

## Konstrukce a financování univerzální a volitelné části zdravotnických systémů

Jan Mertl

### Abstrakt

*Článek se věnuje univerzální a volitelné části zdravotnických systémů. Jeho cílem je objasnit smysl a účel těchto dvou základních složek zdravotnictví na úrovni obecného teoretického konceptu a rovněž nastínit mechanismy jejich konstrukce a financování včetně vybraných empirických údajů ze zemí OECD. Každá ze složek má vlastní zákonitosti fungování (i ve vazbě na pozici pacienta) a mechanismy kontroly nákladů. V univerzální části systému může být, zejména v systému více zdravotních pojišťoven, přítomna variabilita. Mezi oběma částmi v principu může být vztah vzájemně se doplňující (s možnými synergii, které lze systémově podporovat), nebo substituční (antagonistický). Ve zdravotní politice je žádoucí obě části systému využívat v souladu s jejich vlastnostmi a účelem, jehož chceme dosáhnout. To může napomoci překonat problémy se standardem a nadstandardem zdravotní péče, jak je v české zdravotní politice sledujeme dlouhodobě.*

**Klíčová slova:** zdravotní pojištění, standard zdravotní péče, sociální politika, veřejné finance

### Abstract

*The article examines the universal and optional component of health systems with the twin aims of clarifying both the meaning and the purpose of these two basic health care system components at the general theoretical concept level, and the outlining of the mechanisms of the construction and financing thereof, including the empirical data on the theme sourced from OECD countries. Each of the components has its own operational regulations (even in relation to the position of the patient) and cost control mechanisms. The universal part of the system may be characterised by a certain degree of variability, especially in systems that involve multiple health insurance companies. In principle there may be a supplementary/complementary (with possible synergies that can be systemically supported) or substitutive relationship between the two components. Health policies should ideally utilise both parts of the system in accordance with their characteristics and the objectives that the policy aims to achieve. This may help to overcome problems with the standard and above-standard health care, an issue that has characterised Czech health policy for a long time.*

**Keywords:** health insurance, health care standard, social policy, public finance

### Úvod

Od přechodu na tržní ekonomiku vystala v českém zdravotnictví otázka standardu a nadstandardu zdravotní péče. Nicméně ani po více než 30 letech není koncepčně vyřešena. Lze se domnívat, že významnou příčinou tohoto stavu je nepochopení smyslu a účelu jednotlivých složek zdravotnického systému a úzká koncentrace na kategorizaci zdravotní péče samotné. V ní ale podstata problému není. To lze ukázat na pojmu standard zdravotní péče, který je zaměřen právě na její věcný obsah, ale nikoli na schémata financování a úhrad, účel tohoto standardu v národním hospodářství a rovněž akceptaci konstrukce standardu jako dynamického výsledku veřejné politiky a volby v interakci s fenoménem potřeby zdravotní péče a disponibilních zdrojů na makro i mikroúrovni.

Další příčinou je to, že v českém veřejném diskurzu se stále objevuje vyhrcované duální pohled na zdravotnictví ve smyslu „co je hrazeno z veřejných zdrojů, a co si platí občan sám nespolehá na stát“. Tato dualita je sice striktně vzata logická, ale zavádějící, neboť redukuje problém na otázku rozsahu intervence státu do před-

pokládaných fungujících mechanismů nabídky a poptávky zdravotní péče a akcentuje primárně sociální, resp. solidární otázku. Na tu mají pochopitelně jednotlivé myšlenkové proudy odlišný názor, což problém s definicí standardu dále eskaluje. Navíc poznatky ekonomie zdravotnictví prokazují, že na zdravotnických trzích dochází k tržnímu selhání jako výsledku kumulace specifických unikátních právě pro zdravotní péči. Proto nelze, zejména v evropském kontextu, redukovat všeobecně dostupnou zdravotní péči na užší, resp. reziduální pojetí sociální politiky, podobně jako to nastává třeba v sociálním bydlení nebo sociální pomoci. Přesto jsou úvahy o standardu péče s tímto pohledem leckdy stále konfrontovány, což vrací diskusi na začátek a nelze tak postoupit dále.

Stejně tak není příliš funkčně chápána role péče nadstandardní. Přetrvává přístup, že východiskem je umožnit adekvátní nadstandard s tím, že standardní péče potom fakticky nebude pro dané klienty (příliš) podstatná, případně bude podstatná jen v některých segmentech péče nebo fázích života. Samozřejmě, že ve světě existují volitelná schémata financování, jako je třeba německé substituční soukromé

zdravotní pojištění nebo řada pojistných plánů amerických zdravotních pojišťoven, která možnost „přestat spoléhat na standardní péči“ určité části populace umožňují. Problém je, pokud to vyústí v rezignaci či nezáměr na rozvoji standardní péče obecně. Další obtíže vznikají, když se rozvoj nadstandardu prezentuje jako řešení úzkých míst systému nebo jeho fiskální udržitelnosti. To ale nemusí nastat, protože v lepším případě rozvoj nadstandardu paretoovsky efektivně zlepší možnosti těm, kteří jej mohou a chtějí využít (a nepoškodí ty ostatní), fiskálně může situace zůstat podobná. V horším případě se pak situace ohledně standardní péče zkomplikuje, protože už nebude prioritou nebo s poukazem na existenci nadstandardu bude explicitním omezením redukována<sup>1</sup>, což je politicky krajně obtížné, z hlediska ekvity problematické a v řadě případů to náklady jen posune do budoucna, ale v dlouhém období nesníží. Uvedme v této souvislosti příklad Spojených států amerických, které vedle zhruba poloviny výdajů na zdravotnictví z veřejných zdrojů sice vynakládají druhou polovinu ze zdrojů soukromých, ale z hlediska fiskální zátěže jim to, vzhledem k celkově vysokým výdajům v poměru k HDP, zásadněji nepomáhá.

Samostatným problémem jsou charakteristiky zdravotní péče jako ekonomického statku. Ač rostoucí heterogenita zdravotní péče klasifikaci v tomto směru komplikuje, nabízí se zjednodušené ztotožnění standardní péče se smíšeným veřejným a nadstandardní se soukromým statkem a následné zacházení s nimi v souladu s jejich ekonomickou logikou. Čistým veřejným statkem ve smyslu ekonomického kritéria nevylučitelnosti a nerivality je jen velmi malá část zdravotní péče (např. hygienická služba). Empiricky to ale není spolehlivým vodítkem pro naplnění jednotlivých částí konkrétním obsahem, protože o způsobu financování zdravotnictví rozhoduje v konečném důsledku veřejná volba, řídící se jinými kritérii než čistě ekonomickými charakteristikami statků. Určité řešení v tomto směru nabízí tzv. institucionální kritérium klasifikace statků (Bernard, 1985), to však již nefunguje v intencích pozitivní ekonomie, a proto neposkytuje obecně platná kritéria ke členění péče.

Výše uvedené problémy lze řešit přechodem k jinému paradigmatu zdravotní péče a schémat jejího financování, tedy univerzální a volitelné části (složce) zdravotnického systému. Zjednodušeně lze sice říci, že v univerzální části bude poskytována péče standardní a ve volitelné nadstandardní, ale toto paradigma poskytuje výrazně širší rámec, který umožňuje zahrnout do konstrukce těchto částí i principy, na nichž jsou založeny, zdůvodnit použití konkrétních schémat financování a především ukázat obě složky zdravotnického systému jako podstatné z hlediska jeho žádoucího fungování a funkčního rozvoje.

## Cíl a hypotéza zkoumání

Cílem tohoto článku je objasnit smysl a účel univerzální a volitelné části zdravotnického systému a ukázat jejich význam z hlediska zdravotní politiky. To může napomoci k vyřešení obtíží se standardem a nadstandardem zdravotní péče, tak jak je dlouhodobě v českém prostředí sledujeme.

Teoretickou hypotézou je tvrzení, že univerzální a volitelná část (složka) zdravotnického systému jsou obecné kategorie, jejichž konkrétní naplnění se utváří v čase a prostoru na základě exogenních impulzů z evidence-based (na důkazech založené) medicíny a je ovlivněna dominantním sociálním modelem a sociálně-ekonomickými podmínkami v dané zemi. Toto tvrzení bude pomocí teoretické analýzy a syntézy ověřeno a logickou argumentací ve vazbě na empirii zdravotnických systémů podloženo.

Významná je také otázka synergií nebo substituce, resp. antagonismů mezi oběma částmi systému. Zdá se, že z hle-

diska klientů mohou synergické efekty při správné konstrukci systému přinést řadu pozitiv, neboť péče o zdraví má v principu více dimenzí a jednotlivé nástroje působí na zdravotní stav, případně navýšení individuálního užítu komplexně. Na druhé straně existují ve světě fungující systémy, které těchto synergických efektů nevyužívají nebo dokonce konstrukčně jednotlivé prvky záměrně oddělují.

Z hlediska zdrojů financování se budeme zabývat primárně nepřímými schématy financování – tedy platbami za péči třetí stranou, protože mají v současné době ve vyspělých zemích jasně dominantní podíl na celkových zdrojích.

## Teoretická východiska

Ekonomie zdravotnictví prokázala, že zdravotnictví a zdravotní péče má řadu specifických atributů. Jsou tak neopomítnutelnou prerekvizitou socioekonomických analýz zdraví, zdravotnických trhů a zdravotní péče. Jako jedni z prvních si tato specifika uvědomili Kenneth Arrow, když publikoval svůj průkopnický článek o ekonomických vlastnostech zdravotní péče (Arrow, 1963), a Avedis Donabedian věnující se kvalitě zdravotní péče a jejímu hodnocení (Donabedian, 1966). Samostatným tématem jsou hodnotové rámce a vnímání zdravotní péče jako socioekonomické kategorie a jejího významu pro jednotlivce, společnost a národní hospodářství (Williams, 1988; Figueras & McKee, 2012). Zásadní přehled teoretické ekonomie zdravotnictví včetně analýzy nabídky a poptávky po zdravotní péči nabízí rozsáhlá monografie Handbook of Health Economics (Culyer & Newhouse, 2000). Vazby mezi potřebou a poptávkou zdravotní péče (Mooney, 1992) jsou klíčové pro pochopení mechanismů spotřeby zdravotní péče. Zájemovými skupinami ve zdravotnictví, významností jednotlivých aktérů a mírou jejich vlivu na reformní procesy v českém zdravotnictví se zabývala Darnopilová (2010), v zahraniční literatuře se pro hlavní aktéry užívá pojem „stakeholders“ zdravotnického systému.

Relevantní principy a přístupy obsahuje teorie a metodologie sociální politiky (Engliš, 1916; Tomeš, 2010; Krebs et al., 2015; Kliková & Kotlán, 2019).

Z hlediska poznávání a definic socioekonomických jevů je podstatný noetický trialismus, tedy pozitivní, teleologický a normativní přístup a náhled. Autor teleologického přístupu Karel Engliš vycházel z duality světa ve smyslu, jaký je a jaký má být. Pozitivní přístup ukazuje, jak existující věci fungují na základě kauzalit (ontologicky). Avšak svět, jaký být má, který současná ekonomie často označuje celý jako normativní, lze dle Engliše nahlížet ze dvou pohledů (způsobů poznávání): chtě-

ného teleologického a povinného normativního (normou definovaného). Teleologický přístup staví na chtěných postulátech, přičítaných jednotlivým subjektům (bodům přičitatelnosti, což může být i instituce nebo stát), a zabývá se tím, jaké prostředky jsou voleny k dosažení žádoucích cílů na principu finality. Teleologie tedy umožňuje definovat obecný koncept (postulát) mající určitý účel, k jehož naplnění jsou voleny adekvátní prostředky a který může mít následně svou povinnou normativní naplnění. Engliš také pracoval s „myšlením pod ústředním maximálním účelem“, který lze v případě zdravotnictví definovat jako (dobrý) zdravotní stav populace, resp. každého jednotlivce (Engliš, 1929; Engliš, 1930).

Významným teoretickým pramenem je teorie veřejných financí (Rosen & Gayer, 2008; Tresch, 2015; Ulbrich, 2013; Auerbach, 2010), nacházející svůj odraz i v národních monografiích (Hamerníková & Maaytová, 2010; Kubátová, 2018; Vančurová & Klazar, 2008). Tyto poznatky jsou doplněny a konkretizovány ve fiskální dimenzi konfigurace zdravotnických systémů (OECD, 2015; McCoy, Chigudu, & Tillmann, 2017).

Responsiveness (česky vstřícnost, responzivnost) je měřítkem nezdravotnických výsledků a chování zdravotnického systému ve vztahu k očekáváním populace (Robone & Rice, 2008, 2011). Liší se od prosté spokojenosti pacientů, která spojuje zdravotní i nezdravotní aspekty s výsledky léčby, neboť responsiveness individuální vnímání pacientů hodnotí ve vazbě k legitimním obecným očekáváním.

Článek vychází z konkrétních poznatků o zdravotním pojištění, které shrnuje Němec ve své monografii ukotvené ve zkušenostech z řízení velké české zdravotní pojišťovny (Němec, 2008). Zásadní poznatky pojistné teorie a politiky týkající se sociálního a soukromého pojištění definuje Vostatek (2000), který se věnuje též aplikaci sociálních modelů na zdravotnické systémy (Vostatek, 2013), rozpracoval využití single-payer modelu v rámci českého daňového systému a možnosti rekonfigurace pojistných a daňových sazeb v českých veřejných financích (Vostatek, 2018, 2019, 2020).

Samostatným tématem týkajícím se zdravotního pojištění je otázka jednoho či více plátců (single či multi-payer model) zdravotní péče a charakter konkurence mezi nimi. Zde vycházíme jak z empirických zkušeností vývoje českého systému (Goulli, Mertl, Pasovská & Veselá, 2006), tak i mezinárodních komparací (Hussey & Anderson, 2003; Petrou, Samoutis & Lionis, 2018). Empirické údaje zdravotnických systémů OECD jsou uváděny na základě řady publikací Health in Transition o jednotlivých zemích (European Observatory, 2021).

## Recenzované články

### Protichůdná pojetí zdravotní péče a jejich význam pro konstrukci systému

Poskytování, dostupnost a financování zdravotní péče sebou nese výrazný etický a hodnotový imperativ, který implikuje řadu dilemat, s nimiž je nutno se vyrovnat nebo je rozhodovat. Je to proto, že zdravotní péče se dotýká životně důležitých věcí člověka, zahrnuje osobní a intenzivní vztahy a kontakty a je obklopena řadou etických norem (Donabedian, 1971), jejichž dodržování je z hlediska lékařské nebo sociální etiky chápáno jako žádoucí (Gillon, 1994; Swain, Burns & Etkind, 2008). Ekonomická analýza naopak věci zjednodušuje (Fuchs, 2000) a umožňuje praktické „zacházení“ s nimi, včetně převodu do racionálních a spočitatelných schémat financování, umožňujících posouzení efektivnosti a fiskální udržitelnosti jednotlivých variant řešení.

Pro lepší orientaci v protichůdných hodnotových pojetích může posloužit tabulka 1,

čerpající z klasické studie Williamse, v níž definoval ideální a reálné podoby dvou čistých systémů zdravotní péče a principy, jimiž se při své konstrukci a fungování řídí (Williams, 1988).

Ve shodě s Williamsem konstatujeme, že smyslem teoretické polarizace těchto pojetí není stavět jejich zastánce proti sobě ve smyslu posílení jednoho nebo druhého pojetí (dle preferencí) v reálném nastavení zdravotnických systémů. Navíc v čisté podobě se v současných zdravotnických systémech vyskytují poměrně zřídka. Jde však o to, abychom uměli identifikovat, kam určitý přístup viditelný v praxi spadá a jakou logiku lze při jeho využití očekávat.

Na základě diferencované aplikace jednotlivých pojetí má také smysl dále provedené rozdělení systému na univerzální a volitelnou část, kde v univerzální části lze předpokládat převahu egalitárního pojetí a ve volitelné části převahu pojetí liberálního. Je nutno uvést, že v historii vývoje zdravotnických systémů byla tato pojetí chápána také jako výchozí principy pro systém jako celek – na základě představy

o tom, že lze celé zdravotnictví organizovat podle jednoho z nich, případně podle utilitárního pojetí postaveného na diferenciaci sociálních skupin, zásluhách jednotlivce a posuzování účelnosti a míry solidarity (Durdisová, 2005).

Vzhledem k významu solidárně financované všeobecně dostupné péče na straně jedné a důrazu na práva pacientů, responsiveness systému a možnosti volby na straně druhé se ukazuje jako vhodnější aplikaci těchto pojetí ve složce univerzální a volitelné rozdělit. Souvisí to i s rostoucí heterogenitou zdravotní péče, kdy v minulosti bylo možno snadněji uvažovat o koncepcích jednotného systému (např. v socialistickém zdravotnictví, kdy se některé dostupné možnosti ani nezveřejňovaly, nebo v dávnější historii, kdy byly možnosti medicíny podstatně nižší a také chyběl tlak na centralizaci zdrojů). Naopak v současné době je nabídka zdravotní péče a její úloha v životě člověka natolik široká, že představa jednotného systému postaveného na jednom z uvedených pojetí je fakticky nereálná.

Tabulka 1 Liberální a egalitární pojetí zdravotní péče

Liberální pojetí (systém)	Egalitární pojetí (systém)
Svoboda je pojmána jako absolutní hodnota vůbec.	Svoboda je pojmána jako reálná možnost volby jednotlivce.
Jednotlivec je nejlepším soudcem svého blahobytu (ve zdraví).	Nemocný jednotlivec je často nedokonalým soudcem svého blahobytu (ve zdraví).
Priority jsou determinovány vlastní vůlí a ochotou platit.	Priority jsou determinovány objektivním hodnocením potřeby zdravotní péče.
Priority zdravotnictví jsou určeny ochotou a schopností platit v průniku s náklady splnění přání pacientů.	Priority zdravotnictví jsou určeny identifikací největšího zdravotního prospěchu z péče nebo léčby u jednotlivých pacientů.
Sociální darwinismus určuje kritéria přežití. Je využívána dobrovolná solidarita, která však nemá vést k vyrovnání pozice objektu pomoci s těmi, kteří se o sebe starají sami.	Jsou preferovány mechanismy, které na centrální úrovni zabezpečí povinnou solidaritu, zákonný nárok na péči, pravidla pro její čerpání i sankce za zneužívání.
Zákazníci hodnotí systém podle jeho schopnosti uspokojit jejich poptávku.	Systém je hodnocen v rámci veřejné volby podle zdravotního stavu populace a nákladovosti systému.
Dobře informovaní zákazníci jsou schopni vyhledat sami svou nejefektivnější léčbu v poměru cena/užitek.	Dobře informovaní lékaři jsou schopni určit nejefektivnější léčbu pro každého pacienta.
Problém ekvity (rovnosti) nepatří do zdravotnictví, měl by být, pokud vůbec, případně řešen v sociálním a daňovém systému.	Protože příjmová diferenciacie asi nikdy nebude v relaci ke skutečné potřebě zdravotní péče, systém by měl být izolován od jejího vlivu.
Lékaři fungují jako agenti zprostředkovávající poptávku svých zákazníků.	Lékaři fungují jako agenti identifikující potřeby svých pacientů.
Zisk je správná a efektivní cesta k motivaci nabízející splnění poptávky nemocných.	Profesionální etika a oddanost veřejné službě je tou správnou motivací, která umožňuje soustředit se na léčbu a péči o pacienta.
Konkurence poskytovatelů, nabídka a poptávka vytvoří efektivní cenu a objem spotřebované zdravotní péče, kolísající kolem tržní rovnováhy.	Cena a objem zdravotní péče se určí ve vazbě na její potřebu financováním z veřejných zdrojů spolu s vyhodnocením efektivnosti systému ve vazbě na dosažené výsledky péče.

Zdroj: (Williams, 1988), shrnuto, upraveno autorem.

## Vymezení univerzální a volitelné části systému

Výchozím principem pro univerzální část systému je tedy potřeba zdravotní péče ve vazbě na objektivně uznaný nárok pacienta, obvykle financovaný s využitím principu solidarity. Na rozdíl od řady jiných typů statků má zdravotní péče to specifické, že lze pomocí evidence-based medicíny (dále též EBM), dvojitě slepých studií a mezinárodního srovnání odborných poznatků efekt pro zdravotní stav prokázat a tvoří to základ medicíny jako vědy. Současně je nutno brát v úvahu i limity EBM postupů ve vztahu ke konkrétním případům (Tonelli, 1998), jejich komplikovanou genezi v čase a případnou korekci na základě pokroku v medicíně. Tento vývoj je jedním z faktorů náročnosti aktualizace obsahu univerzální složky systému. Uznáváme-li však zdravotní stav (populace či jednotlivce) jako ústřední cíl fungování zdravotnictví, jsou doporučené postupy léčby prostředkem, jak ho dosáhnout.

Avšak ani tato objektivizace nemusí znamenat jednoznačné vodítko pro využití a posouzení těchto objektivně medicínsky prokázaných efektů z hlediska sociálně-ekonomického. Důvodem jsou odlišné úrovně akceptace této objektivizace v daném systému, zejména

- akutní záchrana života a zdraví;
- nezhoršování zdravotního stavu a jeho stabilizace;
- zlepšení či udržení zdravotního stavu, nebo zmírnění utrpení tam, kde reálné možnosti zlepšení neexistují (tato úroveň odpovídá aktuální české legislativě – viz § 13 zák. č. 48/1997);
- prospěch pacienta v širším kontextu, včetně vstřícnosti (responsiveness) systému.

Tyto úrovně zároveň významně ovlivňují reálné vymezení univerzální složky v různých zemích a obdobích, v minulosti také v sociálních skupinách. S kategorizací těchto úrovní jsou bohaté zkušenosti zejména v systémech, kde je univerzální složka málo rozvinutá – zdravotnická zařízení tam musí poskytovat péči jen v úrovni, která je jim uhrzena, případně spoléhat na různé formy charity, a mají tedy metodiky, jak postupovat v individuálních případech ve vazbě na omezení úhrad. Příkladem, že i v českém kontextu lze za určitých okolností aplikovat redukované pojetí, jsou podmínky úhrady péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních. Ze zákona je nesmluvním zdravotnickým zařízením zdravotními pojišťovnami hrazena pouze nutná a neodkladná péče, kterou se rozumí poskytnutí zdravotní péče v akutním případě, kde by odklad zdravotní péče mohl vést k ohrožení života nebo k závažnému zhoršení zdravotního stavu. Další ošetření pak

pokračuje v zařízení smluvním, a to dle zmíněného § 13 zák. č. 48/1997.

Při konstrukci základního balíku péče a normativní úpravě obsahu univerzální části systému se ve vyspělých zemích uplatňují následující principy podle Němce (2008) a Eddyho (1994):

- Finanční zdroje v univerzální části systému jsou omezené, což implikuje nutnost zvažovat náklady léčení a stanovit priority.
- Cílem je maximalizovat zdraví populace při dostupných zdrojích, nikoli hradit vše, co nějakým způsobem zvyšuje užitek pacienta.
- Stanovení priorit pro léčení nezávisí na konkrétním lékaři a jeho pacientech.
- Stanovení priorit léčení vyžaduje informace o jeho přínosu, vedlejších účincích a nákladovosti.
- Tyto informace mají vycházet primárně z empirických důkazů a EBM (přesvědčivé důkazy o pozitivním ovlivnění zdravotního stavu).
- Srovnání léčebných metod respektuje kritérium optimálního využití a omezení zdrojů (Hauck et al. 2019).
- Úvahy o užítku, rizicích a nákladech mají respektovat preference dotčených (léčených) osob.

Na druhé straně ani explicitní deklarace nároků např. v legislativě či metodikách úhrad veřejných pojišťoven neznamená, že v praxi vždy dojde k jejich naplnění. Empirie zdravotnických systémů zná řadu příkladů, kde rozpor mezi zákonným nárokem (často obecně definovaným) a reálně dostupnou úrovní péče (implicitní omezení) je značný – v takových systémech je pak velký prostor pro korupci a další negativní jevy vyplývající z neexistence oficiálních mechanismů poskytování a úhrad zdravotní péče v celém jejím spektru. Nacházíme také rozdíly mezi poznatky evidence-based medicíny a tím, co je v praxi prováděno na úrovni jednotlivých lékařů – studie ukazují, že například v primární péči se mohou konkrétní postupy lékařů od EBM (z různých, tedy i racionálních důvodů) odchylovat (Ebell, Sokol, Lee, Simons, & Early, 2017).

Je zřejmé, že v principu žádný zdravotnický systém nemůže hradit v univerzální části systému vše, co přinese pacientovi nějaký užitek či prospěch. Objem dostupných zdrojů pro univerzální část systému je vždy omezený, v konečném důsledku determinovaný veřejnou volbou a již uvedenými různými úrovněmi akceptovaných kategorizací. Racionalizace normativního obsahu a optimalizace nákladovosti je tedy trvalým imperativem univerzální části systému. Současně jednotná specifikace nároku na systémové úrovni dává pro tuto racionalizaci (paradoxně) větší prostor než v části volitelné, kde suverenta klienta ve vazbě na ekvivalentně alokované zdroje je podstatně větší.

Kontroverzním, citlivým a obtížným problémem je právě zmíněný rozpor mezi ideálním a reálným obsahem univerzální části systému. Chceme-li zachovat metodologicky pozitivní charakter její analýzy, musíme akceptovat, že reálný obsah se může od nabídky evidence-based medicíny z různých důvodů lišit. Nejprozaičtějším z nich je prostá shoda veřejné volby na určité reálné variantě obsahu univerzální části zdravotní péče – v extrému třeba i pouze akutní záchrana života a zdraví pomocí pohotovostní péče, jak tomu bylo v minulosti v USA.

Pak je ale důležité zmapovat situace, které mohou nastávat. Pokud by výše uvedené principy týkající se nutné péče, kterou pacient objektivně musí dostat k udržení či zlepšení zdravotního stavu zásadním způsobem oslabovaly, ovlivní to především dva hlavní aktéry ve zdravotnictví – pacienty a lékaře.

Lékaři by nemohli v praxi léčit lege artis a dostávali by se jak do problémů etických, tak i právních: ve smyslu odpovědnosti za léčbu, kterou by ale nemohli realizovat tak, jak umí. Část z nich by na tuto realitu reagovala nabídkou péče mimo univerzální systém, tedy v části volitelné. Pokud by měli dostatek pacientů ochotných na tento režim přistoupit, pak by nakonec nemuseli například v ambulanci péči potřebovat ani smlouvu s veřejnou zdravotní pojišťovnou, respektive by docházelo k široké diferenciaci zdravotnických zařízení podle typu klientely. Současně by to měnilo charakter medicíny samotné, neboť vymknutím ze schémat úhrad by se naplno projevil nevýhody málo elastické poptávky po péči, byť u pacientů s vyššími příjmy nikoli kriticky svázané rozpočtovým omezením, ale stále s významným vlivem na efektivnost takových transakcí.

Pacienti by časem zjistili, že reálná nabídka v univerzální části systému je kvalitativně či kvantitativně slabá a především zhoršuje jejich šance na uzdravení. Reakce by se pochopitelně lišily podle typu zdravotní péče a rozpočtového omezení: i zde platí, že když selhává systematická úhrada třetí stranou, systém se svým způsobem vrací zpět do základního modelu úhrad pacient-poskytovatel. Tudíž nízkopříjmoví pacienti by byli na snižující se standard s případnými spoluplatbami odkázáni, vysokopříjmoví pacienti by měli by tendenci využívat primárně část volitelnou – s argumentací, že univerzální část systému jim neposkytla přes povinné platby do systému potřebné ošetření a že jim nic jiného nezbývá. V důsledku to pak výrazně podryvá důvěru v univerzální systém, protože nízkopříjmoví dobře vědí, že jeho kvalita není dostatečná, a vysokopříjmoví se mu z těchto důvodů vyhýbají. Tento stav není dlouhodobě udržitelný a výsledkem bude i tlak na veřejnou volbu ohledně rekonfigurace systému.

## Recenzované články

Uvedený vývoj je známý ze systémů, které modelově univerzální složku měly v minulosti malou, ale i z těch, které ji implicitními omezeními nebo slabou výkonností zdravotnictví jako celku oslabily (při zachování formálních znaků univerzální složky). V takovém případě roste v daném systému význam, respektive nutnost dobrovolné solidarity a charity. Ta dokazuje objektivní existenci fenoménu potřeby zdravotní péče (ve vazbě na zdravotní stav), protože příslušní pacienti mohou i bez koupěschopné poptávky být schopni ve vazbě na svůj zdravotní problém oslovit okolí natolik, že v některých případech pomocí této dobrovolné solidarity mohou dostat péči, kterou potřebují.

V případě výrazné diferenciací mezi univerzální a volitelnou částí systému může nastat obtížná situace, kdy se bude šance na dosažení svého zdravotního potenciálu – míra ekvity (Whitehead, 1992) – mezi těmito dvěma částmi podstatně lišit. To lze prokázat například komparativními studii výsledků léčby u účastníků rozdělených do dvou skupin, z nichž každá bude léčena v jedné části systému. Pokud bude jejich zdravotní stav dlouhodobě výrazně odlišný, např. při stejné výchozí diagnóze, vytváří se tím pro zdravotní politiku dané země výrazné otázky k zodpovězení a řešení.

Vývoj medicíny a společnosti sebou přinesl nové možnosti léčby i služeb pro pacienty. Stejně tak rostou nároky některých pacientů na komfort, čas zdravotníků, úroveň a rozsah spotřebovávaných služeb. Jakkoli to má řadu etických souvislostí, ve vyspělých zemích se v současné době uznává, že zdravotníci mohou poskytovat péči i těm pacientům, kteří mají požadavky vyšší než jiní, a přitom nejsou tyto požadavky nezbytně nutné z hlediska jejich zdravotního stavu. Tím se posouváme z kategorie péče, která musí být poskytována, do kategorie péče, kterou pacient může nebo chce spotřebovávat. V této souvislosti lze tvořit schémata volitelné zdravotní péče, která lze využít k jejímu financování a poskytování. V případě problémů s úrovní univerzálně dostupného standardu nastupují dilemata v hodnocení užítka a potenciálního nákupu péče v soukromě financované části systému, která lze ekonomicky modelovat (Propper, 2000).

K volitelné složce systému lze přistoupit substitučním, komplementárním či doplňkovým způsobem. Substituční způsob je náhradou celé univerzální péče s možným nadstandardem (i dle bodů níže). Komplementární způsob pokrývá tu část univerzálně hrazené péče, které podléhá spoluplatbám pacienta, resp. je jen částečně hrazena. Doplňkový způsob spočívá v tom, že volitelné prvky a schémata financování v systému doplňují a zvyšují oproti univerzálně hrazené péči:

- možnost výběru (finanční produkt, zdravotnické zařízení, forma a metoda

péče, lék, kompenzační pomůcka či zdravotnický prostředek);

- komfort pro zájemce o nadstandardní podmínky léčby, individualizace poskytovaných služeb;
- vstřícnost (responsiveness) systému (čekací doby, informování pacienta, výběr termínů);
- inovaci léčebných metod i programů managementu onemocnění, i ve vazbě na životní styl a specifické potřeby konkrétních pacientů.

### Zdroje a schémata financování univerzální a volitelné části

K financování univerzální části systému lze použít různé zdroje financování. Liší se mírou povinné solidarity, a to ve dvou formách: solidarity podle zdravotního stavu a solidarity podle příjmů. Zatímco solidarita podle zdravotního stavu je v univerzální části systému vysoká (resp. až plná)<sup>2</sup> a vynucená samotnou povinnou účastí v systému, míra solidarity podle příjmů závisí na nastavení povinných plateb do systému v souladu s platnými poznatky daňové teorie a politiky ohledně zdanění příjmů. Princip solidarity je klíčový pro zdravotnictví, prozaickým důvodem pro nutnost jeho využití je to, že vždy bude existovat významná skupina pacientů, kteří mají vysoké zdravotní riziko či nákladnou diagnózu, resp. nezbytné zdravotní výdaje ze svých příjmů nebudou v určité etapě života či dokonce celoživotně schopni uhradit.

Jedním pólem je financování ze všeobecných daní v souladu s klasickou teorií veřejných financí, kde je míra příjmové solidarity odvinutá od nastavení míry progresivity daňového systému, zejména u daně z příjmů. Základním principem je zde neúčelovost a výběr daní na základě zásad daňové teorie a politiky, jež tvoří v každé zemi unikátní daňový mix. Výdaje se neodrážejí ve zvláštní daňové sazbě nebo samostatné dani (není zde signální funkce). Tento zdroj – všeobecné daně, resp. státní rozpočet – je nejvíce náchylný k ovlivnění politicko-ekonomickým cyklem.

Druhým pólem je absolutní částka, kterou v případě povinného placení lze přirovnat k „dani z hlavy na zdravotnictví“. V tomto případě je příjmová solidarita zcela odbourána a zůstává jen solidarita podle zdravotního stavu daná jednotnou platbou bez ohledu na něj. Tento koncept se objevil v Německu kolem roku 2005 jako návrh tzv. Kopfpauschale, ale nebyl realizován – určitou formou je tzv. Basis-tarif v substitučním soukromém pojištění. V Nizozemsku je využit jako jedna nominální složka tamějšího dvousložkového povinného pojištění (druhá složka je procentní sazba).

Další možností je tedy účelová, resp. „omašličkovaná“ zdravotní daň (earmarked health tax), což bývá nejčastěji proporcionální daň z výdělků, případně některých dalších druhů příjmů. Earmarking (Bloom, Cashin, & Sparkes, 2017; WHO, 2020), tedy označení zvláštní sazby nebo samostatné zdravotní daně jako zdroje pro zdravotnictví má z hlediska poplatníků (podobně jako ostatní účelové povinné platby) signalizační funkci. V některých případech v nastavení tohoto zdroje zůstaly určité prvky sociálního zdravotního pojištění (které je účelové z principu), jako je strop na pojistné. Někdy je dané schéma financování jako veřejné, sociální či zákonné zdravotní pojištění nadále označováno, nemajíc však už za svůj zdroj sociální pojištění v klasickém slova smyslu.

Výdaje státního rozpočtu na zdravotnictví hrazené z všeobecných daní na straně jedné a účelové povinné platby na straně druhé tvoří souhrnný objem zdrojů v univerzální části systému. Existuje ještě možnost doplnit tyto zdroje poplatky a doplatky, kdy je podstatné rozlišovat mezi jejich regulační funkcí a prostým hrazením částí nákladů pacientem.

Každopádně platí, že čerpání v rámci univerzální části systému není v současné době v žádném předem definovaném (náhradovém) poměru k povinně zaplaceným příspěvkům účastníka (pojištěnce). Řídí se normativním zákonným nárokem a potřebou péče zjištěnou v rámci smluvních zdravotnických zařízení. Nárok tedy s výší platby nesouvisí a čerpání péče má vazbu na zdroje systému na makroúrovni, respektive na úrovni jednotlivých pojišťoven.

Jak ukážeme dále, v univerzální části systému lze mít i variabilní složku; pak lze část povinných plateb diferencovat, respektive umožnit volbu jejich výše nad rámec jednotné úrovně v procentním nebo absolutním vyjádření. Tak vzniká například německá procentní přírážka k zákonnému pojistnému nebo vyšší než minimální nominální pojistné v Nizozemsku. Daná variabilita pak slouží jako faktor diferenciací v systému více plátců, aniž by vytvářela (významnější) motivaci pro selekci bonitních pojištěnců (cream-skimming – za předpokladu, že regulátor systému vynutí adekvátní přerozdělení vybraných zdrojů).

K financování volitelné složky systému se jako nepřímé zdroje financování nabízejí dva hlavní typy zdrojů:

1) Pojistné soukromého zdravotního pojištění, které je založeno na individuální, případně skupinové zdravotní taxaci a může být substituční, komplementární nebo doplňkové. V principu zde jde o tržní převzetí zdravotního rizika klienta pojišťovnou s využitím ekvivalence. Pomocí soukromých pojistných schémat nelze v případě komplexního či doživotního

krytí bez jejich výrazné regulace dosáhnout efektivního sdílení zdravotního rizika na komerčním principu, neboť pojištění samotné zdravotní péče trpí informační asymetrií a adverzí selekcí, která může vyústit až v tzv. „smrtící spirálu pojistného“. Při ní někteří klienti daného pojistného kmene při zvyšování pojistného z důvodu nárůstu rizika a nákladů na ostatní klienty daný produkt (pojistný kmen) opouštějí, čímž se pojistné pro zbylé klienty dále zvyšuje a ve výsledku je fungování daného trhu hlavně o tom, v jaké skupině (pojistném kmeni) jednotliví klienti budou.

Pokud se uplatní techniky regulace zdravotní taxace a cílených pobídek (hard nebo soft compulsion) při nákupu produktů, pak se vlastnostmi mohou blížit schématům povinným s výraznou variabilitou obsahu a nominální částkou pojistného, totéž platí, pokud je nákup povinný ze zákona (tzv. individual mandate). Je-li totiž klient jiným způsobem než samotnou cenou produktu plně či částečně v daném schématu fixován nebo motivován k dlouhodobé účasti v něm, omezuje to možnost cream-skimmingu i selhávání příslušných produktů s přítomností sdílení zdravotního rizika. Koneckonců na tomto principu (příslušnosti k určité sociální skupině, případně spontánnímu sdružení klientů tzv. vzájemných pojišťoven) fungovaly v minulosti zdravotní pojišťovny běžně – viz příklad francouzských vzájemných pojišťoven mutuelles (Brouland & Priesolová, 2016). Bez specifické regulace také mohou fungovat volitelné pojistné produkty kryjící dílčí, resp. úžeji vymezená zdravotní rizika.

2) Zdravotní spojení, které nemá rizikovou složku, tudíž financování individualizuje a spoléhá na tvorbu kapitálové rezervy, s možným účelovým vázáním na zdravotnictví. Podmnožinou tohoto principu jsou předplacené programy, které nemají ani složku spořicí a slouží k nákupu balíč-

ků péče přizpůsobených potřebám klienta financovaných předplatným.

Výjimečně lze zdravotní spojení použít i pro financování univerzální části systému, chceme-li povinně zahrnout do systému účastníky bez sdílení jejich zdravotního rizika (Singapur, malá část účastníků odmítajících pojištění z důvodů vyznání či svědomí gemoedsbezwaarden v Nizozemsku).

Vlastnosti univerzální a volitelné složky zdravotní péče lze shrnout do tabulky 2.

Zdůrazněme, že způsobová slovesa, co pacient „musí, chce a může mít“, mají svůj konkrétní obsah specifický také vzhledem ke konkrétnímu času a prostoru, v němž jsou realizována. Neznamenají obecný imperativ, k čemuž někdy svádí zejména sloveso „musí“. Nejde tedy o to, že to tak musí být obecně (vždy a všude), ale že to je nárok, který v daném systému je vázán na povinnou účast v univerzální složce systému a je poskytnut na základě objektivně posouzeného zdravotního stavu pacienta. Říkají tedy, jak to v konkrétním zdravotnickém systému „chodí“ – což paradoxně zpětně lze vždy dobře identifikovat, ač geneze obsahu obou částí je procesem velmi komplikovaným.

Z metodologického hlediska je nezbytné navštívit problém obecnosti kategorií versus konkrétní naplnění obou částí systému. Je zřejmé, že jejich specifikace může sklouzávat k definování konkrétní normativní náplně těchto částí, respektive se vyjadřovat k tomu, jaká má být, třeba i pod vlivem sociálního prostředí, na které jsme zvyklí. Stává se to i autorovi tohoto článku, zejména pokud jde o debatu nějak související s českým zdravotnictvím, a je proto nutno zdůraznit, že tyto kategorie jsou v principu obecné. Vycházejí z určitých společných principů, ale jejich konkrétní podoba se v čase a prostoru (respektive konkrétní zemi) liší, vyvíjí a tato geneze je v principu značně kontroverzní

a obtížná. Paradoxně však zpětně v konkrétní zemi můžeme vždy dobře identifikovat, „jak to dopadlo“, tedy jaká je věcná náplň a charakter financování v daném čase. Konkrétním normativním vymezením univerzální části je pak úhradová legislativa povinných schémat financování.

### Možnost variability v univerzální části systému

Univerzální a volitelnou část systému si můžeme znázornit i pomocí obrázku 1, zahrnujícího variabilní složku do univerzální části a účastí v ní; díky tomu může existovat. Nejedná se tedy o volitelnou část systému, která je financována odděleně a nepodmíněně.

**Obrázek 1 Univerzální a volitelná část zdravotnického systému (v systému více plátců)**



Pozn.

A – základní balík péče (normativně definovaný jednotný nárok v rámci univerzálního systému) - financovaný z povinně vybraných solidárních zdrojů  
B – možná variabilita v univerzální části – financovaná v rámci povinné platby nebo jejího selektivního navýšení (typicky skupinového)

A + B – univerzální část systému

C – volitelná část – dostupná za ekvivalentní částku pojistného nebo předplatného

Zdroj: vlastní zpracování

Variabilita v univerzální části systému může existovat primárně v systému více plátců (multi-payer), kteří se mohou i takto odlišit směrem k pojištěncům. Čistě teoreticky si ji lze představit i v systému jednoho plátce ve smyslu variability části

**Tabulka 2 Univerzální a volitelná část zdravotní péče a zdravotnického systému**

	Univerzální část	Volitelná část
Pacient péči	musí dostat na základě objektivní indikace a lege artis postupů	chce nebo může mít na základě průniku své poptávky s nabídkou medicíny
Financována z	povinně vybraných zdrojů	dobrovolně utracených zdrojů
Obsah je definován	zákonem a veřejnou volbou	v interakci nabídky a poptávky
Cena a objem péče jsou určeny	procesem hromadné produkce a nákupu péče za vybrané zdroje	tržním vztahem klientů, poskytovatelů a plátců péče
Financována na principu	solidarity a rozložení daňového břemene	ekvivalence
Poskytování a spotřeba péče jsou limitovány	dostupným objemem vybraných zdrojů pro zdravotnictví na makroúrovni	individuálním rozpočtovým omezením

Zdroj: vlastní zpracování

## Recenzované články

hrazené péče volbou mezi určitými typy nároku, ale jednalo by se pouze o nabídku tohoto jednoho plátce, nikoli o více variant nabídek zdravotních pojišťoven, mezi nimiž si mohou pojištěnci vybírat.

Financování variability v univerzální složce lze provést buď vyčleněním malého podílu dostupných zdrojů na její financování, např. formou zvláštního fondu s legislativně daným objemem (pak zůstává platba do systému jednotná), nebo lze diferencovat část povinných plateb ve vazbě na volbu konkrétní pojišťovny formou přírůžky k jednotné platbě. Variabilita v univerzální složce nesmí narušovat obsah a úhrady univerzálně dostupné péče. Jde o možnost pro ty klienty, kteří si nekoupí volitelná schémata a současně to dává prostor, zejména v systému více pojišťoven, k přizpůsobení jejich nabídky potřebám pojištěnců i v rámci univerzální části systému.

### Situace v zemích OECD

Na základě empirických dat (OECD, 2020) nyní ukážeme, jak jsou schémata financování univerzální a volitelné části systému využita ve zdravotnických systémech zemích OECD. Klasifikace odpovídá metodice OECD, která je vytvořena pro účely mezinárodní srovnatelnosti přísluš-

ných statistik. Z hlediska tohoto článku do univerzální části systému spadají vládní schémata, veřejné (sociální) zdravotní pojištění a povinné soukromé pojištění, do volitelné pak dobrovolné pojištění a přímé platby. Jednotlivá schémata se mohou v některých případech skládat z více zdrojů financování, zdroje a schémata jsou tedy v metodice OECD odděleny.

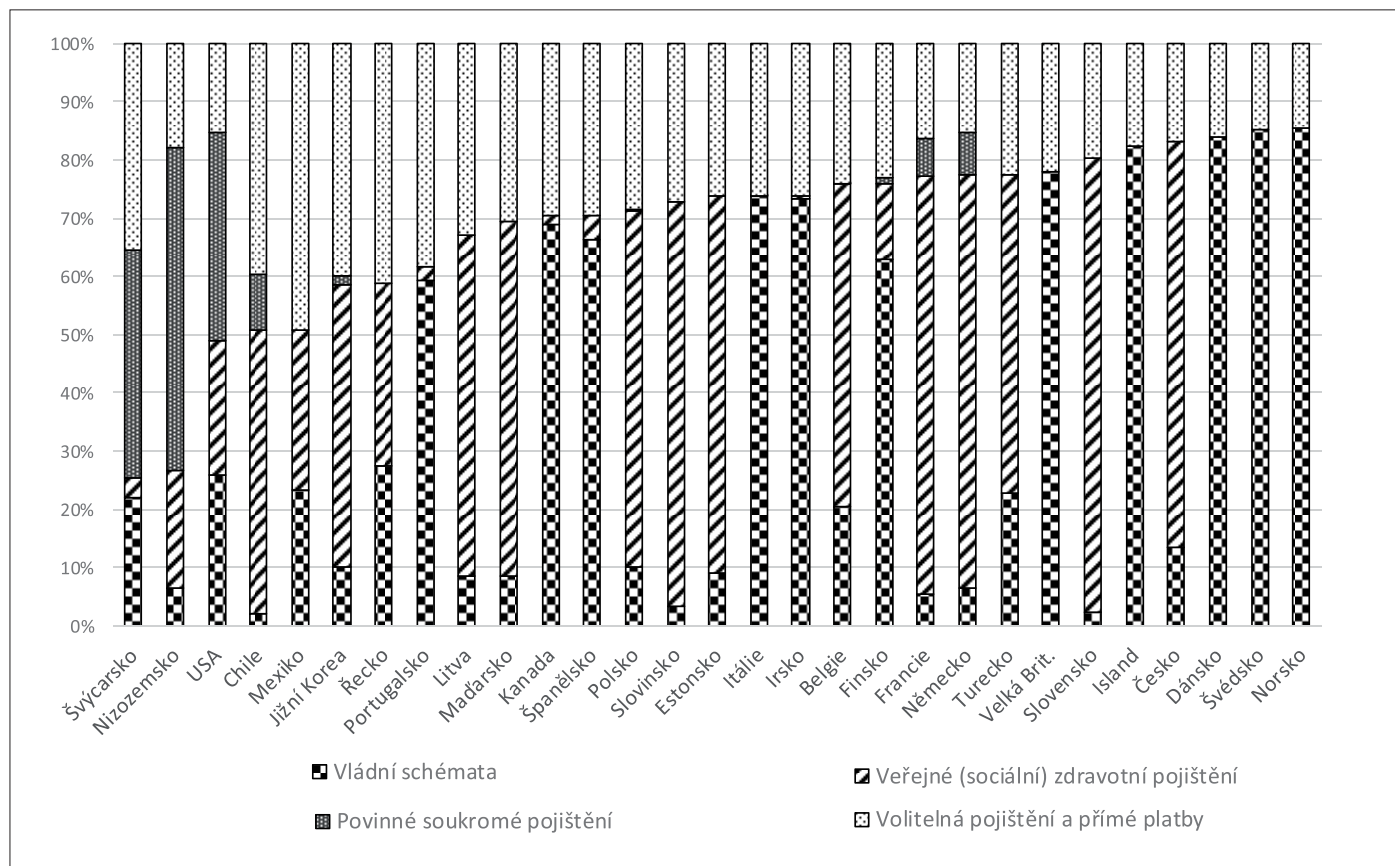
Na obrázku 2 vidíme, že povinné soukromé pojištění je využito jen v několika málo zemích (např. USA, Nizozemsko, Švýcarsko, Německo) – ostatní země využívají mix vládních schémat, jejichž zdrojem jsou všeobecné daně, a schémat veřejného (zákonného, sociálního) zdravotního pojištění, jejichž dominantním zdrojem jsou účelové platby zdravotní daně či sociálního zdravotního pojištění, tak jak jsme je rozebrali v části věnované zdrojům univerzální části systému. Povinné soukromé pojištění je fakticky snahou – v několika málo zemích, kde k němu přistoupili – umožnit nákup více či méně diferencovaných produktů na značně regulovaném trhu při zachování vynuceného sdílení zdravotního rizika v té míře, aby v dané zemi systém fungoval a byl veřejnou volbou akceptován. Protože se tak docílí všeobecné dostupnosti daných schémat, radíme jej do univerzální části systému, kde nabízí (obvykle) významnou variabilitu.

Patrné je také to, že podíl volitelné složky je zhruba mezi 15–30 procenty celkových výdajů. Země s vysokým podílem volitelné složky (nad 30 procent) jsou obvykle země s méně systematickou koncepcí financování a úhrad zdravotnictví (s výjimkou Švýcarska). V případě zemí s povinným soukromým pojištěním navyšuje toto schéma podíl složky univerzální.

### Mechanismy kontroly nákladů v obou částech systému

Ekonomicky významná je rovněž otázka nákladů na zdravotní péči a jejich kontroly (angl. cost-containment), viz Stadhouders, Kruse, Tanke, Koolman & Jeurissen (2019). Nejprve definujme, jak se zdravotní péče z hlediska zařazení do jednotlivých částí systému chová. Je zřejmé, že pokud daná péče bude hrazena nárokově v rámci univerzální části systému, navýší jeho celkové náklady a bude financovaná z jeho zdrojů. Pokud bude daná péče hrazena v části volitelné, pak jednak nenavýší náklady v části univerzální, jednak bude dostupná jen klientům volitelných schémat za individuální platbu. S tím souvisí často medializovaná otázka, zda by měli tito klienti mít možnost čerpat úhradu ve vyšší varianty léčby hrazené v její univer-

Obrázek 2 Podíl jednotlivých výdajových schémat na celkových výdajích na zdravotnictví, OECD 2018, %



Zdroj: vlastní zpracování, data (OECD, 2020).

zální podobě (pokud taková existuje). Záleží opět na účelu, kterého chceme dosáhnout. Při umožnění spotřeby volitelné péče „příplatkovým způsobem“ (klient platí rozdíl oproti úhradě v univerzální části) volitelná spotřeba tlačí současně i na objem zdrojů části univerzální. Při plné úhradě volitelné péče klientem tento v univerzální části žádnou úhradu této péče nečerpá.

S nákladovostí dále souvisí objem spotřebovávané péče. Obecně platí, že nejnějnější je ta péče, která se vůbec nespotebuje nebo jejíž spotřeba odvrátí nutnost dalších výdajů v budoucnu. Optimální cestou je tedy mít zdravou, vyléčenou či adekvátně kompenzovanou populaci. Tak jistě nelze postupovat vždy, ale významným faktorem nákladovosti systému je zdravotní stav populace samotný. Ohledně samotné efektivity poskytování a úhrad zdravotní péče, lze odkázat na řadu analýz v této oblasti (Drummond, Cooke & Walley, 1997). Se samotnou kategorizací na univerzální a volitelnou část to přímo nesouvisí. Z hlediska efektivity úhrad je podstatná role subjektu odpovědného za efektivní alokaci zdrojů: veřejná správa, autonomní neziskové zdravotní pojišťovny nebo smluvní podmínky, resp. proplácení péče zdravotní pojišťovnou v soukromých volitelných schématech.

Z hlediska ekonomické racionality nákladů se univerzální a volitelná část systému zásadně liší. V univerzální části optimalizujeme zdravotnické výdaje jako celek, na úrovni plátců a segmentů péče. Je-li plátců jen jeden, mohou být i úhrady centrálně určeny, v případě více plátců je obvyklá variabilita úhrad v síti smluvních zařízení. Objektivizace a racionalizace těchto výdajů je možná v relaci k požadovanému a realizovanému objemu péče, nikoli k individuálním platbám do systému. Z hlediska kontroly nákladů se tak nabízí zejména:

- zvýšit efektivitu péče získanou za vložené zdroje, např. pomocí postupů oceňujících výkonnost (pay for performance – P4P) (Brunn, 2021);
- podporovat zdravou populaci, financovat prevenci a tím snížit potřebu péče;
- optimalizovat úhradové metody a rozpočty zdravotnických zařízení;
- kontrola cen léků a prostředků zdravotnické techniky, resp. i dalších cen ve zdravotnictví (Stadhouders, Kruse, Tanke, Koolman, & Jeurissen, 2019);
- v systému více plátců s vlastními rozpočty při variabilitě úhrad porovnávat jejich alokační efektivnost a bilanci v čase (za předpokladu absence cream-skimmingu).

Realizace pak vyplývá zejména z konkrétní konfigurace zdravotnických zařízení a plátců péče, což se mezi systémy liší a jde to nad rámec tohoto článku, stejně jako rozbor dalších metod ovlivňujících

stranu nabídky a poptávky po zdravotní péči.

V části volitelné vyplývají výdaje z jednotlivých smluvních vztahů (produktů) a v nich obsažených nároků. Cena těchto produktů (pojistné, předplatné) je pak informací o jejich nastavení, a to jak z hlediska obsahu, tak i efektivity úhrad a nasmlouvané péče či služeb. Kvalitu jednotlivých produktů a s ní spojenou efektivnost příslušných schémat pak (teoreticky) určí konkurence mezi nimi na trhu. I když např. z USA je známa řada příkladů selhání trhu s příslušnými produkty, při adekvátní regulaci lze řadu známých problémových bodů odstranit (viz např. povinně doživotní substituční zdravotní pojištění v SRN nebo některé prvky Obamovy zdravotní reformy v USA). Konstrukci volitelných produktů může napomoci paradoxně také existence robustní univerzální složky, protože produkty kryjící dílčí rizika, respektive specifické balíčky zdravotní péče lze volitelně nabízet a prodávat lépe, než když musí pokrýt celé zdravotní riziko klienta či jeho podstatnou část.

## Výsledky

Existují dva základní způsoby, jak poskytovat a hradit zdravotní péči. První z nich pracuje s vazbou mezi potřebou zdravotní péče (danou tím, že nemoc si obvykle nevybírání) a objektivně uznaným nárokem pacienta financovaným s využitím principu solidarity. Druhý vychází z rozhodování klienta ve vztahu k poskytovateli zdravotní péče a subjektivního užítu financovaného za soukromé peníze na principu ekvivalence. Z hlediska úhrad může mezi pacienta a lékaře vstoupit stát, veřejná nebo soukromá pojišťovna; tím vznikají triangulární, nepřímá schémata financování péče.

Z těchto způsobů vycházejí dvě základní části současných zdravotnických systémů: univerzální a volitelná. Hranice mezi nimi je v teorii jasně definovatelná, v praxi však není zcela ostrá a především se v čase a prostoru jejich konkrétní obsah vyvíjí. Přesto je z teoretického hlediska toto obecné dělení zásadní. Umožňuje totiž v každém zdravotnickém systému identifikovat tyto dvě složky, jejich obsah a použité způsoby financování. Současně platí, že dynamika změn a heterogenita zdravotní péče rostou a nejspíše četnost nových podnětů, léčebných metod či optimalizovaných schémat financování neklesne ani do budoucna. To umožňuje nebývalý rozvoj, respektive rozsah nabídky do volitelné složky, ale současně vytváří tlak na racionální vymezení a nákladovou efektivnost složky univerzální.

Použití těchto pojmů (kategorií) má tendenci tihnout k jejich normativnímu pojetí, protože při diskusi o konkrétním systé-

mu si do nich promítáme své představy o tom, jak mají vypadat. Je však důležité si uvědomit, že *mají smysl i samy o sobě, bez konkrétního normativně definovaného obsahu*. A to jako žádoucí obecné kategorie vyspělých zdravotnických systémů, které umožňují tvůrcům zdravotní politiky v konkrétní zemi racionálně a systematicky poskytovat a financovat zdravotní péči s předvídatelnými efekty, definovanou měrou solidarity, v univerzální části kontrolou nákladů na makroúrovni a také adekvátním prostorem pro volbu a volitelnost.

Objektivní poznatky medicíny o vlivu poskytované péče na zdravotní stav lze v praxi využít v různé míře – v závislosti na tom, jaké pojetí je v daném sociálním modelu akceptováno veřejnou volbou. Tu je nutno v každém případě respektovat – současně však při zvětšování rozdílů mezi možnostmi medicíny a obsahem univerzální části systému je s tímto faktem konfrontována. Evidence-based medicína tak v případě zdravotnictví slouží jako objektivní exogenní impulz k možným úpravám systému a zařazování jednotlivých léčebných metod a postupů. V praxi jsou výsledky veřejné volby významně ovlivněny zájmy a vyjednávací silou klíčových aktérů ve zdravotnictví, jejichž pozice je dána také institucionálními parametry systému a zvolenými schématy financování. Příkladem je role zdravotních pojišťoven, jejichž charakter a počet je dán preferencí multi-payer či single-payer systému a jeho konfigurací ve vazbě na dostupné zdroje financování. Konkrétní roli aktérů tak do značné míry určuje koncepce a konfigurace systému; při absenci nebo slabé koncepční roli státu může docházet k živelnému vývoji jednotlivých zájmových skupin. Praxe zdravotní politiky pak může být zvýšeně konfliktní, exploatující dostupné zdroje nebo orientovaná jen na krátkodobé efekty a posílení pozice toho či onoho aktéra. Situaci v českém zdravotnictví v tomto směru zmapovala Darmopilová (2010).

Univerzální část v evropských zdravotnických systémech (a rovněž české legislativě) *ideálně* odpovídá té zdravotní péči, kterou pacient musí dostat, protože prokazatelně zlepšuje či udržuje jeho zdravotní stav, anebo snižuje jeho utrpení. Avšak v praxi tento princip nemusí být adekvátně realizován, což vede k horšímu zdravotnímu stavu a nenaplněným zdravotním potřebám pacientů. Problémem může být také faktická nedostupnost této péče při její formální zákonné garanci. Výhodou zdravotnictví je to, že rozhodující většinu zdravotních efektů v této části lze objektivně prokázat pomocí evidence-based medicíny, dvojitě zaslepených studií a statisticky průkazných metod, a to i v mezinárodním srovnání.

Financování univerzální části systému se provádí z povinných solidárních plateb.



## Recenzované články

Míra a charakter solidarity se mezi jednotlivými typy zdrojů a schémat financování (všeobecné daně, zdravotní daň, povinná pojistná schémata, výjimečně i povinné zdravotní spojení) liší.

Volitelná část ideálně odpovídá zdravotní péči a službám, jež klient poptává, neboť je chce či může mít a zdravotnické zařízení mu je nabízí. Zvyšuje tak svůj individuální subjektivní užitek ze spotřeby zdravotní péče nad či mimo rámec toho, co poskytuje univerzální část. V praxi do volitelné části může spadat i část zdravotní péče s objektivně nutnou indikací, pokud univerzální systém v dané zemi není dostatečně rozvinutý nebo solidární. Spotřebu péče a služeb ve volitelné části není nutné objektivizovat, hlavním kritériem je zde užitek klienta a efektivní poptávka ve vazbě na jeho rozpočtové omezení. Současně je možné volitelnou zdravotní péči medicínsky racionálně indikovat a nabízet ji jako odborně validní možnosti léčby nad rámec univerzálně dostupného, veřejnou volbou určeného standardu.

Financování volitelné složky lze provádět buď soukromými pojistnými produkty, zdravotním spojením (bez rizikové složky), nebo předplacenými programy (bez spořicí i rizikové složky).

Současně platí, že zahrnutí péče do univerzální části systému neznamená nutně vyloučení možnosti volby pacienta s touto péčí související. Jednak lze umožnit určitou variabilitu i v rámci univerzální části systému, zejména v systému více plátců (zdravotních pojišťoven), jednak lze využít prostoru ve volitelné části. Chceme-li rozvíjet synergie mezi univerzální a volitelnou složkou systému, je optimální koncipovat volitelnou složku tak, že účelně rozvíjí a navazuje na univerzálně dostupnou péči, poskytuje jiné, komfortnější varianty jejího čerpání a nadstandardní léčebné metody, doplňkové služby, umožňuje rychlejší a příjemnější pohyb pacienta po systému. Schémata jejich financování mají doplňkový nebo komplementární charakter.

Alternativou je substituční, antagonistický vztah mezi oběma složkami systému. Pak účast na volitelné složce znamená částečnou nebo plnou substituci dané péče. Tento postup se však v českých podmínkách systémově neprosadil a ve světě je použit málo (uplatnil se zejména během vývoje amerického systému, kde univerzální složka navíc byla velmi úzká či částečně nahrazená dobrovolnou solidariitou), nebo je designován jen pro určitou sociální skupinu (např. v SRN – pro lidi s příjmem nad 5 362 EUR měsíčně v r. 2021). Samostatným konceptem je britský přístup, který poskytuje univerzální zdravotní péči jako veřejnou službu, ponechávaje volitelnou složku převážně mimo zájem veřejné správy. Dochází tedy k jejich vzájemnému oddělení i přesto, že

zde substituční schémata financování neexistují. Doplnková schémata pak fungují bez synergií s univerzální složkou systému.

Obecným problémem vztahů mezi univerzální a volitelnou částí systému je míra ekvity, která má význam nejen z hlediska filozofického a etického, ale také z hlediska výsledků systému ve zdravotním stavu obyvatelstva ve vazbě na jeho nákladovost. V evropském kontextu je asi nejpřijatelnější a nejčastější uvedené pojetí, kdy univerzální složka garantuje všeobecnou dostupnost kvalitní a bezpečné péče a složka volitelná k ní poskytuje reálnou možnost volby s cílem dosáhnout vyššího individuálního užtku. Toto pojetí však není jediné možné; navíc univerzální část systému může podléhat jak explicitním, tak implicitním omezením s dopady na chování jednotlivých aktérů systému (zejména pacientů a lékařů) a jeho celkový charakter. Tyto otázky a dilemata jsou nedílnou součástí každého zdravotnického systému (Fuchs, 2011). Úlohou zdravotní politiky je pak nalézat jejich praktická (a mnohdy kompromisní) řešení.

Kontrola nákladů se v univerzální složce systému provádí na agregátní úrovni jednotlivých plátců a segmentů péče, úhrnná nákladovost se pak odráží v potřebném objemu zdrojů univerzální části systému, a tedy i nastavení (sazbách/objemu) povinných plateb. Ty slouží jako agregovaný indikátor nákladovosti systému, zatímco ve složce volitelné se jedná o výsledek prodeje příslušných produktů a kvality jejich konstrukce ve vazbě na užitek klientů a nabídku zdravotnických zařízení. Cena těchto produktů je informací pro klienta a dané produkty lze, byť někdy obtížně nebo s nutností expertní zkušenosti, konkurenčně srovnávat.

### Závěr

V předchozí části jsme dospěli k potvrzení výchozí teoretické hypotézy a definovali smysl a účel univerzální a volitelné části systému. Prezentované výsledky tak mají samostatnou teoretickou hodnotu a lze z nich vycházet v dalším výzkumu.

Závěrem můžeme formulovat také doporučení pro českou zdravotní politiku, která z provedené analýzy vyplývají. Předpokládají další rozvoj systému evolučním, nikoli revolučním způsobem a zohledňují role aktérů systému definované českou legislativou.

Klíčové je to, aby nastavení financování a úhrad jednotlivých léčebných metod neustrnulo v komplexní debatě o tom, co má být standard a co ne ve všech jeho dimenzích (etické, medicínské, sociální, ekonomické), ale aby se pokročilo též k rozhodnutí, do které části systému budou zařazeny a jaký způsob financování bude k jejich spotřebě použit. Pokud se součas-

ně podaří to, aby univerzální složka systému byla dostatečně robustní a blížila se zmíněné objektivní potřebě zdravotního stavu řešené nákladově efektivní metodou, pak i v českém prostředí samy zmizí nebo se výrazně omezí etické námitky proti složce volitelné.

Debatu o standardu a nadstandardu je v praxi vhodné transformovat do procesu zařazování zdravotní péče dle jednotlivých odborností do univerzální a volitelné části. Aby zařazování probíhalo funkčně, musí být ex ante nastaveny mechanismy financování obou složek, včetně variability části univerzální v podobě odpovídající českému modelu více zdravotních pojišťoven, tedy za jednotnou sazbu pomocí legislativně definovaného objemu fondu prevence zdravotních pojišťoven.

Významné je pravidelně vyhodnocovat obsah a rozsah univerzálně dostupného standardu zdravotní péče v v úzké a pravidelné spolupráci mezi ministerstvem zdravotnictví, zdravotními pojišťovnami, odbornými lékařskými společnostmi, případně i zástupci pacientů. Aktualizace má probíhat na základě objektivních poznatků lékařské vědy a dostupných finančních zdrojů, včetně evaluace přínosů solidárního financování v případě zásadních inovací či potenciálně podstatného zvýšení zdravotního prospěchu na jedné straně a vyřazování překonaných, nefinancovatelných nebo do volitelné části přesunutelných metod léčby na druhé straně. Tento obtížný, permanentní, ale nezbytný proces má významný vliv na efektivnost systému a nabídku zdravotní péče na makroúrovni.

Rovněž je důležité důsledně objektivizovat a objasňovat ošetřujícím lékařům a pacientům také individuální úhrady mimořádné nebo nákladné dosud nehranené péče podle § 16 zák. 48/1997 Sb., důkladně zkoumat, zda jsou jedinou možností, jak pacientovi podstatně pomoci. Zde je podstatný jednak důraz na objektivizaci léčebných efektů a jejich srovnání s již hrazenými metodami vzhledem k tlaku farmaceutických firem na prodej jejich produktů a omezeným zdrojům systému veřejného zdravotního pojištění, a jednak důraz na zohlednění zdravotně-sociální situace a možného prospěchu konkrétního pacienta, názor ošetřujícího lékaře a nezávislé posouzení diagnózy, prognózy a terapie onemocnění.

To, čeho v oblasti svobody volby (pro část populace) pomocí komerčních regulovaných schémat zdravotního pojištění a výrazných státních dotací docílují americký nebo nizozemský systém, lze v řadě ohledů dosáhnout rovněž pomocí kombinace adekvátního standardu zdravotní péče ve vazbě na české ústavní právo na zdraví a volitelných nadstandardů s výraznou rolí zdravotních pojišťoven. Lze tak nabízet volitelně dostupnou péči a služby

s důrazem na synergické efekty pro klienta a předvídatelné financování pro poskytovatele. Při správné konfiguraci vazeb mezi standardní a nadstandardní péčí lze docílit žádoucího efektu, že nezvolí-li si nadstandard, bude pacient mít jistotu kvalitní a bezpečné péče adekvátní zdravotnímu stavu a současně si může zvolit dodatečnou péči a služby přinášející individuální užitek. Zdravotní pojišťovny mohou z pohledu zdraví klienta propojit univerzální a volitelnou spotřebu zdravotní péče, při striktním oddělení veřejných a soukromých zdrojů. Tím lze dosáhnout výrazných synergických efektů při zachování transparentního využití veřejných prostředků.

### Poděkování

Výsledek vznikl při řešení juniorského projektu „Možnosti podpory mezigenerační spolupráce na pracovišti“ s využitím institucionální podpory na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumu Vysoké školy finanční a správní.

- 1 Samotná redukce může být někdy účelná, jak však ukážeme dále, pro konstrukci univerzální složky systému je vhodné používat jiná kritéria a postupy než reziduální koncepci ve vazbě na využití nadstandardu.
- 2 Někdy se ve veřejném diskurzu vyskytují radikální návrhy na diferenciaci povinných plateb také podle toho, zda svůj zhoršený zdravotní stav mohl pojištěnec ovlivnit (nadváha, kouření, civilizační nemoci). Jsou předmětem vášnivých diskusí, ale ve světě se pro zdroje univerzální části systému prakticky nikde neuplatňují.

### Použitá literatura

- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53(5), 941–973.
- Auerbach, A. J. (2010). Public Finance in Practice and Theory. *CESifo Economic Studies*, 56(1), 1–20. Získáno 14. 4. 2020, z [http://iipf.org/rmvp08\\_auerbach.pdf](http://iipf.org/rmvp08_auerbach.pdf)
- Bénard, J. (1985). *Economie Publique*. Paris: Economica.
- Bloom, D., Cashin, C. & Sparkes, S. (2017). *Earmarking for health*. Theory and Practice. Geneva: WHO.
- Brouland, P. & Priesolová, J. (2016). Doplnkové zdravotní pojištění ve Francii, insitut „mutuelle“ a jeho terminologie. *Acta Oeconomica Pragensia*, 24(6), 69–77.
- Brunn, M. (2021). Tools of power: pay-for-performance in French and German health reforms. *Journal of Health Organization and Management*, 35(3), 265–286.
- Culyer, A. J. & Newhouse, J. P. (2000). *Handbook of Health Economics*. Elsevier.
- Darmopilová, Z. *Vliv zájmových skupin na reformu zdravotnictví*. Brno: Masarykova univerzita, 2010.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166–203.
- Donabedian, A. (1971). Social Responsibility for Personal Health Services: An Examination of Basic Values. *Inquiry*, 8(2), 3–19.
- Drummond, M., Cooke, J. & Walley, T. (1997). Economic evaluation under managed competition:

- Evidence from the U.K. *Social Science & Medicine*, 45(4), 583–595. Získáno 1. 2. 2020, z <https://sciedirect.com/science/article/pii/S027795369600398x>
- Durdisová, J. (2005). *Ekonomika zdraví*. Praha: VŠE.
- Ebell, M., Sokol, R., Lee, A., Simons, C. & Early, J. (2017). How good is the evidence to support primary care practice. *Evidence-based Medicine*, 22(3), 88–92.
- Eddy, D. (1994). Principles for making difficult decisions in difficult times. *Journal of the American Medical Association*, 271(22), 1792–1798.
- Engliš, K. (1916). *Sociální politika*. Praha: F. Topič.
- Engliš, K. (1929). Teleologická teorie hospodářská a normativní teorie právní. *Obzor národohospodářský*, XXXIV., 267–282.
- Engliš, K. (1930). *Teleologie jako forma vědeckého poznání*. Praha: F. Topič.
- European Observatory. (2021). *Health system reviews (HIT series)*. Získáno z European Observatory on Health Systems and Policies: <https://eurohealhbobservatory.who.int/publications/health-systems-reviews>
- Figueras, J. & McKee, M. (2012). *Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen: WHO/European Observatory on health systems and policies.
- Fuchs, V. R. (2000). The future of health economics. *Journal of Health Economics*, 19, stránky 141–157.
- Fuchs, V. R. (2011). *Who Shall Live? Health, Economics And Social Choice (2nd Expanded Edition)*. World Scientific Publishing Company.
- Gillon, R. (1994). Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*, 309(6948), 184–188. Získáno 12. 1. 2020, z <https://bmj.com/content/309/6948/184>
- Goullis, R., Mertl, J., Pasovská, L. & Veselá, M. (2006). *Konkurence za veřejné peníze*. Praha: Eurolex Bohemia.
- Hamerníková, B. & Maaytová, A. (2010). *Veřejné finance (2. vyd.)*. Praha: Wolters Kluwer.
- Hauck, K., Morton, A., Chalkidou, K. et al. (2019). How can we evaluate the cost-effectiveness of health system strengthening? A typology and illustrations. *Social Science & Medicine*, 220, 141–149.
- Hussey, P. S. & Anderson, G. F. (2003). A comparison of single- and multi-payer health insurance systems and options for reform. *Health Policy*, 66(3), 215–228. Získáno 20. 6. 2021, z <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14637007>
- Kliková, C. & Kotlán, I. (2019). *Hospodářská a sociální politika (5. vyd.)*. Ostrava: Vysoká škola sociálně správní.
- Krebs, V. et al. (2015). *Sociální politika (6. vyd.)*. Praha: Wolters Kluwer.
- Kubátová, K. (2018). *Daňová teorie a politika*. Praha: Wolters Kluwer.
- McCoy, D., Chigudu, S. & Tillmann, T. (2017). Framing the tax and health nexus: a neglected aspect of public health concern. *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), stránky 179–194.
- Mooney, G. (1992). *Economics, Medicine and Health Care*. Second edition. Essex: Prentice Hall.
- Němec, J. (2008). *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada.
- OECD. (2015). *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. Paris: OECD.
- OECD. (2020). *OECD Health Data Statistics*. OECD iLibrary: OECD. Získáno 1. 3. 2020, z <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- Petrou, P., Samoutis, G. & Lionis, C. (2018). Single-payer or a multipayer health system: a systematic literature review. *Public health*, 163, 141–152.
- Propper, C. (2000). The demand for private health care in the UK. *Journal of Health Economics*, 19(6), 855–876.
- Robone, S. & Rice, N. (2008). The measurement and comparison of health system responsiveness.

*Working paper*. Centre for Health Economics. Získáno z [https://econpapers.repec.org/paper/yorhctd/08\\_2f05.htm](https://econpapers.repec.org/paper/yorhctd/08_2f05.htm)

- Robone, S. & Rice, N. (2011). Health Systems' Responsiveness and Its Characteristics: A Cross-Country Comparative Analysis. *Health services research*, 46(6), 2079–2100.
- Rosen, H. S. & Gayer, T. (2008). *Public Finance*. New York, McGraw-Hill education.
- Stadhouders, N., Kruse, F., Tanke, M., Koolman, X. & Jeurissen, P. (2019). Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review. *Health Policy*, 123(1), 71–79.
- Swain, G. R., Burns, K. A. & Etkind, P. (2008). Preparedness: medical ethics versus public health ethics. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14(4), 354–357. Získáno 12. 1. 2020, z <https://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18552646>
- Tomeš, I. (2010). *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál.
- Tonelli, M. (1998). The philosophical limits of evidence-based medicine. *Academic Medicine*, 73, 1234–40.
- Tresch, W. (2015). *Public Finance: A Normative Theory (third edition)*. London: Academic Press.
- Ulbrich, H. H. (2013). *Public Finance in Theory and Practice Second edition*. Získáno 14. 4. 2020, z <https://taylorfrancis.com/books/9780203817018>
- Vančurová, A. & Klazar, S. (2008). *Sociální a zdravotní pojištění (2. vyd.)*. Praha: ASPI.
- Vostatek, J. (2000). *Sociální a soukromé pojištění*. Praha: Codex Bohemia.
- Vostatek, J. (2013). Politická ekonomie financování zdravotní péče. *Politická ekonomie*, 61(6), 834–851.
- Vostatek, J. (2018). Technical pension and tax reform for Czechia. *Proceedings of the 22nd International Conference Current Trends in Public Sector Research 2018*, 211–218.
- Vostatek, J. (2019). Health & Long-term Care Financing. *Theoretical and Practical Aspects of Public Finance 2019 – Proceedings of 24th international conference*. (stránky 141–148). Praha: VŠE.
- Vostatek, J. (2020). Český důchodový (ne)systém vyžaduje zásadní reformu. *Fórum sociální politiky*, 14(1), 2–9.
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*(3), 429–445.
- WHO. (2020). *Arguments for and against earmarking*. Získáno z Earmarking revenues for health: [https://www.who.int/health\\_financing/topics/sin-taxes/earmarking-table.jpg?ua=1](https://www.who.int/health_financing/topics/sin-taxes/earmarking-table.jpg?ua=1)
- Williams, A. (1988). Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle. *Journal of Health Economics*, 7(2), 173–183.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Doc. Ing. Jan Mertl, Ph.D.  
([jan.mertl@outlook.com](mailto:jan.mertl@outlook.com)) absolvoval doktorské studium na Národohospodářské fakultě VŠE v Praze u prof. Krebse. Nyní je docentem v oboru hospodářská politika na katedře financí Vysoké školy finanční a správní (Department of Finance, University of Finance and Administration), Es-tonská 500, 101 00 Praha 10. Odborně se věnuje sociálnímu zabezpečení, veřejným financím a zdravotní politice.