



Ekonomika zdraví

Sociální, ekonomické
a právní aspekty
péče o zdraví

MIROSLAV BARTÁK



Wolters Kluwer
Česká republika

EKONOMIKA ZDRAVÍ

SOCIÁLNÍ, EKONOMICKÉ A PRÁVNÍ ASPEKTY
PÉČE O ZDRAVÍ

Ekonomika zdraví

Sociální, ekonomické a právní aspekty
péče o zdraví

MIROSLAV BARTÁK



Wolters Kluwer
Česká republika

Vzor citace: BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha : Wolters Kluwer ČR, 2010. 224 s.

Lektorovali:

doc. Ing. Jitka Peková, CSc.

PhDr. Jaroslava Kadeřábková, CSc.

doc. Ing. Jaroslav Pilný, CSc.

doc. Mgr. Ing. Martin Dlouhý, Dr.

© PhDr. Miroslav Barták, Ph.D., 2010

ISBN 978-80-7357-503-8

Předmluva	9
Metodologická východiska	12
1 Základní pojmy	13
1.1 Zdraví a jeho determinanty	13
1.2 Nemoc	17
1.2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10	17
1.3 Měření zdraví a nemoci	20
1.4 Kvalita života	22
1.5 Public Health – Veřejné zdraví	23
1.6 Sociální lékařství	23
2 Ekonomika zdraví a zdravotnictví	24
2.1 Kenneth Arrow a zrod ekonomiky zdraví	24
2.2 Zdraví a zdravotnické služby jako ekonomický statek	26
2.2.1 Ekonomická klasifikace statků	26
2.3 Specifika zdraví a zdravotnických služeb	29
2.4 Poptávka péče o zdraví	30
2.4.1 Specifika poptávky péče o zdraví	31
2.4.2 Demografické složení obyvatelstva v České republice	32
2.4.3 Zdravotní stav obyvatelstva České republiky	37
2.5 Nabídka péče o zdraví	41
2.5.1 Specifika nabídky péče o zdraví	42
2.6 Externalita a asymetrie informací	42
2.7 Metody ekonomické evaluace péče o zdraví na mikroúrovni	44
2.8 Makroekonomický rámec péče o zdraví	45
2.8.1 Systém zdravotnických účtů	48
2.9 Otázka ekvity (spravedlnosti) v péči o zdraví	54
2.9.1 Spravedlnost ve zdraví v České republice	55
3 Organizace zdravotnických služeb	59
3.1 Organizace zdravotnických služeb v České republice	64
3.1.1 Registrace nestátních zdravotnických zařízení v ČR	70
3.1.2 Základní vztahy v rámci organizace zdravotní péče v ČR	71

4	Lidské zdroje ve zdravotnictví	73
5	Podpora zdraví	80
6	Financování péče o zdraví	81
6.1	Modely financování péče o zdraví	84
6.1.1	Systém přímých úhrad	84
6.1.2	Financování z daňových výnosů	84
6.1.3	Veřejné zdravotní pojištění	85
6.1.4	Soukromé zdravotní pojištění	86
6.1.5	Přístup Světové zdravotnické organizace ke klasifikaci typů financování	86
6.1.6	Přístup OECD ke klasifikaci typů financování	88
6.2	Finanční toky v českém zdravotnictví	91
6.3	Přerozdělování finančních prostředků v rámci zdravotního pojištění v ČR	94
7	Úhradové mechanismy zdravotní péče	97
7.1	Systémy financování nemocniční péče	98
7.2	Úhrady péče ambulantních lékařů	102
8	Financování a úhrady zdravotnických služeb ve vybraných státech	103
8.1	Financování zdravotnictví v Nizozemsku	103
8.1.1	Zákon o zdravotním pojištění	103
8.1.2	Zákon o příspěvcích na zdravotní péči a změny dalších zákonů ...	104
8.2	Financování zdravotnictví v Německu	104
8.2.1	Zákonné zdravotní pojištění	105
8.2.2	Soukromé pojištění	105
8.2.3	Další typy pojišťoven	106
8.2.4	Reformy zdravotního pojištění v Německu v roce 2008–2009	107
8.3	Zdravotní pojištění v Rakousku	108
8.4	Financování zdravotnictví ve Švýcarsku	109
8.5	Financování zdravotnictví v USA	109
8.5.1	MEDICARE	110
8.5.2	MEDICAID	111
8.5.3	Neodkladná péče	111
8.5.4	Řízená péče – managed care	112
8.5.5	Reformy zdravotnictví v USA v letech 2008–2009	113
8.6	Financování zdravotnictví v Irsku	117
8.7	Rozsah veřejného pojištění/zajištění v porovnávaných státech	118

9	Základní informace o zdravotnických systémech států EU	120
9.1	Belgie	121
9.2	Bulharsko	122
9.3	Dánsko	123
9.4	Estonsko	124
9.5	Finsko	125
9.6	Francie	126
9.7	Irsko	127
9.8	Itálie	128
9.9	Kypr	129
9.10	Litva	130
9.11	Lotyšsko	131
9.12	Lucembursko	132
9.13	Maďarsko	133
9.14	Malta	134
9.15	Německo	135
9.16	Nizozemsko	136
9.17	Polsko	137
9.18	Portugalsko	138
9.19	Rakousko	139
9.20	Řecko	140
9.21	Rumunsko	141
9.22	Slovensko	142
9.23	Slovinsko	143
9.24	Španělsko	144
9.25	Spojené království Velké Británie a Severního Irska	145
9.26	Švédsko	146
10	Reformy zdravotnických systémů	147
10.1	Definování reformy	148
10.2	Kontext reforem	149
10.3	Přístup WHO k reformám zdravotnických systémů	151
10.4	OECD Health Project	155
10.4.1	Hlavní výstupy OECD Health Project	157
10.4.2	Návrhy pro tvorbu a implementaci zdravotní politiky	159
11	Zdravotnické právo	162
11.1	Systém zdravotnického práva v České republice	162
11.2	Ústava ČR a Listina základních práv a svobod	164
11.2.1	Listina základní práv a svobod	164
11.3	Právní úprava veřejného zdravotního pojištění	165

11.4	Právní úprava pojistného na všeobecné zdravotní pojištění	174
11.5	Právní úprava provádění veřejného zdravotního pojištění	176
11.5.1	Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky	176
11.5.2	Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách	179
12	Mezinárodní smlouvy a strategie v oblasti péče o zdraví	183
12.1	Úmluva o lidských právech a biomedicině	183
12.2	Listina základních práv Evropské unie	196
12.3	Health for all – Program pro zdraví pro všechny do roku 2000	196
12.3.1	38 regionálních cílů evropské varianty ZPV 2000	197
12.4	Zdraví 21	197
13	Aktéři zdravotní politiky – Světová zdravotnická organizace a Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj	204
13.1	World health organization – Světová zdravotnická organizace	204
13.1.1	60 let SZO: chronologie mezníků veřejného zdraví	206
13.1.2	SZO v České republice	208
13.2	Organization for economic cooperation and development – OECD	209
13.2.1	Česká republika a OECD	210
	Souhrn	211
	Summary	212
	Literatura a informační zdroje	213
	Rejstřík	220

PŘEDMLUVA

Dostává se vám do rukou studijní text s názvem Ekonomika zdraví. Zdraví představuje pro každého z nás, ale také pro společnost jako celek významnou hodnotu. Vždyť zdraví si přejeme při nejrůznějších příležitostech, chceme být hlavně zdraví a obáváme se nemoci. Staré přísloví říká, že zdraví mají celou řadu přání, nemocní jedině. Také jeden z bývalých ředitelů Světové zdravotnické organizace podotkl, že zdraví není všechno, ale všechno ostatní je bez zdraví na nic.

Otázkami zdraví se zabývá celá řada disciplín. Medicínou počínaje přes další přírodní vědy, vědy humanitní a společenské až po disciplíny technické. Minimálně v posledních padesáti letech jsme v oblasti péče o zdraví dosáhli velmi dynamického vývoje. Díky existenci států veřejných sociálních služeb roste nejen životní úroveň obyvatelstva, ale také (a právě proto) střední délka života obyvatelstva.

Prakticky denně přichází zprávy o nových objevech v oblasti medicíny. Velmi rychle se vyvíjí zdravotnické technologie, léčebné postupy a naše znalosti o příčinách a možných léčeních nemocí. Do budoucna bude pravděpodobně možné ovlivnit determinanty zdraví, o kterých bylo dlouho souzeno, že jsou prakticky neměnitelné. Nejnovější výsledky vědeckého poznání jsou dostupné široké veřejnosti a zvyšují kvalitu života milionům pacientů/občanů.

Na druhou stranu se stále objevují nová onemocnění, životní styl řady mnohých populačních skupin nelze označit za zdraví, což je ještě paradoxnější v tom smyslu, že dnes není příliš složité získat informace o tom, jak žít zdravě, a většina lidí má přesnou představu, co zdravý životní styl představuje. Svým vlastním přičiněním si kvalitu svého života, která souvisí se zdravím, snižujeme.

V souvislosti s debatami o zdraví a systému péče o zdraví, který je vytvořen pro řešení zdravotních problémů, se často setkáváme s otázkou ekonomiky zdraví a zdravotnictví. Na jedné straně je slovní spojení zdraví a ekonomiky považováno za téměř nepřipustné, na straně druhé se celá řada diskusí věnuje pouze ekonomickým otázkám zdraví či daleko častěji ekonomice zdravotnických služeb a další cíle v oblasti zdraví považuje v lepším případě za samozřejmé, v případě horším za méně důležité.

Zdraví a zdravotnictví má bezpochyby ekonomické souvislosti a důsledky, a to jak na mikro-, tak i makroúrovni. Sektor péče o zdraví je v některých státech vůbec největším producentem služeb, zaměstnává vysoce kvalifikovanou pracovní sílu a představuje velmi významný zdroj inovací. Nemocnost, pracovní neschopnost jsou faktory, které ovlivňují významným způsobem výkonnost národní ekonomiky. V posledních letech se setkáváme s pojetím, kdy péče o zdraví není pouze sektorem, který odčerpává veřejné prostředky, ale představuje také významný přínos pro tvorbu bohatství

každé země. Země, jejichž občané jsou zdravější, jsou zpravidla také ekonomicky úspěšnější, ačkoliv i zde existují výjimky, které potvrzují toto pravidlo.

Řada vyspělých států světa vynakládá na zdraví ročně více než deset procent svého hrubého domácího produktu a v souvislosti s vývojem technologií, specifických zdravotních problémů některých generačních skupin, ale také očekáváním občanů se dá předpokládat, že tyto výdaje budou nadále stoupat. Do budoucna tedy bude třeba řešit otázku, kde získat na tuto péči finanční zdroje s tím, že již dnes je jasné, že současné systémy financování se nachází téměř na maximu svých možností.

Předkládaný studijní text si neklade v žádném případě nárok na jakoukoliv úplnost, ani na vytvoření vyčerpávajícího přehledu. Text má do značné míry kompilační charakter, řada prezentovaných poznatků je odborné veřejnosti dobře známých, jeho cílem je spíše oslovit všechny ty, kteří chtějí získat základní poznatky z vybraných oblastí ekonomiky péče o zdraví, a nasměrovat jejich pozornost na podrobnější informační zdroje. V textu je pozornost věnována především financování a úhradám zdravotnických služeb. V řadě případů je teoretický výčet doplněn případovými studiemi zahraničních přístupů.

V práci je kladen zvláštní důraz na zpřístupnění poznatků Světové zdravotnické organizace (SZO) a Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD), a to jak jejich studií, tak i statistických databází, ať se již jedná o zpoplatněnou databázi OECD Health Data, tak i o volně dostupnou databázi Health for all Database SZO. Údaje za Českou republiku a její regiony jsou čerpány z výsledků práce Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a Českého statistického úřadu (ČSO). Také při práci s těmito informačními zdroji byla hlavní pozornost kladena na zpřístupnění jejich informací dalším skupinám zájemců.

Text nemá v žádném případě ambici nahrazovat doposud publikované studijní texty, ale nabídnout spíše doplňkový zdroj informací pro studenty a zajímaví se veřejnost. Publikace našla inspiraci v řadě domácích a zahraničních publikací, a to jak oboru ekonomika zdraví, tak i oboru public health – zdraví veřejnosti.

Čtenář by mohl jistě a po právu konstatovat, že některá velmi relevantní témata ekonomiky zdraví v textu zcela chybí (např. farmakoekonomika nebo hodnocení zdravotnických technologií, ale také otázka e-health) a jiné jsou zpracovány více než přehledově.

Text je pojímán tak, aby mohly být jednotlivé kapitoly použity pokud možno nezávisle na sobě a poskytl čtenáři alespoň základní odpovědi na otázky, které hledá bez nutnosti pročítat celý text.

Publikace začíná shrnutím základních pojmů, bez jejichž vyjasnění není podle soudu autora možné vést interdisciplinární debatu. Na vymezení základních pojmů navazuje shrnutí základních pojmů ekonomiky zdraví a stručné popsání vzniku této disciplíny.

V další části je věnována pozornost organizaci zdravotnických služeb, která má do značné míry ekonomické důsledky pro fungování zdravotnických systémů. Na

tuto část navazuje pasáž věnovaná financování a úhradám zdravotní péče, doplněná mezinárodními srovnáními.

Přehledovému srovnání všech zdravotnických systémů (zejména s ohledem na financování) v Evropské unii je věnována samostatná kapitola, stejně jako kapitola věnovaná reformám zdravotnických systémů, zdravotnickému právu a mezinárodním organizacím a strategickým dokumentům, které v rámci mezinárodního kontextu hrají dominantní roli.

Žádná z kapitol si nechce a nemůže činit nárok na úplnost, to není ve skromných a omezených silách autora. Snahou autora je spíše podnítit ke studiu pramenné literatury a informačních zdrojů.

Je neskromným přáním autora, aby byl předkládaný text omezeným doplňkovým příspěvkem k diskusím o ekonomice zdraví v naší zemi v kontextu mezinárodního vývoje. Kritická reflexe je pro tuto diskusi velmi důležitá, poskytně-li publikace pro tuto reflexi určitý příspěvek, pokud vzniknou v budoucnu ještě další texty na toto téma od dalších autorů, splnila publikace svůj účel.

V Praze listopad 2009

Autor

METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA

Publikace navazuje (a do značné míry je shrnuje) na předchozí publikační činnosti autora v oblasti public health (zdraví veřejnosti) a veřejné politiky, zejména co se týče financování a úhrad péče o zdraví a mezinárodního srovnávání organizace zdravotnických systémů. Public health (zdraví veřejnosti) je průřezovou vědní disciplínou, ale také dynamicky se rozvíjející společenskou praxí, která využívá výkladových rámců medicíny, epidemiologie, hygieny, ekonomie, sociologie, práva a dalších vědních oborů k analýze a hledání praktických řešení v oblastech prevence onemocnění, zvyšování kvality života související se zdravím a v oblasti podpory zdraví, a to prostřednictvím organizovaných snah a na poznatcích založených rozhodnutí společnosti jako celku, komunit, veřejných a soukromých subjektů i jednotlivců.

Práce využívá východiska, která byla vypracována pro analýzu a hodnocení zdravotnických systémů organizacemi, jako je specializované pracoviště Evropského regionu Světové zdravotnické organizace – European Observatory on Health Systems and Policies (Evropská observatoř zdravotnických systémů a zdravotní politiky), Health Unit (Skupina pro zdravotnictví) Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj a Světová banka.

Tento metodologický rámec je založen na vzájemném porovnání zdravotnických systémů, respektive jejich jednotlivých částí (kontext zdravotnického systému financování a úhrady zdravotnických služeb, organizace zdravotnického systému, lidské zdroje ve zdravotnictví, vývojové trendy reforem zdravotnické soustavy), podle předem stanovených kritérií, kdy srovnány jsou vždy srovnatelné jednotky, tj. například systémy organizace daného druhu péče, způsoby financování, způsoby úhrad, právní normy apod.

Přístup publikace v neposlední řadě vychází z analytického rámce, který byl vytvořen pro reflexi vývoje zdravotní politiky v domácím prostředí v kontextu mezinárodního vývoje, a to především v rámci oboru Veřejná a sociální politika, a aplikován v mnohých publikačních výstupech dnes již neexistujícího Institutu zdravotní politiky a ekonomiky.

Práce však nenabízí hodnotící pohled, a tudíž má v některých částech spíše deskriptivní charakter. Předkládané poznatky a jejich diskuse mohou tvořit určitý příspěvek pro hodnocení zdravotnického systému u nás i v zahraničí. Z hlediska hodnotového zakotvení se hlásí k hodnotám, které jsou popsány v rámci strategického dokumentu Zdraví 21, v Lublaňské chartě a dalších dokumentech Světové zdravotnické organizace.

Ekonomika zdraví využívá mimo poznatkový aparát ekonomie také výkladový rámec celé řady dalších disciplín. Následující přehled definuje nejdůležitější pojmy, se kterými v rámci ekonomiky zdraví pracuje, jako je pojem zdraví, nemoc, kvalita života. Dále představuje dva zdravotnické obory, které výsledků ekonomiky zdraví v rámci disciplín zdravotnictví nejčastěji využívají.

1.1 Zdraví a jeho determinanty

Zdraví je podle definice uvedené v zakládajícím dokumentu WHO z roku 1946, který vstoupil v platnost v roce 1948, vymezeno jako „**stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci nebo vady**“¹. Tato definice, která je součástí Ústavy WHO, nebyla od svého prvního zveřejnění měněna, nicméně byla hojně kritizována, což naznačuje určité nepochopení záměru jejích autorů. Naznačuje, že zdraví je určitým ideálem, ke kterému se lze přiblížit, ve vzácném případě jej naplnit. Stanovuje však vizi, tedy hlavní cíl, a diskutuje základní možnosti naplnění tohoto cíle – intervence v oblasti fyzického a duševního zdraví i jeho sociálních determinant. Tato vize zdraví naznačuje rovněž, že zdraví není jen otázkou individuální, ale také otázkou celospolečenskou. Někomu by se mohla zdát tato vize nerealistická a idealistická, což však neubírá nic na její důležitosti, ani na důležitosti snah o její naplnění.

Zdraví je nezbytnou podmínkou participace jedince na společenských aktivitách, umožňuje mu realizovat primární i sekundární potřeby, rozvíjet jeho lidský i sociální potenciál. Definice zdraví WHO je dále základem řady definic kvality života (srovnej Háva in Potůček, et al., 2005, s. 324) a také diskuse pojmu kvalita života (viz dále).

Zdraví tedy není jen biologickou charakteristikou, ale významnou individuální i společenskou hodnotou (srovnej Beaglehole in Detels, et al., 2004, s. 83–109; Holčík, Žáček, 1995, s. 25–26; Háva in Potůček, et al., 2005).

Vzhledem k obecnosti definice WHO (která však vyjadřuje pozitivní i negativní vymezení) byla zpracována řada operačních definic zdraví. Určitý přehled těchto definic nabízí např. Holčík a Žáček (Holčík, Žáček, 1995), když podle Žáčka zahrnuje operační definice zdraví „tělesnou a psychosociální integritu navozující stav optimální pohody, narušenost životních funkcí a společenských rolí, ale také adaptabilitu, tj. přizpůsobivost ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy“ (ibid, s. 24).

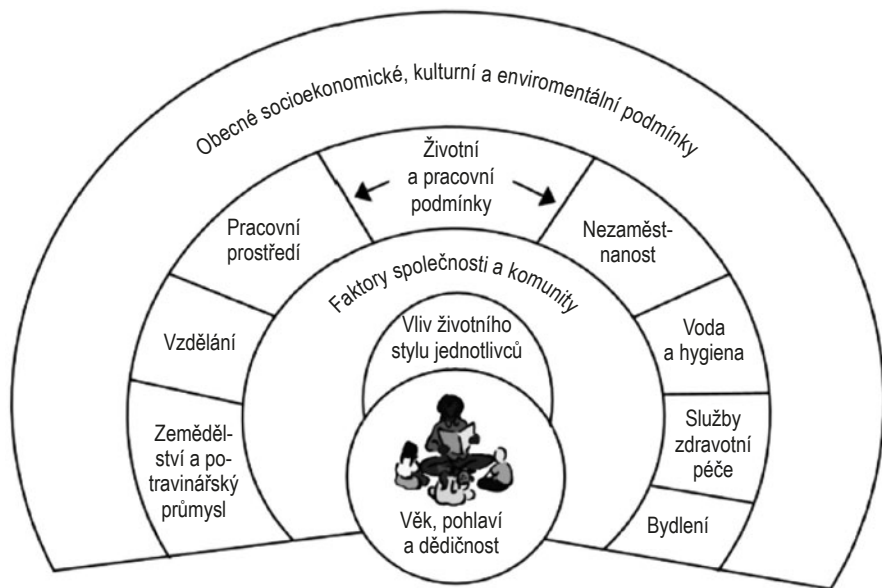
¹ http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Determinanty zdraví jsou faktory, které pozitivně, ale také negativně ovlivňují lidské zdraví (viz např. Detels, et al., 2005; Dahlgren, Whitehead, 2007). Vyčerpávající přehled determinant zdraví a možností ovlivnění přináší Robert Beaglehole v Oxford Textbook of Public Health (podrobně Beaglehole in Detels, et al., 2005, s. 83–89). V průběhu posledních několika desetiletí se pohled na determinanty zdraví v mnohém změnil. Beaglehole (Beaglehole in Detels, et al., 2005, s. 83) uvádí čtyři možnosti pohledu na determinanty zdraví, když rozlišuje pohled biomedicínský, přístup založený na životním stylu, široký socioekonomický přístup a pohled na zdraví veřejnosti. Zároveň zdůrazňuje přetrvávající dominantní vliv biomedicínského přístupu, který je založen na poznatcích „tzv. objektivních věd“. Zdraví je mimo základní biologické charakteristiky také konceptem sociálním a kulturním, kdy podle Beagleholeho existují tři základní zdroje rozdílů ve zdraví lidí. *Jde o vrozené předpoklady, socio-ekonomické podmínky života a životní styl, tedy faktory související s chováním.* Těchto tři oblastí se dotýkají rozdíly mezi pohlavími stejně jako kulturní a ekonomické faktory, které také hrají důležitou roli v determinaci zdraví populace (Beaglehole in Detels, et al., 2005, s. 85). Determinanty Beaglehole sumarizuje takto:

- **determinanty dědičné** (genetické faktory), které ovlivňují naše zdraví přibližně z 20–25 %, respektive v tomto rozsahu mohou vysvětlit příčinu úmrtí,
- **sociální a ekonomické determinanty**, které zahrnují postavení na trhu práce, pracovní podmínky a bezpečnost práce, vzdělání, **bydlení** a rodinné podmínky,
- **životní styl a další determinanty související s chováním**, zahrnující kouření, spotřebu alkoholu, fyzickou aktivitu, péči o sebe sama, sociální kontakty nebo styl práce,
- **pohlaví, respektive rod** (gender),
- **kulturní determinanty** (například ve vztahu ke starším lidem) a
- **politické determinanty**, které zahrnují sociální a ekonomické prostředí a zdravotnický systém (Beaglehole in Detels, et al., 2005, s. 85–87).

Beaglehole nevynechává, jak by se mohlo zdát, ani faktory, které se týkají životního prostředí, když je popisuje jako důležité globální faktory, které působí na zdraví a nemoci lidí (Beaglehole in Detels, et al., 2005, s. 85). Dahlgren a Whiteheadová (Dahlgren, Whitehead, 2007, s. 21–22) uvádějí, že determinanty zdraví mohou být ovlivněny individuálním, komerčním nebo politickým rozhodnutím a lze je dělit na: **pozitivní faktory zdraví** (přispívající k udržení a zlepšení zdraví – ekonomická bezpečnost, vhodné bydlení, nezávadné potraviny apod.), **ochranné faktory** (které omezují riziko vzniku nebo přetrvání nemoci – očkování, ale také existence podpůrných sociálních sítí, jasná vize života, tj. psychosociální faktory) a **rizikové faktory** (tedy příčiny nemocí, které jsou potenciálně preventabilní). Autoři však k tomuto výčtu dodávají, že kategorizace jednotlivých faktorů do těchto tří skupin může být obtížná, nicméně že naše pozornost by měla být zaměřena nově na faktory pozitivní a ochranné.

Obrázek 1.1 Hlavní determinanty zdraví



Zdroj: Dahlgren, Whitehead, 2007

WHO rozlišuje škálu faktorů, které nejvíce působí na celkovou zátěž nemocemi v evropském regionu.

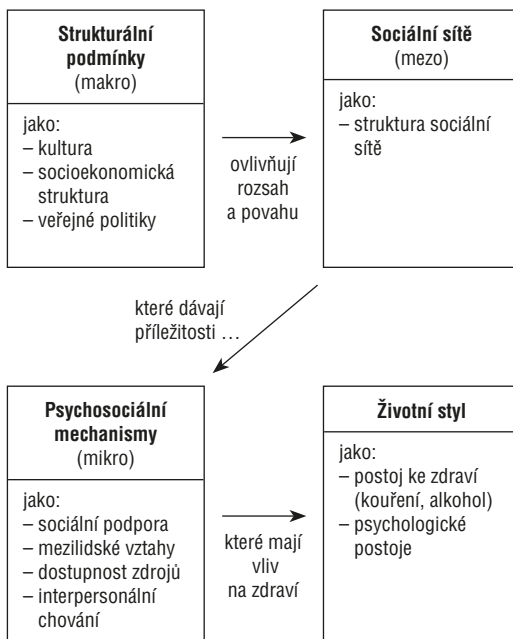
Tabulka 1.1 Faktory působící na celkovou zátěž nemocemi v Evropě

Faktory působící „zdola“	Faktory působící „shora“
1. Tabák 2. Vysoký krevní tlak 3. Nadužívání alkoholu 4. Vysoká hladina cholesterolu 5. Nadváha 6. Nízká konzumace ovoce a zeleniny 7. Fyzická neaktivita 8. Užívání drog 9. Nechráněný pohlavní styk 10. Nedostatek prvku železo	▪ Globální neoliberální obchodní politika ▪ Příjmové nerovnosti ▪ Chudoba ▪ Rizika související s pracovními podmínkami ▪ Nízká míra sociální soudržnosti

Zdroj: Dahlgren, Whitehead, 2007, s. 23 (upraveno)

Podnětné a v literatuře méně citované schéma představuje Berkmanův a Glessův konceptuální rámec vlivu sociálních sítí na zdraví, který cituje Dahlgren a Whiteheadová (Dahlgren, Whitehead, 2007, s. 81). Tento model sází především na vliv sociálních sítí na životní styl jedince, kdy životní styl uvažuje jako klíčovou determinantu zdraví.

Schéma 1.1 Berkmanův a Glessův konceptuální rámec vlivu sociálních sítí na zdraví



Zdroj: Dahlgren, Whitehead, 2007, s. 81 (upraveno)

Určité shrnutí determinant zdraví (se zaměřením na ekonomické a sociální) v domácích podmínkách nabízí například Drbal (Drbal, 2000), v mezinárodním kontextu pak významný počín v rozšíření znalostí představuje souhrnná publikace *Social Determinants of Health: The Solid Facts* autorů Wilkinsona a Marmota (Wilkinson, Marmot – eds., 2003). Na význam životního stylu z hlediska zdraví upozornila výrazně například Lalondova zpráva o zdraví Kanaďanů, která přestože byla kritizována za opomíjení vlivů prostředí na zdraví, představuje dodnes významné obecné východisko výzkumu determinant zdraví a podpory zdraví (viz Robertson, 1998).

1.2 Nemoc

Stejně tak jako můžeme nalézt řadu pohledů na vymezení zdraví, setkáváme se s různými vymezeními pojmu nemoc (srovnej například Detels, et al., 2005; Holčík, Žáček, 1995, s. 25–28; Háva in Potůček, et al., 2005, s. 326). Podle těchto vymezení se jedná o „...zjistitelnou poruchu zdraví, která má své příčiny, průběh i následky, kterou lze určit a klasifikovat s tím, že pro většinu lidí je nemoc spojena s vnímanými nesnáze-mi“ (Holčík, Žáček, 1995, s. 25). Výše zmínění autoři diskutují strukturální představu nemoci, když odlišují nemoc jako objektivní poruchu zdraví, nemoc jako vnímanou poruchu zdraví a nemoc jako předmět zdravotnických služeb. V tomto výčtu bychom neměli opomenout ani sociální důsledky nemocí, které jsou spojeny například s nemožností participace na společenských aktivitách, způsobují izolaci jedince, jsou faktorem sociálního vyloučení apod. Angličtina na rozdíl od češtiny vystihuje medi-cínské a sociální pohledy na nemoc, viz např. pojmy *disease* a *illness*. Mnozí autoři (například Holčík, Žáček, 1995, s. 25; Detels, et al., 2004) uvádějí také tzv. fenomén ledovce, kdy některé osoby nemoc nevnímají nebo ji ignorují.

Z hlediska samotné léčby i vykazování má značný význam klasifikace nemocí. V současné době je v ČR pro tyto účely využívána desátá revize mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN 10), v ní jsou nemoci členěny do jednadvaceti skupin. Podrobně je tato revize klasifikace nemocí popsána např. v instruktážní příručce ÚZIS (ÚZIS 1996).

1.2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10

Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí je každé diagnóze, diagnózám přiřazován daný kód, respektive kódy. Vykazování podle této klasifikace má důležitou úlohu také při stanovování výše úhrad zdravotnických služeb (např. pomocí systému DRG).

Nemoci a přidružené zdravotní problémy jsou členěny do 21, respektive do 22 skupin, které jsou výčtově obsaženy v následující tabulce č. 1. Jednotlivé skupiny se následně ještě dále dělí.

Tabulka 1.2 Skupiny MKN 10 pro vykazování nemocí a přidružených zdravotních problémů

I.	A00–B99	Některé infekční a parazitární nemoci
II.	C00–D48	Novotvary
III.	D50–D89	Nemoci krve, krvetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity
IV.	E00–E90	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek

V.	F00–F99	Poruchy duševní a poruchy chování
VI.	G00–G99	Nemoci nervové soustavy
VII.	H00–H59	Nemoci oka a očních adnex
VIII.	H60–H95	Nemoci ucha a bradavkového výběžku
IX.	I00–I99	Nemoci oběhové soustavy
X.	J00–J99	Nemoci dýchací soustavy
XI.	K00–K93	Nemoci trávicí soustavy
XII.	L00–L99	Nemoci kůže a podkožního vaziva
XIII.	M00–M99	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
XIV.	N00–N99	Nemoci močové a pohlavní soustavy
XV.	O00–O99	Těhotenství, porod a šestinedělí
XVI.	P00–P96	Některé stavy vzniklé v perinatálním období
XVII.	Q00–Q99	Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality
XVIII.	R00–R99	Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde
XIX.	S00–T98	Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin
XX.	V01–Y98	Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti
XXI.	Z00–Z99	Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami
XXII.	U00–U99	Kódy pro speciální účely

Zdroj: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Z pohledu ekonomiky zdraví stojí za zmínku 21. skupina – Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami. Jsou zde kategorizovány situace a stavy, které přímo souvisí s ekonomickou aktivitou jedince a ovlivňují jeho zdraví. Pro ilustraci jsou vybrány dvě podskupiny, a to:

- problémy spojené se zaměstnáním a nezaměstnaností,
- problémy spojené s bydlením a ekonomickými okolnostmi.

Tabulka 1.3 Klasifikace MKN 10 – Problémy spojené se zaměstnáním a nezaměstnaností

Z56	Problémy spojené se zaměstnáním a nezaměstnaností	
	<i>Nepatří sem:</i>	<i>expozice rizikovým faktorům v zaměstnání (Z57.–)</i>
		<i>problémy spojené s bydlením a ekonomickými okolnostmi (Z59.–)</i>
Z56.0	Nezaměstnanost NS	
Z56.1	Změna zaměstnání (výdělečné práce)	
Z56.2	Hrozba ztráty zaměstnání (výdělečné práce)	
Z56.3	Stresový pracovní řád	
Z56.4	Neshoda s nadřízeným a spolupracovníky	
Z56.5	Nevhodná práce	
	Nesnadné podmínky v zaměstnání (při práci)	
Z56.6	Jiné fyzické a duševní napětí ve spojení s prací	
Z56.7	Jiné a neurčené problémy spojené se zaměstnáním (výdělečnou prací)	

Zdroj: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Tabulka 1.4 Klasifikace MKN 10 – Problémy spojené s bydlením a ekonomickými okolnostmi

Z59	Problémy spojené s bydlením a ekonomickými okolnostmi	
	<i>Nepatří sem:</i>	<i>nedostatečné zásobování pitnou vodou (Z58.6)</i>
Z59.0	Bezdomovectví	
Z59.1	Nedostatečné bydlení	
	Nedostatek vytápění	
	Omezený prostor	
	Technické závady v příbytku, které brání přiměřené péči	
	Neuspokojivé okolí	
	<i>Nepatří sem:</i>	<i>problémy spojené s přírodním prostředím (Z58.–)</i>
Z59.2	Neshoda se sousedy, nájemníky, domácími	
Z59.3	Problémy spojené se životem v ústavu	

	Bydlící v internátní škole
	<i>Nepatří sem:</i> <i>ústavní výchova (Z62.2)</i>
Z59.4	Nedostatek přiměřené potravy
	<i>Nepatří sem:</i> <i>účinky hladu (T73.0)</i>
	<i>nevhodná dieta nebo stravovací návyky (Z72.4)</i>
	<i>podvýživa (E40–E46)</i>
Z59.5	Extrémní chudoba
Z59.6	Nízký příjem
Z59.7	Nedostatečné sociální zabezpečení a sociální podpora
Z59.8	Jiné problémy spojené s bydlením a ekonomickými okolnostmi
	Propadnutí hypotéky
	Odloučené obydlí
	Problémy s věřiteli
Z59.9	Problém spojený s bydlením a ekonomickými okolnostmi NS

Zdroj: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

1.3 Měření zdraví a nemoci

Jak je již uvedeno výše, definování zdraví a nemoci, respektive různých pohledů na ně, je předmětem stálého odborného zájmu. Metodologické základy měření zdraví a nemoci poskytuje **epidemiologie** [z řečtiny studium (logos) toho, co je mezi (epi) lidmi (demos)], bez jejichž poznatků by tvorba zdravotní politiky nebyla myslitelná. „*Epidemiologie je definována jako věda, která vysvětluje vztahy zdraví nebo nemoci s ostatními faktory v populaci*“ (Detels, et al., 2005, s. 490). Detels považuje epidemiologii za základ oboru veřejné zdraví a uvádí, že epidemiologie představuje filosofickou metodu studia zdravotních problémů (Detels, et al., 2005, s. 485). „*Podle Slovníku epidemiologie je epidemiologie studiem distribuce (rozložení) a determinant se zdravím souvisejících vztahů nebo událostí ve specifických populacích a aplikace tohoto studia při kontrole zdravotních problémů*“ (citováno podle Detels, et al., 2005, s. 485).

Epidemiologie je také základní disciplínou v rámci sociálního lékařství. Holčík a Žáček uvádějí tzv. starší a novější definici epidemiologie. V jejich výkladu je „*ve starším pojetí epidemiologie chápána jako studium rozložení nemocí nebo poruch zdraví v lidské populaci ve vztahu k faktorům, které určují toto rozložení, a v novějším pojetí se jedná o studium rozložení a determinanty stavů a událostí se vztahem ke*

zdraví v daných skupinách populace a využívá výsledků tohoto studia k řešení zdravotních problémů“ (Holčík, Žáček, 1995, s. 23). Epidemiologie nám umožňuje rozbor zdraví/výskytu nemocí v dané populaci, pochopení toho, jak nemoci vznikají a jaké vlivy působí na jejich průběh, ale také předkládat a implementovat taková opatření, která mohou vývoj zdraví populace, v pozitivním smyslu, ovlivnit.

Měření zdraví je často založeno na měření pomocí výskytu onemocnění v populaci. Při měření nemocí se setkáváme s různými jednotkami měření, kterými jsou např. osoba, nemoc od svého vzniku až po uzdravení (úmrť), případ onemocnění, ale také návštěva u lékaře, hospitalizace, pracovní neschopnost (Holčík, Žáček, 1995, s. 29). Základními ukazateli nemocnosti (morbidity) jsou:

- **„incidence** (absolutní, relativní), která popisuje počet nových případů nemoci v časovém intervalu, respektive počet nových případů v poměru k sledované populaci,
- **prevalence**, tj. rozsah nemoci v populaci k určitému datu,
- **průměrná délka trvání onemocnění**“ (např. Holčík, Žáček, 1995, s. 29–30).

V národním i mezinárodním kontextu se často setkáváme s hodnocením zdraví na základě údajů o úmrtnosti (mortalitě), ať již celkové, nebo specifické. Řada údajů o nemocnosti a úmrtnosti je shromažďována v rámci rutinních statistik, a nemohou tak poskytnout obraz o zdraví a nemoci některých specifických skupin obyvatel.

Důležitý je také ukazatel naděje dožití (life expectancy). „*Naděje dožití (též střední délka života) vyjadřuje počet roků, který v průměru ještě prožije osoba právě xletá za předpokladu, že po celou dobu jejího dalšího života se nezmění řád vymírání, zjištěný úmrtnostní tabulkou, zkonstruovanou pro daný kalendářní rok nebo jiné (zpravidla delší) období. Jedná se tedy o hypotetický údaj, který říká, kolika let by se člověk určitého věku dožil, pokud by úroveň a struktura úmrtnosti zůstala stejná jako v daném roce.*“ (ČSÚ)²

Zejména v rámci mezinárodního srovnání se uplatňují kompozitní ukazatele, jakým je například DALY (Disability-Adjusted Life Years), což je ukazatel vyvinutý pro kvantifikaci globální zátěže nemocemi (burden of disease), který reflektuje funkční omezení a předčasnou úmrtnost a je upraven z hlediska věku, pohlaví a délky onemocnění. Dalším ukazatelem je QALY (Quality-Adjusted Life Years), tedy údaj reflektující naději dožití vyváženou faktorem kvality života. Používán je rovněž ukazatel HALY (Health-Adjusted Life Years), tedy léta života se zhoršeným zdravím (podle Glosář European Observatory on Health Systems and Policies³, Háva in Potůček, et al., 2005, s. 329).

Mimo *objektivní hodnocení zdraví* (viz výše) můžeme zdraví měřit také pomocí jeho *subjektivního hodnocení samotným jedincem*. V rámci celé populace jsou tak prováděna reprezentativní šetření, která se týkají zdraví a jeho determinant (srovnej např.

² http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny_vek

³ <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=H>

UZIS, 2003, 2004), nicméně ani tato šetření nám nemusí poskytnout údaje o zdraví některých znevýhodněných populačních skupin, jakými jsou bezdomovci, migranti apod. V těchto šetřeních je zpravidla zkoumána nejen nemocnost, zdraví a jeho determinanty, ale také širěji chápáná kvalita života.

Pro potřeby zkoumání zdraví specifických populací (bezdomovců) lze využít celou řadu metod, ať již kvalitativní (strukturované a nestrukturované observační studie, nestrukturované dotazování a focus group), nebo kvantitativní (např. sběr dat prostřednictvím dotazníkových šetření, dotazování apod.), případně jejich kombinace (např. případové studie, konsensuální metody, akční výzkum a techniky rychlého hodnocení, analýza dokumentů). Tyto metody jsou často odvozeny od metod využívaných či vytvořených dalšími odbory, zejména sociologií, a rozvíjených také veřejnou politikou. Jejich vyčerpávající souhrn nabízí např. Ann Bowlingová (Bowling, 1997, 1991; Bowling, Ebrahim – eds., 2005).

1.4 Kvalita života

V posledních desetiletích se rozvíjí hodnocení efektivnosti zdravotnických systémů, ale také jednotlivých intervencí nebo opatření z pohledu jejich vlivu na kvalitu života. Kvalita života je obvykle definována jako stupeň blaha či pohody, kterou pociťuje jedinec nebo společenská skupina. World Health Organization⁴ (dále WHO) definuje kvalitu života jako „*individuální vnímání postavení jedince ve světě v kontextu kulturních a hodnotových systémů a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a zájmům*“ (WHO, 1997, s. 1). Kvalitu života dle této definice ovlivňuje fyzické a duševní zdraví, míra závislosti na druhých, sociální vztahy, ale také důvěra (WHO, 1997, s. 1). V literatuře se setkáváme s celou řadou definic kvality života (srovnej Bowling, 1991; Detels, et al., 2004; Hnilicová, Bencko, 2005; velký význam z hlediska poznání kvality života má práce Payne, et al., 2005), nicméně obecně přijímaná definice tohoto široce vymezeného pojmu neexistuje, obecně je však uváděno, že definice i konkrétní měření by měla zahrnovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince (srovnej Slováček, et al., 2004). Z pohledu zdraví hovoříme o kvalitě života související se zdravím, kdy je na „*kvalitu života pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a obvykle je definována jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Zahrnuje tedy nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, ale v globálním pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty*“ (Slováček, et al., 2004, s. 6). Se zdravím související kvalita života, tedy ty její aspekty, které jsou primárně determinovány zdravím, lze zkoumat za pomoci řady standardizovaných výzkumných nástrojů, jakými jsou například dotazníky WHO – WHOQOL a jeho různé mutace, od roku 1987 rozvíjeným dotazníkem EuroQol, dotazníkem SF 36 a dalšími (viz Bowling, 1991).

⁴ Světová zdravotnická organizace – SZO.

1.5 Public Health – Veřejné zdraví

„Veřejné zdraví je procesem mobilizace a angažování místních, regionálních, národních a nadnárodních zdrojů k zajištění takových podmínek, ve kterých mohou být lidé zdraví“ (Detels, et al., 2005, s. 3). Problémy veřejného zdraví jsou v různých místech světa odlišné (například boj s infekčními či neinfekčními onemocněními), principy veřejného zdraví jsou však stejné. Zdůrazňován je přístup založený na poznání (evidence based), zaměření na zdravotní problémy komunity (Detels, et al., 2005, s. 3). Základním cílem veřejného zdraví vždy byla a je prevence onemocnění a podpora zdraví komunit (veřejnosti). Současně roste pozornost věnovaná kvalitě života (prostřednictvím podpory zdraví), která je považována za pozitivně vymezený cíl, který přesahuje kontrolu nemocí (viz Detels, et al., 2005, s. 13). Zvýšená pozornost podpoře zdraví souvisí zejména s rostoucím poznáním vlivu životního stylu a ekonomických a sociálních podmínek na zdraví lidí. Veřejné zdraví je multidisciplinárním oborem, který využívá metod společenských i přírodních věd. V našich podmínkách se stále ještě v mnohých případech setkáváme se zaměřením veřejného zdraví dominantně na kontrolu nemocí, což se projevuje nižším počtem široce vymezených aktivit podpory zdraví a v jejich sociálních a ekonomických souvislostech.

1.6 Sociální lékařství

Holčík a Žáček definují sociální lékařství jako vědní, medicínský a interdisciplinární obor, který se zabývá zdravím populace a péčí o zdraví ve společnosti (Holčík, Žáček, 1995, s. 7–9). Jeho poslání charakterizují několika funkcemi: poznávací a metodickou, hodnotovou a postojovou, výchovnou, aplikační a formativní a koordinační a integrační. Shrnující definici nabízí např. Anderson a jeho spoluautoři (Anderson, Smith, Sidel, 2005), kteří uvádějí, že medicína je obecně velmi sociální, když způsoby definování a klasifikace nemocí, diagnostické metody a léčba, ale také způsoby financování a organizace zdravotnictví reflektují sociální podmínky. Podle jejich definice je sociální lékařství oborem, který systematicky rozvíjí porozumění vztahům mezi zdravím, nemocemi a sociálními podmínkami.

Následující kapitola je věnována základním pojmům ekonomiky zdraví, respektive zdravotnictví. **Ekonomika zdraví je oproti ekonomice zdravotnictví vymezena širěji.** U ekonomiky zdravotnictví sledujeme ekonomické veličiny a procesy v rámci zdravotnického systému, a to formálního a do určité míry také neformálního. Zdravotnický systém, zdravotnické služby a poskytovatelé zdravotnických služeb nicméně nejsou jedinými činiteli, kteří mají vliv na lidské zdraví, proto ekonomika zdravotnictví nabízí do určité míry zúžený pohled.

Ekonomika zdraví zahrnuje oproti ekonomice zdravotnictví vliv celé řady dalších oblastí lidské činnosti, které mají vliv na zdraví, jako např. zdravý životní styl a sociální determinanty zdraví, jakými jsou příjem, bydlení, vzdělání nebo rodinný stav. Tyto determinanty ovlivňují, alespoň v určitých situacích, naše zdraví více než systém zdravotnických služeb, který je ovšem v mnoha případech, co se našeho zdraví týče, rozhodující.

Například němečtí autoři často uvádějí vztah ekonomiky zdraví a zdravotnictví na příkladu cibule, kde střed představují zdravotnické služby, které jsou financovány z prostředků veřejného a soukromého zdravotního pojištění – ty nazývají **prvním trhem ve zdravotnictví**, a jednotlivé další vrstvy představují lázeňství, lékárenství, farmaceutický průmysl, biotechnologie a další vrstvy sport, zdravotní turistiku, wellness – tyto oblasti představují **druhý trh ve zdravotnictví (respektive zdraví)**.

2.1 Kenneth Arrow a zrod ekonomiky zdraví

Ekonomika zdraví je relativně mladou disciplínou. Přestože otázky, kterými se zabývá, existovaly samozřejmě před jejím zformováním, za základní a konstituující dílo je považován článek v *American Economics review* z roku 1963 s názvem *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, jehož autorem je americký ekonom a nositel Nobelovy ceny za ekonomii Kenneth Joseph Arrow. Jistým paradoxem je, že Arrow se problematikou zdravotnictví předtím nikdy nezabýval a také později se k této oblasti vrací jen velmi zřídka. Článek vznikl za podpory Fordovy nadace, která v té době podporovala výměnu názorů mezi ekonomy na straně jedné a pracovníky sektorů, jakými jsou zdravotnictví, školství nebo sociální zabezpečení, na straně druhé (viz Savedoff, 2004, s. 139–140). Arrow, který se v té době zabývá otázkami tržní rovnováhy, nemohl tušit, jaký význam bude mít jeho bádání pro rozvoj specifické ekonomické disciplíny.

Kenneth Arrow se soustředí výhradně na zdravotnické služby, nicméně v první kapitole svého článku přijímá širší model oboru veřejné zdraví, který považuje zdravotnické služby za významnou, nikoliv však jedinou determinantu, která zdraví ovlivňuje. Ve srovnání s dalšími trhy se sektor zdravotnictví podle Arrowa liší v několika podstatných ekonomických charakteristikách (Arrow, 1963, s. 143–144).

První charakteristikou je *povaha poptávky*. Individuální poptávka po zdravotnických službách je, do určité míry, nepravidelná a nepředvídatelná. Zdravotnické služby, vyjma preventivních, přináší jedinci užitek pouze v případě výskytu onemocnění. Poptávka po zdravotnických službách souvisí s osobní integritou. Existuje určitá pravděpodobnost úmrtí a výraznější pravděpodobnost zhoršení zdravotního stavu. Zhoršení zdravotního stavu má své důsledky, také co se týče možnosti ekonomické participace. Tato rizika nejsou jedinečná, například potrava je také nutností, nicméně odstranění deprivace v této oblasti může být garantováno dostatečným příjmem, v případě nemoci však jen dostatečný příjem zpravidla nepostačuje. Nemoc tedy nepředstavuje pouze riziko zdravotní, ale také ekonomické, a to i bez ohledu na samotné náklady zdravotnických služeb (Arrow, 1963, s. 143).

Druhou charakteristiku představuje *očekávané chování lékařů*. Chování lékařů se v mnoha ohledech liší od dalších ekonomických subjektů. Zdravotní péče spadá do kategorie služeb, u kterých je produkt a produkční aktivita identická. V těchto případech nemohou spotřebitelé vyzkoušet produkt před jeho spotřebou a v jejich vztahu s poskytovatelem hraje důležitou úlohu důvěra. U lékařů vystupují také více než kde jinde etická omezení jejich činnosti. Jejich chování se řídí výrazně více než u jiných ekonomických subjektů blahem a zájmy spotřebitele (Arrow, 1963, s. 143).

Třetí charakteristikou je *nejistota, týkající se produktu*. Arrow upozorňuje, že v oblasti zdravotnických služeb si nikdy nemůžeme být, v porovnání s dalšími službami, jisti jejich kvalitou. Vyléčení nemoci je do jisté míry nepředvídatelné, stejně jako její vypuknutí. U většiny statků a služeb máme možnost poučit se ze svých zkušeností, což je například v případě závažných onemocnění neplatí, protože je zpravidla neprožíváme opakovaně. Také měření užitečnosti zdravotnických služeb je mnohem obtížnější než stejné měření v jiných oblastech. V rámci této charakteristiky je také zmiňována složitost medicíny, existence řady metod léčby, takže lékař disponuje nesrovnatelně lepšími informacemi než pacient a navíc si tuto informační nerovnost uvědomuje (Arrow, 1963, s. 143–144).

Čtvrtá charakteristika spočívá v *podmínkách nabídky*. V podmínkách dokonale konkurenčního trhu je nabídka za jinak nezměněných podmínek určena čistým příjmem získaným z dané produkce ve srovnání s příjmem, kterého by bylo možné dosáhnout použitím stejného množství zdrojů jinde. V případě zdravotnických služeb tato premisa v mnohém neplatí, neboť možnost stát se lékařem je omezena řadou předpisů a absolvováním náročného studia. Obtíže při překonávání existujících restrikcí působí na to, že dochází k omezení nabídky (lékařem nemůže být každý), což vede k růstu cen zdravotnických služeb. Omezení a překážky jsou v tomto smyslu chápány jako garance minimálních kvalitativních standardů (Arrow, 1963, s. 144).

Pátou charakteristikou je *proces tvorby cen*. Arrow hodnotí proces tvorby cen zdravotní péče jako do značné míry odlišný od ostatních odvětví. V praxi USA docházelo nejen k diskriminaci na základě příjmu (kdy pro některé skupiny obyvatel jsou např. služby zdarma), ale rovněž na rigidním trvání na úhradách za provedené služby, např. v porovnání s jejich předplácením (Arrow, 1963, s. 144).

Arrow se dále zabývá také otázkami srovnání zdravotnických služeb s dalšími oblastmi v rámci existence dokonale konkurenčního trhu za podmínek jistoty. Upozorňuje na některé netržní charakteristiky zdravotnických služeb, zabývá se otázkou vstupu na zdravotnický trh a existencí monopolu na straně lékařů z hlediska tvorby cen. Zdravotnické služby jsou také spojeny s dalšími oblastmi v rámci existence dokonale konkurenčního trhu za podmínek nejistoty. Inspirativní jsou autorovy poznámky týkající se morálního hazardu, argumentů pro existenci „třetí strany“ (stojící mezi poskytovatelem a uživatelem služeb), nerovnoměrného rozdělení rizika nebo nutnosti existence důvěry a rovněž zdůrazňování sociální odpovědnosti sektoru zdravotnických služeb.

To, že Arrowův článek stále oslovuje čtenáře, dokazuje také překvapivý fakt, že mezi lety 1991 a 2000 byl jeho článek citován pětikrát častěji než v letech 1963 až 1972 (Savodoff, 2004, s. 139). Arrowův přístup byl samozřejmě také předmětem četných polemik a některé jeho předpoklady byly na základě řady empirických měření a pozorování zpochybněny (viz např. Savodoff, 2004). Nelze také pominout, že od doby napsání této stati uplynulo několik desítek let a zdravotnické služby i pohled na jejich ekonomickou stránku se do značné míry změnil.

2.2 Zdraví a zdravotnické služby jako ekonomický statek

Zdravotnické služby jsou ekonomickým statkem. Vyjdeme-li z klasických definic ekonomie, *jsou zdroje*, které slouží k produkci zdravotnických služeb, *omezené*, a to ať již se jedná o zdroje finanční, lidské, nebo materiální. Na straně druhé jsou *potřeby neomezené* – na jejich uspokojení nejsme schopni generovat zdroje ani individuálně, ani v národním nebo nadnárodním měřítku.

Stejně jako u dalších ekonomických statků si můžeme a musíme položit otázky, v jakém množství bude zdravotní péče produkována, jakým způsobem a jak bude rozdělována. Protože zdravotnické služby přispívají významnou měrou ke zdraví lidí, je hledání odpovědi na tyto otázky zvláště důležité, ale zároveň také obtížné.

2.2.1 Ekonomická klasifikace statků

Ekonomická literatura zpravidla uvádí, že pojem statek zahrnuje různé kategorie věcí a hodnot, které uspokojují naše potřeby. Zatímco makroekonomie zpravidla vymezuje zboží od služeb, mikroekonomie využívá pojmu statek v širším slova smyslu.

Statky jsou zpravidla členěny podle určitých kritérií. Například francouzský ekonom Bénard (Bénard, 1990) odlišuje statky podle dvou charakteristik, a to podle způsobu jeho alokace a způsobu jeho spotřeby.

Podle **institucionálního kritéria** rozlišuje Bénard statky na:

- **tržní,**
- **polotržní,**
- **netržní.**

Kritérium představuje existence a charakteristiky tržní ceny jako alokačního mechanismu. U tržních statků je cena výsledkem interakce mezi nabídkou a poptávkou. U institucionálního dělení je důležité politické rozhodnutí o způsobu poskytování statku. V podstatě je možné, aby bylo rozhodnuto o netržním poskytování libovolného statku nebo o přímých či nepřímých zásazích vlády do ceny a dostupnosti statku.

Ekonomické kritérium si na druhé straně všímá způsobu, jakým jsou statky spotřebovávány, resp. co se děje s užitekem plynoucím ze spotřeby statku. Statky jsou podle tohoto kritéria Bénardem (Bénard, 1990) děleny na:

- **čisté veřejné,**
- **smíšené,**
- **soukromé.**

Dalším možným tříděním (např. Peková, 2008, s. 37–38) je třídění podle původu na:

- **volné statky,**
- **ekonomické statky.**

Volné statky jsou lidem v přírodě volně dostupné, a to v takovém množství, že je není nutné mezi uživateli rozdělovat. S jistou mírou zjednodušení o nich teoreticky platí, že jejich cena je nulová.

Naopak ekonomické statky jsou výsledkem ekonomické činnosti člověka. Ekonomický subjekt je získává s určitým úsilím, musí za ně určitou formou zaplatit.

Za určitých podmínek se volný statek může samozřejmě stát statkem ekonomickým, např. když je prodávána balená voda v lahvích, případně se obchoduje s čistým vzduchem, respektive s mírou jeho znečištění.

Jiné členění podle hlediska spotřeby nabízí např. Peková (Peková, 2008, s. 37–38), která uvádí klasifikaci na:

- **spotřební statky**, které slouží přímo ke krátkodobé nebo dlouhodobé spotřebě,
 - **kapitálové statky**, které se používají k další produkci.
- Dále pak uvádí členění podle vzájemného vztahu na:
- **substituty**, které mají podobné užité vlastnosti a mohou uspokojit stejnou spotřebu,
 - **komplementy**, tj. statky, které se vzájemně doplňují.

Důležité je rovněž geografické (prostorové) hledisko (viz Peková, 2008, s. 38), které je využíváno především u veřejných statků. Podle tohoto hlediska můžeme rozlišit:

- **národní statky** (ty využívá obyvatelstvo celého státu),
- **regionální statky** (využívané obyvatelstvem určitého regionu),
- **lokální statky** (statky spotřebovávají obyvatelé určité lokality).

Pro ekonomiku zdraví má velký význam rozšířeně (viz Peková, 2008, s. 38–40) institucionální členění (viz výše) na:

- **čisté tržní statky**, které se nabývají koupí na trhu (např. některé doplňky stravy) a cena je stanovena na základě existující nabídky a poptávky,
- **čisté netržní statky**, které neprocházejí trhem, a nemají tudíž tržně stanovenou cenu a jejich cena je stanovena administrativně (např. maximální cena některých léčiv) a můžeme hovořit o tzv. daňové ceně a o tzv. uživatelské ceně či uživatelském poplatku,
- **polotržní statky**, které sice prochází trhem, ale sjednávaná cena na trhu je předmětem diskriminačních opatření státu, opět zde můžeme hovořit o uživatelském poplatku.

Existují také tzv. poručnické statky, jejich spotřebu veřejná moc nejen umožňuje, ale dokonce ji vynucuje na základě práva. Ve zdravotnictví se jedná například o povinné očkování nebo karanténu, kdy je nespotřeba těchto statků v některých případech právně postižitelná.

Obecně lze shrnout, že zatímco u tržních (soukromých) statků je alokačním mechanismem **trh**, respektive tržní cena, která vzniká na základě interakcí strany nabídky a poptávky na trhu a spotřeba statku jednou osobou znemožňuje spotřebu statku osobou druhou, existují také statky netržní (čistě kolektivní), kdy jsou jako jejich definiční vlastnosti uváděny především nerivalita a nevylučnost ve spotřebě a alokačním mechanismem je v tomto případě **veřejná volba**. Nerivalita vypovídá o tom, že spotřeba určitého statku nebo komodity jednou osobou nesnižuje možnost spotřeby statku (jeho dostupnost) jakékoliv další osobě. Nevylučitelnost pak znamená, že není možné někoho vyloučit ze spotřeby.

Z praktického hlediska představují určitý problém **smíšené veřejné statky**, kdy jejich spotřeba je dobře dělitelná mezi jednotlivce a můžeme bez větších problémů stanovit podíl osoby na spotřebě tohoto statku a je možné vyloučit jedince ze spotřeby, není-li ochoten platit daňovou cenu, respektive uživatelský poplatek. Ve zdravotnictví by se mohlo jednat teoreticky např. o odepření péče někomu, kdo neplatí zdravotní pojištění. Zákony o veřejném zdravotním pojištění však zpravidla obsahují klauzule, že dluhy na veřejném zdravotním pojištění nejsou důvodem odmítnutí péče.

V souvislosti se smíšenými veřejnými statky se musíme zmínit také o tzv. **problému černého pasažéra**, tj. takové osoby, která spotřebovává smíšené veřejné statky, ale její vyloučení ze spotřeby by bylo nákladné a vyvolalo by vysoké transakční

náklady, tj. opatření proti zamezení její spotřeby, např. pomocí různých technických nebo personálních opatření.

2.3 Specifika zdraví a zdravotnických služeb

V literatuře existují v zásadě dva pohledy na zdraví a zdravotnické služby, které jsou do značné míry v protikladu. První pohled je založen na názoru, že zdraví je soukromý statek a péče o něj je záležitostí každého jedince. Druhý pohled naopak vychází z přesvědčení, že zdraví je spíše hodnota svého druhu (která se do určité míry vymyká běžné klasifikaci statků), péče o něj je z velké části záležitostí veřejného sektoru. Oba přístupy mají následně dopad na organizaci a financování péče o zdraví.

Některé definice uvádějí, že utrpení, bolest, nemohoucnost a úzkost jsou ryze individuální záležitosti, které není dost dobře možné přenést na dalšího jednotlivce, organizaci nebo stát, a zároveň, že zdraví, respektive potenciál zdraví, má každý člověk jen jedno. Z toho odvozují, že zdraví je soukromou záležitostí každého jednotlivce. Na druhé straně existují názory, že zdraví má mimo osobní také výraznou sociální složku, tudíž zdraví je záležitostí také veřejného zájmu (kdy představuje snad nejvýznamnější hodnotu, kterou uznává celá společnost).

Poněkud jiná situace panuje v oblasti zdravotnických služeb. Teoreticky i prakticky lze uvažovat, že zdravotnické služby mohou mít tržní charakter, tedy že je lze alokovat prostřednictvím trhu a cena je stanovena na základě interakce nabídky s poptávkou.

Tento pohled však naráží na existenci tržních selhání, které v oblasti zdravotnických služeb a péče o zdraví obecně můžeme klasifikovat jak na makroekonomické úrovni (úrovni celého národního hospodářství), tak i úrovni mikroekonomické (nerovnoměrné rozdělení zdrojů mezi populaci). Zdravotnická zařízení mohou vystupovat v roli monopolů, musíme se vyrovnat s existencí externalit a do značné míry se setkáme s problémem asymetrie informací a nemožnosti ohodnocení výsledků poskytnuté péče (nemusíme nutně vědět, do jaké míry pomohla ke zlepšení zdraví intervence zdravotnického systému). Právě výše zmíněné důvody vedou k častému chápání péče o zdraví a zdravotnických služeb jako smíšených veřejných statků.

Další charakteristikou péče o zdraví a zdravotnických služeb je fakt, že tato oblast je velmi silně morálně determinována a např. neposkytnutí alespoň základní péče nemocnému je považováno za nemorální, a to bez ohledu na ekonomická kritéria. Také obecnější spojování otázek zdraví a financí je považováno v některých ohledech a u některých skupin za nepřiliš vhodné a je dokládáno jak řadou úsloví, tak i reálným procesem tvorby a realizace zdravotní politiky. Některé autory, jako např. Zwiefela (Zwiefel), to vede k úvahám o jisté dichotomii našeho uvažování, kdy zdraví je nám na jednu stranu nejdražší, na stranu druhou si ho díky stále rostoucím nákladům nebudeme moci dovolit, a dokonce za péči o něj nejsme vždy zcela ochotni platit (např. nad rámec veřejného pojištění).

2.4 Poptávka péče o zdraví

Poptávka je ekonomický pojem, který vyjadřuje objem zboží nebo služeb, které jsou kupující ochotni a schopni koupit. **Poptávka péče o zdraví** je odvozena od **poptávky po zdraví, respektive dobrém zdraví**. Rozlišujeme:

- **poptávku individuální**, tj. poptávku jednotlivce po určitém statku, v našem případě zdraví, respektive zdravotnických službách,
- **poptávku tržní**, tj. poptávku, která představuje, za jinak nezměněných podmínek, součet všech individuálních poptávek spotřebitelů, kteří na daném trhu participují.

V souvislosti s celkovou poptávkou v ekonomice hovoříme o poptávce agregátní. Agregátní poptávka představuje celkové poptávané zboží a služby v ekonomice. Agregátní poptávka se skládá z poptávky domácností, podniků, státu a čistého vývozu (export – import).

Determinanty individuální poptávky (viz Mankiw, s. 87–89) jsou:

1. **cena,**
2. **příjem,**
3. **ceny statků, mezi kterými existuje vztah,**
4. **preference,**
5. **očekávání.**

Ad 1. Poptávané množství statku klesá s tím, jak roste jeho cena, a stoupá s tím, jak klesá cena. Lze konstatovat, že poptávané množství je nepřímo úměrné vzhledem k ceně. Tento vztah mezi cenou a poptávaným množstvím platí pro většinu statků v ekonomice a je tak častý, že jej ekonomové nazývají zákonem poptávky, za jinak stejných podmínek při zvýšení ceny statku klesne poptávané množství.

Ad 2. Velikost spotřeby ovlivňuje také příjem. Menší příjem znamená mít méně prostředků na celkové výdaje, což znamená, že máme k dispozici méně prostředků na výdaje za některé statky – a pravděpodobně také za jejich většinu. Pokud poklesem příjmu klesne i poptávka po daném statku, je statek normálním statkem. Ne všechny statky jsou statky normálními. Pokud poptávka po statku stoupne s poklesem příjmu, nazývá se statek statkem podřadným. Například stoupne-li cena generických léčiv, je méně pravděpodobné, že bychom začali nakupovat léky chráněné patentovou ochranou.

Ad 3. Pokud snížení ceny jednoho statku sníží poptávku po druhém statku, nazýváme tyto statky substituty. Pokud snížení ceny jednoho statku zvýší poptávku po druhém statku, nazývají se tyto statky komplementy.

Ad 4. Velmi významnou determinantou poptávky jsou preference. Preference jsou často založené na historických a psychologických faktorech, nicméně se v průběhu času, např. lidského života, mění. Mění se také v závislosti na vnějších podmínkách.

Ad 5. Naše očekávání do budoucnosti mohou významným způsobem ovlivnit naši poptávku po určitém statku.

Jelikož je **tržní poptávka** odvozená z individuálních poptávek, záleží poptávané množství na daném trhu na stejných faktorech, které ovlivňovaly poptávané množství jednotlivce. Tržní poptávané množství tedy nezáleží jen na ceně statku, ale také na příjmech, preferencích a očekávání kupujících a na cenách substitutů a komplementů. Záleží samozřejmě také na počtu kupujících.

K měření toho, do jaké míry poptávka reaguje na změny svých determinant, používají ekonomové pojmu elasticita. Zákon poptávky říká, že snížení ceny statku se odráží ve zvýšení poptávaného množství. Cenová elasticita poptávky měří, do jaké míry reaguje poptávané množství na změnu ceny. Poptávka po statku se považuje za elastickou, pokud poptávané množství reaguje na změnu ceny významně. Poptávka po statku se považuje naopak za neelastickou, pokud poptávané množství reaguje na změnu ceny pouze mírně. Neelastickou poptávku mají nezbytné a luxusní statky, naopak dostupnost blízkých substitutů má tendenci být elastičtější. Na elasticitu má vliv také vymezení trhu a časový horizont (viz Mankiw, 2008, s. 110).

2.4.1 Specifika poptávky péče o zdraví

Poptávka po péči o zdraví je odvozena od poptávky po zdraví, respektive naplnění zdravotního potenciálu jedince. Z hlediska elasticit je poptávka po péči o zdraví, přesněji po zdravotnických službách, považována za málo elastickou, tj. že poptávané množství péče o zdraví není do značné míry závislé na její ceně, jelikož když jsme nemocní, nemáme zpravidla jinou možnost než péči poptávat, pokud je tedy naším cílem dosažení uzdravení. Některé prameny také uvádí, že péče o zdraví je neelastická také ve vztahu k příjmu jedince (Ringel, et al., 2002). Existují však také studie, které dokládají, že některé druhy zdravotnických služeb jsou elastické, a to například kosmetické chirurgické zákroky, ale také například nákup kontaktních čoček.

Cílem poptávky péče o zdraví je naplnění zdravotního potenciálu jedince. Poptávkou po péči o zdraví se zabýval např. ekonometr Michael Grossman. Podle Grossmanova modelu z roku 1972 (Grossman, 1972) je každý jednotlivec zároveň producentem a uživatelem svého zdraví. Podle jeho názoru je zdraví jak spotřebním statkem, tak i statkem investičním. Podle Grossmana je optimální úroveň investice do zdraví dosaženo, jestliže se marginální náklady zdraví rovnají marginálnímu užítku zdraví.

Poptávka po péči o zdraví je ovlivněna několika faktory:

- demografickým složením obyvatelstva,
- zdravotním stavem obyvatelstva a jeho determinanty,
- historickými a kulturními zvyklostmi,
- nabídkou zdravotnických služeb.

Literatura hovoří také o pojmu **zdravotní potřeby**, který naznačuje smíšený charakter poptávaných statků a služeb a je odvozen z měření zdravotního stavu a jeho srovnání s představou o cílovém zdravotním stavu jak jedince, tak i společnosti jako celku.

2.4.2 Demografické složení obyvatelstva v České republice

Určujícím faktorem poptávky po péči o zdraví je demografické složení obyvatelstva. Následující tabulka ukazuje počet obyvatel ČR k 1. 1. 2009. S jistou mírou zjednodušení lze říci, že potenciální domácí poptávku po péči o zdraví představují všichni obyvatelé státu.

Česká republika měla k 1. lednu celkem 10 467 542 obyvatel, z toho 5 331 165 žen a 5 136 377 mužů. Průměrný věk mužů byl ke stejnému datu 38,9 roku a 42 roku u žen.

Tabulka 2.1 Počet obyvatel v regionech NUTS 2 České republiky k 1. 1. 2009

Oblast	Počet obyvatel			Průměrný věk		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
Česká republika	10 467 542	5 136 377	5 331 165	40,5	38,9	42,0
Praha	1 233 211	599 038	634 173	41,6	39,9	43,3
Střední Čechy	1 230 691	608 114	622 577	40,0	38,6	41,4
Jihozápad	1 205 955	595 494	610 461	40,6	39,3	41,9
Severozápad	1 144 294	563 960	580 334	39,6	38,2	41,1
Severovýchod	1 507 030	739 796	767 234	40,4	38,9	41,9
Jihovýchod	1 662 557	814 984	847 573	40,6	39,0	42,2
Střední Morava	1 233 549	602 330	631 219	40,6	39,0	42,2
Moravskoslezsko	1 250 255	612 661	637 594	40,2	38,6	41,7

Zdroj: http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/publ/1301-09-k_1_1_2009

Tabulka 2.2 Počet obyvatel v krajích České republiky k 1. 1. 2009

Kraj	Počet obyvatel			Průměrný věk		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
Hlavní město Praha	1 233 211	599 038	634 173	41,6	39,9	43,3
Středočeský	1 230 691	608 114	622 577	40,0	38,6	41,4
Jihočeský	636 328	313 867	322 461	40,5	39,1	41,8
Plzeňský	569 627	281 627	288 000	40,8	39,5	42,1
Karlovarský	308 403	151 498	156 905	39,8	38,4	41,2

Kraj	Počet obyvatel			Průměrný věk		
	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy
Ústecký	835 891	412 462	423 429	39,6	38,1	41,0
Liberecký	437 325	214 020	223 305	40,0	38,5	41,4
Královéhradecký	554 520	271 803	282 717	40,9	39,3	42,4
Pardubický	515 185	253 973	261 212	40,4	38,8	41,9
Vysočina	515 411	255 773	259 638	40,3	38,8	41,7
Jihomoravský	1 147 146	559 211	587 935	40,8	39,1	42,4
Olomoucký	642 137	313 721	328 416	40,5	38,9	42,0
Zlínský	591 412	288 609	302 803	40,7	39,0	42,3
Moravskoslezský	1 250 255	612 661	637 594	40,2	38,6	41,7

Zdroj: http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/publ/1301-09-k_1_1_2009

Nejvíce obyvatel žilo k 1. 1. 2009 v kraji Moravskoslezském, a to 1 250 255. Nejvyšší průměrný věk u mužů i žen byl v Hlavním městě Praha, a to 39,9, respektive 43,3 let.

Tabulka 2.3 Narození podle místa pobytu matky v roce 2008 podle NUTS 2

NUTS 2	Celkem	Chlapci	Živě narození									
			celkem	chlapci	mimo man-želství	do 2500 g	věk matky					
							–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40+
Česká republika	119 842	61 483	119 570	61 326	43 457	8 643	3610	16 294	40 900	44 005	12 872	1 889
Praha	14 362	7 380	14 339	7 365	4 671	928	175	1 040	4 066	6 546	2 157	355
Střední Čechy	15 281	7 824	15 246	7 805	5 059	1 076	380	1 944	5 214	5 853	1 636	219
Jihozápad	13 571	6 937	13 540	6 919	4 925	1 055	416	1 894	4 836	4 880	1 336	178
Severozápad	13 623	6 991	13 593	6 975	6 952	1 249	806	2 541	4 342	4 318	1 370	216
Severovýchod	17 275	8 871	17 226	8 844	6 228	1 240	530	2 418	5 907	6 293	1 839	239
Jihovýchod	18 877	9 681	18 845	9 662	5 682	1 234	409	2 440	7 038	6 866	1 817	275
Střední Morava	13 408	6 871	13 379	6 854	4 357	939	327	1 682	4 828	4 914	1 433	195
Moravskoslezsko	13 445	6 928	13 402	6 902	5 583	922	567	2 335	4 669	4 335	1 284	212

Zdroj: <http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/publ/4019-09-2008>