

## Evoluce sociálně-ekonomického pojetí zdravotní péče<sup>1</sup>

Jaroslava DURDISOVÁ\* – Jan MERTL\*\*

### The Evolution of the Socio-economic Approach to Health Care

#### Abstract

*Health care as a socio-economic category is currently undergoing a number of analytically remarkable changes. In countries like the Czech Republic, where in the past there was a universal health care paid from the government budget, we have seen in the last 20 years the development of differentiated forms of health care with special characteristics. This article aims to show changes in perception of health care as socio-economic category in the context of reforms of health systems. Attention is also paid to the international experience in financing schemes of standard and above standard health care and possible scenarios for future development. The article shows the development phases of health care and new problems that arose in this context.*

**Keywords:** *health care, health care system, financing, public expenditure, private expenditure*

**JEL Classification:** I31, H80, H00

#### Úvod

V posledních cca 20 letech dochází v zemích střední a východní Evropy ke značnému posunu v pojetí zdravotní péče jako sociálně-ekonomické kategorie. Tento posun ve zdravotní politice přitom významně determinuje přístup různých sociálních skupin ke zdravotní péči i konkrétní nastavení zdravotnických systémů, které vychází z daných rozpočtových omezení a je i politickým rozhodnutím.

---

\* Jaroslava DURDISOVÁ, Vysoká škola ekonomická v Praze, Národohospodářská fakulta, Katedra hospodářské a sociální politiky, Nám. W. Churchilla 4, 130 67 Praha 3, Česká republika; e-mail: durdis@vse.cz

\*\* Jan MERTL, Vysoká škola finanční a správní, Estonská 500, 101 00 Praha 10, Česká republika; e-mail: jan.mertl@outlook.com

<sup>1</sup> Zpracováno s podporou IGA VŠE F5/24/2012 a IGA VŠFS 7744.

Dřívější systém založený na modelech centrálního řízení a financování zdravotnictví (viz též Semaško, 1946) nerozlišoval standard a nadstandard. Představoval systém, který byl teoreticky založen na zlepšování veřejného zdraví a dalších postupech tzv. sociálního lékařství (Holčík, 2009) a jako takový byl součástí nevýrobní sféry. Byl financován v rámci společenské spotřeby obyvatelstva v podmínkách nivelizace mezd. V takto pojatém systému není prostor pro nadstandard a aktivní roli pacienta. Univerzální spotřeba je dána rozhodnutím v rámci systému. Vnitřní logika systému tak byla poměrně jednoduchá a umožňovala péči o zdraví v rámci daného rozpočtového omezení. Objem dostupných prostředků byl exogenně dán a vedl k unifikované a ve srovnání s vyspělými zeměmi méně komfortní a méně rozvinuté zdravotní péči. Problém nedostatku zdrojů a nedostupnosti péče tak nevznikal na úrovni jejího poskytování – poskytovalo se pouze to, na co byly dostupné prostředky, respektive co bylo uznáno centrální autoritou. Z toho vyplývala i slabá role pacienta, který byl pasivním příjemcem poskytované zdravotní péče ve stanoveném rozsahu. Efektivnost systému byla posuzována podle demografických a rozpočtových ukazatelů, často i mezinárodně srovnávaných.

Transformace centrálně plánovaných ekonomik přinesla nutnost koncipovat zdravotnictví v nových podmínkách. Paralelně se také objevily nové vlivy, které postupně začaly na zdravotnictví působit a v současné době tvoří klíčové determinanty nastavení zdravotnických systémů:

- demografické změny;
- dostupnost nových technologií, léků a fenomén tzv. *medical inflation*;
- nedostatek veřejných zdrojů k financování zdravotní péče ve veřejných rozpočtech pro všeobecně dostupnou nejkvalitnější péči a pro podnikatelský výnos;
- příjmová diferenciací a tlak na vytvoření prostoru pro tzv. standardní a nadstandardní péči se zapojením soukromých zdrojů;
- rozšiřování podnikání ve zdravotnictví, změna hospodaření s veřejnými zdroji a nejasná struktura odpovědnosti mezi elementárními subjekty systému;
- změna pojetí solidarity, rovnosti ve zdraví a sociální aspekty dostupnosti zdravotní péče.

Tyto vlivy jsou úzce spojeny s posilováním autonomie jednotlivých aktérů zdravotnického systému a zdravotní politika na ně musí reagovat. Vláda, v garantovaných modelech zdravotnictví reprezentující zájem na veřejném zdraví, má v současné době komplikovanou pozici, protože už jí nestačí pohybovat se v rámci daného rozpočtového omezení na makroúrovni a „přesvědčit o něm“ všechny zúčastněné. Nemá k tomu ani pravomoci, neboť jednotlivé subjekty se emancipují a fungují na principu tzv. *stakeholders* (Teitbaum a Wilenski, 2007).

Na druhé straně v populaci vykrytalizovaly skupiny občanů s vyššími nároky na individuální užitek při řešení svých zdravotních problémů, než je úroveň všeobecného konsensu podložená objektivní potřebou zdravotní péče na principu *evidence-based* medicíny. Z toho vzniká potřeba vymezení prostoru pro nadstandard zdravotní péče s problematickou definicí.

Současná teorie mění pojetí výdajů na zdravotní péči, které lze chápat jako investice do lidského kapitálu (Grossman, 1972). Tyto investice mohou být buď individuální (soukromé), nebo solidární (veřejné) (Suhrecke et al., 2005). Jde o produktivní uplatnění člověka na pracovním trhu i mimo něj (ve volném čase) (Valenčík, 2010). Významná je také prokázaná vazba výdajů na zdravotnictví a ekonomického růstu (Bloom, Canning a Sevilla, 2001). Grossmanův mikroekonomický přístup je tak nezbytné doplnit také o vliv makroekonomické dynamiky, což potvrzuje i aktuální studie o významu investic do zdraví pro ekonomiku a blahobyt (Figueras a McKee, 2012).

Vedle tohoto produktivního aspektu obsahují výdaje na zdravotnictví běžnou spotřební složku, která primárně k produktivitě nesměruje a jejím smyslem je umožnění univerzálního přístupu ke zdravotní péči na principu povinné solidarity. Vychází z negativního vymezení zdraví, respektive pojetí nemoci jako strádání.

V souvislosti s rozvojem medicíny a vzrůstající chronicitou onemocnění existuje riziko zvýšení incidence nemocí a délky jejich léčby (Holčík, 2009). V souladu s poznatky sociálního lékařství tento problém nelze řešit pouze výběrem optimálního modelu financování zdravotnictví a způsoby řešení jsou širší (Holčík, 2010). Sociální lékařství pracuje s problémem nákladů na zdravotnictví nikoli v rovině optimalizace tržní struktury či míry konkurence na trhu zdravotní péče, ale v rovině věcné a faktické, tedy se snaží ovlivnit potřebu a spotřebu zdravotní péče vyplývající ze zdravotního stavu obyvatelstva a vztahu lidí ke svému zdraví.

Sociální lékařství současně pracuje s klasifikací a limitací poskytování zdravotní péče na principu její objektivní potřebnosti, což nemusí být v souladu s prioritami konkrétních lidí a jejich aspiracemi v systému zdravotnictví. Lze dokumentovat na zkušenostech například z Velké Británie, že omezení počtu operací nebo prodloužení čekacích lhůt na ně bylo vnímáno veřejností i odbornou obcí jako problém (Gubb, 2007) a bylo to impulsem k zásadním změnám v systému zdravotnictví.

Pokud budeme v tržním systému uvažovat o poptávce pacientů na základě jejich rozpočtového omezení, je třeba podrobit kritické reflexi také samotný koncept poptávky po zdravotní péči. Pokud vychází ze soukromých výdajů (individuální poptávka), je podle dostupných poznatků (Feldstein, 1971; 1973)

spíše neelastická, to znamená, že její reaktivita na změnu ceny je spíše nižší, a tudíž nelze očekávat, že tržní struktura na základě této poptávky vzniklá bude z hlediska cenotvorby dynamická či dokonale konkurenční. Stejně tak lze očekávat problémy ve zdravotním pojištění, a to jak z důvodu paralelní existence přímé poptávky a nepřímé poptávky „skrže“ produkty soukromého pojištění, tak i z důvodu existence informační asymetrie a negativního výběru (Arrow, 1963).

Rozpornost při řešení uvedených otázek je klíčovým faktorem obtížnosti diskusí o nastavení zdravotnických systémů a její adekvátní vnímání tvoří nezbytný prvek sociálně-ekonomických analýz v oblasti zdravotnictví. Cílem tohoto článku je prozkoumat změny v chápání zdravotní péče jako sociálně-ekonomické kategorie v kontextu reform zdravotnických systémů a ukázat používané přístupy k řešení tohoto problému. Základní hypotéza spočívá v tom, že toto chápání se v čase posouvá a má úzkou vazbu k používaným schématům financování zdravotnictví, přičemž ústup od plně solidárního financování s sebou přináší rozdělení původně jednotného standardu zdravotní péče.

Současná česká praxe přednostně řeší problém fiskální kapacity dostupné pro solidární úhrady, případně míru ochoty k „příplácení na zdravotní péči“, aniž by byla jasná schopnost obyvatelstva financovat si zdravotní péči soukromě. Současně ve zdravotnickém systému chybí definování významu, charakteru a obsahu tržně nabízených produktů z hlediska uspokojení dlouhodobých zdravotních potřeb klientů.

Metodologicky článek používá standardní přístupy veřejných financí a zdravotní politiky (Fuchs, 1993; Witter a Ensor, 1997). Je založen na analýze zdravotní péče jako sociálně-ekonomické kategorie ve světle evoluce požadavků na zdravotnictví kladených. Vychází z přístupů vnímajících zdraví jako samostatnou a nezastupitelnou hodnotu s individuálními i sociálními aspekty. Obsahuje komparaci pohledů na zdravotní péči ve vybraných modelech zdravotnických systémů, včetně reflexe vývoje v českém zdravotnictví jako empirického příkladu uvedených změn. Řada závěrů z této empirické reflexe je významná i pro nastavení financování a institucionální struktury zdravotnictví včetně identifikace důležitých trendů či rizik budoucího vývoje.

## **1. Standard, „nестandard“ a nadstandard**

Na schématu v této části (obr. 1) ukážeme postupné rozlišování mezi jednotlivými kategoriemi poskytované zdravotní péče tak, jak se vyvíjelo v čase. Výchozí varianta, která je na schématu zakreslena jako první fáze vývoje, pracovala s lékařem objektivizovanou potřebou zdravotní péče a centrálním limitem v podobě obecného nároku. To sice vedlo k všeobecné dostupnosti zdravotní

péče a k legislativně „pokrytým“ nárokům, ale současně v některých případech nebyla uspokojena potenciální individuální potřeba. Dostupné možnosti v tomto směru se nezveřejňovaly. Současně zdravotnický systém považoval jakýkoli „nadstandard“ za soukromé peníze za nelegální vzhledem k deklarované a uplatňované rovnosti přístupu ke zdravotní péči.

Se vznikem systému veřejného zdravotního pojištění po roce 1989 se objevil mechanismus (viz druhá fáze na schématu), který umožnil vstup samoplátců do systému bez nároku na veřejné zdroje a bez omezení celkové kapacity nasmlouvané zdravotní pojišťovnou. Takto poskytovaná „nestandardní“ péče byla hrazená plně pacientem bez spoluúčasti pojišťovny a bez cenové regulace. Existovala tedy snaha vytěsnit soukromě hrazenou péči mimo systém (viz též kontroverzní § 11 zák. č. 48/1997 Sb., který zakazoval zdravotnickým zařízením ve smluvním vztahu s veřejnou zdravotní pojišťovnou poskytovat péči za úplatu), bez definice jejího obsahu a bez toho, že by se stát o její poskytování zajímal. Smyslem bylo uspokojit nestandardní potřeby klientů, neboť už nebylo únosné jim bránit, ale současně nebyla prováděna ani žádná zdravotní politika státu ve vztahu k jejich poskytování a financování.

Vzhledem k tomu, že stát rezignoval na regulaci „nestandardní“ péče, systém selhával, a to zejména v následujících bodech:

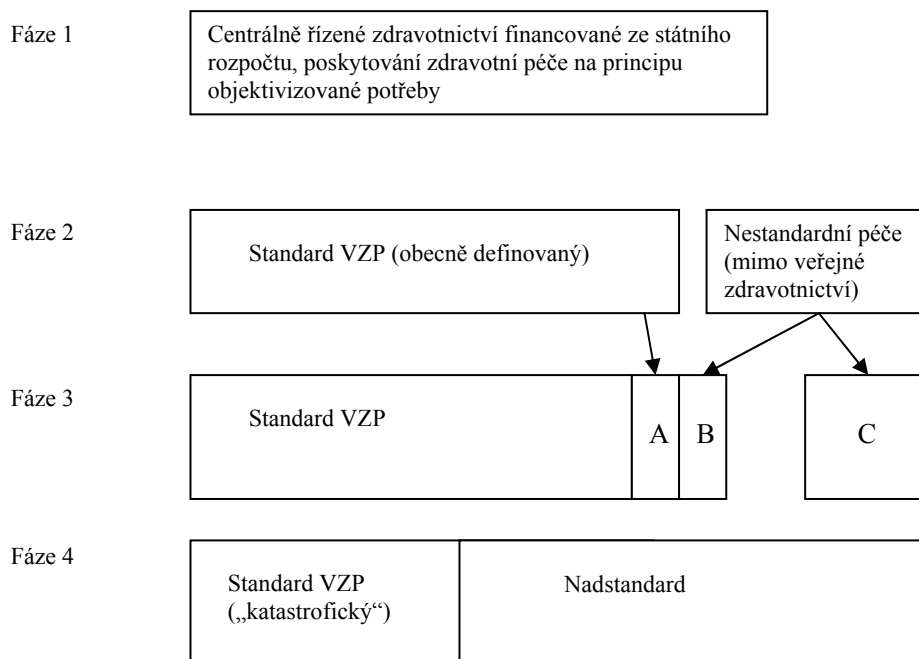
- docházelo k využívání kapacit smluvních zdravotnických zařízení (zejména nemocnic) k poskytování nestandardní zdravotní péče;
- cenotvorba byla netransparentní;
- obsah nestandardní zdravotní péče nebyl ani definován, ani regulován;
- poskytovatelé této péče tvořili neprůhlednou tržní strukturu.

Zkušenosti s tímto typem zdravotní péče způsobily, že „nestandardní“ zdravotní péči využívala pouze úzká skupina obyvatelstva reagující na nabídku zdravotnických zařízení, která byla ochotna přímo platit za zdravotní péči (vyjednanou ve vztahu lékař – pacient). Nicméně snaha do systému zakomponovat oficiální nadstandard trvala, protože „nestandard“ ve výše popsaném smyslu byl některými aktéry chápán pouze jako provizorní řešení. Navíc rozpočtové deficity akcelerovaly nutnost hledání nových přístupů a od roku 2012 se v České republice nově využívá rozdělení standardní a nadstandardní péče i v rámci systému veřejného zdravotnictví.

To ukazují další části schématu. Třetí fáze popisuje stav, kdy část zdravotní péče je zahrnuta do systému formou nadstandardní péče hrazené ze soukromých zdrojů pacienta. Je zřejmé, že z etického hlediska to je zásadní průlom do chápání zdravotní péče, neboť v minulosti by nebylo oficiálně přijatelné, aby pacient s vyšší ochotou platit mohl mít „lepší“ zdravotní péči než pacient, který není ochoten připlácet.

O b r á z e k 1

## Schéma vývoje standardu, nestandardu a nadstandardu v českém zdravotnictví



Zdroj: Vlastní zpracování.

Nadstandardní část zdravotní péče v rámci veřejného zdravotnictví se v procesu legalizace definuje ze dvou kategorií takto:

- v rámci stávajícího standardu jsou popsány způsoby léčby, které (po odborném zhodnocení) „nejsou nezbytně nutné“ (část A);
- některé doposud nestandardní výkony, jejichž cena a způsob poskytování jsou živelné a trpí nedokonalostmi popsanými výše, se zahrnou do systému a propojí s úhradou z veřejného zdravotní pojištění (VZP), což vede i k regulaci jejich úhrad a kontrole kvality (část B).

Konkrétními příklady v kategorii nadstandardu jsou některá očkování, sádry a nitrooční čočky. V následujících letech se plánuje například začlenění pokročilých operačních technik, jako jsou robotické operace apod.

Ve třetí fázi je popisována také část C – to je nadstandardní péče i nadále hrazená plně přímo klientem, vzniklá jako nástupce dříve uváděných nestandardních výkonů. Je totiž zřejmé, že příslušné segmenty trhu se zdravotní péčí se v tomto směru časem rozvinuly a například plastické operace či některé laserové operace jsou v současné době poskytovány v zásadě na bázi kvazitržní struktury privátních klinik. Rovněž v oblasti lékové politiky se konstituoval silný segment

volně prodejných léků, kde je státem garantována bezpečnost a účinnost, ale úhrada je ponechána na pacientovi. Jinak řečeno: vytvořila se kvazitržní struktura, která poskytuje příslušné služby na tržní bázi a vzhledem k její evoluci je možno ji klasifikovat jako samostatný segment zdravotnických trhů, včetně toho, že některá negativa, která se objevovala ve fázi „nestandardů“, byla postupně omezena.

Čtvrtá fáze je zatím hypotetická – zachycuje „nejúspornější stav“ z pohledu veřejných rozpočtů, kdy by standardní zdravotní péče byla redukována na „katastrofickou“, resp. život zachraňující zdravotní péči, za niž by si ponechal garanci stát, a všechny další části zdravotní péče spadají do „konkurenčního prostředí“ ve zdravotnictví, kde míra účasti státu už bude volitelná a staví se na předpokladu, že regulovaná konkurence mezi pojišťovnami poskytne pacientům lepší služby než státem organizovaný systém. Tento předpoklad je krajně diskutabilní, neboť neplatí, že by konkurenční alokace soukromých prostředků na trhu zdravotní péče vedla ke zlepšení užitku pro všechny účastníky transakcí, jako je tomu na jiných trzích zboží a služeb (Goulli, 2002). Proto tato varianta je pouze předmětem teoretických úvah; v extrémní variantě by z pohledu věcného rozsahu solidární úhrady odpovídala tzv. katastrofickým pojistným plánům, jak jsou známy z amerického zdravotnictví. Kromě toho již nyní existují v české populaci sociální skupiny, kterým „pouhé“ zavádění dalších nadstandardů či neřízené zvyšování spoluúčasti může postupně omezit dostupnost zdravotní péče (Sirovátka a kol., 2012).

## **2. Kombinovaně hrazená nadstandardní péče v České republice**

Třetí fáze na uvedeném schématu z ekonomického hlediska znamená to, že v České republice se vytváří nová kategorie nadstandardní zdravotní péče, která má kombinovanou úhradu z veřejných i soukromých zdrojů. Mechanismus je takový, že výše úhrady z veřejných zdrojů odpovídá ceně nejméně ekonomicky náročné varianty léčby a zbylou část ceny doplácí pacient ve výši stanovené konkrétním zdravotnickým zařízením. To je změna oproti předchozímu stavu, kdy část pojištěnců spotřebovávala solidárně hrazenou standardní variantu a část soukromě hrazenou nadstandardní variantu. Pro pacienta se zdá být tato varianta výhodná, avšak při stávající úrovni hrazeného standardu to současně akceleruje čerpání veřejných zdrojů zdravotnickými zařízeními, neboť efektivnost váže na informační převahu poskytovatele.

Logika tohoto mechanismu úhrad je taková, že pacient s vhodnou diagnózou má obecně nárok na úhradu standardní varianty ze systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud akceptujeme nadstandardy jako součást systému (k čemuž,

jak bylo popsáno, postupně došlo), úhradou rozdílu ceny pacientovi tento nárok zachováváme.

Současně platí, že možnost alokovat individuální zdroje na zdravotní péči formou nadstandardu, na kterém se podílí veřejná zdravotní pojišťovna z veřejných zdrojů, může dynamizovat poptávku po těchto výkonech, a tudíž i nároky na veřejné zdroje ve formě absolutního nárůstu veřejných výdajů. Část pacientů, kteří si doposud hradili péči plně sami, může nové možnosti využít. O její realizaci se bude rozhodovat primárně ve vztahu zdravotnické zařízení – pacient a role veřejných zdrojů v tomto směru bude vlastně role dotace na kvazitržní transakci mezi těmito dvěma subjekty. Výše této dotace je dána výší úhrady za ekonomicky nejméně náročnou variantu léčby.

Empirická zkušenost však ukazuje, že o položky z indikačního seznamu zatím není příliš velký zájem (Novinky, 2012). Příčiny spočívají v prozatím malém počtu položek na seznamu (od roku 2012 cca 18 položek), nízké kupní síle typických klientů veřejných zdravotnických zařízení a počáteční „náběhové“ fázi systému nadstandardů, kdy řada zdravotnických zařízení se na nové možnosti teprve adaptuje. Ceny mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními se významně liší, což podporuje tezi o tržním selhání ve zdravotnictví. Od roku 2013 bylo plánováno seznam rozšířit o dalších 70 položek, což by jeho význam zvýšilo, ale vzhledem k nepříznivé makroekonomické situaci a nízkému počtu návrhů od lékařských odborných společností schvalovací proces zatím není dokončen (Hospodářské noviny, 2013). Podrobnější zhodnocení bude možno provést například na základě meziročních srovnání a dostupnosti příslušných statistik.

### **3. Posun paradigmatu poptávky po zdravotní péči**

Uvedený proces vede ke změně charakteru poptávky po zdravotní péči samotné. Model poskytování státem hrazené zdravotní péče předpokládá pasivní roli pacienta, který je především příjemcem a objektem indikovaných léčebných postupů. Nezbytně to také bylo spojeno s autoritativní rolí lékaře disponujícího adekvátními znalostmi, který byl základním článkem systému nejen z odborného medicínského, ale i sociálně-ekonomického pohledu a byl v tomto směru vybaven příslušnými pravomocemi.

Tento přístup má svoje logické opodstatnění – je dán tím, že pacient je ve vztahu k lékaři v informační asymetrii, tj. neví, a ani vědět nemusí, jaký léčebný postup je pro něho optimální. Role pacienta spočívá ve sdělování subjektivních obtíží, ty jsou objektivizovány lékařem a následně je lékařem volen příslušný terapeutický postup. Včetně toho, že z hlediska nákladovosti léčebných metod volí tu, která odpovídá zdravotnímu stavu příslušného pacienta z pohledu závažnosti jeho stavu a životní perspektivy.



Pozice pacienta v takto koncipovaném systému je tak v praxi relativně snadná i pasivní zároveň – na jedné straně má jistotu, že se mu dostane lege artis ošetření, na druhé straně se neočekává, že by aktivně volil z léčebných možností a že by sledoval svůj individuální užitek na základě osobních preferencí. V historii to podporoval fakt, že rozsah léčebných metod byl omezen a řada postupů byla spíše experimentálního či zkušenostního charakteru, než že by existovaly striktní *evidence-based* doložené důkazy o jejich účinnosti. Zdravotní péče sledovala cíl pomoci v nouzi a utrpení na základě dovedností a schopností příslušného lékaře, případně zdravotnického zařízení jako instituce. Financování zdravotnictví tak mělo především za cíl provozovat dostatečnou infrastrukturu pro uspokojení potřeby zdravotní péče na principu její sociální a geografické dostupnosti.

V protikladu k tomuto přístupu je poptávka pacienta vyjádřená alokací jeho individuálních zdrojů. Zde vystupuje pacient jako klient zdravotnického zařízení, který poptává danou službu, kterou mu zdravotnické zařízení poskytuje na bázi tržní transakce. Vlastní věcný obsah transakce je z čistě ekonomického hlediska irelevantní, neboť klíčové je uspokojení individuálního užítku na ose klient – zdravotnické zařízení a z toho vyplývající finanční toky. Stejně tak je odpovědnost za rozhodnutí ponechána na klientovi, který si vybírá z příslušných nabízených možností a v tomto smyslu je za své rozhodnutí i přiměřeně odpovědný.

Tyto paradigmatické posuny mohou na první pohled vypadat nepodstatně, ve skutečnosti mají ale zásadní vliv na vnímání zdravotnictví jako sektoru ekonomiky a zdravotní péče jako sociálně-ekonomické kategorie. Je totiž zřejmé, že zatímco v minulosti byl pohled na pacienta dán potřebou zabezpečit veřejné zdraví a s tímto ohledem byly voleny příslušné nástroje a mechanismy, v současné době se stále více prosazuje pojetí klienta zdravotnického systému s danými právy a povinnostmi, ale i rozpočtovým omezením, které racionalizuje jeho chování v systému, a současně definuje i nároky, které může ve zdravotnictví uplatňovat.

Výhodou tohoto přístupu je nesporně jeho kompatibilita s klientskými modely v jiných sektorech tržní ekonomiky. Koncept služby a jejího poskytování je běžným modelem vztahů na trzích, a tudíž jsou zde vyvinuté standardní mechanismy včetně legislativních pravidel chování obou smluvních stran.

Na druhé straně, empirické zkušenosti ze zdravotnických systémů, které z tohoto pojetí historicky vycházely (zejména americký systém zdravotnictví), hovoří o tom, že samotná suverenita klienta, jakkoli může být chápána jako inovativní a pozitivní prvek, neumí řadu problémů týkajících se poptávky po zdravotní péči vyřešit. Současně je závislá také na individuálním rozpočtovém omezení klienta, což vede k nutnosti hledat mechanismy, které umožní zaplatit

klientovi za zdravotní péči, případně platbu rozložit v čase. V té souvislosti vystupuje otázka individuální bonity klienta vzhledem k jeho příjmu a zdravotnímu stavu, která nemusí být v souladu s jeho individuálními potřebami v oblasti zdravotní péče. Stejně tak je zřejmé, že individuální financování, pokud už je zvoleno a provozováno, výrazně komplikuje, až znemožňuje využití solidárních plateb, neboť jednotlivci vyčerpají své rozpočtové omezení na „svou“ zdravotní péči a logicky nechtějí (a v řadě případů ani nemohou) platit solidárně zdravotní péči ještě někomu dalšímu. Tento mechanismus je i podstatou současných sporů o regulaci amerického systému zdravotního pojištění, kdy hlavním argumentem odpůrců silnější státní regulace pojistných plánů je možné zdražení pojistného pro řadu méně rizikových klientů, kteří si je ex ante racionálně uzavřeli a kteří v novém schématu budou platit pojistné vyšší, případně jejich zaměstnavatelé již nebudou ochotni jim pojistné plány spolufinancovat (Boehner, 2011). To, do jaké míry má vláda právo stávající účastníky pojistných plánů k tomuto nutit, je předmětem právních sporů na nejvyšší úrovni; pro zdravotní politiku je v této souvislosti významný aktuální verdikt amerického Nejvyššího soudu (Supreme court), který těsnou většinou podpořil právo americké vlády zatížit občany povinnými platbami v souvislosti se zavedením univerzálního zdravotního pojištění (Supreme Court, 2012).

Výše uvedený posun uvádíme jako důkaz rozpornosti, která vzniká ve zdravotnictví opuštěním původního modelu centrálně řízeného zdravotnictví a hloubky problému, který byl takto do zdravotnictví vnesen a který je nutno v rámci zdravotní politiky řešit. Ukazuje to také příčiny obtížné role státu, která v původním schématu byla daleko jednodušší, a tudíž snadněji realizovatelná v praxi. Jinak řečeno – evoluce sociálně-ekonomického pojetí zdravotní péče znamená novou, složitější roli pro tvůrce zdravotní politiky a v tomto smyslu je situace zdravotnictví odlišná od jiných sektorů ekonomiky, kde deetatizace a privatizace přinesly naopak zjednodušení problému ve smyslu přenesení jeho značné části na automatický tržní mechanismus. Ve zdravotnictví tomu tak není, přestože ve veřejné politice se opakovaně objevují návrhy v tomto směru (Payne, 2007; 2010). Jejich základní nevýhodou přitom je, že nerealizovanou zdravotní péčí, jež by přinesla prokazatelný zdravotní prospěch či suboptimální výsledky systému, měřené zdravotními a sociálními ukazateli, v podstatě neřeší a odkazují v tomto směru na individuální odpovědnost jednotlivce. Ten však musí mít reálné možnosti, aby této odpovědnosti mohl dostát. Ukazuje se tak, že je nutno i nadále koncipovat zdravotnický systém konzistentně jako celek s předem definovanými „drahami“ pro veřejné i soukromé zdroje, kde budou anticipovány jejich alokační efekty, výsledná míra solidarity a ekvivalence a efekty ve zdravotním stavu obyvatelstva jako celku.

#### 4. Empirické zkušenosti zemí OECD

Celková výše výdajů na zdravotnictví se v praxi určuje jako výslednice veřejné volby a sociálních, kulturních a zdravotně politických priorit v dané zemi. Diferenciaci v tomto směru dokumentuje tabulka 1, která uvádí celkový podíl výdajů na zdravotnictví v poměru k HDP. Vyplývá z ní, že jednotlivé země si ponechávají vlastní poměry této národohospodářské veličiny. V posledním desetiletí podíl výdajů na zdravotnictví rostl ve všech zemích, ale v různé míře (např. Nizozemí – 1,49; Rakousko – 1,12). Významné je také to, že dané institucionální mechanismy typicky zůstávají dlouhodobě stabilní (viz např. Velká Británie, Německo či Francie).

Tabulka 1

**Vývoj podílu celkových výdajů na zdravotní péči na HDP v % v zemích OECD, 2000 – 2010**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Index 2009/2000
Austrálie	8.0	8.1	8.4	8.3	8.5	8.4	8.5	8.5	8.7	9.1	.	1.14
Belgie	8.1	8.3	8.5	10.0	10.1	10.1	9.6	9.6	10.0	10.7	10.5	1.32
Česká republika	6.3	6.4	6.8	7.1	6.9	6.9	6.7	6.5	6.8	8.0	7.5	1.27
Dánsko	8.7	9.1	9.3	9.5	9.7	9.8	9.9	10.0	10.2	11.5	11.1	1.32
Estonsko	5.3	4.9	4.8	5.0	5.1	5.0	5.0	5.2	6.0	7.0	6.3	1.32
Finsko	7.2	7.4	7.8	8.2	8.2	8.4	8.3	8.0	8.3	9.2	8.9	1.28
Francie	10.1	10.2	10.6	10.9	11.0	11.2	11.1	11.1	11.0	11.7	11.6	1.16
Chile	6.6	6.8	6.7	7.5	7.1	6.9	6.6	6.9	7.5	8.4	8.0	1.27
Irsko	6.1	6.7	7.0	7.3	7.5	7.6	7.6	7.8	8.9	9.9	9.2	1.62
Island	9.5	9.3	10.2	10.4	9.9	9.4	9.1	9.1	9.1	9.6	9.3	1.01
Itálie	8.0	8.2	8.3	8.3	8.6	8.9	9.0	8.6	8.9	9.3	9.3	1.16
Japonsko	7.6	7.8	7.9	8.0	8.0	8.2	8.2	8.2	8.6	9.5	.	1.25
Kanada	8.8	9.3	9.6	9.8	9.8	9.8	10.0	10.0	10.3	11.4	11.4	1.30
Lucembursko	7.5	7.4	8.3	7.7	8.2	7.9	7.7	7.1	6.8	7.9	.	1.05
Maďarsko	7.2	7.2	7.6	8.6	8.2	8.4	8.3	7.7	7.5	7.7	7.8	1.07
Německo	10.4	10.5	10.7	10.9	10.7	10.8	10.6	10.5	10.7	11.7	11.6	1.13
Nizozemí	8.0	8.3	8.9	9.8	10.0	9.8	9.7	10.8	11.0	11.9	12.0	1.49
Norsko	8.4	8.8	9.8	10.0	9.6	9.0	8.6	8.7	8.6	9.8	9.4	1.17
Polsko	5.5	5.9	6.3	6.2	6.2	6.2	6.2	6.3	6.9	7.2	7.0	1.31
Portugalsko	9.3	9.3	9.3	9.7	10.0	10.4	10.0	10.0	10.2	10.8	10.7	1.16
Rakousko	10.0	10.1	10.1	10.3	10.4	10.4	10.2	10.3	10.5	11.2	11.0	1.12
Řecko	8.0	8.9	9.2	9.0	8.8	9.7	9.7	9.8	10.1	10.6	10.2	1.33
Slovensko	5.5	5.5	5.6	5.8	7.2	7.0	7.3	7.8	8.0	9.2	9.0	1.67
Slovinsko	8.3	8.6	8.6	8.6	8.3	8.3	8.3	7.8	8.3	9.3	9.0	1.12
Španělsko	7.2	7.2	7.3	8.2	8.2	8.3	8.3	8.5	9.0	9.6	.	1.33
Švédsko	8.2	8.9	9.2	9.3	9.1	9.1	8.9	8.9	9.2	9.9	9.6	1.21
Švýcarsko	10.2	10.6	10.9	11.3	11.3	11.2	10.8	10.6	10.7	11.4	11.4	1.12
USA	13.7	14.3	15.1	15.7	15.8	15.8	15.9	16.2	16.6	17.7	17.6	1.29
Velká Británie	7.0	7.3	7.6	7.8	8.0	8.2	8.5	8.5	8.8	9.8	9.6	1.40

Zdroj: OECD Health Data (2012); index vlastní výpočet.

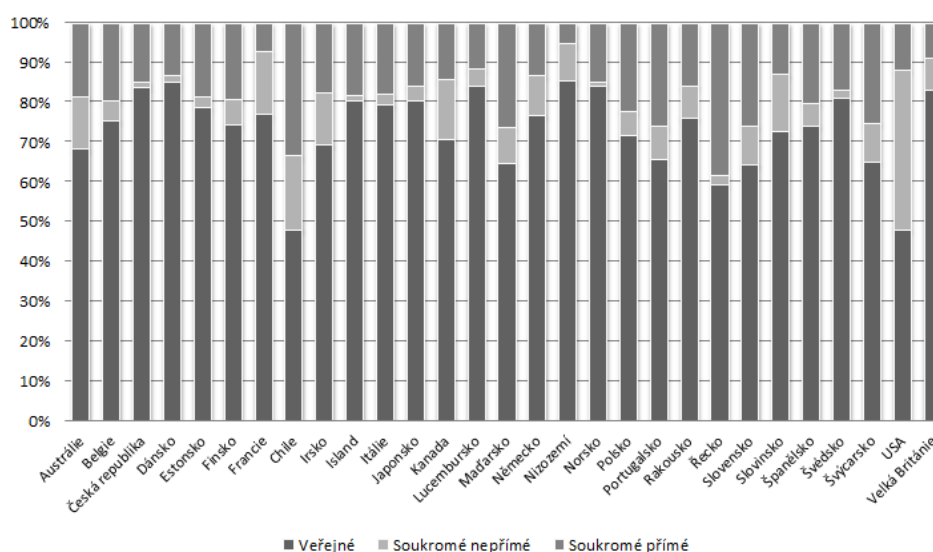
Podívejme se nyní na způsoby úhrad zdravotní péče ze soukromých zdrojů, abychom ukázali, jak se k této problematice v zahraničí přistupuje. Lze říci, že popsaná varianta kombinované veřejné a soukromé úhrady částí nadstandardní

péče, zvolená doposud v České republice pro financování nadstandardní zdravotní péče, je v mezinárodním srovnání spíše výjimečná a vychází z popsaného vývoje a specifik českého zdravotnictví.

Obrázek 2 ukazuje strukturu výdajů na zdravotnictví v zemích OECD v roce 2010. V soukromých výdajích jsou dominantní přímé platby (*out-of-pocket*). Související tabulka 2 ukazuje trend vývoje podílu soukromých přímých výdajů. V zemích, jako je Česká republika a Slovensko, které měly výchozí podíl nízký, a současně v nich probíhaly reformy zdravotnictví, došlo k poměrně významnému zvýšení tohoto podílu. Ve většině zemí však dochází naopak k mírnému snižování tohoto podílu, a to zejména tam, kde je možnost využívání soukromých nepřímých výdajů (specifickým případem je Francie – viz dále). Na příkladu Německa se ukazuje vliv reforem systému solidárního pojištění, který nejprve působil ve směru zvyšování podílu, avšak už v roce 2006 začal trend jeho opětovného snižování.

O b r á z e k 2

### Struktura výdajů na zdravotnictví v zemích OECD v %, 2010



Zdroj: OECD Health Data (2012), data za rok 2010 (resp. poslední dostupný); soukromé nepřímé výdaje dopočteny z dat o veřejných a soukromých přímých (*out-of-pocket*) výdajích.

Část těchto soukromých přímých výdajů nezvyšuje individuální užitek, ale slouží jako regulační prvek spotřeby zdravotní péče a chování pacientů v systému. V omezeném měřítku se používají i nepřímá schémata pro soukromé výdaje, jejichž role v systému má inverzní vztah k rozsahu solidárně hrazeného standardu

a která jsou svázána s konkrétními dodatečnými užitky pro klienty. Současně je nutno zdůraznit, že existence schémat pro nepřímé soukromé výdaje je chápána jako striktně dobrovolná. Základní pilíř evropských zdravotnických systémů tvoří solidárně hrazená zdravotní péče na principu univerzálního přístupu.

T a b u l k a 2

**Vývoj podílu soukromých přímých výdajů (*out-of-pocket*) na zdravotní péči v % v zemích OECD, 2000 – 2010**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Index 2009/2000
Austrálie	19.8	19.3	18.8	18.3	18.3	18.6	18.7	18.0	18.1	18.6	.	0.94
Belgie	.	.	.	20.0	18.8	18.6	20.5	20.9	20.3	18.9	19.4	.
Česká republika	9.7	10.2	9.5	10.0	10.4	10.7	11.3	13.2	15.7	14.4	14.9	1.48
Dánsko	14.7	14.4	14.1	14.0	14.2	14.0	13.8	13.9	13.6	13.2	13.2	0.90
Estonsko	19.9	19.0	20.1	20.3	21.3	20.4	25.1	21.9	19.7	20.3	18.6	1.02
Finsko	22.3	21.8	21.3	19.1	18.8	18.5	19.1	19.3	19.1	18.5	19.2	0.83
Francie	7.1	7.2	7.0	6.7	6.6	6.6	6.6	7.0	7.6	7.4	7.3	1.04
Chile	.	.	.	38.9	38.9	39.0	38.0	36.6	36.5	33.8	33.3	.
Irsko	15.3	15.2	14.6	15.5	15.5	16.3	16.2	15.2	15.7	15.6	17.4	1.02
Island	18.9	19.0	18.1	17.0	17.4	17.2	16.6	16.0	16.0	16.6	18.2	0.88
Itálie	24.5	22.1	22.4	22.4	21.2	20.5	19.9	20.1	18.5	17.9	17.8	0.73
Japonsko	15.4	15.1	15.6	16.4	16.2	15.4	17.0	16.1	15.8	16.0	.	1.04
Kanada	15.9	15.2	15.2	14.5	14.7	14.6	15.0	14.7	14.6	14.2	14.2	0.89
Lucembursko	11.8	12.5	11.8	12.2	11.6	11.6	11.5	12.2	12.4	11.6	.	0.98
Maďarsko	26.3	27.7	26.3	25.5	24.9	25.0	24.2	25.4	25.7	25.3	26.2	0.96
Německo	11.4	11.6	11.7	12.1	13.5	13.5	13.7	13.6	13.3	13.0	13.2	1.14
Nizozemí	.	.	.	7.3	7.2	7.1	5.6	6.0	6.2	5.4	5.2	.
Norsko	16.7	15.7	15.8	15.5	15.6	15.7	15.4	15.0	.	.	.	.
Polsko	30.0	28.1	25.4	26.4	28.1	26.1	25.6	24.6	22.8	22.7	22.1	0.76
Portugalsko	24.3	24.1	23.2	23.4	23.4	23.9	25.1	25.5	26.9	25.9	26.0	1.07
Rakousko	.	.	.	.	17.0	16.8	16.6	16.5	16.0	15.9	15.9	.
Řecko	.	.	.	.	.	.	.	.	37.9	36.2	38.4	.
Slovensko	10.6	10.7	10.9	11.7	19.2	22.6	25.9	26.2	25.2	25.6	25.9	2.42
Slovinsko	.	.	.	11.9	11.8	12.6	11.8	13.2	12.1	12.4	12.9	.
Španělsko	23.6	23.9	23.7	23.0	22.9	22.5	21.3	20.8	20.6	20.1	.	0.85
Švédsko	.	16.6	16.2	15.9	16.3	16.7	16.6	16.5	16.4	16.4	16.8	0.98
Švýcarsko	33.0	31.8	31.6	31.6	31.9	30.6	30.8	30.7	24.8	24.7	25.1	0.75
USA	14.9	14.3	13.8	13.6	13.4	13.2	12.8	12.7	12.5	12.0	11.8	0.81
Velká Británie	11.4	11.4	11.0	10.7	10.3	9.8	9.9	10.1	9.2	9.1	8.9	0.80

Zdroj: OECD Health Data (2012); index vlastní výpočet.

Empiricky je možno uvést několik modelových příkladů nastavení zdravotnických systémů v EU (Thomson a Mossialos, 2004), v nichž se uplatňují tři různá schémata nepřímých soukromých výdajů nad rámec solidárně hrazené zdravotní péče: substituční zdravotní pojištění; komplementární zdravotní pojištění; dodatečné zdravotní pojištění.

*Substituční zdravotní pojištění* se používá v Německu, kde je volitelnou alternativou k systému zákonného zdravotního pojištění (Gesetzliche Krankenversicherung). Zákonné zdravotní pojištění má v současné době jednotnou sazbu pojistného distribuovaného centrálním fondem zdravotního pojištění sociálním

zdravotním pojišťovnám (Krankenkassen), jejichž počet se v posledních letech snižuje. V systému německého zákonného zdravotního pojištění je zapojeno 90 % populace. Zbýlých 10 % obyvatelstva využívá soukromého substitučního zdravotního pojištění. Rozhodujícím kritériem pro volbu typu pojištění je výše příjmů klienta (strop pojistného), resp. jeho sociální postavení. Substituční zdravotní pojištění je však v současné době podrobena významné regulaci, která spočívá:

- v zákazu tzv. *pre-existing conditions* (zákaz vyloučení pojistného plnění za nemoci přítomné před uzavřením pojistky);
- v povinném doživotním průběhu pojištění vypověditelného pouze pojištěncem;
- v povinné nabídce tzv. *Standardtariff*, odpovídající rozsahem plnění podmínkám zákonného zdravotního pojištění.

Jedná se tedy o státem regulované soukromé pojištění, které plně substituuje péči hrazenou ze zákonného zdravotního pojištění.

V některých zemích existuje také *komplementární soukromé zdravotní pojištění*, které kryje část výdajů na standardní zdravotní péči nehrazené z veřejného solidárního systému. Příkladem je Francie, kde má toto komplementární pojištění uzavřeno více než 85 % populace. Příčinou vysoké účasti je systém úhrady zdravotní péče z veřejného pojištění formou zpětného proplácení pouze části skutečných nákladů uhrazených přímo pacientem. Tento postup je součástí strategie francouzské vlády ve smyslu kontroly nákladů. Je však zajímavé, že občané na to reagují převážně nákupem soukromého pojištění; i proto byla od roku 2004 zaváděna také spoluúčast, kterou komplementární pojištění nehradí. Soukromé zdravotní pojištění ve Francii je převážně nezávislé na zdravotním riziku klientů díky převažujícímu skupinovému pojištění, které podporuje jeho pořízení s malou sociální selekcí a nízkými transakčními náklady (Chevreul et al., 2010).

Konečně existuje systém *dobře definovaného soukromého připojištění* na zdravotní péči nad rámec věcného rozsahu hrazeného z veřejného systému. To se týká například Velké Británie a Portugalska, kde je standardní péče hrazena ze státního rozpočtu. Specifickým příkladem je Nizozemí, kde byl zaveden dvousložkový systém zdravotního pojištění hrazeného soukromým pojišťovnám, které poskytují základní balík zdravotní péče a musí pojistit každého zájemce nezávisle na zdravotním riziku. Pojistné se skládá ze solidární platby dané procentem z příjmu a nominální platby dané absolutní částkou určenou zdravotní pojišťovnou. To je základní prvek konkurence mezi pojišťovnami, současně je ale nutné poskytnout většině nízkopříjmových občanů na toto pojištění dotaci z veřejných zdrojů, což jeho efektivnost komplikuje. Nadstandardní péči je nutno připojistit zvláště prostřednictvím dobře definovaného soukromého připojištění, které je však již na klasifikaci podle zdravotního rizika závislé a tím vylučuje řadu potenciálních klientů z možnosti tímto způsobem nadstandardní péči financovat.

## Závěr

Teoreticky existují dva základní způsoby, jak poskytovat a hradit zdravotní péči. První z nich pracuje s vazbou mezi potřebou zdravotní péče a uznaným nárokem financovaným solidárně z veřejných zdrojů. Druhý vychází z rozhodování pacienta ve vztahu k nabídce zdravotní péče a poskytování subjektivního užítku financovaného za soukromé peníze klienta. Do praxe se v garantovaných systémech zdravotnictví prosazuje jen postupně a ve vztahu k řadě etických, sociálních i medicínských dilemat, jejichž řešení a chápání je závislé především na společenském konsensu.

Český zdravotnický systém absolvoval za posledních 20 let cestu od státního zdravotnictví bez oficiální účasti soukromých zdrojů, přes systém veřejného zdravotního pojištění s tolerováním poskytování „nestandardní“ zdravotní péče plně hrazené pacientem. V současné době je v České republice zaváděn systém kombinovaně hrazené zdravotní péče na základě postupně rozšiřovaného seznamu výkonů nehrazených z veřejných zdrojů. Současně kromě přímých plateb nejsou adekvátně specifikovány a regulovány mechanismy pro zapojení soukromých zdrojů a hrozí to, že – podobně jako v případě reformy penzijního připojištění – netransparentní schémata vytvořená tržními subjekty se z hlediska naplnění dlouhodobých zdravotních potřeb klientů minou účinkem.

Popsané změny mohou dále zvedat celkový objem výdajů na zdravotnictví prostřednictvím zvýšení individuální poptávky po nadstandardní péči včetně navýšení podílu soukromých zdrojů ve financování zdravotnictví. Současně, bude-li zachován mechanismus úhrad nadstandardní péče na rozdílovém principu, může to tlačit vzhůru i veřejné výdaje. Z národohospodářského hlediska tudíž existuje riziko, že skrze soukromé výdaje, případně jejich kombinaci s výdaji veřejnými, bude vytvořen nový kanál růstu výdajů na zdravotnictví s potenciálně problematickou efektivností. V extrémní podobě se tento vývoj projevuje v americkém zdravotnictví, kde souhrnný objem výdajů na zdravotnictví přesahuje podle údajů OECD 17 % HDP.

Solidární financování obecně naráží na problém udržitelnosti veřejných financí a ochoty politiků vynakládat veřejné zdroje na zdravotnictví ve vazbě na jeho výsledky, které budou schopni obhájit jako důvody pro alokaci příslušného objemu solidárních plateb. Současně je ale zřejmé, že v evropském kontextu je princip solidárního financování univerzálně dostupného standardu zdravotní péče klíčový a je i nadále vnímán jako nezastupitelný nástroj zdravotní politiky, a to včetně efektivního řízení výdajů s cílem maximalizace zdravotního prospěchu pacienta.

Soukromé financování pak významně závisí na charakteru schémat, jež budou pro získávání a alokaci soukromých zdrojů použita. Ukazuje se, že často prezentovaná teze o řešení problémů ve zdravotnictví tím, že si „lidé budou připlácet“,

je velmi zjednodušená a sama o sobě efektivní řešení nezajistí. Případné širší zapojování soukromých zdrojů ve zdravotnictví je nutno začlenit do systému formou regulovaných schémat. V tomto směru lze spatřovat pole pro další výzkum, ale i využití zkušeností z jiných členských států Evropské unie. Česká republika doposud ani do jedné z popsaných variant nespadá.

Podstatná zůstává otázka sociální dostupnosti nových evolucioních možností. A to jak z hlediska různého rozpočtového omezení sociálních skupin determinující faktické využívání těchto možností, tak také z hlediska výsledného zdravotního stavu a problému rovnosti (ekvity) ve zdraví (Figueras a McKee, 2012). V této souvislosti platí, že zejména v evropském kontextu vláda nemůže rezignovat na snahu o zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, ani nemůže dlouhodobě obhajovat výraznou nerovnost ve zdraví.

Potvrzuje se hypotéza, že v čase dochází k významným evolučním změnám v chápání zdravotní péče jako sociálně-ekonomické kategorie. Empirický příklad českého zdravotnictví ukazuje cestu, kterou urazily systémy původně založené na jednotném standardu zdravotní péče poskytované státem. V několika fázích došlo k diferenciaci jednotlivých složek zdravotní péče a současný stav se blíží praxi vyspělých zemí, které tento jev obsahovaly vždy a vytvořily si k jeho řešení různá schémata financování. To ovšem neznamená, že tato schémata lze do jiných systémů (včetně českého) mechanicky převzít. Nepřímá schémata se významněji uplatňují pouze v některých zemích, zatímco v jiných pouze marginálně.

Zároveň se ukazuje, že problémy zdravotnictví nelze vyřešit pouhým rozdělením zdravotní péče z hlediska financování a úhrad (standard a nadstandard), byť k tomu mají úzký vztah; je to pouze nutná, nikoli postačující podmínka řešení. Existuje řada dalších aspektů, které je nutno v této souvislosti vzít v úvahu. Mezi nejvýznamnějšími uvádíme problém rovnosti (*ekvity*) ve zdraví, vývoj jednotlivých determinantů zdraví a samotný fakt, že nastavení vhodného mixu mezi veřejnými a soukromými zdroji pro financování zdravotnictví není triviální problém řešitelný výše uvedenou separací. Pro zdravotní politiku tak zůstává velmi významné udržení celostního pohledu na zdravotnický systém a pečlivé zvažování efektů využití veřejných i soukromých zdrojů.

## Literatura

- ARROW, K. J. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53, č. 5, s. 941 – 973.
- BLOOM, E. D. – CANNING, D. – SEVILLA, J. (2001): *The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence*. Chicago: National Bureau of Economic Research.
- BOEHNER, J. et al. (2011): *ObamaCare a Budget Busting Job Killing Health Care Law*. [Online.] Cit. 18. 2. 2012. Dostupné na: <<http://www.speaker.gov/UploadedFiles/ObamaCareReport.pdf>>.



- CHEVREUL, K. – DURAND-ZALESKI, I. – BAHRAMI, S. – HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. – MLADOVSKY, P. (2010): France: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 12, č. 6, s. 1 – 291.
- FELDSTEIN, M. S. (1971): Hospital Cost Inflation: A Study of Nonprofit Price Dynamics. *American Economic Review*, 61, č. 5, s. 853 – 872.
- FELDSTEIN, M. S. (1973): The Welfare Loss of Excess Health Insurance. *Journal of Political Economy*, 81, č. 2, s. 251 – 280.
- FIGUERAS, J. – MCKEE, M. (2012): *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well Being*. European Observatory on Health Care Systems. Maidenhead: McGraw Hill – Open University Press.
- FUCHS, V. R. (1993): *The Future of Health Economics*. Cambridge: Harvard University Press.
- GOULLI, R. (2002): Zdravotnictví a veřejná ekonomie. In: Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky I. [Sborník IZPE 1/2002.] Kostelec nad Černými lesy: IZPE.
- GROSSMAN, M. (1972): On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80, č. 2, s. 223 – 255.
- GUBB, J. (2007): Why are We Waiting? [Online.] Dostupné na: <[http://www.civitas.org.uk/nhs/download/waitingtimes\\_jan\\_08.pdf](http://www.civitas.org.uk/nhs/download/waitingtimes_jan_08.pdf)>.
- HOLČÍK, J. (2009): Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost. Brno: MSD.
- HOLČÍK, J. (2010): Potřeba rozvoje zdravotní gramotnosti. [Online.] Cit. 10. 10 2011. Dostupné na: <[http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2010/26/26/texty/cze/holcik\\_s.pdf](http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2010/26/26/texty/cze/holcik_s.pdf)>.
- HOSPODÁŘSKÉ NOVINY (2012): Zdravotnické nadstandardy nebudou. [Online.] 23. 11. 2012. Cit. 28. 1. 2013. Dostupné na: <<http://zpravy.ihned.cz/c1-58720280-zdravotnicke-nadstandardy-se-odkladaji>>.
- NOVINKY (2012): O nadstandardy není zájem. [Online.] 5. února 2012. Cit. 18. 2. 2012. Dostupné na: <<http://www.novinky.cz/domaci/258200-o-nadstandardy-u-lekaru-zatim-neni-velky-zajem.html>>.
- OECD Health Data (2012): OECD Health Data: Health Expenditure and Financing. OECD Health Statistics (database).
- PAYNE, J. L. (2007): My Body, My Choice. [Online.] Cit. 3. 7 2011. Dostupné na: <<http://www.amconmag.com/article/2007/jul/16/00011/>>.
- PAYNE, J. L. (2010): A Health Insurance Criminal Pleads His Case. *The Freeman*, 60, č. 3, s. 17 – 19.
- SEMAŠKO, N. A. (1946): *Public Health in the U.S.S.R.* London: Soviet News.
- SIROVÁTKA, T. – HORÁKOVÁ, M. – JAHODA, R. – KOFROŇ, P. (2012): *Ekonomická zátěž středních příjmových skupin obyvatelstva: vývoj v letech 2008 – 2011*. Praha: VÚPSV.
- SUPREME COURT (2012): National Federation of Independent Business et al. vs. Sebelius, Secretary of Health and Human Services, et al. Cit. 8. 7 2012. Dostupné na: <<http://www.supremecourt.gov/opinions/11pdf/11-393c3a2.pdf>>.
- SUHRCKE, M. – MCKEE, M. – ARCE, R. S. – TSOLOVA, S. – MORTENSEN, J. (2005): *The Contribution of Health to the Economy in the European Union*. Health and Consumer Protection Directorate-General. Brussels: European Communities.
- TEITBAUM, J. – WILENSKY, S. (2007): *Essentials of Health Policy and Law*. Boston: Jones and Bartlett.
- THOMSON, S. – MOSSIALOS, E. (2004): *Voluntary Health Insurance in the European Union*. Copenhagen: WHO.
- VALENČÍK, R. (2010): Reformy systémů sociálního investování a sociálního pojištění (otázky). In: *Lidský kapitál a investice do vzdělání*. [Sborník z konference, 23. 9. – 24. 9. 2010.] Praha: Vysoká škola finanční a správní, o.p.s.
- WITTER, S. – ENSOR, T. (eds) (1997): *An Introduction to Health Economics*. Chichester: Wiley.