

**Univerzita Karlova v Praze  
Fakulta sociálních věd**

**Institut ekonomických studií**

**Bakalářská práce**

**2006**

**Martin Souček**

**Univerzita Karlova v Praze  
Fakulta sociálních věd**

Institut ekonomických studií


**Bakalářská práce**

**Institucionální pohled na zdravotnictví**

**Vypracoval: Martin Souček  
Vedoucí: Doc. MPhil. Ondřej Schneider Ph.D.,  
Akademický rok: 2005/2006**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a použil pouze uvedené  
prameny a literaturu

V Praze dne 5.6.2006..... podpis studenta .....

## Obsah:

Úvod .....	1
<b>1 Teoretické poznatky .....</b>	<b>3</b>
1.1 Základní přístupy ve zkoumání zdravotnictví .....	3
<b>2 Zdravotnictví jako veřejný sektor .....</b>	<b>4</b>
2.1 Proč je zdravotnictví tak problematické? .....	4
2.2 Zásahy vlády .....	7
<b>3 Vývoj a vznik subjektů .....</b>	<b>9</b>
3.1 Subjekty ve zdravotnictví .....	9
3.2 Pacient a lékař .....	10
3.3 Vznik a fungování pojišťoven .....	12
3.4 Princip solidarity .....	15
3.5 Rozdělení skladby pojištěnců .....	17
3.6 Stát jako další subjekt .....	21
3.7 Co je to stát? .....	24
3.8 Stát, výzkum a léková politika .....	27
<b>4 Modely zdravotnických systémů .....</b>	<b>29</b>
4.1 Bismarckův systém národního zdravotního pojištění .....	29
4.2 Beveridgeův systém národní zdravotní služby .....	31
4.2.1 Fungování NHS .....	32
4.3 Tržní model zdravotnictví .....	33
4.3.1 HMO (Health Maintenance Organizations) .....	35
4.3.2 PPO (Preferred Provider Organizations) .....	36
<b>5 Vztahy mezi subjekty v rámci ČR .....</b>	<b>37</b>
5.1 Veřejné pojišťovny - pacienti .....	38
5.1.1 Elektronický systém účtů pacientů .....	45
5.2 Veřejné pojišťovny – lékaři, nemocnice .....	47
5.2.1 Úhrady za poskytovanou zdravotní péči .....	52
5.3 Pojišťovny versus stát, vláda .....	55
5.3.1 VZP ČR .....	55
5.3.2 Hypotéza .....	59



Závěr .....	60
Literatura .....	62

### **Tabulky v textu:**

5.1	Přehled o pojištencích, za které je plátcem zdravotního pojištění stát. Stav ke konci roku 2002 a 2003 .....	39
5.1	Příjem z pojištění, včetně vlivu přerozdělování dle kategorií plátců .....	40
5.1	Celkové výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč) .....	42
5.2	Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči .....	50

### **Grafy v textu:**

3.3	Základní trojúhelník zdravotní péče .....	15
3.5	Normální rozdělení populace v rámci nákladů na zdravotní péči .....	18
3.5	Jiné rozdělení populace v rámci nákladů na zdravotní péči .....	18
3.5	Celková výše nákladů jednotlivých věkových skupin - ženy .....	20
3.5	Celková výše nákladů jednotlivých věkových skupin - muži .....	20
3.7	Rozšířený trojúhelníkový model zdravotní péče .....	26
5.1	Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v %) .....	41
5.1	Množství zneužitelné zdravotní péče .....	43
5.2	Struktura nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů péče v roce 2004 v (%) .....	49

## **Abstrakt**

Ve všech vyspělých zemích se vlády potýkají s problémem rostoucích výdajů na zdravotnictví. Tento růst není kompenzován růstem HDP, a tak se stále musí ve státních rozpočtech hledat další zdroje financí.

Tato práce se nejprve zabývá otázkou, proč je zdravotnictví problematické na celém světě a jaké jsou jejich hlavní příčiny. Z institucionálního hlediska se snaží pojmenovat problémy, následně zkoumat a vysvětlit jejich původ v systémech. Příčina nesnáží je dána přítomností několika subjektů, které mají odlišnou funkci, míru moci, zodpovědnost a především různé zájmy.

Složitou strukturu vztahů mezi jednotlivými aktéry ve zdravotnictví postupně a přehledně analyzujeme v následujících kapitolách. Začínáme s vysvětlením vývoje a vzniku jednotlivých subjektů ve zdravotnictví, následuje přehled hlavních současných systémů financování a nakonec jsou rozebrány nejdůležitější vztahy.

Poslední zmíněná část je zkoumána v českém prostředí. Zvláštní pozornost je věnována pojišťovnám, které jsou centrem všech vztahů v systému zdravotnictví ČR. Právě na nich ukazujeme důvody vzniku různých typů neefektivit.

Celá práce končí vyslovením hypotézy, týkající se pojišťovny VZP ČR. Snažíme se dokázat, že právě institucionální rámec této nejdominantnější pojišťovny v ČR je nekonzistentní a vede k neefektivitě celého systému.

## **Abstract**

Government healthcare expenditures have been growing in developed countries all over the world. Usually this growth is not fully compensated by increase of GDP. Therefore new financial sources have to be found in state budget every year.

The aim of this report is to find an answer to the question, why problems in the healthcare system are present all over the world and what is the reason. From institutional perspective we try to find healthcare system problems, examine them and explain their origin. The cause of the problems is given by the presence of many subjects, that have different functions, various extent of power, responsibility and even different interests.

In following chapters we analyze step by step the complicated structure of the relationship between healthcare subjects. We begin with the explanation of the inception and the evolution of subjects of healthcare system. We continue with the overview of the main existing means of funding healthcare system and we finish with the analysis of the relationships.

The latter part relates to the Czech healthcare system rules and laws. Special attention is given to the health insurance company (VZP CR), which plays central role in the healthcare system of Czech Republic. On the basis of the relationship between the insurer and all other subjects we show the cause of market failures.

In the end we express hypothesis concerning statement about VZP CR. We try to prove, that institutional form of this most dominant subject in Czech Republic healthcare system is inconsistent and leads to ineffective system as a whole.

## Úvod

Systémy financování zdravotnictví se v posledních letech ve všech vyspělých státech světa stávají neudržitelné a nestabilní. Evropské země musí čelit novým trendům stárnutí populace. Česká republika není výjimkou. Změny v tak základních stavebních kamenech ohrožují nejen stabilitu dosavadních penzijních systémů, ale i fungování zdravotnictví a zdravotních pojišťoven. Tyto problémy jsou známy, ovšem řešení situace není snadné. Oblast zdravotnictví je totiž soubor komplexně propojených problémů připomínající Gordický uzel.

Ve vyspělých státech je na jedné straně společensky nutné poskytovat dostatečnou zdravotní péči všem svým obyvatelům a projevovat solidaritu s nemocnými a chudými. Na druhé straně však dochází k zneužívání sociálního zdravotnictví, plýtvání služeb a výskytu tržních neefektivit téměř ve všech vztazích (doktor - pojišťovna, doktor – pacient, pacient – pojišťovna atd.). Veliká asymetrie informací mezi jednotlivými subjekty způsobuje obtížnou kontrolu fungování nejen pravidel, ale i toku služeb, informací a financí v celém systému. Ekonomickým problémem je i specifická poptávka a nabídka zdravotních služeb.

Prozatím neexistuje systém zdravotnictví, který by se nepotýkal s globálními problémy. Než bude nalezena sada formálních pravidel<sup>1</sup>, která omezí předešlé neefektivity a asymetrie, bude systém zdravotnictví ve veliké míře postaven na chování jednotlivých subjektů a na jejich vlastních neformálních pravidlech<sup>1</sup>. Situace je tak velmi napjatá, neboť trpělivost současných subjektů nemusí trvat věčně.

---

<sup>1</sup> Formální instituce mají zákonnou podobu, je to celý právní rámec ekonomiky. Neformální instituce jsou ustálené zvyky, tradice, obyčeje a někdy bývají nazývány "kulturou společnosti". (Mlčoch 1996)

Jakékoliv drastické změny v systému by mohly vážně ohrozit jeho současné fungování. Ve zdravotnictví se střetává medicína s ekonomikou, politikou, etikou i s jinými vědními obory. Proto je teoreticky i prakticky velmi nesnadné celkové uchopit toto téma a sestrojít konstruktivní a realizovatelnou koncepci.

Cílem této práce je obecně pochopit, proč je zdravotnictví vysoce problémovou sférou ve všech zemích světa. Rozdělena je celkem na pět částí. Nejdříve v první části vymezíme základní teoretické metody zkoumání systémů zdravotnictví. V rámci této práce se pak budeme snažit popsat zdravotnictví z institucionálního pohledu.

Druhá část obsahuje stručný popis souvislostí všech problémů ve zdravotnictví, vysvětlení nutnosti zásahů státu a problémy, které sebou nese vznik pojišťoven. Zároveň určí směr dalších kapitol a celé práce.

Ve třetí části už zvolenou metodou popíšeme vývoj jednotlivých subjektů a jejich vznik v systémech. Subjekty zdravotnictví jsou základní stavební kameny. Zkoumání jejich funkcí, povinností, práv a subjektivních zájmů pak pomůže pochopit celkové nastavení zdravotnictví.

Ve čtvrté části budou stručně vysvětleny základní tři typy současných fungujících systémů. Cílem je pochopení základních rozdílů mezi nimi a různorodost řešení stejných problémů. Rozdíly poukazují na nedostatky všech současných systémů. Každá země se je snaží řešit vlastní cestou. Žádná z nich však není ideální.

V páté části se budeme zabývat kořeny problémů v ČR, které se nacházejí ve vztazích mezi jednotlivými subjekty. Tato část bude více orientovaná na instituce, zákony a jejich vliv na chování aktérů

zdravotnictví. Předmětem zkoumání ve vztazích bude rozložení moci, prostor k oportunistu, morální hazard, možnosti zneužívání specifických vlastností zdravotnictví a také příčiny vzniku těchto neefektivit. Za hlavní centrum všech problémů jsou v této práci považovány pojišťovny a proto budou hlavním tématem celé kapitoly. Na závěr bude vyslovena hypotéza, která se bude snažit implementovat získané poznatky a podchytit podstatu problémů pojišťoven.

## **1. Teoretické poznatky**

Pochopení systémů financování zdravotnictví je základem pro pozdější analýzu problémů a pro možné návrhy na vylepšování. Každý systém se dá zjednodušit pomocí různých modelů. Ty se diferencují podle způsobu a předmětu výzkumu. Proto si nejprve určíme způsob práce.

### **1.1. Základní přístupy ve zkoumání zdravotnictví**

Ve světě vědy se v tomto oboru setkáme nejčastěji s pojmem **Zdravotní ekonomie** (Ekonomika zdraví, Health economics). Pod tímto pojmem se skrývají především neoklasické modely, které jsou obohacovány různými dalšími přínosy filozofů, sociologů, doktorů, politiků i ekonomů. (W.Beveridge (1942), G.Tulloch (1995), H.Simon (1995), R. Lucas (1988), J.P.Newhouse (1970)) Tyto přístupy jsou převážně teoretické a přinášejí opravdové základy pro další vývoj výzkumu. Jejich hlavním cílem je najít optimální stav, který se dá vyjádřit dvěma způsoby:

- 1) maximum zdraví za daný náklad
- 2) minimální náklad za dosažení či udržení daného zdravotního stavu (Goulli 2003)

V 90. letech 20. století se rychle rozvíjí další směry. Mezi ně patří především mikroekonomické analýzy založené na datech a důkazech, se

kterými se dá konkrétněji pracovat. S databázemi a statistickými daty ve zdravotnictví se začaly ověřovat různé teoretické hypotézy. Jednotlivé údaje se staly i prostředkem pro srovnávání úspěchů jednotlivých systémů.

Romerovy modely (1986), (1990) nebo Grossmanův model (1972) dávají impuls ke vzniku dalších rozšířených teoretických modelů. Jejich makroekonomický přístup analyzoval především vliv financování zdravotnictví na další makroekonomické faktory (inflace, růst HDP, nezaměstnanost) a na rovnováhu celého hospodářství. Jedním z navazujících prací bylo sestavení systému rovnovážných rovnic ve zdravotnictví R.Evans (1997). Zatím poněkud menší pozornosti se ve zdravotnictví těší koncepty **neo-institucionální ekonomie** (North 1990). (Goulli 2003)

Tímto vědeckým přístupem bychom chtěli v této práci analyzovat problémy. Převážnou částí nebudou tedy tabulky s empirickými informacemi. Budeme se pokoušet implementovat institucionální ekonomii do systému financování zdravotnictví v ČR. Nejdříve ovšem začneme obecnými problémy, které jsou spjaté se zdravotnictvím.

## **2. Zdravotnictví jako veřejný sektor**

### **2.1. Proč je zdravotnictví tak problematické?**

Než-li začneme s hlubší analýzou zdravotnictví, je třeba si položit otázky, na které se bude práce snažit odpovědět. Ve všech vyspělých zemích světa se zdravotní systémy potýkají s problémy, jak financovat zdravotnictví. Růst nákladů je příliš progresivní a není zdaleka kompenzovaný růstem HDP (Viz příloha č.4). Jelikož je ve většině zemí zdravotnictví financováno především z veřejných zdrojů (ať už je to

formou daní nebo povinného pojištění), musí vlády jednotlivých zemí hledat další finanční zdroje, které by pokryly výdaje zdravotnictví.

Proč ovšem tyto výdaje tak rostou? Proč zrovna ve zdravotnictví? A proč tomu tak je ve všech vyspělých zemích? Je tato oblast něčím zvláštní? A musí problémy financování řešit především vlády jednotlivých zemí? Proč ve většině zemí je zdravotnictví veřejným sektorem? Zastaví se někdy tento růst výdajů? Kdo a jak určuje cenu zdravotní péče? Všechny tyto jednoduché otázky otvírají rozsáhlé debaty mezi mnoha ekonomy a jsou podnětem mnoha vědeckých prací.

Abychom začali postupně odpovídat na předchozí odstavec, položíme si jinou motivační otázku: Je zdravotní péče zvláštní komoditou? Má naprosto běžné vlastnosti tržních statků, nebo nemá? Od 50. let 20. století - doby, kdy se ekonomové začali zabývat zdravotnictvím, je tato otázka stále žhavá (Mushkin (1958), Arrow (1963), Culyer (1971), Folland (1996) a další). Většina ekonomů nakonec souhlasí s názorem, že zdravotní péče je odlišná komodita. A to sice v tom smyslu, že vytváří tržní selhání, které dávají podnět k utváření veřejné politiky v oblasti zdravotnictví (Hurley 2000, překlad). Trh zdravotní péče má totiž několik specifických charakteristik. V čem se tedy liší od trhu běžného statku?

<b>Trh zdravotní péče</b>	<b>Trh běžné komodity (např. oblečení)</b>
Omezené množství nemocnic	Velké množství prodávajících
Cílem většiny nemocnic není zisk	Firmy maximalizují zisk
Heterogenní komodity	Homogenní komodity
Špatně informovaný kupující	Dobře informovaný kupující
Pacienti hradí jen část nákladů	Spotřebitelé platí přímo

Zdroj: Stiglitz, *Ekonomie Verejného sektoru* 1997



Jednotlivé odlišnosti se nacházejí i u některých běžných statků, ovšem snad žádná jiná komodita nesdílí všechny v takovém měřítku, jako zdravotní péče. Její specifické zmíněné vlastnosti jsou i v rozporu s předpoklady pro klasickou tržní cenu. U běžných komodit je dána tržními silami a dá se vyjádřit jako průsečík nabídky a poptávky po daném statku. Ve zdravotnictví ovšem pacient nakupuje doktorovy znalosti, přičemž není schopen ohodnotit jejich kvalitu. Není ani schopen jeho doporučení cenové porovnat s návrhem jiného doktora. Neumí určit, kolik zdravotní péče potřebuje pro své uzdravení a zpětně zhodnotit zda léčba měla vůbec účinek. Celkově vzato pacient není schopen určit cenu odpovídající užítku.

Podíváme-li se na to z druhé stránky, cenu by si mohl určit lékař, či farmaceutická firma (v případě léků). Pokud by to bylo z pozice monopolu, který je pro zdravotnictví typický, mohlo by dojít ke zneužití postavení a cena by byla mnohem vyšší než při dokonale konkurenčním trhu. Tím by se mohla stát nedostupnou pro skupiny obyvatel s nízkým příjmem. Pokud by existovalo konkurenční prostředí, snažili by se lékaři či farmaceutické firmy cenu péče respektive výrobků snižovat a nalákat tím více pacientů. Tady ovšem nastává problém heterogenní komodity. Pro pacienty je složité zjistit, jestli nižší cena komodity je signálem pro výhodnější koupi, či nižší kvality. (Stiglitz 1997) Nejsou tedy schopni na cenu adekvátně zareagovat.

Pokud spotřebitelé nejsou dostatečně informováni o cenách ani komoditách, mohou firmy zvýšit cenu nad konkurenční hladinu bez ohledu na kvalitu svého výrobku a bez znatelné ztráty zákazníků. Tyto tržní anomálie by ve zdravotním sektoru bez jakékoliv regulace mohly být naprosto běžné, neboť ceny jsou deformovány a nejsou zcela tržního charakteru. V souvislosti s tímto jevem někteří ekonomové zastávají dokonce ten názor, že například zvyšující se počet chirurgů vede spíše

k nárůstu operací, než-li ke snižování ceny a zvyšování konkurence.  
(Fuchs 1975)

## 2.2. Zásahy vlády

Ze všech vyjmenovaných důvodů potřebuje trh zdravotní péče zvláštní pravidla. Není pareto-efektivní a bez regulace dochází k celé řadě tržních selhání. Proto se zdravotní péče v mnohých systémech řadí do veřejných statků. Ten je charakterizován tím, že není možné omezovat jeho spotřebu a nelze nikoho vyloučit z jeho spotřeby. Veřejný statek je financován z veřejných prostředků, potažmo z daňových příjmů, které odvádějí všichni občané. Ti, kteří daně neplatí a veřejné statky konzumují jsou pak v ekonomii řazeni do **problému černého pasažéra**. (Stiglitz 1997)

Vlády ve všech vyspělých zemích se snaží z titulu své moci omezit některé neefektivnosti a nahradit trh v oblastech, kde selhává. Zásahy státu nejsou tedy náhodně. Naopak mají své racionální opodstatnění. Snaží se různými pravidly řešit především tyto problémy:

- 1)nedokonalá soutěž
- 2)nedokonalé informace
- 3)externality
- 4)nerovnost

První dva body byly již rozebrány, zaměříme se tedy na externality a nerovnost. Externality mohou být pozitivní či negativní. Ve zdravotnictví by se daly definovat takto: „Pokud čin jednoho jedince produkuje přímé zdravotní výhody pro ostatní občany, bez finanční kompenzace, jedná se o pozitivní externality.“ (Hurley 2000, překlad) Podobně by se dala formulovat definice negativních externalit. Vyskytují se například při čištění vody, očkování proti infekčním nemocem či znečišťování ovzduší

elektrárnami. Vláda proto utváří různé mechanismy, jak vedlejší efekty omezovat. Buď převezme zodpovědnost za zajištění veřejně prospěšné činnosti a financuje jí z veřejných prostředků (například povinné očkování „zdarma“), či se snaží pomocí různých limitů, pokut a poplatků externality finančně kompenzovat.

Co se týče nerovnosti, tak existuje všeobecný souhlas, že žádné osobě, bez ohledu na její příjem, by neměl být odepřen přístup k přiměřené zdravotní péči. Právo žít nemůže být kontrolováno trhem. Názor, že dostupnost statků a služeb, jako je zdravotní péče, by pro rozdílné jednotlivce neměla záviset jen na jejich příjmu je známý jako **specifický egalitarismus** (Tobin 1970).

Ne všichni ovšem s tímto názorem souhlasí. Poukazují totiž na slabý vztah mezi zdravotní péčí a délkou života. Tvrdí, že faktory, jako kouření a alkohol, jsou pro délku života a zdraví neméně důležité. (Fuchs 1975)

Pravda ovšem bude nejspíše někde uprostřed. Většina veřejnosti ve vyspělých zemích se přiklání k názoru, že každý by měl mít právo na určitou minimální zdravotní péči. Vlády jednotlivých zemí řeší nerovnost různými způsoby. Avšak jedním z nejčastějších prostředků vlády pro zajištění dostupnosti zdravotní péče pro všechny obyvatele bylo zavedení pojištění.

Pojišťovny se staly subjektem, který hospodáří s penězi a přerozděluje je v rámci určitých pravidel. Jelikož všichni ostatní aktéři maximalizují svůj užitek, jak je v neo-klasické ekonomii zvykem, střetávají se jejich zájmy právě skrze pojišťovny. Pacienti se mohou různou formou vyhybat placení pojistného a tím snižovat příjem pojišťoven. Lékaři jsou většinou pojišťovnou placeni za své výkony, a tak se snadno může stát, že budou maximalizovat své výkony, aniž by brali ohledy na jejich nutnost. Vláda

může skrze pojišťovny aplikovat svou libivou politiku a skrze legislativu maximalizovat své preference. Pojišťovna má také svůj primární zájem. Jako každá jiná firma se snaží mít vyrovnané rozpočty, mít dostatek financí pro své zaměstnance a vytvářet zisk. Je ovšem téměř nemožné uspokojit zájmy všech subjektů. Proto pojišťovny vytváří určité vlastní politiky, které se v rámci daných podmínek snaží balancovat tyto jednotlivé zájmy.

Kromé obrany proti subjektivním zájmům musí pojišťovny čelit problémům, které se odborně nazývají **morální hazard a negativní výběr**. Pojmy budou vysvětleny v kapitole 5. Ve stejné části budou v rámci ČR vysvětleny všechny vztahy pojišťovny s ostatními subjekty. Cílem bude poukázat na podmínky, ve kterých pojišťovny optimalizují a jaké jsou jejich možnosti. Celkový rozbor pojišťoven pak povede k vyslovení závěrečné hypotézy. Než-li se k rozboru dostaneme, musíme nejprve pochopit cíle, zájmy a funkce všech aktérů zdravotnictví.

### **3. Vývoj a vznik subjektů**

#### **3.1. Subjekty ve zdravotnictví**

Existuje několik modelů, které popisují základní stavební kameny zdravotnictví a jejich vzájemné relace. Většinou se však liší pouze v celkovém počtu subjektů podle zájmu a specializace badatelů. Proto bychom rádi nejdříve pojmenovali ty aktéry, které budeme v systému zdravotnictví ČR v této práci zkoumat.

Postupně vymezíme tyto soupeře na onom válečném poli o peníze:

- 1) Pacienti, klienti, plátcí daní
- 2) Nemocnice, doktoři, poskytovatelé
- 3) Pojišťovny, plátcí služeb
- 4) Stát, Vláda, Ministerstvo zdravotnictví

Mezi nimi dochází k různým interakcím, v rámci kterých si přerozdělují finance, služby a informace. Je třeba ovšem vysvětlit, jak se jednotlivé subjekty vyvíjely a proč se zvyšoval počet jednotlivých aktérů ve zdravotnictví. Jisté je, že každý další aktér přináší do systému další vztahy. A každý další vztah sebou přináší jisté náklady. Nežijeme totiž ve světě nulových transakčních nákladů. V choulostivé oblasti zdravotnictví rozhodují jednotliví aktéři často o cizím užítku. Chybí mnohdy motivační prostředky, podněty k racionálnímu rozhodování. Je zde porušena zásadní podmínka mikroekonomických modelů o rovnosti přístupu k informacím. Proč je tedy tolik subjektů?

Jednotliví aktéři zdravotnictví se staly součástí systémů postupně. Pokud pátráme po možných příčinách problémů, je potřeba se ptát, proč jednotlivé subjekty vznikly a k čemu slouží.

### 3.2. Pacient a lékař

Primárními subjekty jsou samozřejmě pacienti (klienti) a doktoři (poskytovatelé). Z historického vývoje není pojišťovna základním subjektem, neboť ještě ve 20. století platilo pro většinu populace, že úhradu za péči vyžadoval lékař přímo od pacienta.

Zdravotnictví, stejně jako každá jiná tržní oblast, je založeno na poptávce a nabídce. Co je ovšem přesně předmětem směny? Lidé v podstatě poptávají vše, co by nějakým způsobem ovlivnilo jejich zdraví. Zdravotní péče je vedle genetických dispozic, sociálních podmínek, životního prostředí a individuálního přístupu k životu hlavním determinantem zdraví (Evans and Stoddart (1990), překlad). Proto pacienti poptávají především zdravotní péči, jejíž náklady se dají vyčíslit a která je odvozena od poptávky po zdraví samotném (Grossman (1972)). Tyto pojmy je potřeba od počátku dobře rozlišovat a uvědomit si rozdíly.

Pacient tedy poptává zdravotní péči a ta je mu poskytována prostřednictvím lékaře. Za léčení se přímo na místě, po výkonu práce platilo. Z hlediska pacienta bylo výhodou, že platil opravdu jen v momentě spotřebované zdravotní péče. Lékař musel předvést odborný výkon s patričným výkladem a za to dostal odměnu. Ovšem ne vždy měl nemocný dostatečné finanční prostředky. Bylo celkem běžné zaplatit poskytnutou péči naturáliemi, se kterými se lékař spokojil.

Jak se ale určovala cena služby? To je otázka, která je aktuální do dnes. Lékař svou práci ohodnotil většinou sám, dle vlastního svědomí, vynaložených nákladů a také podle finanční situace pacienta. Z historie jsou známy případy, kdy lékař často fungoval i jako prostředník solidarity. Léčil chudé pacienty zdarma a od bohatých vyžadoval úhradu odpovídající jejich možnostem. (Křížová 1998)

Cena byla tedy individuální, nikoliv tržní a nikoliv nákladová. Dnes je cena zdravotní péče určována poněkud jinak. Tím, že je mezi pacientem a poskytovatelem ještě třetí subjekt (plátce), který není schopen kontrolovat směnu mezi pacientem a lékařem, přestává být odměna lékaře přímo závislá na poskytnuté zdravotní péči. Existují různé systémy ohodnocení, které jsou ovšem nejčastěji stanoveny pojišťovnami, nebo zákonem, ty ale budou probrány v 5. kapitole.

Ačkoliv v minulosti nebyly ceny nikým kontrolovány, nedocházelo zpravidla k nepřiměřeným cenám zdravotní péče. Ve zdravotnictví totiž působí i mnoho dalších sil. Zdraví je opravdu vnímáno všemi aktéry jako zvláštní statek, který má svá specifická pravidla. Lékaři jsou vzdělání lidé a mnohdy považují svou profesi jako poslání pomáhat svým spoluobčanům. Tedy maximalizují užitek, který je reprezentován nejen penězi, ale i tímto vnitřním posláním. Jsou tedy solidární k chudým, řídí

se neformálními pravidly<sup>2</sup>, dodržují Hippokratovu přísahu a společenská prestiž je často nadřazená materiálním hodnotám. Díky tomu se cena zdravotní služby pohybovala v minulosti v „rozumných mezích“. Ačkoliv ceny nebyly nikým kontrolovány nebo omezovány, nedošlo k předražování služeb a vše se vyřešilo jakousi neviditelnou rukou.

Práce lékařů může být ovšem někdy velmi svazující. Morální zásady, Hippokratova přísaha a ochota lékařů pomoci nemocným v každé situaci může být jednoduše zneužitelná. V situaci, kdy přijde velice nemocný pacient, který si nepředplatil zdravotní péči nebo nemá peníze, jsou lékaři vystaveni určitému rozporu. Ten je způsoben na jedné straně povinností pomoci každému nemocnému (ta může vyplývat jak z formálních tak i neformálních pravidel) a na druhé straně racionálním tržním poskytováním zdravotní péče pouze za peníze.

Každý lékař řeší tuto situaci po svém a je těžké generalizovat, který přístup je správný. Ovšem horší je ten fakt, že některé systémy mohou podněcovat vznik tohoto rozporu i v současné době. Pokud například plátce (v dnešní době nejčastěji pojišťovna) není schopný dostát svým závazkům, objevuje se automaticky tento rozpor u lékařů, aniž by pacient tuto situaci zavinil svým nezodpovědným chováním. Pokud by systém vybírání a rozdělování peněz nefungoval dlouhou dobu, mohl by vztah mezi pacientem a lékařem začít fungovat opět na bázi přímé úhrady.

### 3.3. Vznik a fungování pojišťoven

Základní otázkou je, proč vlastně vznikly pojišťovny? A proč až koncem 19. století? Co se stalo tak významného a zásadního?

---

<sup>2</sup> Formální instituce mají zákonnou podobu, je to celý právní rámec ekonomiky. Neformální instituce jsou ustálené zvyky, tradice, obyčeje a někdy bývají nazývány "kulturou společnosti". (Mlčoch 1996)

Důvodů bylo hned několik, ale tím hlavním byla nejspíše průmyslová revoluce. Ta přinesla sebou několik hlavních změn. Ze společnosti poddanské se postupně začala utvářet společnost občanská. Liberalizací se eliminovaly feudální struktury a vznikly základy moderní tržní ekonomiky. Díky kapitálu se ovšem začaly rozevírat nůžky mezi jednotlivými sociálními skupinami. Řemeslníci byli nahrazeni dělníky u strojů a jejich lehká nahraditelnost přinesla sebou i velmi nízkou mzdu a zhoršené pracovní podmínky.

Zaměstnanci v továrnách podstupovali často riziko úrazu a přibýlo i nemocí způsobených životním prostředím dělníků. Zaměstnanci si byli vědomi sdílení stejného rizika, a tak v rámci podniků zakládali zdravotnické fondy, které měly v případě potřeby financovat zdravotní péči. Na druhé straně pomohl rozmachu pojišťoven i státní aparát. V rámci trendu v rozvoji práv a svobod pro všechny obyvatele bylo již nutno přihlížet k nerovnováze mezi dělníky a kapitalisty. Evropa se svou křesťanskou kulturou chápala péči o staré, slabé a nemocné jako přirozenou a nezbytnou. A tak v 80. letech 19. století byly zavedeny první sociální zákony. (Křížová 1998)<sup>3</sup>

České zdravotní pojišťovny převzaly vývoj z Německa. Vznik pojišťoven zde byl spjat především se jménem Otto von Bismarcka a jeho politikou zvanou „bič a marcipán“. Ta byla charakteristická tvrdými podmínkami pro obyvatelstvo a zároveň zaváděním úlev pro sociálně slabší populaci. (Křížová 1998)

---

<sup>3</sup> Tento vývoj byl typický pro Německo a sousední země, nelze jej generalizovat na celý svět.



Během let 1883-1889 byly postupně zavedeny tyto zákony: O nemocenském pojištění (1883), O úrazovém pojištění (1884) a O invalidním a starobním pojištění (1889).<sup>4</sup> Ty ukládaly všem zaměstnancům, ale i zaměstnavatelům povinnost přispívat do zdravotnických fondů, které byly pak odpovědně za poskytování zdravotní péče. Zdravotnické fondy existovaly již dříve v rámci obchodních cechů již v 16. století. Ovšem nefungovaly v té době z titulu zákona.

V roce 1926 se vztahovalo pojištění i na nezaměstnané a v průběhu 50. a 60. let 20. století bylo toto zákonné pojištění rozšířeno o další zbylé složky populace (důchodci, děti...). Dohromady tak vznikl model povinného zdravotního pojištění, na jehož bázi funguje převážně i dnes systém zdravotnictví v České Republice. Vznik pojišťoven je velmi spjatý se vznikem **sociálního státu** a je založen na **solidaritě** mezi lidmi a na **sdílení společného rizika**.

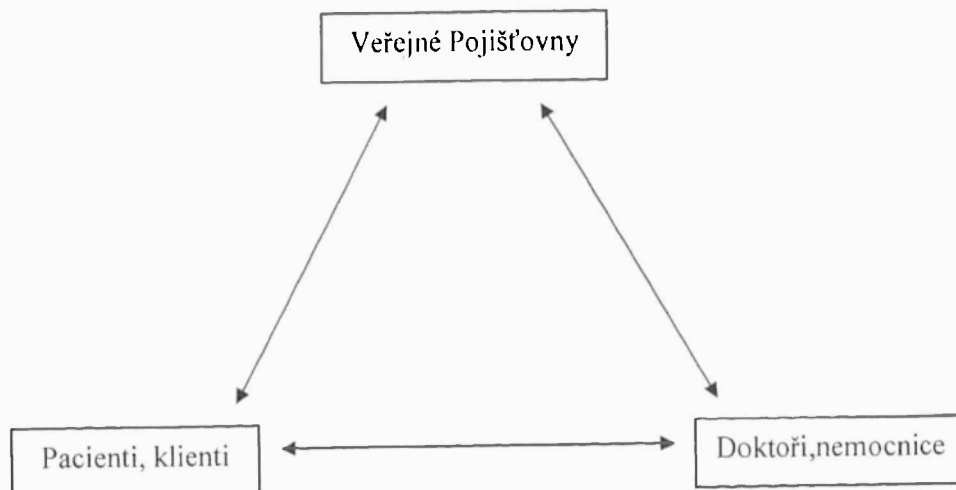
Je potřeba podotknout, že v jednotlivých zemích fungují pojišťovny různě. Záleží především na právním rámci a modelu zdravotnictví. Tyto modely budou vysvětleny v dalších odstavcích. Je ovšem několik principů, kterými jsou všechny pojišťovny spojovány bez ohledu na legislativu a na specifické podmínky dané země.

Zdravotní pojišťovny se staly významným prvkem každého zdravotnictví. Společně s pacienty a poskytovateli zdravotnických služeb tvoří základní trojúhelník zdravotní péče (viz Graf č. 1).

---

<sup>4</sup> [http://existence.csaf.cz/casopisy/existence\\_14/statni\\_soc\\_politika\\_a\\_a-alternativa.rtf](http://existence.csaf.cz/casopisy/existence_14/statni_soc_politika_a_a-alternativa.rtf), 27.4.2006

Graf č.1. Základní trojúhelník zdravotní péče



*Zdroj: Mossialos 2002*

Kvůli vzrůstajícím nákladům zdravotní péče vzniklo riziko nedostatku peněz na zdravotnické služby pro sociálně slabší skupiny obyvatelstva. Přijatelným řešením přirozené averze vůči nejistotám se ukázalo být **sdílení rizika**. Pojišťovny měly toto riziko spojené se zdravotními náklady rozložit mezi obyvatele.

### 3.4. Princip solidarity

Výhoda účastníků pojištění byla velmi prostá. Pokud svým finančním příspěvkem do systému bude jedinec solidární vůči ostatním nemocným či zraněným pojištěncům, budou na oplátku všichni ostatní zdraví účastníci solidární vůči němu při zdravotních potížích. Tento **princip vzájemné solidarity** je hlavním stavebním kamenem zdravotních pojišťoven.

Je nutné ovšem podotknout, že systém funguje jen tehdy, pokud do něj přispívá větší počet členů. Zpočátku existovala solidarita pouze mezi spolupracovníky v rámci firmy, či továrny. Po státním zásahu v podobě sociálních zákonů Otto von Bismarcka se rozrostla mezi

všechny zaměstnance. V rámci ní pak občan s vyšším příjmem dotuje občana s nižším příjmem a zdravý občan dotuje nemocného (Háva 2003).

Institucionálním vývojem se zavedla i solidarita zaměstnaných s nezaměstnanými, mladých se starými, ekonomicky aktivních s neaktivními, ale bohužel i zodpovědných s nezodpovědnými.<sup>5</sup> Objem společenské solidarity se tedy postupně zvětšoval buď evolučně a nebo prostřednictvím legislativy. Nicméně s růstem zneužívání solidárního systému nepřímou úměrou klesala i ochota být solidární.

Systém je založen na myšlence, že každý do systému dává a v případě zdravotních problémů čerpá solidaritu. Pokud systém umožňuje, aby se někteří jedinci účastnili pouze jako příjemci, je porušena tato základní myšlenka. Do narušující skupiny beze sporu patří účelově nezaměstnaní a nezodpovědní lidé vůči svému zdraví. Pokud jsou v systému tyto subjekty vysokou mírou tolerovány, nastává pro fair-play hráče zásadní otázka co dál?

Buď mohou na politickém trhu prosazovat změnu, aby se určitý typ solidarity omezil, či úplně zrušil. Tato cesta má ovšem vysoké transakční náklady na realizaci. Druhá varianta je jednodušší. Pokud nějaké formální pravidlo nařizuje určitý typ solidarity a z hlediska neformálních pravidel je společností nepřijato, jsou subjekty nuceny omezit svou benevolenci nepřímo. Výsledkem je, že umělou cestou přecházejí na stranu příjemců solidarity.

---

<sup>5</sup> Zdroj Krížová (1998), tyto informace jsou založeny na četných studiích o tom, jakou měrou zmíněné skupiny do systému přispívají a jakou měrou čerpají. Ověřit tyto fakta si lze ve Zdravotnické ročence ČR. Poslední tvrzení je těžko fakticky doložitelné, neboť nelze zkoumat něco tak abstraktního jako je zdravý způsob života. Nicméně případové studie mohou ukázat například rozdíly mezi kuřáky a nekuřáky.

Tato forma se v ČR může projevit například fiktivním studováním a využíváním všech výhod studentů, pracováním na černém trhu a konzumací výhod nezaměstnaných. Další možností je nepřiznávání skutečných příjmů v podnikovém sektoru. Podnikatelé hypoteticky mohou šikovným účetnictvím ukrývat část svých příjmů před daňovými úředníky v nákladech podnikání. Před státními úřady by se mohli vykazovat jako chudí s minimální mzdou, neplatili by odpovídající částku na sociální a zdravotní pojištění a stali by se **čistými konzumenty solidarity**.<sup>6</sup> Je finanční úřad schopen efektivně kontrolovat oprávněnost těchto nákladů? A pokud ano, co korupce v ČR? Tato neověřená hypotéza spíše poukazuje na teoreticky možné příklady úniku ze zákona stanoveného břímě solidarity.

Pokud by se takové chování subjektů začalo živelně šířit, byla by z hlediska pravděpodobnosti ohrožena existence pojišťoven. Objem solidarity, který je přijímán *čistými konzumenty* nesmí přesáhnout celkovou ochotu jednotlivých *čistých poskytovatelů solidarity*. V takovém případě by poskytovatelé přestali být štedří a nebylo by z čeho solidaritu utvářet. Porušení této nerovnosti dosti záleží na rozložení populace podle nákladů na zdravotní péči, neboť ta ovlivňuje průměrné náklady jedince. Záleží také na objemu nutné solidarity k vyrovnání celkových zdravotních nákladů. Aby tyto myšlenky byly jasnější, jsou vysvětleny na následujících dvou modelech.

### 3.5. Rozdělení skladby pojištěnců

Jedna ze solidarit je mladých se starými. Ve velké populaci, která je normálně rozdělena, může systém pojišťoven fungovat. Naproti nákladnému financování zdravotní péče u starších lidí totiž stojí

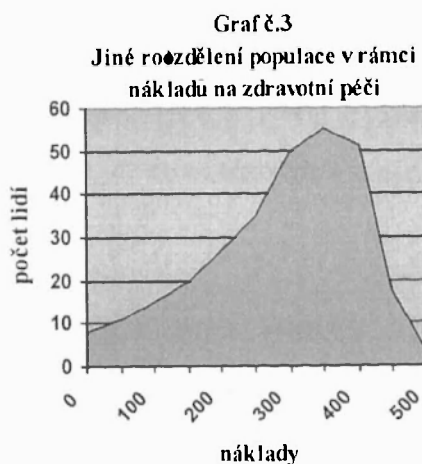
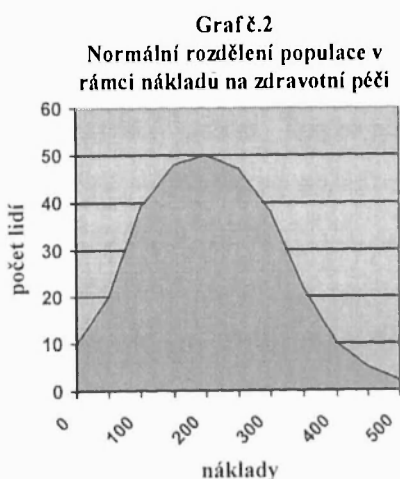
---

<sup>6</sup> Tím se rozumí člověk, jehož osobní náklady na zdravotní péči jsou větší, než celkové příspěvky do systému.

bezproblémové náklady péče o vitální střední vrstvu. Sdílením rizika celkovou populací se extrémní náklady na některé pacienty v průměru ztratí.

Pro neziskovou jednu centrální zdravotní pojišťovnu by pro fungování systému stačilo, aby platil jednoduchý vzorec:  $\sum_{i=1}^n X_i Y_i / X = P$  (kde  $X_i$  je počet obyvatel s  $i$ -tým nákladem,  $Y_i$  je  $i$ -tý náklad,  $X$  je celkový počet obyvatel,  $P$  je průměrná platba pojistného pro všechny obyvatele)

Tuto skutečnost dokazujeme na imaginárním modelu populace. Pomocí dvou různých obrázků je evidentní, že rozdělení populace z hlediska nákladů na zdravotní péči má veliký vliv na celkové zatížení všech účastníků. Nejhůře je na tom populace středního věku.



Co se týče pojistných částek, tak u prvního případu by platilo:  $P = 206.8729$ , zatímco u druhého případu platí:  $P = 283.5052$ .

Pro výpočet předpokládáme, že náklady na zdravotní péči jsou u jednotlivých obyvatel normálně respektive jiným způsobem rozloženy, ale do systému platí všichni stejnou měrou. Pojistná částka je v tomto modelovém případě vypočítána jako aritmetický průměr všech nákladů. Za takové situace by pojistné přesně hradilo náklady.

V druhém modelu jsme s využitím Zdravotnické ročenky 2004 a Výroční zprávy VZP 2004 (viz přílohy č.2 a č.3) zkoumali vzorec pro reálné hodnoty  $X_i$  a  $Y_i$  v ČR. Použili jsme průměrné náklady na jednoho pojištěnce VZP pro jednotlivé věkové skupiny jako reprezentativní vzorek 64% české populace. Ovšem zkombinovali jsme tyto údaje s věkovou strukturou všech obyvatel České Republiky. Tím jsme chtěli zamezit výskytu selekce pojištěných a znehodnocení dat. První dvě a poslední tři věkové skupiny jsme sloučili (0,1-4 bylo sloučeno do 0-4 a 85-89, 90-94, 95+ bylo sloučeno do 85+) kvůli dostupným informacím o průměrných nákladech.

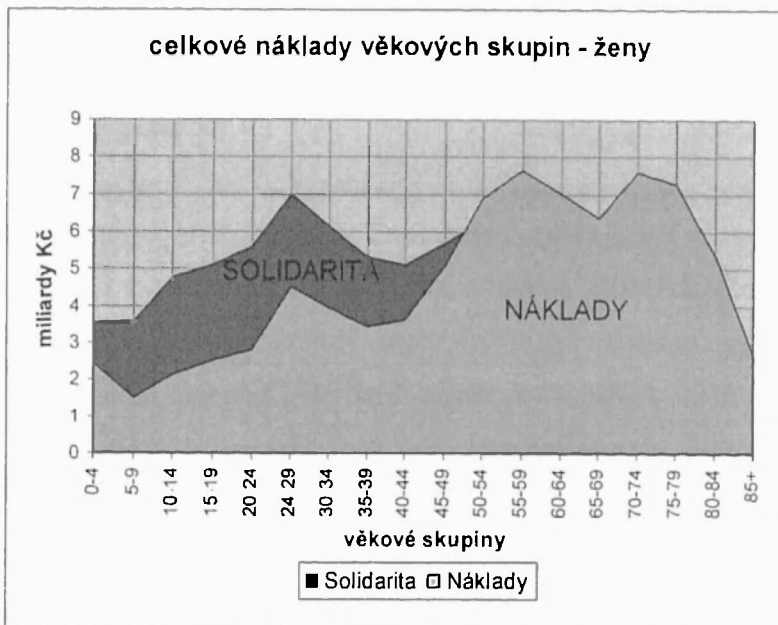
Po získání průměrných nákladů na obyvatele jsme vynásobili počet lidí v dané věkové skupině těmito průměrnými náklady. Tak jsme pro každou věkovou skupinu zjistili rozdíl mezi celkovými skutečnými náklady a celkovými náklady za předpokladu, že všichni platí stejnou (průměrnou) sazbu. Tento rozdíl je vidět na grafech č.4, č.5 a nazýváme ho **mírou nákladové solidarity**. Podmínkou je, že očekáváme stejnou výši příspěvku od všech účastníků.

Je ovšem třeba říci, že mnohem větší a důležitější je **míra příjmové solidarity**. Ta značí v rámci dané věkové skupiny rozdíl mezi celkovými vklady do systému a opravdovými náklady. Tyto statistické data je velmi obtížné sehnat. V České Republice by ovšem příjmová solidarita byla vyšší, neboť poživatelé důchodu, ženy na mateřské, uchazeči o zaměstnání a další skupiny obyvatel do systému nepřispívají. Pojistné za ně platí stát ze státního rozpočtu.<sup>7</sup>

---

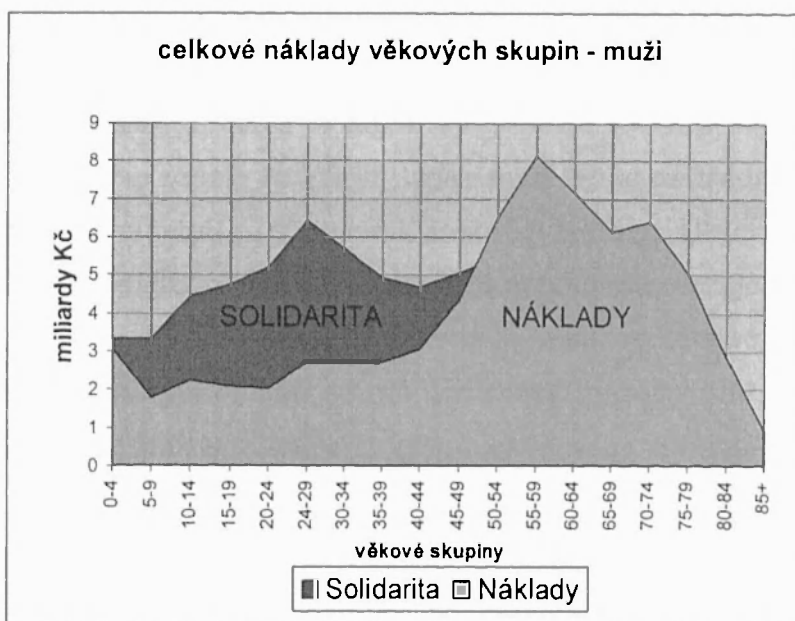
<sup>7</sup> Zákon č. 48/1997 Sb.o veřejném zdravotním pojištění, §7,

**Graf č.4. Celková výše nákladů jednotlivých věkových skupin - ženy**



Zdroj: Zdravotnická ročenka 2004 a Výroční zpráva VZP 2004

**Graf č.5. Celková výše nákladů jednotlivých věkových skupin - muži**



Zdroj: Zdravotnická ročenka 2004 a Výroční zpráva VZP 2004

Z reálných dat jsme dostali tyto informace  $P_{\text{muži}} = 14,062$   $P_{\text{ženy}} = 15,839$ .

Toto břímě ovšem putuje v podobě daní na skupiny ekonomicky aktivních obyvatel. Stupeň jejich solidarity je tedy mnohem vyšší než ta, kterou zobrazují graficky.

V posledních deseti letech v České Republice, ale i v ostatních Evropských zemích, přibývá starších lidí a ubývá mladých (Zdravotnická ročenka 2004). Realita se tak blíží druhému ilustrativnímu případu. Ten se stává neúnosným jak pro lidi, kteří musí prokazovat stále větší solidaritu se staršími a nemocnými, tak i pro pojišťovny, které musí zvyšovat příjmy, aby uhradily rostoucí náklady. Pojišťovny byly velmi dlouho základem pro systém. Dnes jsou v nesnadné situaci nejen díky změně populačních trendů, ale i nastavením politiky a progresivně rostoucímu vlivu některých zájmových skupin.

### 3.6. Stát jako další subjekt

Stát má ve zdravotnictví důležité postavení. Velmi dlouho sice nebyl zásadním aktérem, ovšem s příchodem průmyslové revoluce bylo nutné utvořit pravidla, která by dokázala uklidnit sociálně slabší vrstvy. S rozvojem trhu se začaly rozevírat nůžky mezi lehko nahraditelnými dělníky u strojů a velmi profitujícími vlastníky továren. Objevily se nové myšlenky předvídající třídní boj. Snižování nerovností mezi jednotlivými sociálními skupinami mohla zajistit jen vyšší instituce. Právě kvůli nerovnosti a některým dalším tržním nedostatkům začal stát, zastoupený vládou, utvářet tržní regulaci.

Zdravotní péče začala být chápána jako veřejný statek. Aby vlády vyvážily zhoršené pracovní podmínky dělníků, zavedly ve zdravotnictví solidaritu prostřednictvím pojištění. Další opatření se týkala pracovní doby, minimální mzdy, jejichž cílem bylo zajistit minimální občanský standart.



Tržních selhání je ovšem ve zdravotnictví mnoho a ne všechny se dají vyřešit. Podle D.M. Cutlera se stát zabývá především těmito oblastmi:

- 1) **Informační problémy** v trojúhelníku tří subjektů:  
pacient-lékař-pojišťovny
- 2) **Externality** například v oblasti očkování, ochrany životního prostředí.
- 3) **Pojištění a morální hazard** Poptávka po zdravotní péči je nepředvídatelná. Plné pojištění odstraňuje risk spojený s nepředvídatelnými náklady. Ovšem takový druh pojištění si vytváří další vlastní problémy z nichž **morální hazard** je nejznámější. Je to fenomén, kde jednotlivec, protože je pojištěný, spotřebovává více služeb, než by si vybral spotřebovat, kdyby si služby dopředu smluvil, aniž by věděl, jaké nemoci bude mít. ((Arrow 1965), (Pauly 1968), (Zeckhauser 1971), překlad)
- 4) **Heterogenita, diverzifikace rizik a negativní výběr** V populaci jejichž zdravotní riziko je heterogenní budou různě zdraví jednotlivci poptávat různé pojišťovací produkty. Nemocní budou chtít obecně více rozšířené zdravotní pojištění než zdraví lidé. Tyto rozdílné poptávky tvoří pojišťovně problémy, jak vytvořit účinná opatření. Pokud by pojišťovna uměla roztřídit klienty na zdravé a nemocné, mohli by být všichni pojištěni, ale za jinou cenu. Pokud se jedinci rozlišit nedají, budou lidi podněcováni k předstírání, že jsou zdravější než-li opravdu jsou. Tento jev se nazývá **negativní výběr**. (Cutler 2002, překlad)
- 5) **Rovnost** Přístup ke zdravotní péči je obecně brán jako právo, nikoliv jako zboží ve smyslu luxusních aut či drahých domů.

Některé tyto body se liší od těch, které popisoval Stiglitz (viz kapitola 2). Rozdíl vzniká tím, že Stiglitz nezahrnul problémy, které se vyskytují až s příchodem pojišťoven. Pojišťovny začaly hrát v systémech zdravotnictví centrální úlohu. Tím vlády takřka vyřešily nerovnost v přístupu. Nicméně

toto řešení sebou přineslo další problémy- například negativní výběr a morální hazard. Vládní zásahy či programy ne vždy mohou dobře fungovat a ne vždy splní svůj cíl. Vytvoření pojišťoven je jedním z důkazů. Otázkou tedy je: Proč účinek vládních zásahů někdy neodpovídá plánovaným představám a cílům? Podle Stiglitze jsou důvodem níže zvýrazněné vyjmenované body. Ty platí obecně pro vládu. Jelikož VZP v ČR převzala některé úlohy státu, vysvětlím na těchto bodech i důvody, proč nejsou pojišťovny schopny dosáhnout svých a státem určených cílů.

- 1) **Omezené informace.** Nyní nikoliv mezi pacientem a lékařem, ale mezi pojišťovnou a pacientem či pojišťovnou a doktorem. Nedostatek těchto informací je základem pro vznik *negativního výběru*.
- 2) **Omezená kontrola reakci soukromého sektoru.** VZP často umí kontrolovat, motivovat a ovlivňovat chování lékařů, kterým vyplácí mzdy. Ovšem již těžko dokáže efektivně kontrolovat chování pacientů, pokud k tomu nemá legislativní podporu. Omezená kontrola je základem pro vznik *morálního hazardu*.
- 3) **Omezená kontrola vlády nad byrokracií.** Vláda je schopna stanovit cíl a pravidla, které má pojišťovna dodržovat. Ovšem provedení záleží již na lidech. Málokdy může kontrolovat způsoby chování těchto realizátorů projektů. Tento problém je známý jako „*principal – agent problem*“. I pojišťovna má omezenou kontrolu nad poskytováním odpovídající péče, neboť ji zastupuje doktor. Tedy také se potýká s *problémy agentury*.
- 4) **Omezení vyplývající z politické podstaty vládních rozhodnutí.** Pokud vládne jedna politická strana, hájí zájmy svých voličů a tento zájem nemusí být shodný s veřejným, obecně prospěšným zájmem. Proto některá rozhodnutí vlády mohou být nepříznivá a neefektivní. Tento jev ovšem není selháním, nýbrž přirozeným důsledkem demokracie.

(Stiglitz 1997)

### 3.7.Co je to stát ?

Stát je politická organizace lidské společnosti, která sdružuje obyvatele určitého území v právní celek<sup>8</sup>. Vláda je hlavním výkonným orgánem státu. Realizátorem vládních nařízení a úloh je veřejná správa.

Veřejná správa vykonává správní funkce ve veřejném sektoru; skládá se ze státní správy a samosprávy. Stát může prostřednictvím specializovaných orgánů působit jak na centrální, tak na regionální či místní úrovni. Stát také přenáší část výkonu státní správy na jiné subjekty, např. na kraje, obce či profesní komory.

#### **Základní funkce státu jsou:**

- zajištění vnitřní a vnější bezpečnosti
- respektování a ochrana lidských práv a svobod, včetně práv majetkových
- formování institucionálního rámce hospodářské činnosti
- zajišťování dalších veřejných funkcí: péče o veřejné zdraví, kulturu, vzdělání, sociální ochranu atd. (Potůček 2006)

#### Stát ve vztahu k trhu vykonává tři funkce:

1. zabezpečuje podmínky pro dobré fungování tržního mechanismu:
  - a) - minimalizuje negativní důsledky monopolu
  - b) - odstraňuje negativní nebo kompenzuje pozitivní externality
  - c) - zabezpečuje dostatečné množství veřejných statků
2. zabezpečuje spravedlivé fungování tržního mechanismu přerozdělováním důchodů v zájmu větší důchodové a majetkové rovnosti

---

<sup>8</sup> <http://cs.wikipedia.org/wiki/St%C3%A1t>

3. zajišťuje vnitřní a vnější stabilitu ekonomiky prostřednictvím makroekonomické stabilizační hospodářské politiky.

(Sojka, Konečný 1996)

Role státu se v rámci zdravotnictví projevuje v několika oblastech:

Oblast zdravotní situace a zdravotní péče

Oblast legislativy

Oblast zdravotního pojištění

Oblast lékové politiky

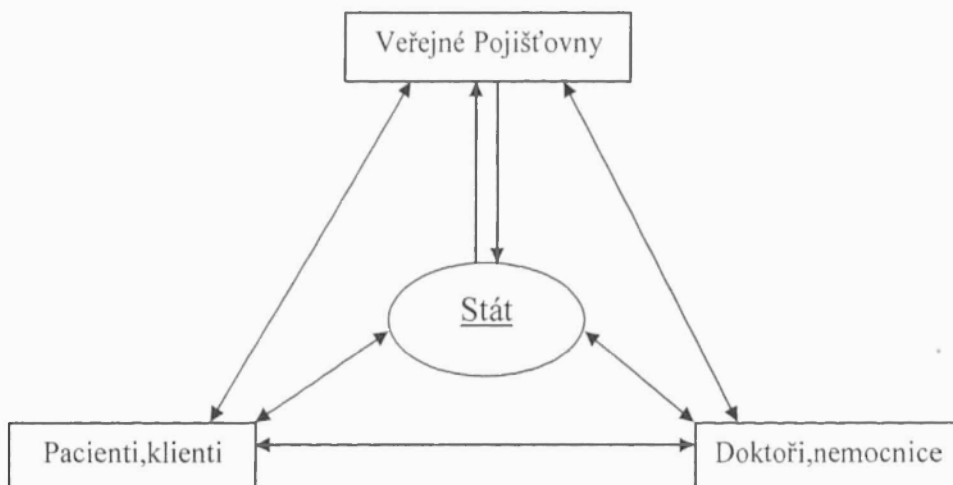
Oblast vzdělávání a výzkumu (Vepřek 2002)

Stát do systému zdravotnictví přispívá především utvářením pravidel z titulu své moci. Je hlavním formálním koordinátorem systému. Proto je nedílnou součástí všech systémů ať se jedná o veřejný systém financování nebo komerční.

Pokud budeme nadále psát v textu, že stát koná nějakou činnost, myslíme tím obecně, že prostřednictvím určitého úřadu či konkrétního úředníka stát tuto činnost zajišťuje.

Stát by měl hájit veřejný zájem prostřednictvím jednotlivých subjektů, kteří ovšem často sledují vlastní zájem (principál – agent). Řešením často bývají kompromisy mezi veřejnými a osobními zájmy pověřeného a mocného úředníka. Proto přítomnost státu v systému přináší další neefektivitu. Nové interakce způsobené státem jsou vidět na následujícím grafu č.6.

**Graf č. 6 Rozšířený trojúhelníkový model zdravotní péče**



*Zdroj: Mossialos a kol. 2002 (poupraveno)*

S rozvojem solidarity ve zdravotnictví byl postupně přijímán názor, že zajištění dostupné zdravotní péče je povinnost státu vůči svým občanům. Zdravotní péče měla být jedním ze základních lidských práv a společnost reprezentována vládou ji měla garantovat (Křížová 1998). To jsou základy moderní demokratické společnosti.

Názor, že vláda má odpovědnost za zdraví populace bylo stvrzeno deklarací WHO po 2. světové válce. V roce 1966 připomíná Evropská sociální charta právo každého občana na dosažení nejvýše možné úrovně fyzického a duševního zdraví. A v neposlední řadě velmi mladý dokument Světové zdravotnické organizace (WHO) je Lublaňská charta

Byl přijatý na Lublaňské konferenci v červnu 1996. Shrnuje hlavní zásady budování evropských zdravotnických systémů, jimiž se členské země WHO mají řídit: rovnost, důstojnost, solidarita, dostupnost zdravotní péče a udržitelnost systému.

### 3.8. Stát, výzkum a léková politika

Léková politika je součástí zdravotní politiky státu a je velmi důležitá. Ovlivňuje náklady celého zdravotnictví a proto se musí pečlivě vážit, zda lék je kvalitní, účinný, bezpečný a cenově dostupný pro celou populaci. Stát je jedinou institucí, která může regulovat cenu léků. K čemu by taková regulace byla? Regulace může být určitou formou ochrany spotřebitele. Ten nemá informace o kvalitě a odpovídající ceně léků. Pokud by na trhu byla dostatečná konkurence pro danou skupinu léků, regulace by nebylo třeba. Právě kvůli omezeným informacím a nízké konkurenci by mohla být státní regulace potřebná. V posledních letech byly v ČR uskutečněny tyto opatření:

1992 - Omezení předepsání nákladných léčiv na specialisty, neboť ti nejlépe určí účelnost a omezení vysoce nákladných léčiv

1995 – Zavedení systému referenčních úhrad, kdy léčivé přípravky obsahující stejnou účinnou látku jsou hrazeny stejnou finanční částkou, nezávisle na značce výrobce

1997 – Omezení předepsání určitých léčiv na diagnózu jako prevence jejich neúčelného užití v jiných případech

1998 – Stanovení finančních limitů na předpisy jednoho lékaře

1999 – Pokutování zdravotnických zařízení za překročení výše uvedených limitů (Prokeš)

Argumentem proti regulaci je ovšem nutnost započítání všech skutečných nákladů spojených s výzkumem. Výroba léčiv a drahých zdravotnických přístrojů je vysoce finančně nákladná činnost. Výzkumy trvají řadu let a ne vždy bývá lék povolen k distribuci. Proto je třeba počítat i s vysokými cenami za vynalezené léčiva a zdravotnické přístroje.

V posledním století se v oblasti medicíny uskutečnil veliký pokrok. Ten je doprovázen vysokými náklady na nové způsoby medicíny. Proto lze do jisté míry připustit, že růst nákladů ve zdravotnictví je způsoben i pokrokem v medicíně. Techniky posledních let jsou vskutku revoluční a rozšiřují zdravotní možnosti pacienta. Vzniká ovšem další problém. Doktoři mohou pomoci nových metod udržet delší dobu pacienty při životě. Někdy svými výkony popírají přirozenost a nevyhnutelnost smrti. Nákladnost posledních let pacientů je velmi vysoká a rychle roste (viz příloha č.3)

Vzniká velmi choulostivá a etická otázka, zda v některých případech má cenu nákladnou cestou bojovat o prodloužení života pacienta, pokud jeho smrt je nevyhnutelná. I kdyby šance na přežití byla, jak dlouho lze z veřejných prostředků prodlužovat život pacienta?

Tento problém bude více aktuální v blízké budoucnosti. Rychlým pokrokem se doktoři naučili dělat „zázraky“. Ty jsou ovšem nákladné a málokdo si může tyto zákroky dovolit. Bude tedy stát odpovědný i za dostupnost těchto zázraků pro všechny? Je pravda, že tato otázka ještě není aktuální, ale například přečtení lidského genomu je revoluční čin, který rozšiřuje další možnosti léčby prostřednictvím uměle vytvořených orgánů. Ne všichni si ji budou moci dovolit. Tím ovšem bude porušena rovnost příležitostí. Časem se tedy nejspíše bude muset vymezit základní péče, která bude v rámci solidarity dostupná všem a vedle toho budou nákladné způsoby léčby, které budou omlazovat či prodlužovat životy jedinců, avšak nebudou všem dostupné.

## 4. Modely zdravotnických systémů

Typy zdravotních pojišťoven jsou závislé na systému, který utváří vlády jednotlivých zemí. Do této doby jsme se bavili pouze o vývoji a vzniku pojišťoven v rámci středoevropských zemí. V současné době jsou známy tři hlavní systémy financování zdravotnictví:

- 1) **Bismarckův zaměstnanecký systém,**
- 2) **Breveridgeův univerzální systém**
- 3) **Americký liberální (pluralitní) systém.**

Žádný z těchto systémů není v reálu zcela čistý. V každém jsou obsaženy varianty a kombinace jednotlivých systémů. „Vedle těchto systémů byl uplatněn **Semaškův sovětský systém** v bývalých komunistických zemích, kde zanikl v 90. letech minulého století.“

(Goulli 2003, str. 19)

„Česká Republika se při pokračující transformaci systému českého zdravotnictví navrátila k systému financování zdravotní péče podle systému zaměstnaneckého Bismarckova typu, který je smíšený s právními a zdravotními prvky z liberálního amerického systému. Hlavní charakteristikou Bismarckova modelu je tvorba příjmů do systému na základě sociálního pojištění odvozeného od příjmu jednotlivců.“

(Goulli 2003, str. 21)

### 4.1. Bismarckův systém národního zdravotního pojištění

Vývoj tohoto systému jsme popsali již v předchozím odstavci. Tento model je jakýmsi kompromisem zbývajících dvou modelů. Má v sobě zabudované prvky tržní, ale i veřejné kontroly. Systém vznikl v Německu a je založen na povinném zdravotním pojištění pro všechny zaměstnance



(později pro všechny obyvatele). Tento model je typický pro Rakousko, Francii, Holandsko, Belgie, Lucembursko, Polsko i ČR.

Prostřednictvím předplacených služeb se stát snaží garantovat celé populaci zdravotní péči. Výběr pojistného a distribuci finančních prostředků mají v rukou veřejné pojišťovny. Podíl státu na financování péče je značný. Stát také hradí investice a výzkum v oblasti nemocniční péče.

Poskytovatelé jsou buď soukromí nebo státní a jsou placeni převážně za vykázané výkony. Je dohodnuté bodové ohodnocení za jednotlivé služby a také sazba za jeden bod. Pacienti spotřebovávají péči podle svých potřeb a nejsou limitováni. Omezení nákladů a vykázaných výkonů se vztahuje pouze na poskytovatele.

Vedle pojišťoven státních existují i soukromé. Příjmy pojišťoven pramení z více zdrojů a jsou tvořeny z:

Příspěvků ekonomicky aktivních osob, zaměstnavatelů, spoluúčasti pacientů, příspěvků z veřejných rozpočtů, samostatné činnosti pojišťovny a příspěvků sponzorů a nadací. Pojistné je založeno na principu solidarity, takže každý občan platí určeným procentem z příjmu bez ohledu na spotřebu zdravotní péče. Za určité definované skupiny platí pojistné stát (důchodci, studenti, ženy na mateřské atd.)

Nemocnice jsou převážně ve veřejném vlastnictví, ale i soukromém například v podobě akciové společnosti nebo neziskové organizace. Platba nemocnicím je převážně sazbou na den a liší se podle diagnózy. Celkově je systém velice solidární, ale i lehce zneužitelný a málo kontrolovatelný.

## 4.2. Beveridgeův model národní zdravotní služby

Sociální myšlenky nebyly typické pouze pro Německo. Ve Velké Británii postupně vznikala systém NHS (National Health System). Počátky bychom mohli najít již v roce 1601, kdy byl přijat zákon na ochranu chudých (The Poor Relief Act). Tento zákon v sobě obsahoval první stopy solidarity. V britském zdravotnictví bylo častým jevem poskytovat zdravotní péči chudým zdarma. Na druhou stranu právě na chudých se testovaly nové způsoby medicíny, které zajistily medicínský pokrok.

Další výraznou změnu sebou přinesla industrializace. Zhoršení podmínek pro dělnické třídy bylo potřeba vyvážit některými sociálními výhodami. V roce 1848 byl přijat Zákon o veřejném zdraví (Public Health Act), což byly legislativní počátky zdravotnického systému. Kořeny socialismu ve Velké Británii položil ministerský předseda liberální vlády Lloyd George. Roku 1911 vznikl Zákon o národním zdravotním pojištění (The National Health Insurance Act), který umožňoval lidem systém předplacené zdravotní péče u všeobecných praktických lékařů.

Situace ovšem nebyla stabilizována a události během 2. světové války si vynutily změnu přístupu veřejné politiky ke zdravotnictví. Již v roce 1941 byl pověřen William Beveridge vypracováním zprávy o možnostech poválečného sociálního zabezpečení. Po vítězství labouristů ve volbách v roce 1945 mohla být **Beveridge report** realizována a to se také stalo v podobě Zákona o Národní zdravotní službě (The National Health Service Act) v roce 1946. (Křížová 1998)

V mnohém byly navrhované kroky ovlivněny představami J.M. Keynesa o sociálním státu.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> [http://existence.csaf.cz/casonisy/existence\\_14/statni\\_soc\\_politika\\_a\\_a-alternativa.rtf](http://existence.csaf.cz/casonisy/existence_14/statni_soc_politika_a_a-alternativa.rtf), 27.4.2006

### 4.2.1 Fungování NHS

Klíčovou pozici mají v systému všeobecní praktičtí lékaři. Ti mají kromě funkce poskytovatele základních služeb i funkci tzv. **gate-keepera**. Jejich úkolem je selekce pacientů a rozhodnutí o vystavení doporučení, se kterým může pacient navštívit speciálního lékaře. Všeobecní lékaři jsou představiteli primární péče, která je systémem považována za nejdůležitější. Proto jsou na praktické lékaře kladeny větší nároky, mají více povinností a pravomocí než v jiných zemích. Poskytovatele jsou placeni smíšenou formou. Z části je to kapitační platba za počet zaregistrovaných pacientů a z části je to platba výkonová.

Specializovaná péče je garantovaná státem prostřednictvím veřejných nemocničních zařízení. Náklady NHS jsou financovány především z daní, částečně z národního pojištění a také spoluúčastí při platbě léků. Všichni občané mají bez rozdílu zajištěný přístup k hrazené zdravotní péči. Výjimkou je optika, dentologie a léková spoluúčast. V rámci systému musí být pacienti zaregistrováni u všeobecného lékaře ve vymezeném okrese podle místa bydliště.

Velice zajímavá je i struktura NHS, kterou ukážeme na modelu ve Velké Británii. Nejvyšším úřadem je Ministerstvo zdravotnictví, které utváří zdravotní politiku a zajišťuje fungování NHS. Finance jsou rozděleny mezi nižší státní orgány na základě váženého paušálu podle demografických ukazatelů. Faktická odpovědnost je decentralizovaná na okresní a krajské zdravotní úřady, které spravují finanční prostředky a garantují nabídku zdravotní péče. (Křížová 1998)

Krajské a okresní zdravotní úřady distribuují finance dál mezi jednotlivé poskytovatele a dbají o dostatečnou síť zdravotnických zařízení na daném území. Veřejné nemocnice mají od 90.let nezávislé postavení a vystupují jako samosprávné organizace.

Navzdory relativně nízkým nákladům se systém potýká s problémy dlouhé čekací lhůty na specializované vyšetření a někdy i nedostatkem zdravotní péče. Systém je sice transparentně strukturovaný, ale chybí mu někdy tržní soutěživost. Některé instituce určují pacientovi kde a kdy bude léčen (připoutanost pacienta k územním zdravotnickým zařízením, dlouhé striktně dodržované čekací seznamy). Pacient je tedy v rukou „**production -line care**“ a poskytovatelé nemají motivaci bojovat o pacienty kvalitou služeb. Dalšími problémy byla nadměrná byrokracie, která pohlcovala čím dál více financí.

V 80.letech za vlády Margarety Tacherové se mnoho věcí změnilo. V systému se zavedla vedle NHS i tržní forma zdravotnictví v podobě „**fund-holding scheme**“ (obdoba HMO v USA). Tyto tržní inovace přinesly sebou vedlejší komerční pojištění a náročnějším pacientům bylo vyhověno. Na druhou stranu se nepodařilo omezit vzrůstající náklady na zdravotní péči, která zároveň začala být více závislá na finančních možnostech pacienta. Jednou z hlavních nevýhod NHS je podřízenost politickému systému. Je předmětem politického boje, který brzdí rychlejší adaptaci na nové trendy a brání další evoluci systému.

#### 4.3. Tržní model zdravotnictví.

Tento typ zdravotnictví bývá nejčastěji spojován se Spojenými státy americkými. Pozice USA ve zdravotnictví je ojedinělá. Neopírá se o princip sociální solidarity. V americkém pojetí demokracie a svobody je upřednostňován individualismus, soutěživost a osobní zodpovědnost

jedince. Tyto principy jsou způsobeny především odlišnou historií obyvatelstva USA, které bylo tvořeno z nespokojených přistěhovalců z Evropy.

Počátky pojišťovnictví v USA zaváděly železniční společnosti pro své zaměstnance. Nicméně ještě do 30. let 20. století byla nejčastější forma úhrad přímá platba pojištěnců. Až po zhoršení ekonomické situace vlivem černého pátku v roce 1929 začala být otázka sociálního pojištění aktuální. Ačkoliv Roosevelt ve svém New Dealu počítal se zdravotním pojištěním, tak na podobu zdravotnictví měla celé 20. století velký vliv AMA (American Medical Association), která rázně bojovala a úspěšně lobovala proti ovládnutí zdravotnictví veřejným subjektem. Kompromisně se tedy zavedl trh dobrovolného zdravotního pojištění. (Křížová 1998)

V 30. a 40. letech se začaly utvářet velké zdravotní pojišťovny, z nichž nejvýznamnější je konglomerát Blue Cross/Blue Shield. Brzy se však ukázalo, že existuje velké množství nepojištěné, nebo podpojištěné populace. Proto byly v 60. letech legalizovány federální programy Medicare a Medicaid, které zajišťovaly zdravotní péči sociálně slabším.

Program Medicare je určen pro invalidy a pro občany nad 65 let, kteří jsou nedostatečně pojištěni. Program je zaměřen především na akutní nezbytnou péči. Ostatní péči si musí platit tyto osoby sami.

Program Medicaid je naproti tomu určen pro krytí akutní, preventivní a dlouhodobé péče pro obyvatele s nízkým příjmem. (Křížová 1998)

V USA je velice častá předimenzovaná nabídka zdravotnických zařízení. To má svoje opodstatnění. V americké společnosti pacient často žaluje poskytovatele za nedostatečnou péči. Proto musí lékaři podstupovat různá opatření proti žalobám v podobě pojištění či dostatečné nabídky speciálních přístrojů. Vztah mezi pacienty a doktory

je velmi tržní a zvyšuje náklady nemocničních zařízení a v důsledku i cenu služeb.

Pojišťovny byly zpočátku neziskového charakteru. Postupem času byly však vytlačovány ziskovými komerčními pojišťovnami, které získali již 50 % trhu. Pojistné je vyměřováno podle individuálního rizika.

Financování péče je založeno na přímé platbě. Komerční pojištění je druhou významnou složkou, které ovšem začne působit až po překročení určitých finančních výdajů pojištěné osoby. I tak je ovšem pacientovi ukládána spoluúčast.

System v USA se označuje někdy jako pluralitní, neboť je umožněno souběžné několik odlišných modelů zdravotnických zařízení. Kromě individuálních praxí existují různé formy HMO zdravotních zařízení, dalším alternativním způsobem je PPO (Preferred Provider Organizations). Tyto specifické organizace nevytváří celkový systém. Jsou jen jeho součástí, přesto je vhodné popsat jejich fungování.

#### 4.3.1 HMO (Health Maintenance Organizations)

Tyto organizace byly legalizovány v roce 1973 (The Health Maintenance Organizations Act) za vlády prezidenta Nixona. Je to zvláštní typ organizací, které poskytují zdravotní péči pro registrované obyvatele a zároveň spravují i finance. Daly by se také nazývat propojenými pojišťovnami s nemocnicemi do jedné právní formy.

HMO je soukromá nezisková či komerční organizace, která vybírá od klientů pojistné, samostatně hospodaří s finančními prostředky a poskytuje svým klientům veškerou zdravotní péči. Struktura organizace tak nejvíce připomíná první zaměstnanecké solidární zdravotnické

pokladny. Rozdíl je ovšem v tom, že HMO´s nejsou založeny na solidaritě. Pojistné je určeno věkem a individuálním rizikem klienta. Jednotlivé HMO´s mají různé smluvní podmínky a vzájemně si velice dobře konkurují.

Pacienti si mohou organizace vybírat a mít tak přístup ke komplexní zdravotní péči. Způsob ohodnocení lékařů je podle vykázaných diagnóz (DRG – Diagnosis Related Groups). Zdravotní případy jsou rozděleny do několika skupin a k nim jsou určeny průměrné standardní finanční náklady. Ty jsou proplaceny poskytovateli, který nese podnikatelské riziko vyšších nákladů ale i případný zisk z nákladů menších. Systém počítá i s takzvanými extrémními případy pacientů, kteří spotřebují mnohem více nákladů, ovšem proplacení těchto případů má své množstevní limity.

Výhodou HMO´s je bezesporu efektivní kontrola nákladů. Ovšem pacient je do jisté míry omezen výběrem lékaře a podstupuje i riziko nedostatečné péče v rámci minimalizace nákladů, protože HMO se chová jako zisková organizace. (Křížová 1998)

#### 4.3.2. PPO (Preferred Provider Organizations)

Tyto organizace jsou tvořeny smluvními poskytovateli péče, kteří uzavírají dohodu např. se zaměstnavatelem o zajištění podnikové zdravotní péče za smluvní ceny, které jsou nižší než tržní ceny. Garanci výdělku pro PPO je domluvený objem péče pro velkou skupinu zaměstnanců. (Křížová 1998)

Služby tedy nejsou placeny klasickým výkonovým způsobem. Vztahy jsou dopředu stanoveny včetně objemu poskytované péče, a tak není velký prostor pro morální hazard. Ve smlouvě je sjednána i

definovaná skupina pacientů. PPO je dalším příkladem efektivních organizací z hlediska nákladů. Ovšem i zde zůstává problém, zda poskytnutá péče bude dostatečná.

Všechny tyto modely mají své kladné a záporné stránky. Nelze generalizovat, jaký systém je lepší a kolikrát nelze systémy ani efektivně srovnávat. V příloze č. 4 ukazujeme, kolik nákladů systém pohlcuje v jednotlivých zemích. Ukazatel je vyjádřen jako procento z HDP. Tento ukazatel bývá nejčastější, ovšem je třeba si uvědomit, že na druhém pólu stojí velmi důležitý ukazatel kvalita a objem poskytované zdravotní péče. Ten je těžko vyjádřitelný a bez něj je první informace takřka bezcenná. Proto raději budu zkoumat, jak jednotlivá pravidla a systémové nastavení ovlivňuje celkové chování subjektů a jaké formy neefektivností se v nich vyskytují.

## **5. Vztahy mezi subjekty v rámci ČR**

V této práci se budeme zabývat především vztahy mezi pojišťovny a ostatními subjekty. Vztahy týkající se státu jsou začleněny v podobě zákonů do jednotlivých vztahů pojišťoven a vztah mezi pacientem a poskytovatelem péče je velice ovlivněn plátcem. Všechny vztahy jsou tedy různou formou vysvětleny v rámci vztahů pojišťovny (především VZP ČR). Pokusíme se poukázat na fakt, že VZP ČR je centrem, které je vystaveno tlakům všech ostatních aktérů zároveň, a je pro ni takřka nemožné se ve vymezeném prostoru obrátit pohybovat. Na systému zdravotnictví v České Republice se pokusím ukázat všechny neefektivnosti v problémových vztazích. Budu k tomu používat českou legislativu a směrnice, které byly platné do roku 2004.



## 5.1. Veřejné pojišťovny – pacienti :

Podle *Zákona č. 48/1997 Sb.o veřejném zdravotním pojištění (základní ustanovení)* mají právo na zdravotní pojištění osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky a osoby, které ho nemají, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území České republiky (dále jen "pojištěnci"). Touto formou se stát snaží zabezpečit zdravotnické služby všem obyvatelům České Republiky.

Každý pojištěnec má v mezích zákona právo na výběr zdravotní pojišťovny, na výběr lékaře, na zdravotní péči bez přímé úhrady, na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady a právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče.

Jeho povinností je oznámit zahájení pracovní činnosti a platit pojistné příslušně zdravotní pojišťovně. Pojištěnec platí pojistné pokud je zaměstnancem v pracovním poměru a nebo osobou samostatně výdělečně činnou. Za důchodce, uchazeče o zaměstnání, ženy na mateřské a další platí pojistné stát.

Podle *Zákona č. 592/1992 Sb.o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění*, platí pojištěnci povinně pojistné ve vyšší 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období. Vyměřovacím základem pro osoby samostatně výdělečně činné to od roku 2006 je 50% příjmu z podnikání po odpočtu výdajů na jeho dosažení. Vyměřovacím základem pro osoby, za něž je plátcem stát je 3520 Kč. V tabulce č.1 je přehled pojištěnců, za které platí stát. Tabulka č.2 ukazuje, kolik vybrala na pojistném Všeobecná zdravotní pojišťovna v rámci jednotlivých kategorií plátců.

**Tabulka č. 1**

**Přehled o pojištěncích, za které je plátcem zdravotního  
pojistného stát. Stav ke konci roku 2002 a 2003**

Skupiny pojištěnců <i>Groups of insured persons</i>	2002	2003	
	počet osob celkem <i>No. of insured total</i>	počet osob celkem <i>No. of insured total</i>	z toho u VZP <i>out of which with GHIC</i>
Nezaopatřené děti / <i>Unprovided-for children</i>	2 376 610	2 357 676	1 431 757
Poživatelé důchodu / <i>Pensioners</i>	2 484 589	2 510 706	1 930 622
Ženy na mateřské dovolené, příjemci rodičovského příspěvku <i>Women on maternal leave, recipients of parental benefits</i>	306 226	309 704	179 139
Uchazeči o zaměstnání v evidenci úřadu práce <i>Job applicants registered with Labour Offices</i>	486 064	504 702	327 095
Osoby pobírající dávky soc. péče z důvodu soc. potřebnosti <i>Social neediness benefits recipients</i>	5 047	5 411	4 462
Osoby převážně nebo úplně bezmocné a osoby o ně pečující <i>Invalid persons and their home-nurses</i>	25 446	27 561	18 845
Osoby konající civilní vojenskou službu nebo na voj. cvičení <i>Persons in civilian military service or on military exercise</i>	35 716	21 255	8 708
Osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody <i>Persons in detention or in imprisonment</i>	16 159	17 091	13 305
Osoby bez příjmu pečující osobně celodenně o děti <i>Persons without income taking personal fulltime care of children</i>	29 628	27 748	18 451
Osoby důchodového věku bez nároku na důchod <i>Persons in retirement age without pension right</i>	9 676	4 236	2 874
Osoby bez zdanitelných příjmů pobírající nemocenskou <i>Persons without taxable income receiving sick-benefit</i>	21 012	22 628	12 103
Mladiství v ústavech / <i>Juveniles in social detention homes</i>	609	623	511
Celkem / <i>Total</i>	5 796 782	5 808 983	3 947 873

Zdroj dat: Ročenka VZP 2002 a 2003

Source: GHIC Yearbook 2002 and 2003

Zdroj: *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004*

**Tabulka č.2**

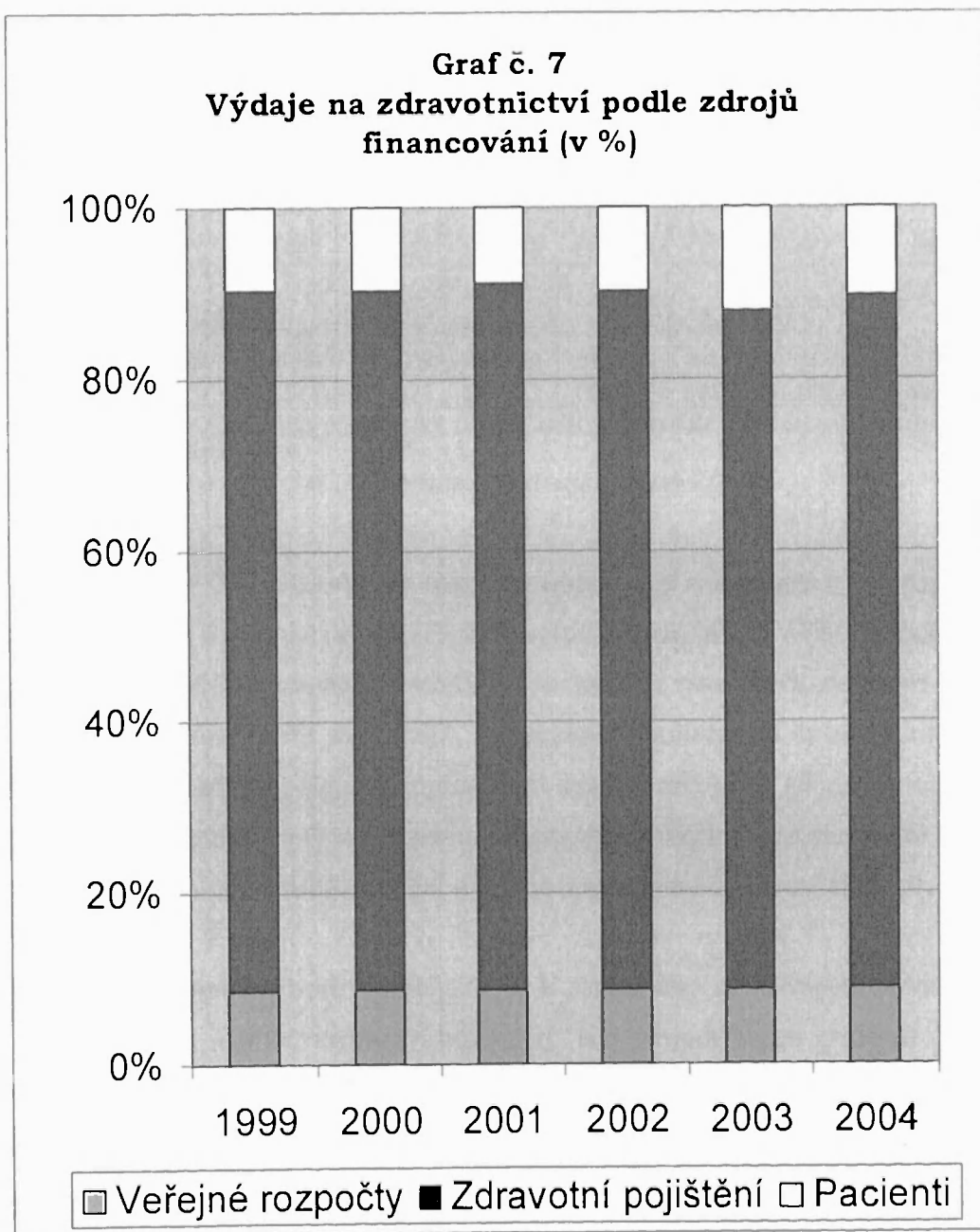
**Příjem z pojistného, včetně vlivu přerozdělování dle kategorií plátců**

Kategorie plátcu	Rok 2003 - skutečnost		Rok 2004 - skutečnost		Index 04/03	
	Prům. počet pojištěnců osob	Příjem z poj. po přerozd. v tis. Kč	Prům. počet pojištěnců osob	Příjem z poj. po přerozd. v tis. Kč	Změna prům. počtu pojištěnců	Změna příjmu z poj. po přerozd.
1. Zaměstnanci	2,603,853	24,374,223	2,552,946	26,169,374	0.98	1.07
2. Osoby samostatně výdělečně činné	707,232	1,816,559	677,139	2,146,569	0.96	1.18
Osoby bez zdanitelných příjmů	99,509	787,831	107,283	906,601	1.08	1.15
z toho: nezaopatřené děti	1,455,867	X	1,405,614	X	0.97	X
poživatelé důchodu	1,914,362	X	1,926,893	X	1.01	X
ženy na mateřské a příjemci rodič. příspěvků	179,452	X	179 721	X	1.00	X
uchazeči o zaměstnání	329,002	X	330,638	X	1.00	X
Ostatní	80,199	X	76,098	X	0.95	X
5. Celkový příjem pojistného včetně přerozdělování		98,622,767		105,261,237		1.07

*Zdroj: Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR 2004*

Všeobecná zdravotní pojišťovna spravuje zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění. Ten slouží k přerozdělování pojistného jednotlivým pojišťovnám podle počtu pojištěnců, věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců. Zákon pak stanovuje pojišťovnám, jaká péče se hradí ze zdravotního pojištění. Stát tedy velkou měrou ovlivňuje systém zdravotnictví nejen finančně, ale i legislativou. České zdravotnictví je veřejné, neboť je financováno převážně z veřejného pojištění a státního rozpočtu. Občané přispívají povinně do zdravotnictví

formou fiskální (přímých a nepřímých daní) a formou para-fiskální (zdravotní pojištění a sociální zabezpečení) (Háva 2003). V následujících tabulkách jsou přehledná data o výdajích na zdravotnictví, které jsou členěny podle zdroje těchto financí.



Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004

**Tabulka č.3****Celkové výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč)**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Z veřejných prostředků	119,267	123,453	129,626	145,096	154,066	170,367	176,743
v tom: ze státního a místních rozpočtů	11,769	13,128	13,708	13,960	16,579	22,631	19,932
Ze zdravotního pojištění	107,498	110,325	115,918	131,136	137,487	147,736	156,811
Přímé soukromé platby obyvatelstva	10,604	11,475	12,245	13,711	14,454	16,057	17,086
<b>Celkem</b>	<b>129,871</b>	<b>134,928</b>	<b>141,871</b>	<b>158,807</b>	<b>168,520</b>	<b>186,424</b>	<b>193,829</b>

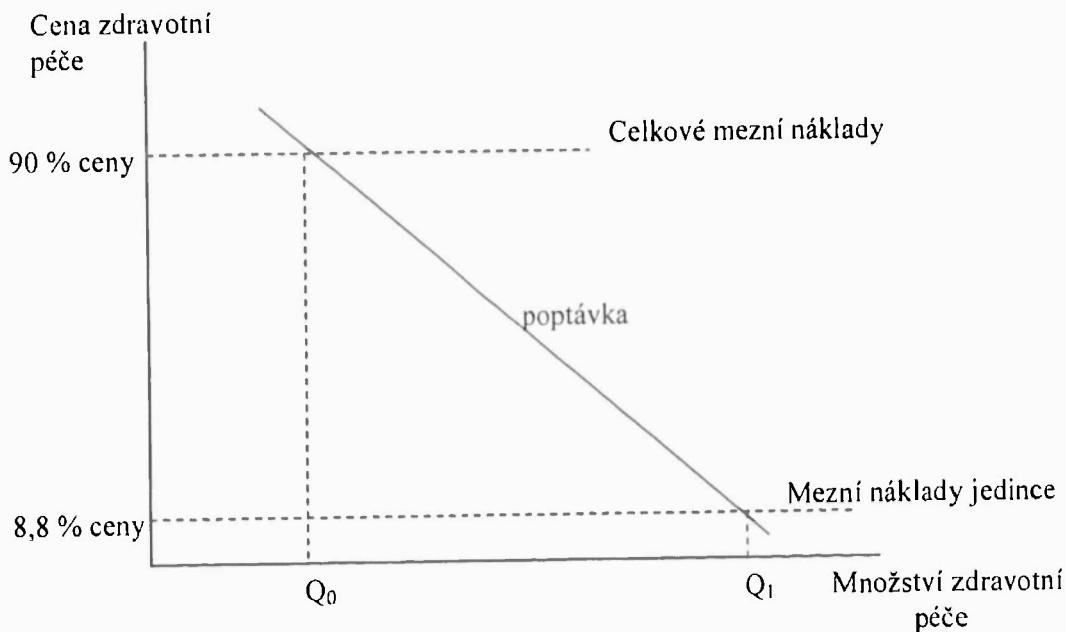
U výdajů z veřejných prostředků nejsou zahrnuty výdaje ostatních resortů mimo resort zdravotnictví

*Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004*

System v ČR je nastaven tak, aby každý měl neomezený přístup ke zdravotní péči. Spoluúčast pacientů je velmi nízká, jak je vidět na grafu č.7. a tabulce č.3. Nicméně důsledkem sociálního nastavení systému v je v klientech zabudovaná myšlenka, že placením pojistného splnili úlohu starat se o své zdraví. Nejsou motivováni dále kontrolovat nákladnost své léčby nejen proto, že nejde o maximalizaci jejich užitku, ale částečně i proto, že neumí posoudit vážnost a nákladnost své zdravotní situace.

Takový systém podněcuje jedince k tomu, aby spotřebovával více zdravotní péče, než kdyby nebyl pojištěný. Na jednoduchém grafu si ukážeme, jak pacient může zneužívat sociální nastavení systému. Je založen na myšlence, že pacient nakupuje zdravotní péči do doby, než se její mezní výnos rovná mezním nákladům jedince, nikoliv celkovým mezním nákladům. (Stiglitz 1997)

**Graf č. 8 Množství zneužitelné zdravotní péče**



$Q_1 - Q_0$  znázorňuje množství zdravotní péče, které je pacient ochoten spotřebovat navíc za předpokladu, že je pojištěn.

Vliv pojištění na lidské chování se někdy nazývá problémem morálního hazardu. Vykytuje se v situaci, kde jedinec kupuje něco, co je částečně nebo plně financováno někým jiným (Arrow 1965). Za této situace jedinec nadměrně utrácí, přeneseno do zdravotnictví: Bude spotřebovávat více služeb, než by spotřeboval, kdyby si zdravotní péči hradil sám.

Pokud pojišťovny nemají prostředky nebo nevytváří pravidla k zmírnění efektů morálního hazardu, dochází k zobrazovanému přečerpávání zdravotní péče a pojišťovny podstatně ztrácí kontrolu nad odlivem financí. Jak se mohou pojišťovny tedy bránit?

Jedním z řešení je vyšší spoluúčast pacienta na nákladech jeho zdravotní péče či motivační zapojení pacienta do kontroly nákladů. Na druhou stranu mohou velkou měrou pojišťovny omezovat pacientovu spotřebu skrze doktory. Vliv morálního hazardu může být snížen mzdovými podmínkami pro doktory, kteří představují nabídku zdravotní péče, a kteří mají rozhodující slovo ve věci nákladů na pacienta. Systémy hrazení poskytnuté péče výrazně ovlivňují nabídku zdravotní péče a tím i rovnovážnou spotřebu.

V ČR v rámci platby pojistného je legislativně vymezená hrazená péče, ovšem není omezená spotřeba medikamentů ani spotřeba zdravotní péče na pacienta. Žádným způsobem není sankciována jejich nadspotřeba. V kombinaci s uměle předdimenzovanou nabídkou (například bez limitní výkonové hodnocení lékařů v 90. letech) tak vznikalo prostředí uměle vytvořeného trhu.

Na druhou stranu Česká Republika nemá trh komerčního pojištění, který je v jiných systémech běžný (a to i v německém, ze kterého český vzešel). Neexistuje v legislativě formální možnost zaplatit si nadstandardní péči. Například pokoj s televizí, jednolůžkový pokoj. Poskytovatelé nemohou od pacienta přijmout žádnou formu finanční úhrady. Pokud tedy existují rozdíly v rozsahu péče, jsou spíše neformální a o tyto služby se starají jiné subjekty složitější právní cestou nebo mimoprávní cestou.

Dalším problémem pojištění je, že klienti pojištěnec mají více informací o negativních vlivech na své zdraví a jsou schopni rapidně ovlivnit nákladnost zdravotní péče vlastním přístupem ke svému zdraví (kouření, alkohol, obezita – to jsou všechno rizika). Pojišťovna není schopna zjistit pacientův přístup k životu a jeho zodpovědnost za vlastní zdraví. Není schopna tedy zhodnotit i pacientovo riziko. To má nepříjemný efekt na stanovení pojistného (nikoliv povinného, ale

doplňkového zdravotního pojištění). Pojišťovna čelí tedy problému negativního výběru.

V ČR existuje více pojišťoven. Ty se snaží maximalizovat své příjmy různými metodami. Jedním z nich je nabídka výhodných podmínek pro „bonitní“ nenákladné klienty. Tento problém je řešen přerozdělováním vybraného pojistného dle rizikovosti pacientů. Ovšem toto přerozdělování bylo od roku 1994 do roku 2004 založeno pouze na rozlišování pacientů na dvě věkové skupiny do 60 a nad 60 let. Z grafů č.2 a č.3 je ovšem patrné, že nejnákladnější věková skupina je 55-60 let a její náklady jsou mnohem vyšší než například skupina 5-10 let. V roce 2007 již bude systém přerozdělování mnohem spravedlivější, neboť bude založeno na základě indexů nákladovosti skupin pojištěnců podle věku a pohlaví. Celkem tak bude existovat 36 skupin.

Pacienti hrají ve zdravotnictví jednu z hlavních rolí. Oni mohou nejlépe kontrolovat výdaje na zdravotnictví, neboť jde především o jejich zdraví. Neexistuje ovšem motivace pro pacienty hlídat náklady své léčby. Kromě toho celý systém trpí nedostatkem informací. Legislativa v těchto oblastech není v ČR ještě propracována. Snížit nedostatek informací a zároveň motivovat pacienty by mohlo být dosaženo zavedením celorepublikového elektronického systému individuálních účtů pacientů.

#### 5.1.1. Elektronický systém účtů pacientů

Tento druh informačního zdroje není myšlenkou novou. První zemí, která má zdravotní systém postaven na elektronickém účtu pacientů je Singapur. Jaké jsou potenciální výhody tohoto systému?

Pokud by každý pacient byl zaregistrován v rámci celého zdravotního systému, každá jeho návštěva by byla zanesena do databáze. Na konci roku by tak mohlo být velmi patrné, jakou zdravotní péči



pacient spotřeboval. Tyto informace by byly velice cenné ze statistického hlediska, ale i z hlediska analytického a optimalizačního. Doktoři by podle vyšetření zanesených na účtu pacienta mohli lépe vidět zdravotní souvislosti a měli by tak efektivnější nástroj k lepší léčbě pacienta

Pojišťovny by mohly identifikovat pacienty, kteří svým nezodpovědným chováním spotřebovávají velké kvantum zdravotní péče. Byl by také evidován výdej léků, a tak by se nemohlo stát, že si pacient vyžádá léky, které mu byly předepsány, a které ještě nespoteboval.

Pacienti disponují nedostatkem informací o léčích a jejich cenách. Prostřednictvím systému by mohli mít také možnost sledovat ceny léků, které by byly rozřazeny do skupin podle účinků a využití.

Celkově by takový systém měl snížit asymetrii informací a také by měl být účinným prostředkem kontroly.

Tento systém už má v České Republice svoji historii. V roce 1996 se objevily první úvahy o zavedení individuálních účtů pacientů. V rámci MZ ČR byla vypracována i studie: Individualizace úhrad zdravotní péče: možnosti a podmínky. Velmi rychle byl z neznámých důvodů tento koncept zamítnut. (Vepřek 2002)

Je ovšem třeba zmínit i nevýhody této koncepce. Jsou to především obavy ze zneužívání dat a soukromých informací o pacientech. Existuje mnoho forem, jak technologicky nastavit systém, aby k těmto jevům nedocházelo, ale jejich obranné mechanismy nejsou stoprocentní. Na druhou stranu finanční sektor v dnešní době je již plně závislý na elektronické formě a během jeho fungování se masově zneužití dat příliš nevyskytovalo.

## 5.2. Veřejné pojišťovny – doktoři, nemocnice :

Pojišťovny i doktoři se přetahují o určitý obnos peněz, který ovšem není nekonečný. Doktoři a nemocnice si dělají nárok na mzdy a proplacení nákladů za poskytnutou zdravotní péči. Pojišťovny zase potřebují pokrýt administrativní náklady a odměnu za nesení rizika. Pokusím se teď popsat, jak jsou jejich síly rozvrženy a ukázat, jak tento boj přináší do systému nestabilitu a neefektivnost.

Podle *Zákonu č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (základní ustanovení)* zdravotní pojištění v České Republice provádějí tyto zdravotní pojišťovny :

- a)** Všeobecná zdravotní pojišťovna České Republiky, která má na trhu zvláštní podmínky a její funkce a práva jsou ošetřeny zákonem.
- b)** resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny.

Zdravotní pojišťovny jsou vedle provádění zdravotního pojištění podle tohoto zákona oprávněny provádět rovněž smluvní zdravotní pojištění pro osoby, které nejsou pojištěnci, nebo pro pojištěnce ke krytí zdravotní péče přesahující rámec hrazené péče. Zdravotní pojišťovny jsou povinny uhradit zdravotnickým zařízením, popřípadě jiným subjektům, poskytnutou zdravotní péči. Zdravotnická zařízení jsou na oplátku povinna sdělit VZP, která spravuje informační centrum zdravotního pojištění, seznam jednotlivých nositelů výkonů k poslednímu dni daného čtvrtletí. Ukažme si tedy, jakým způsobem je pojišťovna financována a jak dále distribuuje finance poskytovatelům péče.

### **Příjmy Pojišťovny zahrnují:**

- a)** platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu,<sup>10</sup>
- b)** vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů Pojišťovny,

---

<sup>10</sup> Kdo je pojištěncem, zaměstnavatelem a za koho platí pojistné stát je podrobně rozebráno v Zákoně č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění paragrafy 5, 6, 7

- c) příjmy plynoucími z přírážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení,
- d) dary a ostatní příjmy,
- e) příjmy od zaměstnavatelů, u nichž charakter vykonávané práce vyžaduje zvýšenou zdravotní péči

**Výdaje Pojišťovny zahrnují:**

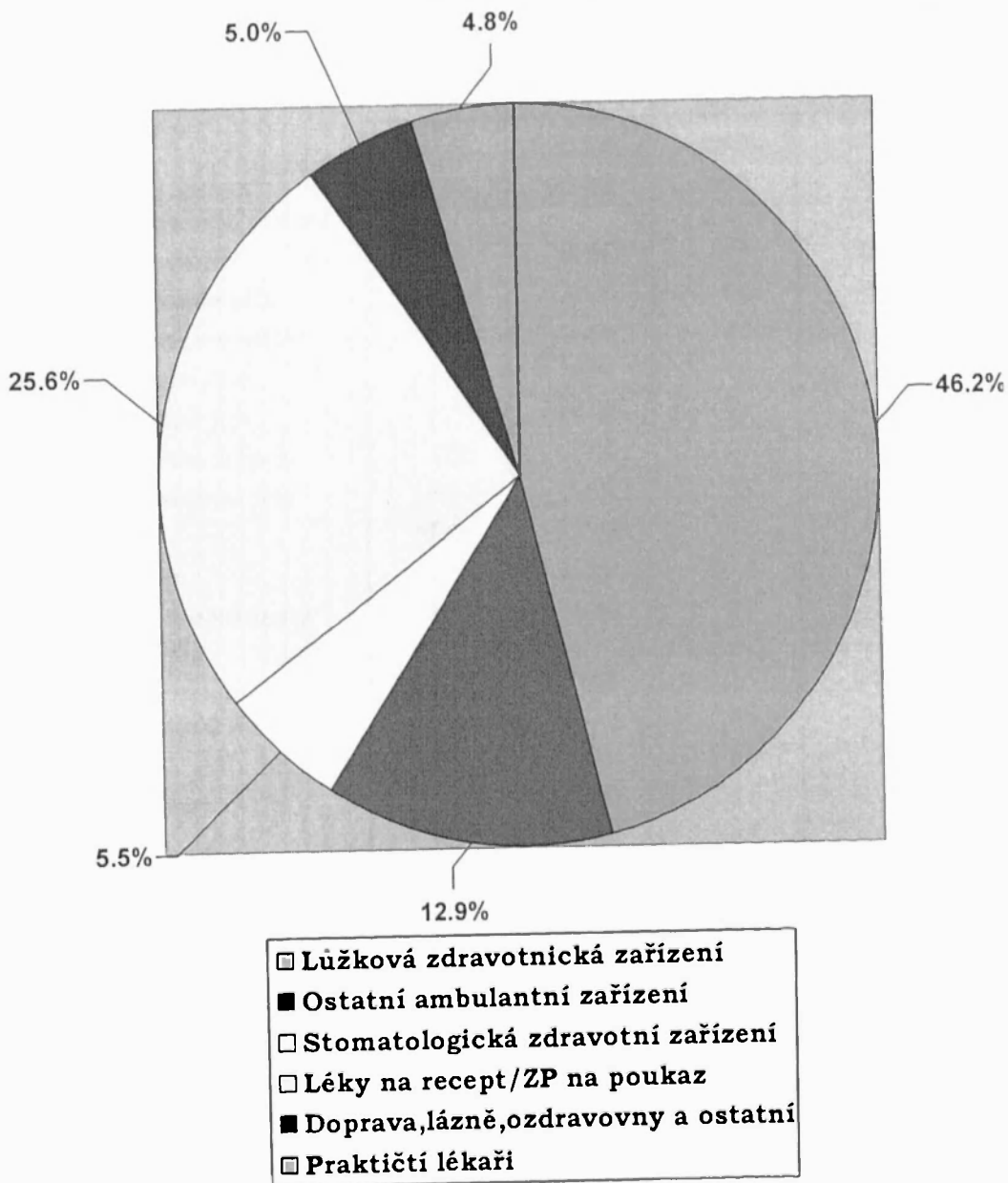
- a) platby za úhrady zdravotní péče poskytované na základě všeobecného zdravotního pojištění podle smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními,
- b) platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny,
- c) úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině,
- d) náklady na činnost Pojišťovny podle § 2 odst. 1, kromě nákladů uvedených v písmenech a), b) a c),
- e) úhrady za výkony závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče.<sup>11</sup>

Pojišťovny tedy dostávají peníze od klientů ve formě povinného a smluvního pojištění. Dále získávají ze zákona peníze přímo od zaměstnavatelů danými procentuálními částmi z vyplacené hrubé mzdy. Zároveň dostávají příjmy od státu za ekonomicky neaktivní obyvatele, patří sem nezaměstnaní, nezaopatřené děti, ženy na mateřské, důchodci atd. Podívejme se dále na strukturu nákladů v následujících grafech.

---

<sup>11</sup> Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky § 4 a § 5

**Graf č. 9**  
**Struktura nákladů zdravotních pojišťoven na**  
**zdravotní péči podle segmentů péče v roce**  
**2004 v (%)**



Zdroj: Zdravotnická ročenka České Republiky 2004

**Tabulka č. 4**  
**Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči**

Druh zdravotní péče <i>Type of health care</i>	Náklady <i>Costs</i>			
	absolutně <i>amount</i>		struktura <i>structure</i>	
	v mil. Kč <i>in mill. CZK</i>		v % <i>in %</i>	
	2003	2004	2003	2004
Zdravotní péče celkem	145 500	156 236	100,0	100,0
v tom: zdravotní péče hrazená z oddílu A základního fondu zdravotního pojištění	144 706	155 480	99,5	99,5
v tom: ambulantní péče celkem	33 973	36 240	23,3	23,2
v tom: stomatologická péče	8 146	8 545	5,6	5,5
péče praktických lékařů	7 363	7 476	5,1	4,8
rehabilitační péče	1 444	1 577	1,0	1,0
diagnostická péče	5 379	6 187	3,7	4,0
domácí zdravotní péče	725	839	0,5	0,5
spec. ambulantní péče	10 916	11 616	7,5	7,4
ústavní péče	67 877	72 215	46,7	46,2
v tom: nemocnice	60 166	64 214	41,4	41,1
odborné léčebné ústavy (bez LDN)	4 063	4 257	2,8	2,7
LDN	3 079	3 169	2,1	2,0
ošetřovatelská lůžka	569	575	0,4	0,4
lázeňská péče	3 336	3 331	2,3	2,1
péče v ozdravovnách	90	89	0,1	0,1
doprava	1 284	1 297	0,9	0,8
zdravotnická záchranná služba	688	918	0,5	0,6
léky vydané na recepty	32 267	35 776	22,2	22,9
zdravotnické prostředky vydané na poukazy	3 962	4 229	2,7	2,7
léčení v zahraničí	32	45	0,0	0,0
ostatní náklady	1 165	1 340	0,8	0,9
náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů	795	756	0,5	0,5

Zdroj dat: Ministerstvo zdravotnictví

Source of data: Ministry of Health

Zdroj: Zdravotnická ročenka 2004 České Republiky

Pojišťovny distribuují dále peníze lékařům či nemocnicím proplácením poskytnuté zdravotní péče. Řídí se prostřednictvím takzvaného bodového systému. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami se sestavuje v dohodovacím řízení se zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny a ostatních zdravotních pojišťoven, příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení, profesních organizací zřízených zákonem, odborných vědeckých společností a zájmových sdružení pojištěnců. (Zákon č. 48/1997 Sb.o veřejném zdravotním pojištění)

Doktorovi či nemocnici je tedy za doložení dokumentů o provedené službě proplacena smluvená částka. Ovšem jsou stanoveny určité limity výkonů, které může lékař vykázat na jednoho pacienta, limity na předepsané recepty a celkový limit maximálního výdělku lékaře. Vůči lékařům postupuje pojišťovna velmi tvrdě. Snaží se limitovat nabídku proplacených zdravotních služeb. Již jsme vysvětlovali, proč tyto omezení jsou potřebná alespoň na straně nabídky. Je to kvůli neomezované poptávce pacientů v českém systému. Pojišťovny se tak brání proti maximalizaci výkonů některých doktorů. Ti se chovají pouze racionálně, protože touto metodou by mohli maximalizovat své zisky.

Cílem pojišťoven je vytvořit efektivní politiku hrazení zdravotní péče. Jednou z hlavních překážek je problém agentury (agency problem). Pojišťovny nemohou dostat od jednotlivých aktérů to, co by z hlediska efektivnosti potřebovaly. Pokud je pojišťovna štedrá, lidé užívají více zdravotní péče, než klienti méně štedrých pojišťoven (morální hazard). Na druhé straně poskytovatelé, pokud jsou placeni podle výkonu (fee-for service), tak budou díky nabídkou tažené poptávce poskytovat více péče, než kdyby platba nebyla výkonová.(Cutler, Zeckhauser 1999)

### 5.2.1. Úhrady za poskytovanou zdravotní péči

Úhrady za poskytovanou zdravotní péči jsou jedním z výrazných nástrojů zdravotní politiky, které ovlivňují celkové náklady na zdravotní péči.

(Staňková) Tyto nástroje totiž ovlivňují chování poskytovatelů, tedy nabídky zdravotní péče. Jaké jsou typy proplácení zdravotní péče a jaké jsou jejich úskali? Jednotlivé typy se odvíjejí především od pravomoci plátců a celkové zdravotní politiky státu. Existují tyto platby:

- 1. platba za výkon (free-for-service)** je způsob, kde každý vykázaný výkon lékaře je proplacen. Často se využívá systému bodového hodnocení, kde jsou jednotlivé výkony ohodnoceny body a je stanovena fixní hodnota bodu v penězích. Výhodou je vysoká kvalita a kvantita poskytované péče. Ovšem dochází někdy k jevu zvaném overtreatment (nadbytečné péče). Administrativa je u tohoto typu náročnější. Tento systém je i v ČR.
- 2. kapitační platba za registrovaného pacienta** je jedna z forem paušálních plateb. Plátce hradí poskytovateli za každého registrovaného pacienta fixní částku na dané období, bez ohledu na rozsah poskytované péče. Výhodou je nízká administrativní náročnost. Nevýhodou může být informační absence při stanovení kapitačních částek v rámci daných území a rovněž může negativně motivovat poskytovatele k poskytování kvalitní péče.
- 3. Mzda** se často vyskytuje tam, kde dochází ke splnutí poskytovatele a plátce (např. HMO). Výhodou je jednoduchá kontrola nákladů. Ovšem lékaři mohou být díky absenci možnosti vyššího zisku nedostatečně motivováni ke kvalitní léčbě.
- 4. platba za ošetřovací den** je nemocnicím proplacena paušálně na základě počtu přijatých pacientů a jejich průměrné délky pobytu. Způsob je administrativně jednoduchý, ovšem opět může být nemocnice motivována k hospitalizaci pacienta co nejdéle a maximalizaci zisku nemocnice a zvyšování výdajů v systému.
- 5. rozpočet** může být vytvořen retrospektivně, tedy na základě předchozích

vykazovaných výkonů, nebo globálně na základě určitých kritériích, které jsou lépe analyticky podložena. V ČR byl retrospektivní způsob úhrady v nemocniční péči před rokem 1993.

- 6. platba za případ nebo diagnózu** je založena na rozřídění typů jednotlivých nemocí do skupin podle diagnózy (diagnosis related groups). Výhoda tohoto typu paušální částky jsou nižší výdaje a hospodárnost nemocnic. Ovšem může vést k předčasnému propouštění pacientů s diagnózou, která není výhodně finančně ohodnocena, nebo přesouvání pacientů do výhodnějších skupin. (Staňková)

Všechny typy plateb řeší vesměs rozpor mezi nákladovostí a kvalitou poskytované zdravotní péče. Motivace v této oblasti nebude nikdy optimální. Pokud je zaveden systém výkonových úhrad, vzniká prostor k neomezenému poskytování zdravotní péči a tedy i k neomezeným nákladům. Pokud je zaveden paušální systém ohodnocení s limity na pacienta, je zaručeno omezení spotřeby, ovšem doktor může zneužívat svojí pozici v neprospěch pacienta poskytováním nedostatečné péče. Vztah poskytovatele a plátce se podobá vztahu principal – agent. Co tento vztah vlastně značí?

Pacient (principal) očekává, že doktor (agent) bude činit vše v jeho zájmu, pokud je nemocný. Podobně i pojišťovna (principal) by byla ráda, kdyby lékař jednal v jejím zájmu. Ovšem pokud se pacient stane nemocným a požaduje zdravotní péči, zájmy obou principálů se liší. Řešení situace však záleží pouze na lékařích a pacientech, kteří jsou směřováni nastavenou politikou pojišťoven. Strana nabídky je ovlivňována pravidly pro proplácení služeb doktorovi. Strana nabídky kontroluje podněty pro pacienty pomocí pravidel spoluúčasti nákladů na požadovanou péči. Pokud by byla nastavena tradiční politika „platba za služby“, chtěli by pacienti a lékaři realizovat všechny služby, které zlepšují zdraví, bez ohledu na zdroje výdajů. (Cutler, Zeckhauser 1999)



Je potřeba si uvědomit, že všichni aktéři i lékaři mají vlastní zájem který upřednostňují před zájmy ostatních. Dle neoklasické ekonomie, každý jednotlivec maximalizuje vlastní užitek. Lékaři v ČR jsou pravidly pojišťovny motivováni k maximálnímu možnému příjmu. Ze své pozice nemohou ovlivnit ceny služeb, neb ty jsou předepsané pojišťovnami a jinými subjekty, ale mohou optimalizovat svůj užitek poskytováním nepotřebné nebo nadstandardní služby pacientům, za které by pak v součtu byli více ohodnoceni.

Jelikož pacient v ČR není motivován nepotřebnou službu odmítnout, může tak docházet k nadspotřebě zdravotních služeb (*overtreatment*).

V ČR existují limity, přes které pojišťovna neproplatí žádný výkon, nicméně každý lékař si umí spočítat body tak, aby se svými výkony pohyboval na horní hranici a získal alespoň maximální možný plat.

Systém motivací lékaře je poměrně dobře nastavený, neboť v současné době existuje výkonový systém s určitou fixní sazbou a maximálním limitem. Lékař je motivován tedy k výkonům a nepřecherpávání péče. Jediným sporným bodem může být racionálnost limitů. Otázka zní, zda je dostatečně vysoký a zda nevede k nedostatečné péči.

Bohužel ovšem systém nemá prostředky pro dostatečnou kontrolu. Není například možné zjistit, zda vykázané pracovní výkony byly skutečně provedeny, zda lékař nezneužívá systém prostřednictvím „černých duší“, tedy vykazováním služeb na neexistující pacienty. Také není možné kontrolovat, zda lékař volí vždy dostatečnou a nejméně nákladnou léčbu, či zda není určitým lobby farmaceutických firem motivován upřednostňovat dražší výrobky a způsoby léčby. Tuto kontrolu by mohl provádět pacient, pokud by k tomu byl motivován. Opět tedy narážíme na problém nízké spoluúčasti pacienta v ČR a to nejen finanční, ale i kontrolní.

Pojišťovna se musí neustále snažit udržet rovnováhu mezi dostatečným objemem poskytované zdravotní péče a minimálními náklady celého systému. Tato snaha je ovšem podkopávána zvýšeným sebe zájmem všech aktérů.

### 5.3. Pojišťovny versus stát, vláda

Tento vztah je určen především třemi důležitými zákony v oblasti zdravotních pojišťoven. *Zákon č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (základní ustanovení)*, Těmito zákony jsou určeny práva a povinnosti jednotlivých aktérů zdravotnictví, které utváří celkový systém.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, která se řídí zvláštními pravidly, a ostatní resortní, oborové či podnikové pojišťovny pak optimalizují na vymezeném legislativním prostoru. Nejdůležitější pojišťovnou je nejen z hlediska zvláštních práv a povinností, ale i z hlediska počtu pojištěnců VZP ČR. Pro pochopení systému je potřeba poukázat na pravidla, kterými se tento hlavní koordinátor zdravotnictví řídí.

#### 5.3.1. VZP ČR

Porovnejme nejprve některé povinnosti a práva, které jsou pojišťovně zákonem uloženy:

- 1) Pojišťovna provádí všeobecné zdravotní pojištění, pokud toto pojištění neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny.

- 2) Pojišťovna zprostředkovává úhrady za výkony závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče zaměstnancům, u nichž charakter vykonávané práce vyžaduje zvýšenou zdravotní péči.
- 3) Ústřední pojišťovna Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky vede **registr všech pojištěnců** všeobecného zdravotního pojištění.
- 4) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky je povinna zřídit **zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění**, který slouží k přerozdělování pojistného
- 5) Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky je **správce informačního centra zdravotního pojištění**, které slouží ke kontrole čerpání finančních prostředků zdravotního pojištění jednotlivými zdravotnickými zařízeními
- 6) Pojišťovna je **právníkou osobou**, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývající.
- 7) V případě platební neschopnosti Pojišťovny **zaručuje uhrazení nákladů poskytnuté zdravotní péče** po vyčerpání prostředků rezervního fondu **státní rozpočet České republiky** ve formě návratné finanční výpomoci.
- 8) Objem návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu České republiky může činit nejvýše 50 % prokázaného nedostatku finančních prostředků způsobeného zvýšeným rozsahem poskytovaných zdravotnických služeb vzniklých nárůstem nemocnosti v důsledku prokázaného výskytu hromadných onemocnění. Návratnou finanční výpomoc lze poskytnout až po vyčerpání prostředků rezervního fondu. Základem pro výpočet platební neschopnosti Pojišťovny je schválený zdravotně pojistný plán. O poskytnutí návratné finanční výpomoci rozhoduje vláda České republiky.

Další důležitou informací pro institucionální zkoumání je organizační struktura pojišťovny včetně pravomocí jednotlivých orgánů:

- 1) Organizační strukturu Pojišťovny tvoří Ústředí, krajské pobočky a další územní pracoviště. Ústředí řídí činnost organizačních složek Pojišťovny a provádí rozhodnutí Správní rady,
- 2) Statutárním orgánem Pojišťovny je ředitel Pojišťovny, kterého na návrh Správní rady Pojišťovny volí a na návrh Správní rady Pojišťovny odvolává Poslanecká sněmovna Parlamentu.
- 3) Orgány Pojišťovny jsou Správní rada a Dozorčí rada.
- 4) Správní radu tvoří deset členů - zástupců státu, deset členů - zástupců pojištěnců Pojišťovny a deset členů - zástupců zaměstnavatelů pojištěnců Pojišťovny
- 5) Zástupce státu do Správní rady jmenuje a odvolává vláda České republiky na návrh ministra zdravotnictví.
- 6) Zástupce pojištěnců Pojišťovny do Správní rady volí z rad veřejnosti a odvolává Poslanecká sněmovna Parlamentu.
- 7) Zástupce zaměstnavatelů pojištěnců do Správní rady jmenují a odvolávají organizace zaměstnavatelů.

Všechny tyto informace měly sloužit k uvědomění si rozložení moci, funkcí povinností a práv Všeobecné zdravotní pojišťovny. Ze struktury hlavních orgánů je patrné, že VZP ČR je velikou měrou závislá na vládě ČR a celkový vliv státu je značný. Současné nastavení systému ovšem vytváří několik problémů. Zodpovědnost za kvalitní zdravotnictví má stát respektive vláda. Současně je však vytvořen takový systém, kde finanční zodpovědnost je v rukách pojišťoven. To by nevadilo, kdyby pojišťovny měly i možnost vytvářet si podmínky tak, aby mohli zajistit efektivní alokaci financí. Má pojišťovna tyto prostředky?

Již v předchozích kapitolách jsme si ukázali, že pokud má být politika pojišťovny efektivní, musí mít prostředky k utváření podmínek jak na straně nabídky, tak na straně poptávky. V systému ČR je umožněno limitovat výkony doktorů a politika pojišťoven v této oblasti je velmi účinná. Nicméně vláda ČR neumožňuje pojišťovnám korigovat stranu poptávky. Neexistují žádné limity pro pacienty, mají neomezený přístup k péči. Pojišťovny tedy nemají v rukou prostředky, jak motivovat pacienty ke kontrole zdravotní péče ani kontrole nákladů. Díky nezájmu pacientů a neefektivní kontrole pojišťoven záleží nákladnost českého zdravotnictví na poskytovatelích.

Pojišťovny nemají ze zákona dostatečné prostředky pro vytváření efektivní alokace financí, mají omezené finanční prostředky z vybraného pojistného, které je též dáno zákonem, ale přesto ze zákona zodpovídají za financování veškeré zdravotní péče. Nelze se divit tomu, že pojišťovna nedokáže obrátně plavat v situaci, kde má takto svázané ruce. Aby to nebylo málo, pojišťovna nesmí odmítnout pojištěnce, rozpočet pojišťovny musí být sestaven a realizován tak, aby výdaje nepřevýšily příjmy a mají za své jednání právní odpovědnost. Takto postavená pravidla jsou nekonzistentní. V samotné výroční zprávě VZP 2004 se hovoří o tom, že není možné a proto ani není cílem VZP vyrovnávat bilanci příjmů a výdajů.

Důsledkem je, že pojišťovna nemůže dostát svým závazkům. V principu VZP není organizací, která by na trhu mohla bez pomoci přežít, neboť je jen jakousi loutkou ve zdravotnictví. Možná i to je jeden z důvodů, proč vláda na druhou stranu bere část zodpovědnosti za VZP a garantuje zákonem, že případné deficity zaplatí ze státního rozpočtu ČR.

Tento zákon situaci rozhodně neřeší. Tato podmínka nemotivuje manažery, aby směřovaly pojišťovnu k vyrovaným rozpočtům. Vzniká

totiž problém měkkého rozpočtového omezení. M.Gregor (2006) na jednoduchém modelu dokazuje, že za určité pravděpodobnosti státní finanční pomoci se chovají manažeři firmy perverzně. Nemají potřebu vybírat si nejlepší cestu, která by mohla být východiskem. Jelikož je zde pravděpodobnost státní pomoci, volí manažeři jednodušší cestu a nejednají v nejlepším zájmu firmy. Tato teorie se dá přenést i na náš problém zdravotnictví. Pokud jsou nastaveny podmínky tak, že požadovaných cílů nelze téměř dosáhnout a navíc je zde vysoká pravděpodobnost, že v případě tísně stát finančně pojišťovně pomůže, je podle teorie racionální očekávat, že se manažeři VZP budou chovat perverzně a nebudou bránit deficitu.

### 5.3.2 Hypotéza

Zásadním problémem v ČR je nelogické rozložení kompetencí, moci, zodpovědnosti a finančních prostředků ve vztahu mezi VZP a vládou ČR. K vylepšení situace je žádoucí, aby existovala instituce, která by měla zodpovědnost a zároveň finanční i motivační prostředky k optimalizaci a fungování systému.

Celá práce se snaží potvrdit, že představa takové instituce je základem systému a že díky těmto institucionálním nedostatkům v českém systému dochází k finančnímu deficitu pojišťovny VZP. Není to ovšem jediný nedostatek a jediná příčina.

Ve světových modelech se nacházejí dvě různé formy takových institucí. Prvním případem je zdravotnictví v rukách trhu. Pojišťovny jsou soukromé, komerční a mají smlouvy s lékaři, kteří zajišťují v rámci nějakého území zdravotní péči. K tomu mají všechny dispozice (určování výše pojistného, smlouvy s vybranými doktory, ale i smlouvy s pacienty, kterým musí zajistit rozložení individuálního rizika ) Tyto systémy mají svoje praktické kořeny v systémech v USA nebo Švýcarsku. Jedná se o

HMO's. Problémem však může být selekce nenákladných pacientů či nedostatečná poskytovaná péče.

Druhým případem je instituce ve státním vlastnictví. To znamená, že stát vybírá peníze, hospodaří s nimi, má prostředky pro efektivní alokaci, nese zodpovědnost za zdravotnictví a také ručí za poskytovanou zdravotní péči. Tento systém je viditelný v několika evropských zemích. Především NHS ve Velké Británii a systémy ve Skandinávii. Systémy nejsou bezproblémové, ovšem z institucionálního hlediska je v nich jasně vymezená zodpovědnost za systém a poskytovanou péči.

Zajímavým nápadem je také existence takové instituce, která by se ve zdravotnictví chovala jako centrální banka v makroekonomii. Jakýsi kontrolor systému, nezávislý na politice s hlavním cílem zajištění stabilního systému. Tato představa je ovšem hodně vzdálená od současné praxe.

## **Závěr**

Předchozí kapitoly měly poukázat na několik zásadních informací. Mezi všemi subjekty v systému dochází k určitým interakcím. Tyto vztahy jsou velice ovlivněné pravidly, rozložením moci zodpovědnosti a finanční motivací. Zpravidla každý vztah je charakteristický tím, že se na něm vytvořila určitá forma parazitismu, různá forma neefektivity.

Zmíněnými vztahy je systém celkem dobře popsán, neboť vystihuje většinu nedostatků současného zdravotnictví. Nezapývali jsem se malými problémy, kterých je jistě mnoho. Nicméně se domníváme, že všechny ostatní problémy jsou jen důsledkem špatného nastavení systému, špatným institucím, které buď nemotivují racionální aktéry k požadovanému chování, nebo motivují k nežádoucím jevům.

Pokud by systémové nastavení dokázalo změnit takzvané „incentives“ jednotlivých subjektů a vedlo je k reakcím předem požadovaným, pak by se dal považovat systém za úspěšný.

Závěr práce vede k tomu, že pojišťovny, ne svojí vinou, musí čelit tlakům ze všech stran. Pacienti je tlačí nadměrnou spotřebou nebo neplacením pojistného. Doktor je tlačí požadavky na solidní plat a stát tlačí směrnicemi, které omezují pojišťovně prostor. Navíc má omezené informace jak o pacientovi, tak o správnosti poskytnutých službách.

V současném systému České Republiky je odloučena odpovědnost za stabilní fungující zdravotnictví od prostředků k jeho realizaci. Stát přesouvá finanční prostředky na pojišťovny, ale ponechává si nástroje na pracování s těmito financemi. Vybízí se tedy otázka, jak se může systém stát vyrovnaným a efektivním, pokud jsou od sebe právní a finanční prostředky odděleny? Kdo má za takové situace reálnou zodpovědnost za český zdravotní systém?



## **Prameny:**

**Arrow, K.**, 1963, *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, American Economic Review, 53(5):940-73

**Arrow, K.**, 1965, *Aspects of the Theory of Risk Bearing* (Yrjö Jahnssonin Saatio, Helsinki)

**Beveridge, W.**, 1942, *Social Insurance and allied service*, London

**Culyer, A., J.**, 1971, *The nature of economic commodity „health care“ and its efficient allocation*, Oxford Economic Papers, 23:189-211

**Cutler, M.D., Zeckhauser, J., R.**, červen 1999, *The anatomy of health insurance*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, Working paper 7176,

**Cutler, M.D.**, 2002, *Health care and the public sector*, Handbook of Public Economics, Volume 4, vydáno A.J. Auerbach a M. Feldstein, Elsevier Science B.V.

**Desai, R.M., Olofsgard, A.**, 2005, *The Political Advantage of Soft Budget Constraints*, European Journal of Political Economy

**Evans, R., Stoddart, G.**, 1990, *Producing health, consuming health care*, Social Science and Medicine 31(12):1347-63

**Evans, R.**, *Going for the gold: The redistributive agenda behind Market-Based Health Care Reform*, Journal of Health Politics, Policy and Law, s. 427-465

**Folland, S., Goodman, A., Stano, M.**, 1996, *The economics of Health and Healthcare*, (Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ)

**Fuchs, V.R.**, 1975, *Who shall live?*, Health Economics and Social Choice, New York

**Goulli, R.**, prosinec 2003, *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*, Institut zdravotní politiky a ekonomiky

- Gregor, M.**, 2006, *Soft Budget Constraint*, Economics of Transition II
- Grossmann, M.**, 1972, *On the concept of health capital and the demand for health*, Journal of Political Economy, 80(2): 223-253
- Háva, P.**, prosinec 2003, *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*, Institut zdravotní politiky a ekonomiky
- Hurley, J.**, 2000, *An Overview of the normative economics of the health sector*, Handbook of Health Economics, Volume 1, vydáno A.J. Culyer, J.P. Newhouse, Elsevier Science B.V.
- Kornai, J., Maskin, E., Roland, G.**, 2003, *Understanding the Soft Budget Constraint*, Journal of Economic Literature, 41, 1095–1136
- Křížová, E.**, 1998, *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, 3.lékařská fakulta UK, Praha,
- Lucas, R.**, 1988, *On the mechanics of economic development*, Journal of Monetary Economics, No. 22, pp. 3-42
- Marshall, A.**, 1961, *Principles of Economics*, 9th edition, Macmillan, London, (1890)
- Mlčoch, L.**, 1996, *Institucionální ekonomie*, Karolinum, Praha
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J.**, 2002, *Funding health care: options for Europe*, European Observatory on Health Care System Series. Open University Press, Buckingham
- Mushkin, S.**, 1958, *Toward a definition of health economics*, Public Health reports 73(9):785-93
- Newhouse, J., P.**, October 1970, *Model of Physician pricing*, Southern economic Journal, No.2,
- North, D.C.**, 1990, *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press
- Pauly, M.V.**, 1968, *The economics of moral hazard: comment*, American Economic Review 58:531-536

- Potůček, M. a kol.**, 2006, *Veřejná politika*, Praha, SLON 2006
- Prokeš, M.**, *Léková politika České Republiky*
- Robinson, J.A., Torvik, R.**, 2005, *A Political Economy Theory of the Soft Budget Constraint*, CEPR Discussion Paper 5274,
- Romer, P.**, 1986, *Increasing returns and long-run growth*, Journal of Political Economy, 94:1002-1037
- Romer, P.**, 1990, *Endogenous technical Change*, Journal of Political Economy, 98: S71-S102
- Simon, H., A.**, 1995, *A behavioural model of rational choice*, Quarterly Journal of Economics, 69, pp.99-118
- Sojka, M. – Konečný, B.**, 1996, *Malá encyklopedie moderní ekonomie*, Praha, Libri
- Staňková, B.**, *Analýza vztahů mezi plátcí a poskytovateli zdravotní péče v České Republice*, podkladová studie
- Stiglitz, J.**, 1997, *Economics of the Public Sector*, W.W.Norton and Comp., Grada
- Tobin, J.**, 1970, *On limiting the domain of inequality*, Journal of Law and Economics,
- Tullock, G.**, 1995, *The cost of medical progress*, American Economic Review 85(2): 77-80
- Parsons, T.**, 1964, *The social system*, The free press of Glencoe,
- Vepřek, J., Vepřek, P., Janda, J.**, 2002, *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb zdravotnické reforma včera dnes a zítra*, Praha, Grada
- Zákon č. 48/1997** Sb. o veřejném zdravotním pojištění § 5, § 6, § 7
- Zákon č. 551/1991** Sb.o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky § 4 a § 5

**Zákon č. 592/1992** Sb.o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

**Zdravotnická ročenka České Republiky 2004**

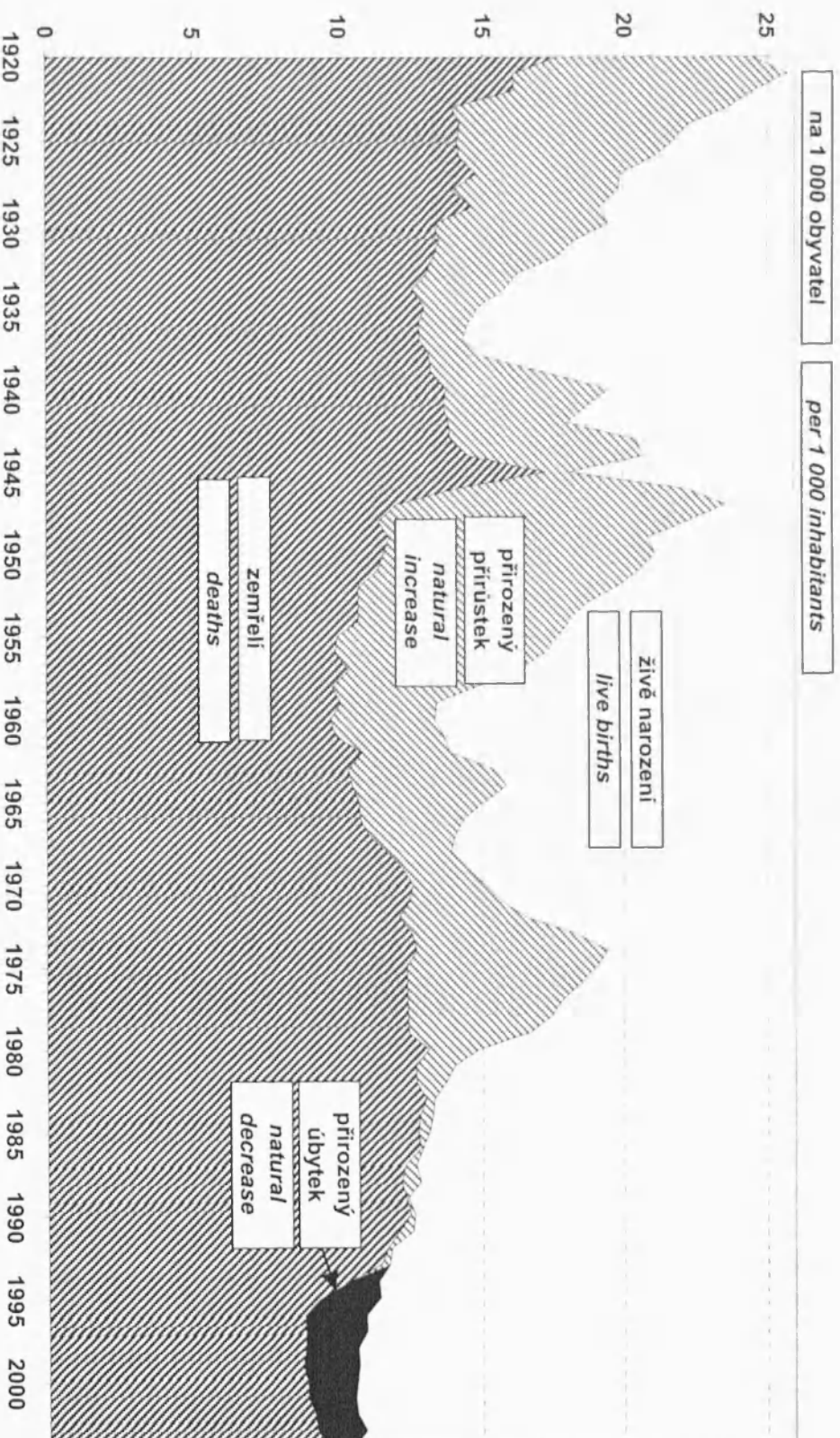
**Zeckhauser, R.J.**, 1970, *Medical insurance: a case study of the trade-off between risk spreading and appropriate incentives*, Journal of Economic Theory 2:10-26

[http://existence.csaf.cz/casopisy/existence\\_14/statni\\_soc\\_politika\\_a\\_a-alternativa.rtf](http://existence.csaf.cz/casopisy/existence_14/statni_soc_politika_a_a-alternativa.rtf). 27.4.2006

<http://cs.wikipedia.org/wiki/St%C3%A1t> 29.5.2006

### Příloha č.1

## Vývoj demografických ukazatelů *Trend of demographic indices*



Priloha č.2  
**Věková struktura obyvatelstva v roce 2004**

Věková skupina Age group	31.12.					
	<i>total</i>		<i>males</i>		<i>females</i>	
	<i>number</i>	<i>%</i>	<i>number</i>	<i>%</i>	<i>number</i>	<i>%</i>
0	97 555	1,0	50 195	1,0	47 360	0,9
1-4	368 056	3,6	189 475	3,8	178 581	3,4
5-9	453 861	4,4	232 813	4,7	221 048	4,2
10-14	607 474	5,9	311 703	6,3	295 771	5,6
15-19	657 195	6,4	336 047	6,7	321 148	6,1
20-24	708 787	6,9	362 635	7,3	346 152	6,6
25-29	891 519	8,7	454 007	9,1	437 512	8,4
30-34	819 567	8,0	418 258	8,4	401 309	7,7
35-39	683 936	6,7	348 829	7,0	335 107	6,4
40-44	669 945	6,6	340 265	6,8	329 680	6,3
45-49	704 137	6,9	352 800	7,1	351 337	6,7
50-54	782 972	7,7	386 109	7,8	396 863	7,6
55-59	759 054	7,4	367 124	7,4	391 930	7,5
60-64	581 889	5,7	272 708	5,5	309 181	5,9
65-69	414 674	4,1	183 947	3,7	230 727	4,4
70-74	391 894	3,8	162 110	3,3	229 784	4,4
75-79	319 730	3,1	118 503	2,4	201 227	3,8
80-84	214 816	2,1	68 641	1,4	146 175	2,8
85-89	58 147	0,6	16 462	0,3	41 685	0,8
90-94	30 436	0,3	7 268	0,1	23 168	0,4
95+	4 933	0,0	1 014	0,0	3 919	0,1
<b>Celkem</b>	<b>10 220 577</b>	<b>100,0</b>	<b>4 980 913</b>	<b>100,0</b>	<b>5 239 664</b>	<b>100,0</b>
<i>Total</i>						
0-4	465 611	4,6	239 670	4,8	225 941	4,3
0-14	1 526 946	14,9	784 186	15,7	742 760	14,2
15-49	x	x	x	x	2 522 245	48,1
15-64	7 259 001	71,0	3 638 782	73,1	3 620 219	69,1
65+	1 434 630	14,0	557 945	11,2	876 685	16,7
<b>Celkem 1990</b>	<b>10 364 124</b>		<b>5 036 872</b>		<b>5 327 252</b>	
<b>Celkem 1995</b>	<b>10 321 344</b>		<b>5 016 515</b>		<b>5 304 829</b>	
<b>Total 2000</b>	<b>10 266 546</b>		<b>4 996 731</b>		<b>5 269 815</b>	

Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2004

### Příloha č.3

#### Průměrné náklady VZP \*) na zdravotní péči na 1 pojištěnce podle věku

Věková skupina <i>Age group</i>	Průměrné náklady na 1 pojištěnce v Kč <i>Average costs per 1 insured person in CZK</i>	
	muži <i>males</i>	ženy <i>females</i>
0-4	12 926	10 924
5-9	7 503	6 673
10-14	7 067	7 139
15-19	6 152	7 843
20-24	5 478	7 940
25-29	5 969	10 222
30-34	6 743	10 231
35-39	7 772	10 192
40-44	9 124	11 176
45-49	12 089	14 056
50-54	16 798	17 287
55-59	22 372	19 689
60-64	27 119	23 358
65-69	33 549	27 712
70-74	39 305	32 758
75-79	43 046	36 048
80-84	42 515	38 020
85+	38 954	40 102
Průměr / <i>Average</i>	14 834	16 995

\*) Po odečtení části nákladů na nákladné pojištěnce (vyhláška 644/2004 Sb.)

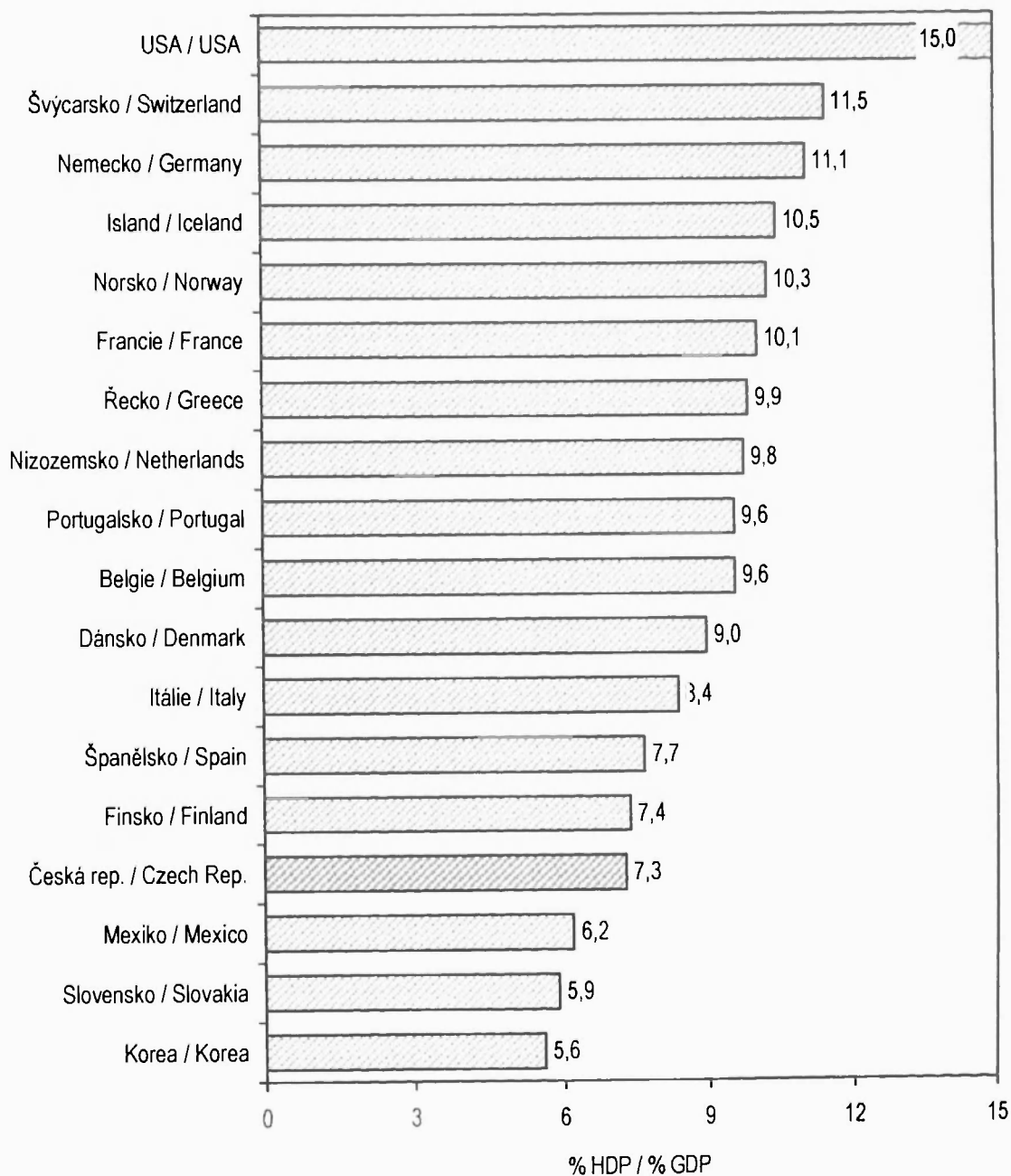
\*) *Without a part of costs of high-costs patients (Regulation no. 644/2004)*

Zdroj dat: Všeobecná zdravotní pojišťovna

Source : General Health Insurance Company

Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2004

**Příloha č.4**  
**Výdaje na zdravotnictví jako % z HDP v roce 2003**



Zdroj dat: OECD Health Data 2005  
 Source: OECD Health Data 2005

Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2004



## Příloha č.5

Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu

Stát	State	Rok					
		Year					
		1998	1999	2000	2001	2002	2003
Česká republika <sup>1)</sup>	<i>Czech Republic</i> <sup>1)</sup>	6,6	6,6	6,6	6,9	7,0	7,5
Belgie	<i>Belgium</i>	8,6	8,7	8,8	9,0	9,1	9,6
Dánsko	<i>Denmark</i>	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8	9,0
Finsko	<i>Finland</i>	6,9	6,9	6,7	7,0	7,2	7,4
Francie	<i>France</i>	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7	10,1
Irsko	<i>Ireland</i>	6,2	6,3	6,4	6,9	7,3	.
Itálie	<i>Italy</i>	7,7	7,8	8,1	8,3	8,4	8,4
Maďarsko	<i>Hungary</i>	7,3	7,4	7,1	7,4	7,8	.
Německo	<i>Germany</i>	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9	11,1
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	8,1	8,2	8,2	8,7	9,3	9,8
Norsko	<i>Norway</i>	8,5	8,5	7,7	8,9	9,9	10,3
Polsko	<i>Poland</i>	6,0	5,9	5,7	6,0	6,0	.
Portugalsko	<i>Portugal</i>	8,4	8,7	9,2	9,4	9,3	9,6
Rakousko	<i>Austria</i>	7,7	7,8	7,7	7,5	7,6	.
Řecko	<i>Greece</i>	9,4	9,6	9,7	10,2	9,8	9,9
Slovensko	<i>Slovakia</i>	5,7	5,8	5,5	5,6	5,7	5,9
Spojené království	<i>United Kingdom</i>	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7	.
Španělsko	<i>Spain</i>	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6	7,7
Švédsko	<i>Sweden</i>	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2	.
Švýcarsko	<i>Switzerland</i>	10,3	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5
Austrálie	<i>Australia</i>	8,6	8,8	9,0	9,1	9,3	.
Japonsko	<i>Japan</i>	7,2	7,4	7,6	7,8	7,9	.
Kanada	<i>Canada</i>	9,2	9,0	8,9	9,4	9,6	9,9
USA	<i>USA</i>	13,0	13,0	13,1	13,9	14,6	15,0

<sup>1)</sup> HDP přepočtený podle mimořádné revize národních účtů zveřejněné ČSÚ 30.9. 2005

<sup>1)</sup> Recalculated GDP as per extraordinary revision of national accounts published by CZSO 30.9. 2005

Zdroj dat: OECD Health Data 2005

Source of data: OECD Health Data 2005

Zdroj: Zdravotnická ročenka ČR 2004