

# Veřejné a soukromé financování rozvoje lidského kapitálu ve zdravotnictví

Jaroslava Durdisová, Jan Mertl

## Úvod

Současná ekonomická teorie stále častěji zdůrazňuje jako podmínku ekonomického rozvoje kvalitní lidský kapitál. Výdaje na rozvoj odvětví terciárního sektoru, které byly dosud chápány jako neproduktivní výdaje, mění svůj obsah. Objektivně dochází k přehodnocování rozsahu sociální solidarity a třibení názorů na efektivnost veřejných systémů financování. Na pořad dne se dostává otázka ekvivalence. Hledají se metody, cesty a způsoby, jak ekvivalenci využít k zabezpečení efektivnosti systémů při zachování veřejného financování. Přístupuje se k reformám, které hledají řešení v součinnosti veřejného a soukromého sektoru.

Cílem příspěvku je naznačit výchozí teoretické koncepty lidského kapitálu a významné argumenty podporující princip investic do zdraví jako faktoru ekonomického růstu. Poukázat na některé specifické souvislosti struktury veřejných zdrojů a vývoje výdajové křivky ve zdravotnictví ČR.

## Teoretická východiska

Lidský kapitál je termín, který je starý jen několik málo desetiletí a není ještě zcela ustáleným pojem. Lidským kapitálem můžeme rozumět produktivní schopnosti člověka, investované do produkce. Takto chápaný lidský kapitál je označován jako základní lidský kapitál. Z jiného pohledu můžeme vymezit širší lidský kapitál, kterým se rozumí potenciál rozvíjet a uplatňovat své schopnosti. Podle vymezení, které vypracovala OECD<sup>1</sup>: Lidský kapitál jsou znalosti, dovednosti, schopnosti a vlastnosti jedince, které usnadňují vytváření osobního, sociálního a ekonomického blaha.

Teorie lidského kapitálu vyšla z myšlenkového prostředí chicagské školy. Ústředním metodologickým principem chicagské školy je objasňování ekonomických procesů na bázi principu maximalizace čisté výhody ekonomického subjektu v tržním prostředí. Toto stanovisko se přenáší i do mimotržních oblastí. Z tohoto vychází i základní pojetí všech souvislostí ekonomického i mimoekonomického života v teorii lidského kapitálu. Takto uvažují G. Becker, T.W. Schultz a další.

Teorii lidského kapitálu se věnuje i B. Kadeřábková<sup>2</sup>, která chápe lidský kapitál jako „souhrn lidských bytostí a jejich vlastností“. Všechny náklady spjaté se zvětšováním rozsahu, zvyšováním efektivnosti a prodlužováním "fungování" lidského kapitálu v ekonomickém procesu a tedy vedoucí ke zvyšování konkurenceschopnosti země, se považují za investice do lidského kapitálu“.

---

<sup>1</sup> OECD. *Analýza vzdělávací politiky 2001*. Praha : Ústav pro informace ve vzdělávání, 2002.

<sup>2</sup> Kadeřábková, B. Teorie lidského kapitálu, jeho vliv na konkurenceschopnost.  
<[www.agris.cz/etc/textforwarder.php?iType=2&id=136966&PHPSESSID=3e](http://www.agris.cz/etc/textforwarder.php?iType=2&id=136966&PHPSESSID=3e)>

Všeobecná forma lidského kapitálu se vztahuje k vytváření schopností, které jsou použitelné ve všech firmách a odvětvích, zvyšuje tedy produktivitu pracovních sil pro všechny firmy... Je tedy nepochybné, že nedílnou součástí lidského kapitálu je zdraví .

Pokud jde o zdraví populace ve výše uvedeném smyslu, můžeme říci, že ekonomický rozvoj (s vysokou specializací pracovní síly) potřebuje eliminovat nemocnost v masovém měřítku, vyhnout se epidemiím účinnou léčbou či prevencí a pracovní sílu co nejrychleji vrátit do pracovního procesu. Výchozím teoretickým konceptem je tzv. endogenní růst (Romer, 1986, Lucas, 1988). Syntézou tohoto konceptu s Grossmanovým modelem investic do zdraví (Grossman, 1972) a Beckerovým konceptem lidského kapitálu (Becker, 1964, 1975) dostáváme významné argumenty podporující princip investic do zdraví jako faktoru ekonomického růstu i prosperity jednotlivce, významné argumenty oslabení pojetí zdravotnictví jako neproduktivního odvětví terciárního sektoru, které jen spotřebovává zdroje vytvořené jinde.

### **Investice do zdraví**

Důraz na investice do zdraví není možno chápat pouze jako výraz realizace humanistických ideálů a sociálních aspektů souvisejících se zdravotnictvím, ale i zájmu zvyšování zásoby dostupného lidského kapitálu co nejefektivnějším způsobem, a to jak z makroekonomického pohledu ekonomického růstu, tak i z mikroekonomického pohledu konkrétního člověka usilujícího o maximalizaci užitku na své životní dráze.

Výsledky aktuálních empirických studií v oblasti zdravotní péče definují závislost tempa růstu a střední délky života: výhoda pěti let střední délky života navíc v určité zemi ovlivní roční tempo růstu HDP o 0,3–0,5 %.<sup>3</sup> Podle Blooma zvýšení střední délky života populace o jeden rok vede v dlouhém období ke kumulativnímu zvýšení HDP až o 4 %.<sup>4</sup>

I další studie<sup>5</sup> potvrzují pozitivní korelace investic do zdraví s ekonomickým růstem, přičemž identifikace příčinných souvislostí vede ke směru od vzdělání a zdraví k ekonomickému růstu, což vede k doporučením investovat do těchto sektorů s cílem podpořit „skrze ně“ ekonomický růst.<sup>6</sup> Suhrcke a McKee publikovali výsledky četných empirických studií, kde prokazují pozitivní korelaci úrovně zdravotního stavu populace a ekonomického růstu ve vyspělých zemích. (Suhrcke, McKee, Arce, Tsoleva, & Mortensen, 2005).

### **Veřejné a soukromé výdaje na zdravotnictví**

---

<sup>3</sup> BARRO, R. *Health and Economic Growth*. Paho 1996, <<http://www.paho.org/english/hdp/hdd/barro.pdf>>

<sup>4</sup> BLOOM, D., CANNING, D., SEVILLA, J. *The effect of health on economic growth: theory and evidence*. NBER Working paper 8587, Cambridge.

<sup>5</sup> RIVERA, B., CURRAIS, L. *Economic Growth and Health*. Applied Economic Letters, p. 761–764. No 6/1999; BRINKLEY, G. *The macroeconomic impact on improving health: investigating the causal direction*. <<http://trc.ucdavis.edu/gbrinkley/docs/causal.pdf>>. SACHS, J.D., (edit) *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and health. WHO, Geneva 2001 Tyto studie jsou je zaměřena na méně rozvinuté země s nižší základnou pro růst.

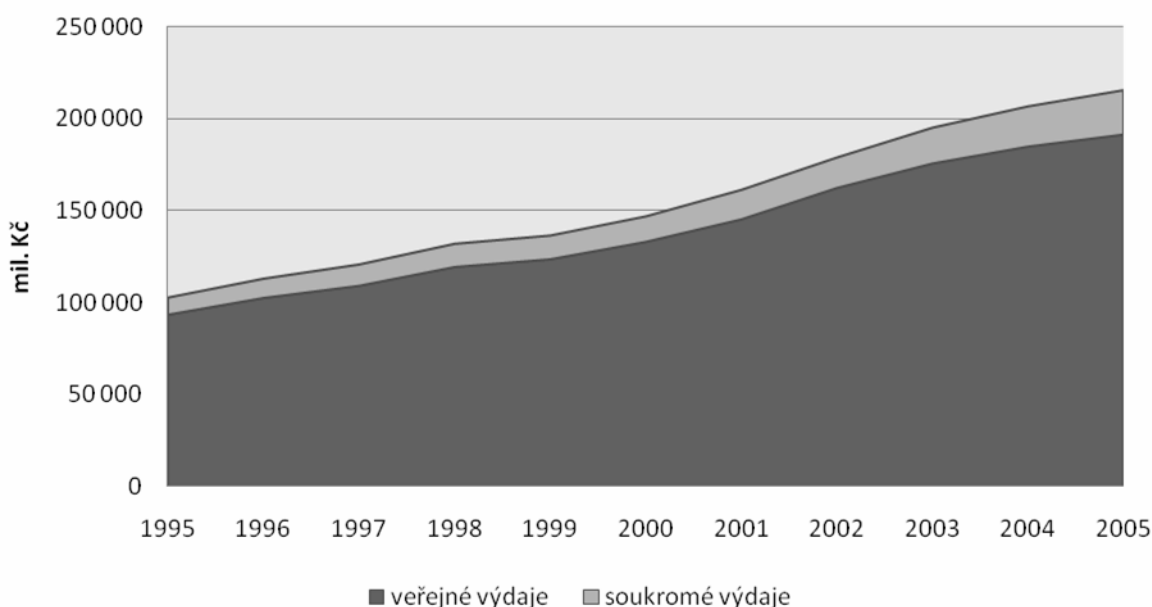
<sup>6</sup> ARORA, S. Health, human productivity and long-term economic growth. *Journal of Economic History*, Vol 61, No 3 September 2001

Pojetí zdraví jako lidského kapitálu bývá spojováno s představou vysokých výdajů a s potřebou sociálních reforem, ekonomiku zdraví z toho nevyjímaje. Poukazuje na řešení vývoje výdajové křivky potřebu získávat dodatečné zdroje a zapojení soukromého sektoru do veřejného zdravotnictví. Podívejme se na vývoj výdajů zdravotnictví od roku 1995. Jejich dynamika v zásadě kopírovala dynamiku ekonomického růstu.

Relativní podíl výdajů na zdravotnictví na HDP se v ČR ustálil kolem sedmi procent HDP. procenty. Znamená to ale také, že v posledních letech, kdy byl ekonomický růst vysoký, pokračoval absolutní nárůst prostředků do zdravotnictví bez zřetelné vazby na efektivnost jejich vynakládání. To akcentují také Bloom a Rosenberg ve svém článku o českém zdravotnictví:

*„Bude-li ekonomický růst pokračovat stejným tempem, pak kontrola nákladů, odstraňování neefektivity a alespoň mírné snížení dosavadního zneužívání systému zdravotní péče může pomoci výrazně snížit růst výdajů. Podle tohoto scénáře by reformy mohly být docela malé.“<sup>7</sup>*

### Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví ČR 1995-2005



Zdroj dat: Zdravotnictví České republiky ve statistických údajích 2006. Praha: ÚZIS, 2007

Z uvedeného grafu je patrné, že podíl soukromých zdrojů roste v čase pouze nepatrně a rozhodující část výdajů českého zdravotnictví je financována z veřejných zdrojů, tj. solidárním způsobem. Dále platí, že podíl soukromých zdrojů je v mezinárodním srovnání velmi nízký,<sup>8</sup> a to i ve srovnání se zeměmi, které používají stejně jako ČR model sociálního zdravotního pojištění (Německo, Rakousko). Jsou tato fakta opodstatněným důvodem ke zvyšování finanční spoluúčasti pacienta a omezování přístupu do systému? Jaké jsou faktory, které ovlivnily vývoj výdajové křivky? Především se ve sledovaném období odrazila ve vývoji výdajů nesporně nižší kupní síla českých domácností ve srovnání s ekonomicky silnějšími zeměmi OECD. Mimo to, existence ustanovení § 11, odst. 1 písm. d) zákona č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění, který stanoví, že „za zdravotní péči ani v souvislosti

<sup>7</sup> BLOOM, D. ROSENBERG, L. *Jak zaplatit zdraví*. <<http://zdn.cz/scripts/detail.php?id=318147>>, [cit. 9.10.2007]

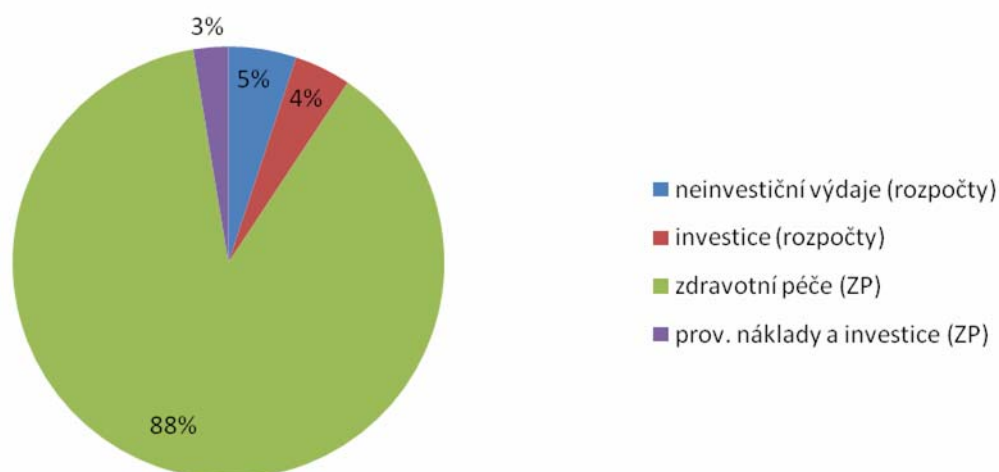
<sup>8</sup> OECD Health Data 2006.

s poskytnutím zdravotní péče“ nelze přijmout od pojištěnce přímou úhradu. Právě dovětek označený kurzívou byl ze zákona č. 48/1997 vypuštěn v rámci reformy veřejných financí vstupující v platnost od 1. 1. 2008. To je krok k explicitnímu vymezení nároků pojištěnců v rámci veřejného zdravotního pojištění a otevření většího prostoru pro soukromé výdaje pacientů.<sup>9</sup>

Zajímavé je také analyzovat strukturu veřejných zdrojů, což ukazuje následující graf.

Vyplývá z něj, že rozhodující část veřejných zdrojů (88 procent) spadá do úhrad zdravotní péče zdravotními pojišťovkami. To podporuje hypotézu, že v ČR až na segment fakultních nemocnic, nejsou doposud systémově řešeny investice do zdravotnických zařízení. Úhrady zdravotní péče od zdravotních pojišťoven tak v sobě zahrnují i potenciální investice – zdravotnická zařízení si z úhrad musí na investice „ušetřit“. To může způsobovat disproporce (protože vybavená i nevybavená ordinace či nemocnice dostanou stejný objem finančních prostředků) a je to jedna z doposud nevyužitých příležitostí pro zdravotní pojišťovny, jak v rámci smluvních vztahů diferencovat zdravotnická zařízení a zefektivnit nákup zdravotnické techniky.

### Struktura veřejných zdrojů ve zdravotnictví, 2005



Zdroj dat: Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2005. Praha: ÚZIS, 2006

Předchozí graf tedy ukazuje, že 91 procent veřejných zdrojů ve zdravotnictví „prochází“ v ČR přes zdravotní pojišťovny. Část z těchto zdrojů (více než 20 procent) však tvoří transfer ze státního rozpočtu za tzv. státní pojištěnce.<sup>10</sup>

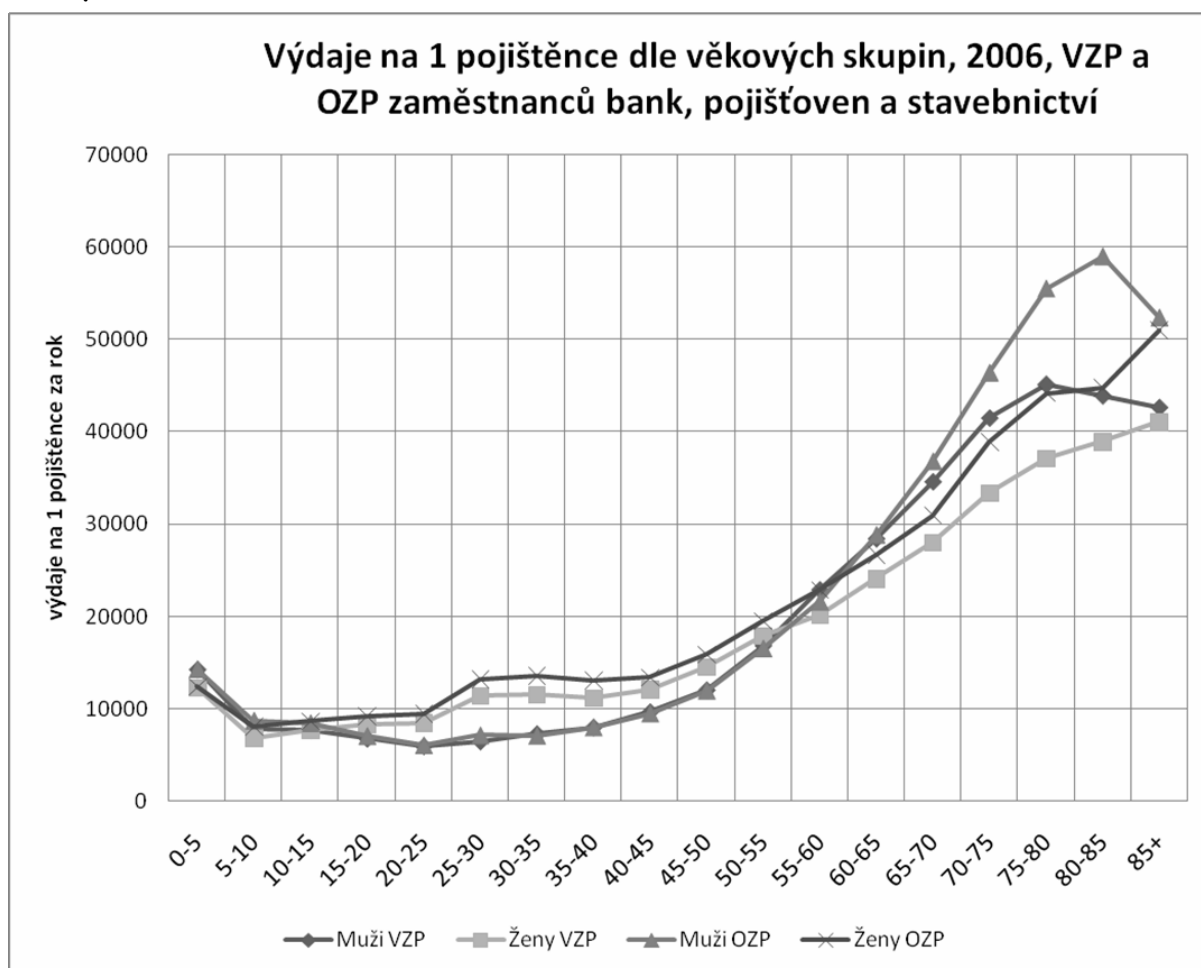
### Ekonomický cyklus a demografické změny

Zdravotní péče je v ČR financována „průběžným“ způsobem, tj. nevytváří se kapitálová rezerva jako zdroj financování (kromě rezervního fondu zdravotních pojišťoven). Každoroční

<sup>9</sup> Viz Rozhovor s P. Hroboněm, <[http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/\\_zprava/368321](http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/_zprava/368321)>, [cit. 6.10.2007]

<sup>10</sup> § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

příjmy zdravotních pojišťoven jsou tak významně ovlivněny existencí ekonomického cyklu, úrovní platů a mezd určujících výši vyměřovacího základu a také politickým rozhodnutím o výši vyměřovacího základu státních pojištěnců. To jsou však pro zdravotní pojišťovny faktory exogenní (nebereme-li v úvahu vliv jejich managementu dle teorie zájmových skupin) a navíc ovlivněné ekonomickým cyklem. Proto má smysl analyzovat rozpočty zdravotních pojišťoven z pohledu jejich příjmů a výdajů v rámci daného roku. Z této analýzy lze získat zajímavé údaje ohledně výdajů na jednotlivé věkové skupiny obyvatelstva, jak ukazuje následující graf, obsahující výdaje na 1 pojištěnce dle věkových skupin pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP) a Oborovou zdravotní pojišťovnu zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.



Zdroj dat: Výroční zpráva VZP 2006 a Výroční zpráva OZP zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

Uvedený graf dokumentuje skutečnosti známé z teorie ekonomie zdravotnictví.<sup>11</sup> Předně jsou to výrazně vyšší výdaje u věkových skupin 0-5 a 50+, s extrémním nárůstem nákladů ve věkové skupině 65-85. To je objektivně dáno lidským biologickým cyklem a z něj vyplývající spotřebou zdravotní péče v těchto životních obdobích (dětství, stáří). Dále jsou to vyšší výdaje u žen ve věkové kategorii 25-40 let, neboť do tohoto věkového období spadá rozhodující část porodnosti populace.

*„Nepříjemnosti systému zdravotního pojištění způsobuje měnící se demografický profil. Česko má totiž jednu z nejnižších úrovní porodnosti na světě s průměrem 1,2 dítěte na ženu a navíc populace stárne. Momentálně jsou dva z deseti Čechů ve věku 60 let nebo starší.*

*Do roku 2030 to budou podle výhledů OSN tři z deseti a do roku 2050 už čtyři z deseti. Budou-li starší jedinci klást stále větší požadavky na zdravotnický systém, částky odváděné stávajícími pracujícími a jejich zaměstnavateli brzy nebudou stačit na pokrytí takovéto zdravotní péče, jakou Česko lidem nabízí.*

V souvislosti s výše řečeným je nutno se zaměřit na koncept oddálení a komprese nemocnosti ve stáří. Tento přístup je eticky a logicky v souladu s konceptem prodlužování lidského života – takové prodlužování by obecně nemělo smysl, pokud by nebylo naplněno také šancí na jeho kvalitní prožití. Není to však automatické a úspěch v tomto směru není zaručen. Do jaké míry to bude možné, ukáže pokrok medicíny, rozvoj gerontologie jako medicínské specializace a skutečné výsledky péče o staré občany.

Demografický vývoj také není jediným faktorem, který ovlivňuje rostoucí nákladovost systému. Některé prognózy ukazují, že významným faktorem budou nové technologie a růst očekávání pacientů. Z pohledu efektivnosti veřejných zdrojů je proto klíčová ekonomická evaluace nových léčebných metod při respektování lege artis principu. Lze navíc na základě empirických zkušeností předpokládat, že masové využití dané metody povede časem k jejímu zlevnění.

Tlak demografického vývoje na veřejné zdroje vede také ke zvážení proporcí ekvivalence a solidarity ve zdravotnictví. Pokud vyčleníme určitou zdravotní péči z krytí veřejných zdravotních pojišťoven (nebo naopak některou novou metodu do pojistného krytí nezahrneme), sníží se tlak na veřejné zdroje, protože takovou péči si bude platit jen určitá, pravděpodobně nevelká a příjmově silná sociální skupina. Takové vyčlenění má však své implikace sociálně-etické („kdo co bude moci spotřebovávat“) a medicínské („co všechno je ještě medicína“).

Navíc zde vystupují problémy se stanovením standardu – náhle je nutno definovat, na co je a na co není nárok, což je velmi obtížné až nemožné. To vede k úvaze o účelnosti vynakládání dodatečných zdrojů na zdravotní péči versus alokace zdrojů na zlepšení stavu nezdravotnických determinantů zdraví, jejichž složení a vazby jsme uvedli. V tomto směru se nabízí možnost zvýšenou měrou ekvivalence „odměnit“ ty z nás, kteří mají odpovědný přístup k životnímu stylu a prevenci. Na druhé straně však je třeba respektovat, že existuje celá řada faktorů - determinanty zdraví, které negativně ovlivňují zdraví populace a člověk je ovlivnit prakticky nemůže.

A konečně velmi významným faktorem je ekonomický růst, a to ve dvou ohledech. Za prvé na historicky starším principu, tj. že růst bohatství stimuloval a umožňoval rozvoj

---

<sup>11</sup> CUTLER,D., ZECKHAUSER, R. The anatomy of health insurance. NBER Working Paper No. 7176, 1999

sektoru služeb a tedy i zdravotnictví. I v budoucnu tak, bude-li ekonomický růst pokračovat a nezmění-li se ochota lidí a společnosti dávat část efektů z tohoto růstu také na péči o nemocné, lze spekulovat, že vytvořený produkt by mohl být dostatečný k zabezpečení potřebné zdravotní péče. Za druhé pak na principu endogenního růstu a existujících empirických studií (Suhrcke, McKee, Arce, Tsołova, & Mortensen, 2005) lze chápat zdravotnictví také jako prorůstový faktor *per se*, tedy že zdravá populace a kvalitní lidský kapitál je jedním ze zdrojů ekonomického růstu a do zdravotnictví se tak vyplatí investovat.

## **Závěrem**

Efektivnost investic do lidského kapitálu úzce souvisí s investicemi do zdraví. Investice do zdraví oproti investicím do vzdělání mají výrazná specifika, která jsou dána významem zdraví pro člověka i pro společnost. Pacient na rozdíl od vzdělání má výrazně omezenou možnost volby.

Teorie lidského kapitálu je jedním z významných ekonomických konceptů podporujících a vysvětlujících nárůst výdajů do zdravotnictví. S rostoucí hodnotou lidského kapitálu klesá váha sociálního aspektu zdravotnictví a objevují se přístupy, které analyzují možnosti soukromých investic do lidského kapitálu zdraví. To má však významné implikace sociální, demografické a etické. Je proto nezbytné tyto aspekty analyzovat souběžně.

Zdravotnictví pokrývá svými službami celou populaci a odráží se v něm sociální struktura obyvatelstva. Také nákladová křivka vykazuje vysoké rozdíly mezi sociálními a věkovými skupinami. Tvůrci zdravotní politiky proto nemohou podléhat fenoménu selekce podnětných či nízkonákladových sociálních skupin. Vedle etických aspektů jde zejména o to, že velká většina onemocnění při nesprávné léčbě způsobuje později daleko větší náklady.

Kritériem úspěchu změn je na prvním místě stále zdravotní stav obyvatelstva v relaci k nákladům a podmínkám, za nichž je dosahován. Lidský kapitál jako mladší pojem lze ze zdravotního stavu jednotlivce odvodit ve vztahu k jeho ekonomicky produktivní složce. Lze tedy říci, že zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva a rozvoj lidského kapitálu jsou vzájemně kompatibilní procesy.

### **Adresa autorů**

Jaroslava Durdisová, doc. Ing. CSc.  
Estonská 500  
110 00 Praha 10  
durdis@vse.cz

Jan Mertl, Ing.  
Estonská 500  
110 00 Praha 10  
mertl@vse.cz

## Použitá literatura

1. Barro, R. (1996). *Health and Economic Growth*. Paho 1996, <<http://www.paho.org/english/hdp/hdd/barro.pdf>>
2. Becker, G. S. (1975). *Human capital: A theoretical and empirical analysis with special reference to education*, Second edition. Chicago and London: The University of Chicago Press.
3. Bloom, D., Canning, D., Sevilla, J. (2001). *The effect of health on economic growth: theory and evidence*. NBER Working paper 8587, Cambridge. <<http://www.nber.org/papers/w8587>>
4. Bloom, D., Rosenberg, L. (2007). *Jak zaplatit zdraví*. Získáno 9. října 2008, z Zdravotnické noviny: <http://zdn.cz/scripts/detail.php?id=318147>
5. Brinkley, G. *The macroeconomic impact on improving health: investigating the causal direction*. <http://trc.ucdavis.edu/glbrinkley/docs/causal.pdf>
6. Doležal, T. (2007). *Kde leží ochota platit za QALY v ČR ?* Získáno 29. 4. 2008, z Farmakoeconomia: <<http://www.farmakoeconomika.cz/public/img/akce/dolezal2.pdf>>
7. Durdisová, J. (2005). *Ekonomika zdraví*. Praha: VŠE.
8. Durdisová, J. Mertl, J. (2008). Možnosti zmírnění důsledků demografického vývoje ve zdravotnictví. *Demografie*, č.2, 2008
9. Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80, 1972.
10. Haškovcová, H. *Lékařská etika*. 3.vyd. Praha: Galén 2002
11. Kadeřábková, B. *Teorie lidského kapitálu, jeho vliv na konkurenceschopnost*. <[www.agris.cz/etc/textforwarder.php?iType=2&iId=136966&PHPSESSID=3e](http://www.agris.cz/etc/textforwarder.php?iType=2&iId=136966&PHPSESSID=3e)>
12. Krebs, V. a kol. (2007). *Sociální politika*. 4.vyd. Praha: ASPI 2007
13. Lucas, R. (1988). On the Mechanics of Economic Development. *Journal of Monetary Economics*, 1988, 22.
14. Múhlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita.
15. OECD. *Analýza vzdělávací politiky 2001*. Praha : Ústav pro informace ve vzdělávání, 2002.
16. Rivera, B., Currais, L. (1999). *Economic Growth and Health*. Applied Economic Letters, p. 761–764. No 6/1999;
17. Sachs, J.D. (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and health. WHO, Geneva 2001.
18. Suhrcke, M., McKee, M., Arce, R., Tsovala, S., Mortensen, J. (2005). *The contribution of health to the economy in the european union*. Health and consumer protection directorate-general. . Brusel: European communities.
19. ÚZIS. (2006). *Ekonomické výsledky nemocnic 2005*. Praha : ÚZIS.
20. Van Zon, A., Muysken J. (2001). Health, education and endogenous growth. *Journal of Health Economics*, 20 (2), 169-185
21. Výroční zprávy VZP a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven za roky 2005 - 2007