přispívá do fondu pouze zaměstnavatel. V případě nezaměstnaných a důchodců plní roli zaměstnavatele jejich penzijní fond a fond nezaměstnanosti, tj. stát. Výše pojistného u veřejnoprávních pojišťoven není dána zákonem a může se proto u různých pojišťoven lišit. Celoněmecký průměr činí 15 %. Zdravotní pojištění se vztahuje i na rodinné příslušníky, pokud jejich příjem nepřesáhne 400 EUR měsíčně.

Pojistné platí zaměstnanci i zaměstnavatelé rovným dílem, je patrná tendence zvyšovat příspěvek zaměstnavatelů. V roce 1994 bylo zavedeno povinné pojištění na sociálně-zdravotní

péči, které činí 1, 7 % příjmu (50 % hradí zaměstnanec, 50 % zaměstnavatel). Z tohoto pojištění je hrazena dlouhodobá ošetrovatelská a rehabilitační péče, včetně pečovatelských služeb. Povinnost přispívat do tohoto fondu se týká všech, včetně nejbohatší části populace. Do kompetence zdravotních pojišťoven patří také nemocenské pojištění a mateřské dávky.

Veřejnoprávní zdravotní pojišťovny (v současné době cca 240)

Veřejnoprávní pojišťovny mohou být buď odvětvové, tj. pojišťují zaměstnance určitého odvětví národního hospodářství, nebo podnikové, případně regionální. Pacienti s povinným pojištěním doplácí v hotovosti pouze menší poplatky, jejichž celková výše za rok nesmí přesáhnout 2 % hrubého příjmu, což je tzv. „hranice zatížení“. U chronicky nemocných a důchodců je hranice zatížení snížena na 1 % hrubého příjmu. Jsou také zvýhodněny rodiny s dětmi.

Ambulantní sektor: Ambulantní lékaři, podobně jako u nás, mají své nezávislé soukromé praxe. Pokud chtějí léčit pacienty, spadající do sféry všeobecného zdravotní pojištění, jsou ze zákona povinni se sdružovat do regionálních a zemských asociací (spolků) pokladenských lékařů. Tyto organizace mají povinnost zajistit, aby ambulantní zdravotní péče byla dostupná všem pacientům. Zdravotní pojišťovny hradí náklady ambulantním lékařům platbou za výkon.

Veřejné nemocnice v Německu jsou financovány ze dvou zdrojů. Provozní náklady jsou hrazeny z fondu nemocenského pojištění, zatímco investiční výdaje jdou ze státního rozpočtu. Několik posledních let je při úhradách nemocniční péče používán německý model DRG. Hospodárnost nemocnic je přísně sledována.

Přednosti a slabé stránky německého zdravotnictví

K přednostem nepochybně patří všeobecná dostupnost zdravotní péče a fakt, že téměř celá populace má zajištěné široké spektrum kvalitní zdravotní péče. Systém spoluúčasti je dobře propracovaný a sociálně citlivý. Zdravotní stav populace je velmi dobrý, střední délka života patří k nadprůměrným a dále se prodlužuje. Významnější nerovnosti v dostupnosti zdravotní péče neexistují, a to i přesto, že Německo patří k zemím s největším podílem imigrantů v EU (cca 9 %). Německý zdravotnický systém je administrativně velmi složitý, což lze částečně vysvětlit vysokým počtem zdravotních pojišťoven. I když je regulativní funkce státu významná, je ponecháno velké pole působnosti pro vyjednávání mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Vyjednávání mezi poskytovateli a plátcí péče je často složité a náročné. Z hlediska celkových nákladů patří německé zdravotnictví v evropském kontextu dlouhodobě k těm nejnákladnějším. Velký počet zdravotních pojišťoven a široce pojatá

svobodná volba poskytovatelů i zdravotních pojišťoven svým dílem vysokou cenu péče ovlivňují. Nicméně, investované prostředky přinášejí efekt. V rámci hodnocení zdravotnictví podle Evropského indexu zdravotnictví podle EHCI patří německé zdravotnictví dlouhodobě k těm, které i přes určité zhoršení v roce 2012 dosahují nadprůměrné výsledky (EHCI, 2014).

12.2.3 Liberální model, resp. zdravotnictví s rozhodujícím podílem soukromého zdravotního pojištění

Zdravotnictví v USA

Spojené státy americké jsou jednou z mála rozvinutých zemí, které dosud nemají zavedený zdravotnický systém garantující nezbytnou zdravotní péči pro celou populaci. Současné americké zdravotnictví představuje osobitou směs soukromého pojištění a financování zdravotní péče z veřejných zdrojů, a to jednak z federálních daní, jednak z daní jednotlivých států Unie prostřednictvím veřejných programů *Medicare*, *Medicaid*, *Childrens Health Insurance Program* a *Veterans Health Administration*. Poslední ze jmenovaných programů představuje nejrozsáhlejší integrovaný zdravotní program v USA. V rámci zmíněných programů je financována více než polovina veškeré zdravotní péče v USA.

Financování zdravotnictví

Spojené státy dosahují dlouhodobě nejvyšší výdaje na zdravotnictví na světě. Podíl HDP investovaný do zdravotnictví dlouhodobě činí 15–17 % (OECD, 2014b).

Soukromé zdravotní pojištění

Větší část ekonomicky aktivních obyvatel USA (okolo dvou třetin) je pojištěna u soukromých zdravotních pojišťoven. Z toho 70–80 % pojištěnců není pojištěno individuálně, ale jako skupina zaměstnanců určitého podniku, a to prostřednictvím zaměstnavatele. Většina amerických zaměstnavatelských organizací platí jako součást svých sociálních programů zdravotní pojištění pro své zaměstnance a jejich rodinné příslušníky. Činí tak i přesto, že tuto povinnost jim žádný federální zákon neukládá. Pojištění sjednávají u soukromých zdravotních pojišťoven, kterých je v celé zemi o něco více než tisíc.

Nepojištěná populace

Největším problémem zdravotnického systému USA je skutečnost, že významná část amerických občanů dlouhodobě nemá zajištěné žádné zdravotní pojištění. Je znepokojivé, že

tato skupina se v posledních letech ještě rozšířila. V současné době je to až 50 milionů lidí, což reprezentuje více než 16 % všech Američanů, kteří ještě nedosáhli důchodového věku 66 let.

Státní zdravotnické programy

MEDICARE: Vznik tohoto programu je spojen se jmény amerických prezidentů Kennedyho a Johnsona, kteří se přičinili o jeho zavedení v šedesátých letech dvacátého století. V průběhu let byl neustále upravován a rozšiřován až do dnešní podoby, kdy představuje program financování a jednotného přístupu ke zdravotní péči pro všechny občany USA starší 65 let a pro definované skupiny chronicky nemocných a tělesně postižených. Program MEDICARE je řízen na federální úrovni a je rovněž financován převážně z federálních daní. Znamená to, že ve všech státech Unie jsou podmínky zařaditelnosti i rozsah krytí zdravotní péče v tomto programu shodné. MEDICARE představuje významnou položku amerického státního rozpočtu. V posledním desetiletí jeho výdaje rostou výrazně rychleji než příjmy. MEDICARE je americkými občany velmi oceňován. Je vnímán jako jeden z pilířů sociálních jistot garantovaných státem.

MEDICAID: Tento program částečně financuje péči o chudé občany, avšak prostředky, kterými disponuje, nestačí ani na krytí poloviny skutečných nákladů na zdravotní péči o tuto část populace. MEDICAID zahrnuje neodkladnou akutní i dlouhodobou péči a některé preventivní služby (zejména očkování). Je financován jak z federálních daní, tak z daní jednotlivých států Unie. Na území celých Spojených států je určujícím kritériem pro zařazení do programu příjem nižší, než je životní minimum, které je zde označované jako „hranice bídy/chudoby“ (poverty line). Pro představu uvádíme, že hranice bídy pro čtyřčlennou rodinu představovala v roce 2012 roční příjem 23 492 dolarů. V současné době žije v USA okolo 15 % obyvatel s příjmem pod hranicí bídy. Jednotlivé státy USA však v závislosti na výši svých daňových příjmů zvyšují úroveň příjmu pro zařaditelnost do programu MEDICAID až na dvojnásobek, a to v zájmu snížení počtu lidí, kteří nemají zajištěnou zdravotní péči.

Children's Health Insurance Program: tento program byl zaveden z iniciativy senátora Edwarda Kennedyho a za významné podpory Hillary Clinton v době, kdy byla první dámou USA. Jedná se o federální program, ze kterého se hradí zdravotní péče pro těhotné a děti z rodin, jejichž příjem přesahuje zařaditelnost do programu MEDICAID, zároveň však tyto rodiny nemají zdravotní pojištění. Jejich příjem nesmí přesahovat 200 % federální hranice bídy. Program funguje od roku 1997, mezi státy však existují významné rozdíly v zařaditelnosti a „štědrosti“. Současný prezident Barack Obama se zasadil o významné

rozšíření tohoto programu, na který mají nyní nárok i děti legálních imigrantů, a to bez čekací doby.

Neodkladná péče: Koncem 80. let 20. století byla přijata legislativa, která na federální úrovni řeší poskytování neodkladné péče. Byl přijat zákon „Emergency Medical Treatment and Active Labor Act“ (EMTALA), podle něhož každé osobě, která se na území Spojených států ocitne v bezprostředním ohrožení života, musí být poskytnuta potřebná zdravotní péče. Povinnost poskytnout neodkladnou péči se vztahuje na všechna zdravotnická zařízení i na všechny zdravotníky, kteří přijdou s takto zdravotně ohroženou osobou do styku. Platí to tedy i pro situace, kdy např. chudý a na první pohled nesolventní pacient v ohrožení života je dopraven do nejbližší soukromé nemocnice poskytující péči bohaté klientele. Ani v tomto případě nemocnice nemůže pacienta ohroženého na životě odmítnout. Zákon vyžaduje, aby zdravotní stav ohrožené osoby byl „stabilizován“ a až poté je možné pacienta převézt do veřejné nemocnice, která péči o něj převezme. Neodkladná péče není bezplatná. Lidé, kteří jsou nepojištěni a nejsou sto péči uhradit zůstávají často dlužníky zdravotnických zařízení. Je také skutečností, že neodkladná péče funguje v praxi často jako substitute standardní primární péče pro chudé nepojištěné občany. Není výjimkou, že lékaři pracující v „Emergency Units“ pomáhají těmto pacientům tím, že vykazují i běžnou péči jako neodkladnou, aby je ochránili před existenčními problémy.

Řízená péče – *managed care*: V průběhu posledních dvaceti až třiceti let probíhal v USA proces sdružování a určité centralizace zdravotnických služeb. Poskytovatelé (zdravotnická zařízení) a plátcí těchto služeb (zdravotní pojišťovny) se sdružují do tzv. Health Maintenance Organizations (HMO's) – organizací řízené péče, které představují svéráznou americkou podobu integrace zdravotnických služeb, a to při zachování jejich soukromého charakteru. Rozhodující řídicí roli v HMO's mají zdravotní pojišťovny. HMO's poskytují léčebnou péči těm občanům, kteří se u nich zaregistrují, a zaregistrovaní občané se zavazují čerpat péči pouze u těchto organizací. Za toto omezení je obvykle poskytována výhodnější sazba pojistného než u běžných pojišťoven. HMO's se zaměřují na úsporu nákladů, snaží se podporovat více prevenci a šetřit prostředky účelnější administrativou. V 90. letech byly velmi aktivní v zavádění programů zajišťování a zvyšování kvality zdravotní péče ve svých zařízeních, které považují za cestu ke zvyšování efektivity zdravotní péče.

Silné a slabé stránky zdravotnictví v USA

Spojené státy americké mají v porovnání s většinou vyspělých zemí svým způsobem unikátní zdravotnický systém, jehož fungování je ve vysoké míře založeno na soukromém sektoru, a to

jak z hlediska financování, tak i poskytování zdravotní péče. Veřejný sektor však nehraje zanedbatelnou roli – zajišťuje péči o starší, nemohoucí a chudé občany a také o vojáky, válečné veterány a jejich rodiny, což reprezentuje více než polovinu veškeré péče. Veřejné výdaje na zdravotnictví jsou vyšší než celkové výdaje na zdravotnictví v mnoha státech OECD (OECD, 2014b).

Zdravotnictví v USA je flexibilní, schopné velice rychle reagovat na změnu preferencí spotřebitelů, požadavky plátců péče i vládní regulace. Je rovněž charakteristické dostupností nejnovějších medicínských technologií pro pojištěnou část populace. Na druhé straně však více než 16 % Američanů nemá zdravotní pojištění, a tudíž ani dostatečný přístup ke zdravotní péči. Zcela decentralizované a na platbách řady plátců závislé zdravotnictví neumožňuje dostatečnou kontrolu výdajů. Také velmi široké spektrum různých poskytovatelů, a to jak z hlediska vlastnictví, tak i z hlediska kvality péče, je nepřehledné. Systém spoléhá na konkurenci v oblasti pojištění a poskytování služeb jako nástroje pro zvýšení efektivity.

Zdá se však, že vysoké náklady na zdravotnictví nepřinášejí odpovídající výsledky. Američané jako celek nedostávají takovou zdravotní péči, aby to odpovídalo tomu, kolik za ni platí. K nejpádňejším argumentům patří vývoj zdravotního stavu, který neodpovídá vynaloženým zdrojům. V roce 2011 byla očekávaná délka života Američanů významně nižší než ve vyspělých zemích EU. USA osadily až 34. pozici v rámci celosvětového srovnávání s hodnotou 78,4 pro obě pohlaví. Kojenecká úmrtnost je vyšší než na Kubě a dosáhla v roce 2011 6 promile. Přes vysoké náklady americké zdravotnictví nezajišťuje dostupnost zdravotní péče pro celou populaci, a to ani péče základní. Nepojištění občané tvořili skupinu čítající v roce 2011 až 50 milionů obyvatel. Existují výrazné nerovnosti v distribuci zdravotnických služeb podle příjmu. Nicméně, i přes oprávněnou kritiku dosahuje americké zdravotnictví v některých medicínských oborech i v oblasti klinického výzkumu špičkové úrovně. Také systém zajišťování kvality poskytované péče je zde velmi propracovaný. Řada mezinárodních iniciativ, zaměřených na kvalitu zdravotní péče, má svůj původ v USA (např. systém akreditace nemocnic, který zajišťuje Joint Commission International). Z pohledu lékařů bývá k přednostem amerického zdravotnictví počítán fakt, že američtí lékaři patří k nejlépe placeným lékařům na světě (Laugesen, Glied, 2011).

Reforma Prezidenta Baracka Obamy

Prezidentu Baracku Obamovi se podařilo dosáhnout přijetí zákona o ochraně pacienta a dostupné péči 2010 (Affordable Care Act), který představuje zásadní a komplexní změnu fungování dosavadního systému. Klíčovým reformním krokem je zavedení povinnosti být

pojištěn na zdravotní péči, a to dokonce s možností uplatnění sankcí, pokud někdo tuto povinnost nesplní. Aby tato možnost byla reálná, a tudíž všichni Američané měli možnost zdravotní pojištění získat, stát vybuduje státní zdravotní pojišťovnu, která bude fungovat jako alternativa soukromým zdravotním pojišťovnám. Dále by mělo dojít k rozšíření programů MEDICARE a MEDICAID a k posílení role zaměstnavatelů. Oproti předchozímu stavu bude zvýšena ochrana práv pacientů/pojištěnců, dojde k širšímu zapojení informačních technologií a ke zjednodušení stávající administrativy. Není bez významu, že by měla být rovněž větší podpora preventivní péče.

V daném okamžiku však není možné uzavřít, že zdravotnická reforma je definitivně implementovaná a zásadní rozpory vyřešeny. Zákon o ochraně pacienta a dostupné péči byl ve Sněmovně reprezentantů schválen bez jediného hlasu republikánů. Ti ihned po jeho schválení zahájili opoziční kampaň o jeho zrušení či změnu. Zmíněný zákon byl právníky ve více než 20 státech Unie napaden u Nejvyššího soudu USA jako neústavní. Hlavním sporným bodem je zavedení „povinného“ zdravotního pojištění. Podle názorů republikánů a jejich právníků je tento prvek v rozporu s Ústavou Spojených států, a tudíž v rozporu s americkým pojetím svobody. Nejvyšší soud USA sice Obamovu reformu v červnu 2012 schválil a od roku 2014 je v USA zavedeno povinné zdravotní pojištění. Do budoucna však není jisté, zda republikánská strana tento v amerických podmínkách „kontroverzní“ zákon, nezruší či podstatně nezmění, pokud by k tomu měla příležitost.

12.2.4 Zdravotnictví v Nizozemsku

Nizozemské zdravotnictví patří k nejlepším na světě. Jedná se o model zdravotnictví bismarckovského typu, který byl v Nizozemí zaveden v době německé okupace za druhé světové války. Podle Evropského indexu zdravotnického spotřebitele (EHCI, 2015) je nizozemské zdravotnictví opakovaně hodnocené jako nejlepší ze všech posuzovaných států. Lze se domnívat, že k tomuto úspěchu přispěla i dlouho připravovaná reforma zdravotnictví, završena v roce 2006. Reforma přinesla řadu podstatných změn ve zdravotním pojištění i ve fungování zdravotnictví.

Stručná historie

Podobně jako v Německu, byl původní systém povinného veřejného zdravotního pojištění určen především pro obyvatele s nižšími a středními příjmy, pro něž byla účast v systému povinná. Zdravotní pojištění upravoval zákon o zdravotním pojištění (tzv. Ziekenfondswet).

Pro účast ve veřejném systému byla stanovena hranice příjmu²³. Občanům s příjmem přesahujícím tuto hranici pak bylo určeno soukromé zdravotní pojištění, které mělo smluvní charakter. Rostoucí náklady na zdravotní péči vedly již v letech 1966-1968 k historicky první větší reformě zdravotnictví. Od té doby se zdrojem financování nizozemského zdravotnictví staly tři pojistné pilíře, přetrvávající dodnes (viz dále). Nejvýznamnějším opatřením reformy v šedesátých letech byl vznik zvláštního fondu pro zajištění finančně náročné zdravotní péči. Fond byl ustanoven zvláštním zákonem o výjimečně nákladné zdravotní péči (AWBZ - The Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten), který slouží k financování dlouhodobé péče pro zdravotně postižené a k úhradě nákladů na hospitalizaci trvající déle než jeden rok. Občané starší 18 let včetně důchodců a cizinců s dlouhodobým pobytem, pak v závislosti na věku, příjmu a rodinné situace (počet vyživovaných dětí) do tohoto fondu přímo či nepřímo, tj. prostřednictvím svých zaměstnavatelů, povinně přispívají. Příspěvek má stanovený strop (Wynand, Schutt, 2008; Schäfer, 2009). Fond pro krytí výjimečně nákladné zdravotní péče je jedním z pilířů národního zdravotního pojištění a prostředky z něj jsou přerozdělovány mezi zdravotními pojišťovnami podle struktury a nákladnosti klientů. Třetí finanční pilíř nizozemského zdravotnictví tvoří doplňkové a zcela dobrovolné soukromé zdravotní pojištění, týkající se služeb, které ve dvou výše zmíněných pojistných plánech nejsou zahrnuty.

Reforma v roce 2006 a její příčiny

Reforma zdravotnictví vyvrcholila v roce 2006 přijetím nového klíčového zákona o národním zdravotním pojištění, který nahradil dosavadní zákon o zdravotním pojištění. Nový zákon byl výsledkem politického konsensu, kdy vládnoucí politické strany vesměs akceptovaly požadavky a připomínky politické opozice.

Uvádíme přehled důvodů reformy tak, jak se objevují v dostupné literatuře (Wynand, Schutt, 2008; Schäfer, 2009; Maarse, 2009; Mosca, 2012):

- 1) Existence dvoukolejného systému soukromého zdravotního pojištění pro bohaté a veřejného zdravotního pojištění pro ostatní, který byl v konfliktu s legislativou EU a vedl ke zdravotním nerovnostem
- 2) Průběžné zvyšování pojistného ve veřejném systému způsobující nárůst počtu nepojištěných osob

²³Před reformou v roce 2004 činila tato hranice €32 600

- 3) Nízká ekonomická efektivita při rostoucích nákladech
- 4) Relativně dlouhé čekací doby
- 5) Přílišná regulace poskytovatelů zdravotní péče zvyšující čekací doby, malý ohled na zájmy pacientů
- 6) Příliš velký podíl zaměstnavatelů na zdravotním pojištění vnímaný jako riziko pro národní ekonomiku
- 7) Nedostatek povědomí o ceně zdravotní péče u pacientů a nízká spoluúčast
- 8) Téměř žádné pobídky pro zdravotní pojišťovny, aby se chovaly efektivně a sledovaly kvalitu;
- 9) Existence malých lokálních pojišťoven se špatným portfoliem klientů a následně významné rozdíly ve výši pojistného mezi regiony; znevýhodnění hustě osídlených městských oblastí s vysokým počtem sociálně deprivovaných obyvatel
- 10) Omezená možnost volby a změny pojišťovny ve veřejném systému.

Nová legislativa přinesla řadu podstatných změn. K těm nejdůležitějším patří:

- zavedení jednotného standardu zdravotní péče pro všechny občany
- vyřazení stomatologické a fyzioterapeutické péče s výjimkou dětí z úhrady
- dohoda s farmaceutickými firmami o poklesu cen generických léčiv
- zavedení práva svobodně si zvolit zdravotní pojišťovnu a změnit ji jedenkrát ročně
- posílení pozice pojišťoven ve vztahu ke zdravotnickým zařízením, dohoda s nemocnicemi o zvýšení výkonnosti, tj. ošetřit více pacientů za stejné peníze
- zavedení finanční kompenzace pro lidi s nízkými příjmy.

K úspěšné realizaci reformy velmi přispělo, že jednotlivé kroky byly pečlivě, racionálně a systematicky naplánovány. Rozhodujícím krokem bylo zavedení *základního zdravotní pojištění* povinného pro všechny občany bez rozdílu příjmu. Až na nové výluky (viz výše) je rozsah péče shodný s rozsahem péče před reformou. Zásadní změnou však je, že žádní občané nesmí být nyní odmítnuti a nesmí jím být vyměřeno vyšší pojistné²⁴. Bylo zavedeno nové schéma pro úhradu základního zdravotního pojištění, tzv. *nominální pojistné*. Je to

²⁴ Před reformou se stávalo, že dlouhodobě nebo vážně nemocní lidé platili vyšší pojistné a/nebo, v horším případě, je žádná z pojišťoven nepojistila.

měsíční částka, kterou všichni občané/pojištěnci odvádí zvolené zdravotní pojišťovně. Jeho výše závisí na tom jaký pojistný plán si pojištěnec se zdravotní pojišťovnou (soukromou nebo veřejnou) dohodne a také na marži, kterou si každá pojišťovna k základnímu pojištění přidává na své provozní a administrativní výdaje. Měsíčně činí základní pojistné cca 150 EUR (2013). Rozdíl ve výši pojistného mezi jednotlivými pojišťovnami se pohybuje přibližně na úrovni 5% pojistného (Wynand, Schutt, 2008; Roubal, 2012). Kontrakt pojištěnce a zdravotní pojišťovny má charakter soukromoprávního vztahu a uzavírá se na jeden rok. Pojištěnec může po roce změnit kontrakt i pojišťovnu. Každý občan i cizinec s dlouhodobým pobytem, je povinen si základní zdravotní pojištění zajistit, pouze za děti do 18 let platí základní zdravotní pojištění stát. Pokud občan tak neučiní, zůstává nepojištěným a je sankcionován. K sankcím například patří, že zdravotní pojištění musí být doplaceno ve výši 130 % nominálního pojištění, a to zpětně za dobu pěti let. Za nepojištěné občany zdravotní péči nikdo nehradí, a tak v případě nemoci má dlužník další pohledávky u zdravotnických zařízení.

Nad rámec základního zdravotního pojištění hrazeného přímo občany odvádí další příspěvek zaměstnavatelé. Ten činí 6,5 % hrubého příjmu zaměstnance. Zaměstnanci sami již ze svého platu nepřispívají, nicméně z pojistného zaplaceného zaměstnavatelem odvádí daň. Důchodci a osoby samostatně výdělečně činné platí vedle základního zdravotního pojištění dalších 4,4 % ze svého příjmu.

V současnosti je v Nizozemsku okolo třiceti zdravotních pojišťoven, které jsou dílem veřejné, dílem soukromé. Na jejich činnost dohlíží *Státní úřad pro dohled nad zdravotním pojištěním*, který funguje jako regulátor zdravotního pojištění. Mimo základní zdravotní pojištění poskytují pojišťovny nadále *doplňkové soukromé zdravotní pojištění*. Jedná se o smluvní pojištění, které není zákonem regulováno.

Lze shrnout, že celkově v Nizozemí je financování veškeré standardní péče krátkodobého charakteru (tj. bez dlouhodobé péče) z padesáti procent hrazeno zaměstnavateli a čtyřicet pět procent tvoří příspěvky od pojištěnců. Zbýlých pět procent tvoří částka, která je hrazena ze státního rozpočtu za děti do 18 let. Sociálně znevýhodnění a chudí lidé mají možnost požádat příslušné orgány o finanční příspěvek na hrazení povinného základního pojištění.

Přínosy a důsledky reformy

Z pohledu pacientů je nejdůležitější zavedení jednotného schématu pro úhradu základního zdravotního pojištění. Novým liberalizačním prvkem je fakt, že zdravotní pojišťovny mohou v regulovaném prostředí do jisté míry soupeřit o klienty. Hlavním nástrojem tohoto boje je

výše nominálního pojistného, konkrétně ta jeho částka, která představuje marži na administrativu a provoz pojišťovny, jejíž výše je v režii pojišťovny. Došlo také ke změně ve vztahu mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče, který je mnohem volnější. Stát omezil své možnosti ovlivňovat cenu péče a pojišťovnám bylo umožněno selektivně nasmlouvat poskytovatele a individuálně dojednat ceny vybraných nemocničních výkonů. U části nemocničních výkonů existuje volná cenotvorba (Roubal, 2012). K pozitivním důsledkům reformy nepochybně patří, že se významně zlepšila dostupnost zdravotní péče. Celá populace, včetně cizinců, kteří v Nizozemí žijí nebo pracují, má dnes zajištěnou zdravotní péči. K dispozici jsou prokazatelně lepší informace o kvalitě péče. Finanční dostupnost měřena podílem přímých soukromých výdajů, které obyvatelé platí při čerpání zdravotní péče, patří k nejnižším v zemích OECD a činí okolo 7% celkových výdajů. Čekací doby se oproti roku 2000 zkrátily a jsou kratší než je akceptovatelný standard (Mosca, 2013). Nechtěným a neočekávaným důsledkem reformy je významný nárůst nákladů, který způsobil, že Nizozemí dnes má druhé nejdražší zdravotnictví v zemích OECD. Náklady činily v roce 2012 cca 12 % HDP (OECD, 2014b). Příčina tohoto vývoje tkví v nárůstu spotřeby péče. Celkový nárůst činil v letech 2000 – 2010 okolo šesti procent (Evropská Komise, 2012). Finanční náklady nizozemského zdravotnictví tak vyvolávají veřejnou i mediální diskusi o udržitelnosti stávajícího stavu (Mosca, 2013). Diskutuje se o tom, že přes možnost pojišťoven regulovat náklady poskytovatelů, nemají zdravotní pojišťovny vůči poskytovatelům stále dostatečné nástroje, aby mohly jejich náklady efektivně regulovat. Přičítá se to skutečnosti, že u nemocniční péče se mnohdy jedná o lokální monopol, který vytváří pro danou nemocnici výhodnou vyjednávací pozici.

Závěr

Lze shrnout, že i přes uvedené ekonomické důsledky je reforma zdravotnictví v Nizozemí hodnocena jako úspěšná. Došlo ke zlepšení dostupnosti péče a omezení sociálních nerovností. Zkrátily se čekací doby a pacienti mají více svobodné volby. Kvalita zdravotní péče se stala součástí agendy zdravotních pojišťoven. Tato pozitiva však byla dosažena za cenu zvýšení nákladů.

SHRNUTÍ

Studium zdravotnických systémů, jejich organizace a řízení je důležitou součástí oboru, který je znám pod českým názvem veřejné zdravotnictví. Veřejné zdravotnictví je multidisciplinární

vědecký obor, který má svoji teoretickou základnu i praktickou aplikaci. Jeho podstata spočívá v tvorbě a realizaci státní zdravotní politiky, v závislosti na zdravotním stavu populace a širších sociálně-ekonomických podmínkách života lidí v dané zemi. Základním rámcem zdravotní politiky je pak role státu a míra státní ingerence ve zdravotní péči. Orientace v tom, jak jsou organizovány a jak fungují zdravotnické systémy v různých zemích je součástí profesionální výbavy odborníka na zdravotní politiku. Základními dimenzemi, které je při tom dobré brát v úvahu je způsob financování, dostupnost zdravotní péče občanům, použité nástroje regulace nabídky i poptávky, vlastnická struktura a postavení poskytovatelů péče, nákladovost, kvalita péče a ve finále také zdravotní stav populace té které země.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- RICE, Thomas et al. United States of America: Health system review. *Health systems in transition*. 2013, roč. 15, č. 3, s. 1-431. ISSN: 1817-6127. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf?ua=1
- RICE, Thomas et al. The United States Health System: Transition towards Universal Coverage. *Eurohealth*. 2013, roč. 19, č. 3, s. 41-43. ISSN: 1356-1030. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/216843/Eurohealth_v19-n3.pdf?ua=1
- SMITH, Peter C. a Irene PAPANICOLAS. *Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research*. WHO, 2012, 40 s. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/162568/e96456.pdf?ua=1

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Vysvětlete pojem veřejné zdravotnictví.
- Jaké jsou hlavní vývojové trendy v současných vyspělých zdravotnických systémech?
- Vysvětlete systém financování a organizace zdravotní péče ve Velké Británii.
- Jakým způsobem je financovaná zdravotní péče v Německu?
- Vysvětlete systém financování zdravotní péče v USA a uveďte hlavní myšlenky současné reformy amerického zdravotnictví.

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Vyhledejte aktuální European Health Consumer Index (EHCI) pro státy EU a diskutujte hodnocení České republiky.
2. Diskutujte hlavní rozdíly ve financování zdravotní péče mezi USA a vyspělými evropskými státy.
3. Porovnejte střední délku života při narození v České republice, Německu, Velké Británii a USA.
4. Zamyslete se nad koncepty investic do zdraví, prevence a determinant zdraví ve vztahu k trendu rostoucích nákladů na zdravotnictví. Lze hledat nějaké kauzální vztahy či dílčí návrhy řešení?

POUŽITÁ LITERATURA

(2006/C 146/01) Závěry Rady o společných hodnotách a zásadách ve zdravotních systémech Evropské unie (2006/C 146/01) ze dne 22.6.2006. Rada. In: *EUR-Lex* [právní informační systém]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>

ABEL-SMITH, B. Improving cost-effectiveness in health care. *World Health Forum*, 1984, č. 5, 88-90. In: *Health care - who pays?* (Sborník článků přetištěných z WHF) Geneva: WHO, 1987, s. 6-9.

ARROW, Kenneth J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*. 1963, roč. 53, č. 5, 941-969.

BARKER, Carol. *The health care policy process*. 1. vyd. London: Sage, 1996. ISBN 9780803976283.

BEEBEE, Helen, Christopher HITCHCOCK a Peter Charles MENZIES. *The Oxford handbook of causation*. Oxford: Oxford University Press, 2009, 790 s. Oxford handbooks in philosophy. ISBN 019927973x.

BENCKO, Vladimír et al. *Statistické metody v epidemiologii*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 236 s. Biomedicínská statistika, 3. ISBN 8024607654.

BIRKLAND, Thomas A. *An introduction to the policy process: theories, concepts, and models of public policy making*. 3. edit. vyd. Armonk, NY: M.E. Sharpe, 2010, 339 s. ISBN 9780765625328.

BLAHOŽ, Josef. *Sjednocující se Evropa a lidská a občanská práva*. 1. vyd. Praha: ASPI, 2005, 259 s. ISBN 8073570734.

BLATNÝ, Jaroslav. *Právní vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb v systému veřejného zdravotního pojištění*. Brno, 2012, 126 s. [cit. 2015-02-17]. Rigorózní práce, Masarykova univerzita v Brně, Právnická fakulta, Katedra pracovního práva a sociálního zabezpečení. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/15426/pravf_r/

BONITA, R., R. BEAGLEHOLE a T. KJELLSTRÖM. *Basic epidemiology*. 2. edit. vyd. Geneva: World Health Organization, 2006, 213 s. ISBN 9241547073.

BOŠKOVÁ, Vladimíra. Povolení výkonu profese - zákonné předpoklady. *Mladá fronta* [online]. 2014 [cit. 2015-02-17]. Dostupné z: img.mf.cz/file-public/375/65.%20BEZUHONNOST.doc

BRAVEMAN, Paula. Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. *Annual Review of Public Health* [online]. 2006, roč. 27, č. 1, s. 167-194 [cit. 2015-02-08]. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102103.

BRAVEMAN P. a S. GRUSKIN. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003, č. 57, s. 254-258.

CULYER, A. *The dictionary of health economics*. Northampton, MA: Edward Elgar, 2005, 390 s. ISBN 1843762080.

(ČSÚ, 2014) Databáze ročních národních účtů: Časové řady výdajů na konečnou spotřebu domácností. *Český statistický úřad* [online]. 2014 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: http://apl.czso.cz/pll/rocenka/rocenkavyber.spotr_dom

DANIELS, N. Justice, health and health care. In: RHODES, R., MP. BATTIN a A. SILVERS. *Medicine and social justice*. New York: Oxford University Press, 2002.

DANZON, Patricia M. Tort Liability: A Minefield for Managed Care? *Journal of Legal Studies*. 1997, roč. 26, č. S2, s. 491-519.

DARMOPILOVÁ, Zuzana a Jiří ŠPALEK. Role of Interest Groups in Brokering Health Policy: The Case of Czech Health-Care Reform. *The NISPAcee Journal of Public Administration and Policy*, Bratislava, 2009, roč. II, č. 1, s. 43-76. ISSN 1337-9038.

DETELS, Roger et al. *Oxford textbook of public health*. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2009, 39 s. ISBN 9780199579433.

DIXON, Anna a Elias MOSSIALOS. *Health Care Systems in Eight Countries: Trends and Challenges*. London: London School of Economics & Political Science, 2002, 129 s. ISBN 075301548X. Dostupné z: <http://www.cimca.ca/i/m/Health-Care-Systems-in-Eight-Countries-European-Observatory.pdf>

DOLEŽAL, Tomáš a Adam DOLEŽAL. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha: Linde, 2007, 138 s. ISBN 9788072016846.

DRBAL, Ctibor. *Zdraví a zdravotní politika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1996, 116 s. ISBN 8021014660.

DRBAL, Ctibor. Zdravotní politika a její vliv na determinanty zdraví. *Zdravotnictví v České republice*. 2001, roč. 4, č. 1-2.

DUFEK, Pavel. *Úrovně spravedlnosti: liberalismus, kosmopolitismus a lidská práva*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2010, 297 s. ISBN 9788021053175.

(EHCI, 2014) Euro Health Consumer Index 2014. *Health Consumer Powerhouse* [online]. 2014 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: <http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>

(EHCI, 2015) European Health Consumer Index. *Health Consumer Powerhouse* [online]. 2015 [cit. 2015-06-02]. Dostupné z: http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=36&Itemid=55

ENTHOVEN, A.C. Economic incentives for consumers and health insurance - the U.S. health care economy: from guild to market in ten years. *Health Policy*, 1987, č. 7, s. 241-251.

EVANS, David S a Richard SCHMALENSSEE. *The industrial organization of markets with two-sided platforms*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2005. Working paper series (National Bureau of Economic Research: Online), working paper no. 11603.

(Evropská Komise, 2012) Health at a Glance Europe 2012. *Evropská Komise* [online]. 2012 [cit. 2015-06-02]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_en.pdf

FELDSTEIN, Paul J. *Health care economics*. 4. edit. vyd. Albany, N.Y.: Delmar Publishers, 1993, 571 s. ISBN 0827353170.

FELDSTEIN, Paul J. *Health care economics*. 5. edit. vyd. Clifton Park: Delmar, 2002, 627 s. ISBN 0766806995.

FIGUERAS, Josep, Ray ROBINSON a Elke JAKUBOWSKI. *Purchasing to improve health systems performance*. 1. vyd. Glasgow: Bell and Bain, 2005, 298 s. ISBN 0335213685. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98428/E86300.pdf

FRIED, Bruce a Laura M GAYDOS. *World health systems: challenges and perspectives*. Chicago: Health Administration Press, 2002, 563 s. ISBN 1567931820.

FUCHS, Victor R. *Who shall live? Health, economics, and Social Choice*. Singapore: World Scientific, 2002 ISBN 9810241836.

GAKIDOU, EE., CJL. MURRAY a J. FRENK. Defining and measuring health inequality: An approach based on the distribution of health expectancy. *Bulletin of the World Health Organisation*. 2000, roč. 78, č. 1, s. 42-54. ISSN 00429686.

GAYNOR, Martin, Deborah HAAS-WILSON a William B. VOGT. Are invisible hands good hands? Moral hazard, competition, and the second-best in health care markets. *Journal of Political Economy*. 2000, roč. 108, č. 5, s. 992-1005.

GRAND, Julian Le. Equity Versus Efficiency: The Elusive Trade-Off. *Ethics* [online]. 1990, roč. 100, č. 3, s. 554-568 [cit. 2015-02-07]. DOI: 10.4324/9780203400098.ch3.

GRUSKIN, Sofia et al. *Perspectives on health and human rights*. New York: Routledge, 2008, 649 s., ISBN 041594807x.

GRUSKIN, S. a D. TARANTOLA. Health and Human Rights. In: DETELS R., J. MCEWEN, R. BEAGLEHOLE a H. TANAKA. *The Oxford Textbook of Public Health*. 4. vyd. New York: Oxford University Press. 2004.

HÁVA, Petr. Annual National Report 2009: Pensions, Health and Long-term Care. *Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms* [online]. 2009 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://socialprotection.eu/files_db/228/asisp_ANR09_Czech_Republic.pdf

HÁVA, Petr. Současná reforma českého zdravotnictví v kontextu eurovnovy Ústavy ČR. In: *Moderní trendy sociálneho zabezpečenia.: Materiály z vedecké konferencie konanej ve dňoch*

23. - 24. októbra 2008 v Bratislave. *Ústav štátu a práva Slovenskej akadémie vied. Bratislava*. Bratislava: SAP – Slovak Academic Press, 2008, s. 110-113.

HÁVA, Petr. Zdravotní politika. In: POTŮČEK, Martin et al. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005, 399 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), 35. sv. ISBN 8086429504.

HÁVA, Petr a Rochdi GOULLI. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, 302 s. ISSN 1213-8096. Dostupné z: <http://www.ipvz.cz/download.aspx?item=1090&>

HOEDEMAEKER, R. a W. DEKKERS. Justice and Solidarity in Priority Setting in Health Care. *Health Care Analysis*. 2003, roč. 11 č. 4, s. 735-741.

HOGWOOD, Brian W a Lewis A GUNN. *Policy analysis for the real world*. New York: Oxford University Press, 1984, 289 s. ISBN 0198761848.

HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 293 s. ISBN 9788073921293.

HOLČÍK, Jan. Východiska a základy zdravotní politiky v Jihomoravském kraji. In: *Životní podmínky a jejich vliv na zdraví obyvatel Jihomoravského kraje*. 1. vyd. Brno: Zdravotní ústav se sídlem v Brně, 2003. s. 9-13, 5 s. JmK 1. ISBN 80-239-8219-2.

HOLUB, Martin a Petr HÁVA. Annual National Report 2011: Pensions, Health Care and Long-term Care. *Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms* [online]. 2011 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://www.socialprotection.eu/files_db/1194/asisp_ANR11_Czech_Republic.pdf

HOLUB, Martin a Petr HÁVA. Annual National Report 2012: Pensions, Health Care and Long-term Care. *Analytical Support on the Socio-Economic Impact of Social Protection Reforms* [online]. 2012 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://www.socialprotection.eu/files_db/1212/asisp_ANR12_CZECH_REPUBLIC.pdf

HORN, Susan D. a Roger A. HORN. The Computerized Severity Index. *Journal of Medical Systems* [online]. 1986, roč. 10, č 1, s. 73-78 [cit. 2015-05-27]. DOI: 10.1007/bf00992953.

HOWELL, Bronwyn E. *Unveiling 'Invisible Hands': Two-Sided Platforms in Health Care Markets*. Wellington, New Zealand, 2006, 35 s.

HOWLETT, Michael, Anthony PERL a M. RAMESH. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. 3. edit. vyd. Oxford: Oxford University Press, 2009, 298 s. ISBN 0195428021.

HROBOŇ, Pavel. Proč potřebujeme nákupčí zdravotní péče. *Reforma zdravotnictví* [online]. 2005 [cit. 2015-02-17]. Dostupné z: http://healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Prezentace/PH_euroforum_27_9_05.pdf

HUNT, P. et al. The right to the highest attainable standard of health. In: DETELS R., J. MCEWEN, R. BEAGLEHOLE a H. TANAKA. *The Oxford Textbook of Public Health*. 5. edit. vyd. New York: Oxford University Press. 2011. ISBN 9780199218707.

HURDÍK, Jan. *Právnícké osoby: (obecná právní charakteristika)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2000, 169 s. Spisy Právnícké fakulty Masarykovy univerzity v Brně, sv. 232. ISBN 8021022787.

HYDE, Julie a Frances E. COOPER. *Managing the business of health care*. London: Baillière Tindall, 2001, 342 s. ISBN 0702024406.

Informace o pojišťovnách. *Srovnání zdravotních pojišťoven* [online]. 2014 [cit. 2015-02-19]. Dostupné z: <http://www.programypojistoven.cz/informace-o-pojistovnach.html>

(IPVZ, 2014) Změny v podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta v České republice. *Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví* [online]. 2014 [cit. 2015-02-18]. Dostupné z: www.ipvz.cz/download.aspx?item=1627&

JEŽKOVÁ, Monika. Úhradová vyhláška, 2014. In: Kolektiv autorů. *Zdravotní politika a její ekonomická dimenze*. 1. vyd. Brno, 2015.

KALIBOVÁ, Květa. *Úvod do demografie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 52 s. ISBN 8024602229.

KAWACHI, I., SV. SUBRAMANIAN, N. ALMEIDA-FILHO. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*. 2002, roč. 56, č. 9, s. 647–652.

KELLER, Jan. *Soumrak sociálního státu*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 158 s. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 8086429415.

KOLMAN, Luděk. Vědecké poznání a ideologie: případ racionálního sobce. *Vesmír*. 2013, roč. 92, č. 7, s. 440-441.

(KOM(2004) 374) Sdělení Komise určené pro Evropský parlament, Radu, Evropský hospodářský a sociální výbor a Výbor regionů KOM(2004) 374 ze dne 12. 5. 2004. Bílá kniha o službách veřejného zájmu. In: *EUR-Lex* [právní informační systém]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/ALL/?uri=CELEX:52004DC0374>

(KOM(2007) 630) Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů KOM(2007) 630 ze dne 23. 10. 2007. Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008 - 2013. In: *Evropská komise* [online]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/ALL/?uri=CELEX:52004DC0374>

(KOM(2009) 567) Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů KOM(2009) 567 ze dne 20. 10. 2009. Solidarita v oblasti zdraví: snížení nerovnosti v oblasti zdraví v EU. In: *EUR-Lex* [právní informační systém]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX:52009DC0567>

(KOM(2010) 2020) Sdělení Komise KOM(2010) 2020 ze dne 3.3.2010. EVROPA 2020 Strategie pro inteligentní a udržitelný růst podporující začlenění. In: *EUR-Lex* [právní informační systém]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX:52010DC2020>

KOTHERA, Vladimír. Nakupování zdravotní péče. Presentace, interní materiál zdravotní pojišťovny Metal-Aliance. Kladno, 2008.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. 1. vyd. Praha: Vlastním nákladem, 1998, 133 s. ISBN 8023809377.

KÜHN, Zdeněk, Jan KYSELA. Je Ústavou vždy to, co Ústavní soud řekne, že Ústavou je? (Euronovela ve světle překvapivého nálezu Ústavního soudu). *Časopis pro právní vědu a praxi*. 2002, sv. 10, č. 3, s. 199-214.

KUVÍKOVÁ, Helena, Milan MURGAŠ a Juraj NEMEC. *Ekonomía zdravotníctva*. 1. vyd. Banská Bystrica: Phoenix, 1995, 110 s. ISBN 8090056318.

KYSELA, Jan. Aplikace mezinárodního práva po přijetí tzv. euronovely. *Právní rozhledy*. 2002, roč. 10, č. 7, s. 301-312.

LALONDE, Marc. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Ministère de la santé nationale et du bien-être social, 1974. ISBN 0662500199.

LASSWELL, Harold D. *A pre-view of policy sciences*. New York: American Elsevier Pub. Co, 1971, 173 s. ISBN 0444001123.

LAUGESSEN, Miriam J. a Sherry A. GLIED. Higher Fees Paid To US Physicians Drive Higher Spending For Physician Services Compared to Other Countries. In: *Health Affairs*. 2011, roč. 30, č. 9, s. 1647-1656.

LINDBLOM, Charles, E. The Science of „Muddling Through“. In: *Public Administration Review*. 1959, roč. 19, č. 2, s. 79-88.

MAARSE, Hans. Health care reform - more evaluation results. . *Health Policy Monitor* [online]. 2009 [cit. 2015-06-02]. Dostupné z: http://hpm.org/en/Surveys/BEOZ_Maastricht_-_Netherlands/13/Health_care_reform_-_more_evaluation_results.html

MACKENBACH, JP. *Reducing Inequalities in Health: a European Perspective*. USA: Taylor & Francis Group, 2004.

MADARASOVÁ GECKOVÁ, A. *Socio-ekonomické nerovnosti v zdraví I.diel*. Michalovce: PeGaS s.r.o., 2005. ISBN 8096790137.

MACH, Jan. *Medicína a právo*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2006, 257 s. Beckova edice ABC. ISBN 807179810x.

MARMOT, Michael, Jessica ALLEN, Ruth BELL, Ellen BLOOMER a Peter GOLDBLATT. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* [online]. 2012, roč. 380, č. 9846, s. 1011-1029 [cit. 2015-02-08]. DOI: 10.1016/s0140-6736(12)61228-8.

MAŠKOVÁ, Pavla a Petr HÁVA. Globalizace a zdraví. *Zdravotnictví v České republice*. 2012, roč. 2, č. XV, s. 2-10.

MÁTL, Ondřej et al. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: zdravotnictví v číslech a názorech*. Praha: Kulatý stůl k financování budoucnosti zdravotnictví v ČR, 2008, 299 s. ISBN 978-80-85047-35-6

MCPAKE, Barbara, Lilani KUMARANAYAKE a Charles E NORMAND. *Health economics: an international perspective*. 1. edit. vyd. London: Routledge, 2002, 260 s. ISBN 0415277361.

MOONEY, Gavin. *Economics, Medicine and Health Care*. 1. vyd. Brighton: Wheatsheaf Books, 1986, 171 s. ISBN 9780745000367.

MORAWSKI, Witold. *Ekonomická sociologie: [problémy, teorie, empirie]*. Vyd. 1. Překlad Jiří Ogrocký. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 338 s. *Základy sociologie*, sv. 9. ISBN 8086429431.

MOSCA, Ilaria. Evaluating Reforms in the Netherlands Competitive Health Insurance System. *EUROHEALTH, incorporating Euro Observer* [online]. 2012, roč. 18, č. 3 [cit. 2015-06-2]. Dostupné z: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/VOL18No3/EuroHealth-V18n3-WEB-210912.pdf>

MOSCA, Ilaria. Health reforms in the Netherlands have increased access to health care, but have also led to an unexpected growth in health spending. *The London School of Economics and Political Science* [online]. 2013 [cit. 2015-06-02]. Dostupné z: <http://blogs.lse.ac.uk/europpblog/2013/01/30/health-reforms-netherlands-ilaria-mosca/>

MOSSIALOS, Elias et al. *Funding health care: options for Europe*. Philadelphia: Open University Press, 2002, 309 s. ISBN 0335209246.

MOSSIALOS, Elias et al. *Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy*. New York, N.Y.: Cambridge University Press, 2010, 762 s. Cambridge health economics, policy and management series. ISBN 0511744285-

MURRAY, CJ. a J. FRENK. A Framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000, roč. 78, č. 6, s. 717–731.

MUSGRAVE, Richard Abel a Peggy B MUSGRAVE. *Veřejné finance v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Management Press, 1994, 581 s. ISBN 80-85603-76-4.

(MZ ČR, 2011) Podpis memoranda mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Lékařským odborovým klubem. *MZ ČR* [online]. 2011 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: http://mzcr.cz/dokumenty/podpis-memoranda-mezi-ministerstvem-zdravotnictvi-cr-a-lekarskym-odborovym-klubem_4700_1.html

(MZ ČR, 2014) Zdraví 2020: Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2014 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

NACE - sektor služeb. *Management mania* [online]. 2013 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/sektor-sluzeb-dle-nace.pdf>

NAIDOO, Jennie a Jane WILLIS. *Foundations for health promotion*. 3. vyd. New York: Baillière Tindall/Elsevier, 2009, 314 s. ISBN 0702029653.

Nález Ústavního soudu ČR ze dne 10.7.1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/1995. *Ústavní soud* [online]. Dostupné z: <http://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=53243&pos=1&cnt=1&typ=result>

Nález Ústavního soudu ČR ze dne 20.6.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11. *Ústavní soud* [online]. Dostupné z: <http://nalus.usoud.cz/Search/ResultDetail.aspx?id=79982&pos=1&cnt=2&typ=result>

(OECD, 2000) A System of Health Accounts. *OECD* [online]. 2000 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/health/health-systems/21160591.pdf>

(OECD, 2007) OECD Work on Employment, Integration Migration, Social Policies and Health. *OECD: Better Policies for Better Lives* [online]. 2007 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/39251262.pdf>

(OECD, 2010a) OECD Health ministerial meeting: Health System Priorities when Money is Tight. *OECD: Better Policies for Better Lives* [online]. 2010a [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/health/ministerial/46098466.pdf>

(OECD, 2010b) Health care systems: Getting more value for money. OECD Economics Department Policy Notes, No. 2. *OECD: Better Policies for Better Lives* [online]. 2010b [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/eco/growth/46508904.pdf>

(OECD, 2011) Health: spending continues to outpace economic growth in most OECD countries. *OECD* [online]. 2011 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/newsroom/healthspendingcontinuestooutpaceeconomicgrowthinmostoecdountries.htm>

(OECD, 2013) OECD Work on Health. *OECD: Better Policies for Better Lives* [online]. 2013 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/health/health-brochure.pdf>

(OECD, 2014a) Health spending starts to rise but remains weak in Europe, says OECD. *OECD* [online]. 2014a [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/newsroom/health-spending-starts-to-rise-but-remains-weak-in-europe.htm>

(OECD, 2014b) OECD Health Statistics 2014. *OECD* [online]. 2014b [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

(OECD, 2015) Health Care Resources: Hospital beds. *OECD* [online]. 2015 [cit. 2015-05-28]. Dostupné z: http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC

OLSEN, Jan Abel. *Principles in health economics and policy*. New York: Oxford University Press, 2009, 224 s. ISBN 9780199237814.

(OSN, 1966) Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech. *Informační centrum OSN v Praze* [online]. 1966 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z:

<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/mezinarodni-pakt-o-hospodarskych-socialnich-a-kulturnich-pravech.pdf>

PALFREY, Colin. *Key Concepts in Health Care and Planning: An introductory text*. London: Macmillan Press LTD, 2000, 143 s. ISBN 0333777409.

PAVLÍČEK, Václav et al. *Ústava a ústavní řád České republiky: komentář*. 2. dopl. a podst. rozš. vyd., aktualiz. dotisk podle stavu k 1.1.2003. Praha: Linde, 2002, 1164 s. *Zákony - komentáře* (Linde). ISBN 8072013912. PHILLIPS, Ceri. *Health Economics: an introduction for health Professionals*. Oxford: Blackwell Pub., 2005, 151 s. ISBN 9780727918499.

PETERS, B. *American public policy: promise and performance*. 5. edit. vyd. New York: Chatham House Publishers, 1999, 520 s. ISBN 1566430674.

PHELPS, Charles E. *Health economics*. New York: HarperCollins Publishers, 1992, 559 s. ISBN 0673387461.

PHILLIPS, Ceri. *Health Economics: an introduction for health Professionals*. Oxford: Blackwell Pub., 2005, 151 s. ISBN 9780727918499.

PLOMANN, Marilyn Peacock. *Case-mix classification systems: Development, description, and testing*. Chicago: The Hospital Research and Educational Trust, 1982, 218 s. ISBN 0879140704.

PORTA, Miquel S. *A dictionary of epidemiology*. 5. edit. vyd. Oxford: Oxford University Press, 2008, 289 s. ISBN 9780195314502.

POTŮČEK, Martin et al. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005, 399 s. *Studijní texty* (Sociologické nakladatelství), 35. sv. ISBN 8086429504.

Proč nebyla v období 2006-2008 prosazena reforma zdravotnictví. *Reforma zdravotnictví* [online]. 2009 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: http://healthreform.cz/content/files/cz/2009_08_Analyza_neprosazeni_reformy.pdf

PŘIBÁŇ, Jiří. *Sociologie práva: systémově teoretický přístup k modernímu právu*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1996, 197 s. *Základy sociologie*, sv. 2. ISBN 8085850184.

RAPHAEL, David D. *Concepts of justice*. New York: Oxford University Press, 2001, 256 s. ISBN 0199245711.

RAPOPORT, J., R. ROBERTSON a B. STUART. *Understanding Health Economics*. Rockville: Aspen Publication, 1982.

REJZEK, Jiří. *Český etymologický slovník*. 2. vyd. Voznice: Leda, 2012. ISBN 8073352966.

ROCHET, Jean-Charles a Jean TIROLE. Platform Competition in Two-Sided Markets. *Journal of the European Economic Association* [online]. 2003, roč. 1, č. 4, s. 990-1029 [cit. 2015-02-12]. DOI: 10.1162/154247603322493212.

ROUBAL, Tomáš. Analýza: Novinky ve zdravotnictví v Nizozemí. *Demografie* [online]. 2012 [cit. 2015-02-17]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=830&

- RUGER, J P. Health and social justice, *Lancet* 2004, roč. 364, č. 9439, s. 1075-1080.
- SCHÄFER, Willemijn. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition* [online]. 2010, roč. 12, č. 1 [cit. 2015-06-02]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf
- SCHUBERT, Klaus a Petr FIALA. *Moderní analýza politiky: uvedení do teorií a metod policy analysis*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2000, 170 s. Studium (Barrister & Principal). ISBN 8085947501.
- (SEK(2009) 1397) Sdělení Komise Evropskému parlamentu, Radě, Evropskému hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů SEK (2009) 1397 ze dne 20. 10. 2009. Solidarita v oblasti zdraví: snižování nerovnosti v oblasti zdraví v EU. In: *EUR-Lex* [právní informační systém]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1433245689837&uri=CELEX:52009DC0567>
- (SEK(2010) 488) Doporučení pro doporučení Rady SEK (2010) 488 ze dne 27.4.2010. O hlavních směrech hospodářské politiky členských států a Unie. In: *Evropská komise* [online]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/Brochure%20Integrated%20Guidelines.pdf>
- SMITH, KE. a SV. KATIKIREDDI. A glossary of theories for understanding policymaking. *Journal of Epidemiology & Community Health* [online]. 2012, roč. 67, č. 2, s. 198-202 [cit. 2015-02-11]. DOI: 10.1136/jech-2012-200990.
- SOUSEDÍK, Stanislav. *Svoboda a lidská práva: jejich přirozenoprávní základ : esej*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 2010, 131 s. Moderní myšlení. ISBN 9788074290367.
- STIGLITZ, Joseph E. *Economics of the public sector*. 2. edit. vyd. New York: W.W. Norton, 1988, 692 s. ISBN 0393956830.
- STIGLITZ, Joseph E. *Ekonomie veřejného sektoru*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997, 661 s. ISBN 80-7169-454-1.
- SUDRE, Frédéric. *Mezinárodní a evropské právo lidských práv*. Vyd. 1. Překlad Jiří Malenovský. Brno: Masarykova univerzita, 1997, 364 s. Edice učebnic Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně, č. 160. ISBN 8021014857.
- SYLVESTER, Rachel. NHS will pay for treatment at private hospitals. *The Telegraph* [online]. 15.6.2000 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/1343045/NHS-will-pay-for-treatment-at-private-hospitals.html>
- ŠIMÁK, Martin. Lidská práva – od historie do současnosti. *Kontakt*. 2005, č.1-2, s. 115-120.
- ŠIŠKOVÁ, Naděžda. *Dimenze ochrany lidských práv v Evropské unii*. 2. rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Linde, 2008, 255 s. ISBN 9788072017102.
- ŠTĚPÁN, J. *Srovnání výhod a nevýhod klasického nemocenského pojištění ve fungování a efektech zdravotnických služeb*. DT Pardubice, 1990.

ŠTURMA, Pavel. *Mezinárodní a evropské kontrolní mechanismy v oblasti lidských práv*. 2. dopl. vyd. Praha: C.H. Beck, 2003, 150 s. Beckova skripta. ISBN 8071793981.

TOMAN, Radek. *Hrozby fungování zdravotních pojišťoven při centralizovaném řízení Ministerstva zdravotnictví*. Brno, 2010, 79 s. [cit. 2015-02-19]. Diplomová práce, Masarykova univerzita v Brně, Ekonomicko-správní fakulta, Katedra veřejné ekonomiky a správy. Vedoucí diplomové práce Zuzana Kotherová. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/61202/esf_m/

TYPLTOVÁ, Jolana. *Nemocnice v České republice v roce 2013. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2014 [cit. 2015-05-28]. Dostupné z: <http://uzis.cz/rychle-informace/nemocnice-ceske-republice-roce-2013>

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2015-02-12].

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2015-02-12].

Ústavní zákon č. 395/2001 Sb., kterým se mění ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2015-02-12].

(ÚZIS, 2014) *Zdravotnická ročenka České republiky 2013. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2014 [cit. 2015-02-19]. Dostupné z: <http://uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2013>

VACÁTKO, M. *Komparace jednání vládních politických stran při formulaci cílů zdravotní politiky v ČR po roce 1990*. Praha, 2011, 62 s. Bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Vedoucí bakalářské práce Petr Háva.

VALENČNÍK, Radim. *Ekonomie produktivní spotřeby*. Praha: VŠFS, 2003. ISBN 8086754073.

VEČEŘA, Miloš a Martina URBANOVÁ. *Sociologie práva*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006, 335 s. Právnícké učebnice (Aleš Čeněk). ISBN 8086898725.

VEPŘEK, Jaromír, Pavel VEPŘEK a Jaroslav JANDA. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 229 s. ISBN 8024703475.

VESELÝ, Arnošt a Martin NEKOLA. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. ISBN 808642975x.

VESELÝ, Arnošt, Zuzana DRHOVÁ a Marta NACHTMANNOVÁ. *Veřejná politika a proces její tvorby. Co je „policy“ a jak vzniká*. 1. vyd. Praha: CESES, 2005, 43 s. ISSN: 1801-1640.

(Vláda ČR, 2011) *Zpráva o stavu lidských práv v České republice 2011. Vláda České republiky* [online]. 2011 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-lidska-prava-cr/Zprava-o-stavu-lidskych-prav-za-rok-2011.pdf>

(Vláda ČR, 2012) Zpráva o stavu lidských práv v České republice v roce 2012. *Vláda České republiky* [online]. 2012 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-lidska-prava-cr/_zprava-konecna-verze_.pdf

WALT, Gillian. *Health Policy: An introduction to process and power*. Johannesburg: Witwatersrand University Press, 2004, 226 s. ISBN 1868142736.

WATERS, Hugh R., Laura L. MORLOCK a Laurel HATT. Quality-based purchasing in health care. *The International Journal of Health Planning and Management* [online]. 2004, roč. 19, č. 4, s. 365-381 [cit. 2015-02-17]. DOI: 10.1002/hpm.768.

WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles fo equity and health. *Organización Panamericana de la Salud* [online]. 1990 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cursoDDS/cursoeng/Textos%20Completos/the%20concepts%20and%20principles%20of%20equity%20and%20health.pdf>

WHITEHEAD, Margaret a Göran DAHLGREN. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. *World Health Organization* [online]. 2007 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf

(WHO, 1946) Constitution of the World Health Organization. *World Health Organization* [online]. 1946 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

(WHO, 1981) Global Strategy for Health for All by the Year 2000. *World Health Organization* [online]. 1981 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>

(WHO, 1988) Health promotion: Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. *WHO* [online]. 1988 [cit. 2015-02-23]. Dostupné z: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/index3.html>

(WHO, 1996) The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. *World Health Organization* [online]. 1996 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996>

(WHO, 2000) The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. *World Health Organization* [online]. 2000 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/whr/2000/en/>

(WHO, 2002) Health & Human Rights: 25 Questions and Answers on Health and Human Rights. *World Health Organization* [online]. 2002 [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/hhr/activities/publications/en/>

(WHO, 2008a) Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. *World Health Organization* [online]. 2008a [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1

(WHO, 2008b) The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. *World Health Organization* [online]. 2008b [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2008/06/who-european-ministerial-conference-on-health-systems/documentation/conference-documents/the-tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>

(WHO, 2012a) World Health Assembly endorses the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. *World Health Organization* [online]. 2012a [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/sdhconference/background/en/>

(WHO, 2012b) EUR/RC62/9 Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. *World Health Organization: Regional Office for Europe* [online]. 2012b [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc629-health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>

(WHO, 2012c) Health and Human Rights: Policy and Programmes. *World Health Organization: Regional Office for South-East Asia* [online]. 2012c [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://www.searo.who.int/entity/human_rights/about/en/

(WHO, 2013a) Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. *World Health Organization: Regional Office for Europe* [online]. 2013a [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>

(WHO, 2013b) Governance for health equity: taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. *World Health Organization: Regional Office for Europe* [online]. 2013b [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf?ua=1

(WHO, 2013c) Media centre: The right to health. *World Health Organization* [online]. 2013c [cit. 2015-02-07]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>

(WHO, 2014) European health for all database (HFA-DB). *World Health Organization* [online]. 2014 [cit. 2015-02-12]. Dostupné z: <http://data.euro.who.int/hfad/>

WILLIAMS, Alan a Richard COOKSON. Equity in Health. In: CULYER, AJ. a JP. NEWHOUSE.. *Handbook of health economics, Volume 1B*. Amsterdam: Elsevier Science B.V. 2000. ISBN: 0-444-20471-0.

WRIGHT, Julian. One-sided Logic in Two-sided Markets. *Review of Network Economics* [online]. 2004, roč. 3, č. 1 [cit. 2015-02-12]. DOI: 10.2202/1446-9022.1042.

WYNAND, P.M.M. van de Ven a Frederik T. SCHUT. Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States? *Health Affairs* [online]. 2008 [cit. 2015-06-02]. Dostupné z: <http://content.healthaffairs.org/content/27/3/771.long>

Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2015-02-12].

Zákon č. 123/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2015-02-12].

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 2015-02-12].

ZIGOVÁ, Z. Nakupování péče jako prvek stability financování zdravotnictví. *Vzdělávání zdravotníků: Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí* [online]. 2010 [cit. 2015-02-17]. Dostupné z: http://www.vzdelavani-zdravotniku.cz/sites/default/files/historie_vzdelavacich_aktivit/2011-02/ing.zigova.pdf

ŽÁČEK, Adolf. *Metody studia zdraví a nemoci v populaci: úvod do epidemiologie neinfekčních chorob*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1984, 402 s. ISBN 08-007-84.

Zdravotní politika a její ekonomická dimenze

doc. JUDr. Ivan Malý, CSc., Ing. Zuzana Kotherová, Ph.D. a kolektiv

Vydala Masarykova univerzita v roce 2015

1. vydání, 2015