

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut mezinárodních studií

Lukáš Janura

**System zdravotního pojištění SRN jako
politické téma po sjednocení**

Disertační práce

Praha 2019

Autor práce: **Lukáš Janura**

Školitel: **JUDr. PhDr. Petr Mlsna, Ph.D.**

Rok obhajoby: 2019

Bibliografický záznam

JANURA, Lukáš. Systém zdravotního pojištění SRN jako politické téma po sjednocení. Praha, 2018. s. Disertační práce (Ph.D.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut mezinárodních studií. Katedra německých a rakouských studií. Školitel: JUDr. PhDr. Petr Mlsna, Ph.D.

Abstrakt

Práce analyzuje systém zdravotní péče v SRN po roce 1990. Cílem práce je prozkoumat změny v postavení pojištěnce v rámci systému a současně vnitřní a vnější příčiny, které tyto změny způsobily. Role pojištěnce je poněkud jiná než v roce 1990. V každé z kapitol jsou popsány reformy a jejich dopady s ohledem na klíčové aktéry, zejména pacienty.

Výzkumná část je rozdělena do čtyř kapitol, které jsou věnovány samotnému systému pojištění, následně poskytovatelům péče a poté roli informací pro pojištěnce. Nakonec je analyzován vliv procesu znovusjednocení na systém.

Tato práce formuluje podmínky, za kterých je pojištěncům přidáváno či ubíráno na rozhodovacích pravomocech. Dále je rozebrána role externích faktorů (např. farmaceutického průmyslu, vývoj médií a makroekonomické ukazatele). Za zdroje posloužily materiály pojišťoven, jejich svazů, expertní doporučení a programy politických stran.

Práce dochází k závěru, že role pojišťoven byla posílena, ale využívání jejich pestrosti není zdaleka tak racionální, jak se zdá, a navíc je oslabováno dalšími faktory. V širším kontextu závěry práce přispívají k debatě, zda se systém zdravotnictví vychýlil z tradičního rámce bismarckovského sociálního státu.

Abstract

The thesis analyses the healthcare system in Germany after the 1990s. The aim is to analyse the changes in the positions of insured persons within the system, as well as both internal and external factors which resulted in these changes. The role of insured

persons is different than in the 1990s. Reforms and their impacts with regard to key players, especially patients are described in each chapter.

The analysis is divided into four chapters, which are dedicated to the system of insurance as such, the health care providers and the role of information for the insured persons, subsequently. At the end, the influence of reunification is analysed.

The thesis formulates conditions on which more responsibility and more decision-making opportunities are given to insured persons or taken away from them. Moreover, the role of external factors is described (e. g. the pharmaceutical industry, the development of media or macroeconomic development). Information sources used for the analysis derive from sickness funds, sickness fund unions, expert recommendations, legislation or programmes of political parties.

The thesis concludes that the role of sickness funds has been strengthened, but the utilization is not as rational as it seems and is inhibited by some other factors. In a broader context, the conclusions contribute to the debate whether the healthcare in Germany left the traditional Framework of Bismarckian social state or not.

Klíčová slova

Zdravotní péče, zdravotní pojišťovny, GKV, pojištěnec, polikliniky

Keywords

Health care, sickness funds, statutory health care, health literacy, medical care centres

Rozsah práce: 400 354 znaků

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Lukáš Janura

Poděkování

Rád bych poděkoval vedoucímu práce, JUDr. PhDr. Petru Mlsnovi za cenné rady. Práci velmi pomohla vstřícnost kolektivu Katedry dějin a kultury východní Evropy HHU v Düsseldorfu. V mém výzkumu mi dále originálními myšlenkami pomohla Dr. Silke Fehlemann z Institutu dějin, teorie a etiky lékařství v Düsseldorfu. Za velkou pomoc a trpělivost děkuji manželce Kristýně.

Obsah

BIBLIOGRAFICKÝ ZÁZNAM	3
PROHLÁŠENÍ	5
PODĚKOVÁNÍ	6
OBSAH	1
ÚVOD	3
CHARAKTERISTIKA TÉMATU	4
CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÁ OTÁZKA.....	15
METODOLOGIE.....	17
SOUČASNÝ STAV BĚDÁNÍ.....	22
CHARAKTERISTIKA LITERATURY A ZDROJŮ	26
STRUKTURA PRÁCE.....	31
1. SYSTÉM ZDRAVOTNICTVÍ	33
1.1. AKTĚŘI SYSTÉMU	33
1.2. SPOLKOVÉ MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ	39
1.3. ZEMSKÁ MINISTERSTVA	40
1.4. SPOLKOVÝ SNĚM.....	41
1.5. LOBBING	41
1.6. POJIŠŤOVNY	44
1.6.1. Vymezení.....	44
1.6.2. Výše příspěvků.....	46
1.6.3. Problém neefektivity systému GKV.....	48
1.6.4. Organizace pojišťoven.....	51
1.6.5. Vnitřní struktura	51
1.6.6. Sdružování pojišťoven	52
1.6.7. Společný výbor lékařů a pojišťoven.....	54
1.7. SVOBODNÁ VOLBA POJIŠŤOVNY	56
1.8. MIMOCENOVÁ DIFERENCIACE POJIŠŤOVEN	57
1.8.1. Model praktického lékaře (Hausarztzentrierte Versorgung, HzV).....	58
1.8.2. Integrovaná péče (Integrierte Versorgung).....	59
1.8.3. Disease Management Programme.....	60
1.8.4. Ambulantní speciální odborná péče	61
1.8.5. Modelový záměr (Modellvorhaben).....	61
1.8.6. Strukturální smlouvy (Strukturveträge)	62
1.9. ROZHODOVÁNÍ POJIŠTĚNČŮ	62
1.10. ZDRAVOTNÍ FOND	63
1.10.1. Cesta ke Zdravotnímu fondu.....	63
1.10.2. Alternativy na počátku tisíciletí	69
1.10.3. Kompromis – zavedení Zdravotního fondu.....	72
1.11. „SVOBODNÁ“ VOLBA POJIŠŤOVNY	74
2. OSTATNÍ AKTĚŘI SYSTÉMU	78
2.1. STRUKTURA VÝDAJŮ SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE	78
2.2. AMBULANTNÍ PÉČE	81
2.2.1. Vymezení.....	81
2.2.2. Zásadní problémy ambulantní péče v 90. letech	82
2.2.3. Svazy smluvních lékařů.....	84
2.3. STACIONÁRNÍ PÉČE	85
2.3.1. Definice nemocnice	85
2.3.2. Druhy nemocnic	87

2.3.3. <i>Financování nemocnic</i>	90
2.4. SYSTÉM VYJEDNÁVÁNÍ MEZI SMLUVNÍMI LÉKAŘI A POJIŠŤOVNAMI	94
2.5. TRH S FARMACEUTICKÝMI PRODUKTY	99
2.6. NÁSTROJE RACIONALIZACE.....	105
2.6.1. <i>Množstevní komponenta</i>	105
2.6.2. <i>Cenová komponenta</i>	105
2.7. REGISTRACE LÉČIVÝCH PROSTŘEDKŮ	113
2.8. NEJVÝZNAMNĚJŠÍ REFORMY TRHU S FARMACEUTICKÝMI PRODUKTY	114
2.9. EUROPEIZACE TRHU LÉČIV V NĚMECKU.....	119
2.10. OTC-SWITCH.....	119
2.11. VÍCE LÉČIV – VÍCE MOŽNOSTÍ?.....	121
3. INFORMACE A JEJICH ROLE V SYSTÉMU	124
3.1. ODPOVĚDNOST POJIŠTĚNČŮ A PREVENCE.....	124
3.2. NÁSTROJE PRIMÁRNÍ PREVENCE.....	126
3.3. NÁSTROJE ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	127
3.4. OSTATNÍ PORADENSKÉ SLUŽBY	129
3.5. ZHODNOCENÍ JEDNOTLIVÝCH NÁSTROJŮ	131
3.6. VEŘEJNÉ NÁKLADY V ROZHODOVÁNÍ POJIŠTĚNCE	132
3.7. ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST V NĚMECKU.....	134
3.8. PRVNÍ EVROPSKÝ PRŮZKUM A JEHO DŮSLEDKY	135
3.9. ORIENTACE V SYSTÉMU	138
4. NOVÉ FORMY PÉČE	141
4.1. KOŘENY ROZDĚLENÍ	141
4.2. ROZDÍLY MEZI SRN A NDR.....	142
4.3. SJEDNOCENÍ NĚMECKA	144
4.4. 90. LÉTA.....	148
4.5. PŘELOM TISÍCILETÍ, ZAVEDENÍ MVZ	150
4.6. ÚSPĚŠNOST MVZ.....	153
4.7. MVZ JAKO ODRAZ SOUČASNÝCH I MINULÝCH PROBLÉMŮ	158
ZÁVĚR	161
SUMMARY	174
POUŽITÁ LITERATURA.....	178
PŘÍLOHY	199

Úvod

Tématem disertační práce je systém zdravotnictví v Německu jako politické téma. Práce má za cíl zachytit proměnu tohoto systému, zejména s ohledem na jeho základní prvek, jemuž koneckonců slouží. Tím je sám pojištěnec. Zdravotnictví v Německu je specifickým prostorem, který je obtížné srovnávat s jinými systémy zdravotnictví, navíc získalo za téměř půl druhého století určitou značku kvality. I tento systém se ale potýká s mnoha problémy, na které je obyvatelstvo citlivé. Zhruba od 70. let začalo být s ohledem na neustálé zvyšování uživatelského komfortu zřejmé, že finance na jeho provoz nebudou stačit a bylo nutné hledat razantní úspory. Od té doby začala zrást myšlenka učinit pojištěnce více odpovědným a dát mu možnost zvolit takovou intenzitu služeb, která odpovídá jeho preferencím. O udělení takových možností se v posledních desetiletích mnoho mluví. To však nutně neznamená, že se tak skutečně děje.

Časově je práce vymezena posledními třemi desetiletími – v roce 1988 byla schválena jedna z důležitých reforem a brzy po ní následovalo sjednocení dvou nesourodých systémů SRN a NDR.

Systém zdravotnictví je obecně velmi komplikovaný, platí v něm řada ekonomických zákonitostí, ale také řada výjimek, existují v něm zvláštní typy statků a služeb a navíc se uživatelé (pojištěnci) k těmto statkům dostávají oklikou přes různé úrovně rozhodování. Ve volbách tak nehlasují bezprostředně o otázce, zda bude v jejich dosahu specializovaná nemocnice, či jak vysoký bude doplatek na konkrétní lék. Výsledná podoba systému je utvářena střetem politických stran, které jsou nositeli určitých představ o jeho ideálním uspořádání. Cílem práce není dojít k obecným závěrům o systému zdravotnictví, ale důsledně zdůvodnit proměny specifického systému Německého.

Podstatná je i diskuse ohledně charakteru sociálního státu v Německu – cílem práce je systém zdravotnictví a jeho charakteristiky do této diskuse přesněji zasadit. Dosud publikované práce zkoumají obvykle systém z různých pohledů (ekonomického, právního, etického apod.), ale relativně méně literatury je věnováno fungování systému jako celku. A pokud, pak v centru nestojí pojištěnec. Tato práce v jednotlivých kapitolách zkoumá proměny hlavních aktérů a snaží se zachytit posilování či oslabování

soutěžních prvků. Současně jsou hledány příčiny těchto změn, a to jak uvnitř, tak vně systému zdravotnictví.

Německo prošlo v posledních třiceti letech velkými proměnami, které pochopitelně začaly znovusjednocením, poté prošlo několika složitými hospodářskými zkouškami a dnes Německo stojí před řadou společenských výzev. Současně se výrazně proměnila jeho mezinárodní pozice. Svůj vývoj v tomto dynamickém období prodělaly komunikační technologie a především medicína a technologie.

Charakteristika tématu

„Sociální stát znamená permanentní proměnu. Nebo, střízlivěji řečeno, nepřetržitý vývoj. Svou podstatou je to proces.“

Hans F. Zacher: Der Sozialstaat als Prozess (1977)

„Spolková republika Německo je demokratický a sociální spolkový stát.“ Tak zní článek 20 Základního zákona a takový je základní rámec současného německého uvažování o sociálním státu. Podobně je sociální podstata vtělena i do ústav téměř všech jednotlivých spolkových zemí.¹ Představy o tom, jak má sociální stát vypadat, jaké funkce má plnit a za jakou cenu, jsou samozřejmě naprosto různorodé. Zpravidla se uvádí, že základní cíle, které má sociální stát naplňovat, jsou *bezpečnost, spravedlnost a demokracie*. V jiných modifikacích je tato trojice uváděna jako *bezpečnost, rovnost, svoboda* (např. Lessenich, 2013). To je zřejmě nejširší společný jmenovatel velmi různých představ o sociálním státu napříč celým světem. Je důležité si uvědomit, že cíle sociálních politik leží mimo oblast sociálního státu, často poměrně daleko. Vytváření sociální stability má přímý dopad na bezpečnostní situaci, rovnost před zákonem má například zásadní roli pro hospodářský rozvoj.

Realizátorem sociálního státu je v německém případě jak stát na úrovni spolkové, tak jednotlivé spolkové země. Mají k tomu sociálněpolitické nástroje, které lze rozdělit na *alokační, redistribuční a stabilizační*. Tyto tři nástroje přispívají ke třem výše uvedeným cílům v různé míře. V různé míře jsou pak akcentovány jak tři cíle, tak tři cesty k nim. Právě podle akcentu na jednotlivé cíle lze přiřadit sociální státy k jednotlivým typům.

¹ Jedinou výjimku představuje Durynsko.

V původním pojetí Titmüsse (1974) se jedná o stát reziduální (největší akcent na svobodu), *pracovně-výkonnostní* (akcent na spravedlnost) a *institucionální* (zásadní je bezpečnost a stabilita systému). V nejznámější klasifikaci Esping-Andersena (1990) se rozlišuje mezi konzervativním (v dalších modifikacích korporativistickým), liberálním a sociálně-demokratickým sociálním státem. Německo je bráno na jednu stranu jako archetyp konzervativního sociálního státu, na druhou stranu se v současnosti často diskutuje o tom, zda nepřijalo některé z prvků státu liberálního.

Co je však podstatou německého zařazení do konzervativní skupiny? Především je to unikátní mix solidarity a odpovědnosti, vysoká míra křesťanské tradice a princip subsidiarity. Jakkoli leží Německo určitě mezi skandinávskými zeměmi na straně jedné a USA na straně druhé, je do jisté míry sporné, které státy do této skupiny řadit. Podle Esping-Andersena je konzervativní stát dále charakteristický nízkou mírou (ale existencí) soutěže a vysokým vlivem rodiny. Role státu je zde sice silná, ale projevuje se nepřímo, typicky prostřednictvím delegovaného subjektu. Jediný stát, který je sem řazen vždy, je Německo (Ebbinghaus, 2012). Německo se tak v tomto případě samo sobě stalo referenční zemí, což do značné míry ztěžuje jeho analytické zařazování. Stále přesnější zařazování do tří typů sociálního státu tak přestává mít vypovídací hodnotu.

Sociální stát zahrnoval od konce 19. století oblasti, které jsou dnes nazývány jako klasické (minimalizace rizik při zaměstnání, ochrana zaměstnanců, pomoc v nemoci a po úraze a zajištění v postproduktivním věku). Postupně k nim přibýly další oblasti (pomoc v nezaměstnanosti, aktivní podpora trhu práce, rodinná politika, péče o děti a mládež, odstraňování chudoby, vytváření rovných příležitostí, dostupnost vzdělání, bytová politika) a v poslední době nejčerstvější součástí (dlouhodobá péče, integrace cizinců) (Deutscher Bundestag [9]). To je samozřejmě jeden z faktorů obrovského nárůstu sociálního státu v uplynulém století. Z jednotek procent před první světovou válkou je to dnes přibližně třetina HDP, naopak téměř čtvrtina příjmů domácností je generována sociálními politikami. Z výše uvedeného plyne, že se jedná o zásadní téma a zásadní prvek německé politiky, jakkoli zůstává mediálně ve stínu velkých a lákavých témat. Podle výzkumů z léta 2018 to není vnitřní bezpečnost (55 %), ani klimatická změna (52 %), dokonce ani migrační a azylová politika (39 %), ale zdravotnictví (69 %), co němečtí občané označili za nejdůležitější předvolební téma (ARD, 2018). Málokteré téma vyvolává takovou nespokojenost – v případě vnitřní bezpečnosti není se

současnou spolkovou politikou spokojeno 50 % respondentů, avšak v případě zdravotnictví je to plných 77 %.

Jestliže je německý systém charakteristický principem subsidiarity (každá vyšší instance pomáhá až v případě, že užší skupina v pořadí rodina, přátelé, obec, spolková země, stát – na pomoc nestačí)², pak je třeba se ptát, v čem konkrétně se subsidiarita projevovala a projevuje. Německo totiž, podobně jako ostatní západoevropské země, ovlivnil bezprecedentní nárůst bohatství. Ten si postupně vyžadoval i větší a větší státní intervence a postupnou institucionalizaci pomoci. Někteří výzkumníci docházejí k závěru, že subsidiarita se dnes nejvíce odráží v samosprávě systému zdravotnictví a možná už pouze v ní. (Seeleib-Kaiser, 2016). Stát není přímým distributorem, ale přenechává tuto pravomoc silně regulovanému systému institucí, které jsou částečně obsazovány zespoda, nikoli shora.

Systém zdravotní péče, jak bylo řečeno, patří k nejstarším oblastem sociálních politik a je tedy usazeným typem vhodným ke zkoumání, pokud chceme dospět k charakteristice sociálního státu v Německu. Ročně jím prochází kolem deseti procent HDP a politika zdravotnictví zprostředkovaně dopadá na řadu dalších oborů činnosti (farmaceutický průmysl, produkce zdravotnické techniky, celá škála pečovatelských služeb). Financování zdravotního systému převážně z poplatků (parafiskálních příjmů) je podstatnou skutečností pro všechny zaměstnavatele, neboť část poplatků odvádí zaměstnavatel. Jejich podíl (skokově zvýšený těsně po sjednocení Německa, dlouhodobě udržovaný ve stejné výši jako na straně zaměstnance a na počátku tisíciletí částečně omezený) je pro zaměstnavatele a jejich zájmy klíčovou hodnotou ovlivňující konkurenceschopnost. Vzhledem k tomu, že Německo je zásadním producentem farmaceutických výrobků, je patrné, že v debatě jde často o dilema mezi dvěma různými cestami, jak ovlivnit německé hospodářství – podpora farmaceutického průmyslu znamená sekundárně vyšší výdaje na zdravotnictví a nárůst mimomzdové položky pro zaměstnavatele. Obráceně - úspory pojišťoven na některých lécích mohou destabilizovat jeden z klenotů německého hospodářství, farmaceutický průmysl.

Výrazným specifickým rysem zdravotnického systému je poskytování služeb, tedy nefinančního plnění. Oproti např. systému důchodového zabezpečení tak vstupuje do

² Podrobně o subsidiaritě např. Hockerts, H.: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Band 1, Grundlagen der Sozialpolitik (2001), Roos, L.: Der Sozialstaat im Spannungsfeld von Solidarität und Subsidiarität (1997)

hry více proměnných (u služeb nejen jejich cena, ale také kvalita, místní a časová dostupnost, dostatek poskytovatelů atd.) a mnohem větší množství naprosto heterogenních aktérů.

Celý systém je vystavěn na několika aktérech, přičemž v jeho středu stojí pojištěnec.³ Společným vyústěním otázek, jestli se ze systému vytrácí subsidiarita, jestli se systém posouvá směrem k výkonnostně orientovanému, či zda obsahuje rostoucí množství liberálních prvků, je podle mého názoru postavení jedince v systému. Jeho role se v posledních bezmála třiceti letech proměnila, ale tuto změnu dosud nikdo přesně necharakterizoval. Přitom většina reform je přinejmenším rétoricky odůvodňována právě pojmy jako *Patientenorientierung*, *Bürgerorientierung*, *Eigenverantwortung* a *Wahlfreiheit*, a to jak mezi odborníky, tak politické debatě (SVRKAiG, 2003, SVRKAiG, 2012). Pokud není odpovědnost a možnost rozhodování delegována přímo na jednotlivce, pak je alespoň často doporučováno umožnit volbu nižším organizačním jednotkám, např. poskytovat autonomii v rozhodování jednotlivým pojišťovnám. Pojišťovny v tomto smyslu prošly od sjednocení minimálně čtyřmi významnými změnami – 1) po roce 1990 absorbovaly pojištěnce z bývalé NDR, 2) po roce 1994 došlo mezi nimi k přesunům v souvislosti se zavedením svobodné volby pojišťovny, 3) po roce 2008 došlo k další (jiné) diferenciaci v souvislosti se zavedením Zdravotního fondu (tedy formy sdíleného hospodaření pojišťoven – podrobně vysvětleno v kapitole 1) a současně 4) byly postupně a opakovaně zavedeny (a mezitím zrušeny) možnosti doplňkových služeb⁴. Na první pohled se zdá, že tak pojištěnec získal nebyvalé množství autonomie. Toto zdání lze ještě posílit faktem, že navzdory odporu sociálnědemokratických hlasů zůstala zachována dualita zákonného a soukromého zdravotního pojištění. Tato dualita, německý unikát (také v jiných evropských zemích funguje soukromé pojištění, nikoli však jako úplná forma, která nyní nahrazuje i pojištění zákonné), je navzdory všem otřesům stále charakteristickým prvkem, který Německo bezpečně drží uvnitř skupiny konzervativních modelů.

Německý systém zdravotní péče je unikátní také pokusem začlenit do něj naprosto odlišný prvek v podobě pojištěnců bývalé NDR. Tamější systém zdravotní péče byl založený na kolektivismu, rovnosti v přístupu k péči a zcela jednotném přístupu. Ovšem i zde se našly výjimky (členy jednotného pojištění bylo pouze 90 % obyvatelstva,

³ Aktéři a jejich interakce jsou detailně popsáni v kapitole 1.

existovala skupina povolání se speciálním pojištěním a ve skutečnosti existovala poměrně široká vrstva společnosti s privilegovaným přístupem k péči i k léčivům ze SRN). Systém byl jako celek značně neefektivní, na čemž dnes panuje shoda. Určité jednotlivé rysy se však některým výzkumníkům jeví jako úspěšné. Skutečnost, že podnikové rady hájily jak pracovní zájmy dělníků, tak také jejich nároky na zdravotní péči, byla možná důvodem, proč systém přes obrovskou podfinancovanost vykazoval aspoň dílčí úspěchy (Ritter, 2012, s. 19-21). V dnešních hodnoceních je zpravidla poukazováno na objektivně špatný stav budov, zařízení, nedostupnost léků, ale na druhou stranu vyšší nasazení zdravotnického personálu, úspěchy ve skloubení pracovního a rodinného života⁵ a úspěch v prevenci. Méně se zdůrazňuje, že přes velmi nízký objem finančních prostředků ve zdravotnictví (podle různých kalkulací asi 5 % HDP do něj zaměstnanci a zaměstnavatelé odváděli značnou část příjmu. Jednalo se o 10 % a 12,5 %, dohromady 22,5 %, tedy daleko vyšší kvótu než v dnešním systému (Knieps – Reiners, 2015, s. 99).

Sjednocení přišlo v době, kdy se západoněmecký systém začal vyčerpávat a objevila se vlna kritiky. Po reformách vlády H. Kohla na počátku 80. let byla optimální řešení stále v nedohlednu a stabilizace nastávala jen velmi pomalu. Deník die Welt vyhlásil slovo *Gesundheitsreform* slovem roku. Západní autoři konce 80. let tak východoněmecký systém nezavrhovali, naopak v něm často hledali inspiraci.⁶ Tyto hlasy pochopitelně nalézaly odezvu i v tápajícím západoněmeckém systému. Sjednocení však proběhlo způsobem, který v oblasti zdravotnictví stoprocentně přitakal západnímu modelu a prakticky beze zbytku vymazal systém bývalé NDR. To ale neznamená, že by odkaz východoněmeckého systému nebyl živý. Část veřejnosti, lékařů a řada odborníků se vyslovovala pro maximální zachování prvků východoněmeckého modelu a již v roce 1990 predikovala jejich návrat (Henke – Leber, 1993, s. 21). Nejpozději od počátku tisíciletí se vrací nové formy péče, které jsou socialistickým státem inspirovány. Málo se však zdůrazňuje, že NDR v roce 1989 schválila rozsáhlou reformu, která měla vycházet vstříc západním prvkům, ale nestihla být realizována. Nabízí se tedy otázka, nakolik je pro současnou německou veřejnost přitažlivý stávající model, nakolik je poptávka po větší liberalizaci a nakolik ji oslovuje model východoněmecký.

⁴ Doplnkové služby, tzv. *Satzungsleistungen*, byly zavedeny v roce 1997, zrušeny v roce 1999 a opět zavedeny v roce 2012. Mezi ně patří i služby bez prokázaného účinku, zejm. alternativní medicína.

⁵ Např. v roce 1981 bylo v NDR zaměstnáno 81 % žen (Ritter, 2000, s. 173)

⁶ Podrobněji jsou rysy východoněmeckého systému popsány v kapitole 4.

Nezáleží však čistě na mínění veřejnosti. To je vyjádřeno zprostředkovaně pomocí voleb, kde jednotlivé představy o roli jednotlivce reprezentují politické strany. Ty mají svá ekonomická kritéria a jsou reprezentanty ideologií. Ekonomické úvahy v oblasti sociální politiky jsou vždy ideově podmíněné (Arnold, 1992, s. 6). Pro účely této práce shrnu ideová východiska do tří základních proudů – liberální, konzervativní a socialistický. Následující tabulka představuje východiska ve velmi hrubých rysech. Jednotlivá východiska budou v následujících kapitolách zpřesňována.

Strana	Převažující princip	Logika rozdělování, ke které má nejbliže	Proud	Konkrétní cíl
Die Linke	deontologický	Každému stejný díl	socialistický	Jeden systém zdravotního pojištění, redukce počtu pojišťoven, posílení prevence, státní vlastnictví zdr. zařízení
SPD	deontologický	Každému stejný díl	socialistický	Nivelace, jeden systém zdravotního pojištění
Zelení	deontologický	Každému stejný díl	socialistický	Jeden systém zdravotního pojištění
CDU/CSU	Teleologický /deontologický	Každému podle zásluh / každému podle jeho finančních možností	konzervativní	Možnosti volby, tradiční role lékařů, dualita stacionární vs. Ambulantní péče, svobodná volba lékaře
FDP	teleologický	Každému podle zásluh	liberální	Maximální možnost volby, co nejsvobodnější trh, svobodná volba lékaře

Tab. 1: Pozice jednotlivých politických stran v rámci politiky zdravotní péče. S využitím Bandelow, 1998, s. 108-109, Lauterbach, s. 58 a následující, vlastní představa

Jednotlivé politické strany mohou nacházet přirozené koaliční partnery v dalších aktérech či jejich podskupinách – např. FDP nachází zájmovou koalici nejčastěji s ambulantními lékaři a z řad pojišťoven často s *Ersatzkrankenkassen*, CDU/CSU jak s ambulantními lékaři, tak s provozovateli nemocnic, SPD s odbory a AOK. Někteří autoři (např. Bandelow, 1998, s. 108) uvádějí, že Die Linke je jedinou stranou bez relevantních partnerů v této oblasti. Politika zdravotnictví (Gesundheitspolitik) je vykonávána na spolkové, zemské i komunální úrovni, a to především zástupci těchto pěti (vzhledem k neúčasti Die Linke ve spolkové vládě spíše čtyř) politických stran. Čtenáři jsou pravděpodobně známé charakteristiky jednotlivých stran, méně jasný bude první sloupec tabulky, který dělí uvedené principy na deontologické a teleologické. To bude vysvětleno v následujících odstavcích.

Centrálním průsečíkem celého systému zdravotní péče je pomyslný trh. Obchoduje se zde se statky „zdravotnické služby“ a „zdravotnické produkty“. Každý trh může být uspořádán třemi různými způsoby - *liberálně*, *egalitářsky*, nebo *utilitářsky* (Schöne – Seifert, 2007, s. 39). Tento největší z trhů v rámci systému zdravotní péče je tvořen *egalitářsky*, neboť nabízená konkrétní služba je poskytována za jednotnou cenu. Proto neplatí zákonitosti, jimiž se řídí nabídka a poptávka na trhu, kde platí dokonalá konkurence. Na tomto trhu platí, že cenová elasticita poptávky je nulová, tudíž poptávková křivka je svislá. Zvýšení nabízeného množství se projeví pouze růstem poptávaného množství za stálé ceny. Cena tak samozřejmě neplní regulační funkci (Breyer – Zweifel, 2013, s. 245).

Na tomto trhu je však možné rozlišit primární poptávku, jejímž subjektem je pojištěnec, a sekundární poptávku, která vzniká až spoluiniciativou lékaře (Klas, 2000, s. 74). Lékař má přitom vůči pacientovi vždy informační náskok. Lékař dále rozhoduje o závažnosti problému a rozhoduje ve třech rovinách – zda je vůbec jakákoli intervence nutná, pokud ano, tak jaká, a konečně zda ji provede on sám, nebo zda bude přenechána specialistovi (v případě praktického lékaře), nebo odlišnému specialistovi (pokud je odesílajícím lékařem již specialista). Neexistuje přitom objektivně stanovitelné poptávané množství statku.

Řada autorů dovozuje, že poptávka je nabídkově indukovaná (Burger, 1997, s. 89–112), tedy že s růstem nabízeného množství roste také množství poptávané. Obvykle je toto tvrzení opřeno o kontrast rostoucích nákladů a relativně stabilní nemocnosti

obyvatelstva. Vychází se při tom z tzv. *Krankenquote*, která udává každodenní podíl práce neschopných na součtu práce neschopných a práce schopných. Mezi lety 1970 a 1996 se skutečně *Krankenquote* pohybovala kolem 5 % a zaznamenávala dokonce mírný pokles (BMG, 1997, s. 38). V posledních 10 letech ale naopak pozorujeme nárůst ze 3 % na přibližně 4,5 % (Statista [1]). Tvrzení, že počet onemocnění je relativně stabilní či dokonce klesající, je tedy snadno zpochybnitelné, pokud tendenci zkoumáme v delším časovém období. Je však zřejmé, že díky technickému pokroku nabídka v dlouhém období roste za všech okolností.

Oproti jiným trhům a nad rámec zde popsaných jedinečných vlastností trhu zdravotní péče zde existuje ještě jedna podstatná vlastnost – iracionalita a emotivnost aktérů. Výmluvně to shrnuje dlouholetá spolková ministryně zdravotnictví Ula Schmidt (2009, s. 29): „zdraví, tím že odráží naděje, přání, obavy a strach lidí, je vysoce emocionální statek.“

V praxi je tak nabídka zdravotních služeb omezena buď racionální úvahou lékaře, který 1) disponuje nejvíce informacemi o pacientově zdravotním stavu, 2) je realizátorem regulací a 3) je schopen posoudit spojení obou těchto prvků, nebo ze strany pojišťovny.

Ekonomové hlásící se k neoklasickému přístupu odvozují tuto indukci ze Sayova zákona. Podle ekonoma J. B. Saye dodatečná nabídka vždy vytváří dodatečnou poptávku. Není tedy možné, aby vyrobené zboží zůstávalo dlouhodobě nespotřebováno. Sayův zákon byl však několikrát zpochybněn, zejména keynesiánskými ekonomy 30. – 40. let 20. století. Někteří autoři proto indukci podmiňují skutečností, že lékař jedná v souladu se současnými nejlepšími dostupnými možnostmi. Potom je rozšiřování nabídky a kapacit téměř neustálé. Kterýkoli spotřebitel na zvýšení nabízeného množství o jednotku reaguje zvýšením poptávaného množství tehdy, když mezní užitek převyší mezní náklady. Mezní náklady jsou však v prostředí fixní ceny nulové. Pacient na regulovaném trhu, kde existuje fixní cena v podobě paušálního poplatku, tak bude reagovat vždy zvýšením poptávaného množství.

Na tomto místě je nutné osvětlit optimální množství nabízeného statku z pohledu medicínské etiky. Statek zdravotní služby je vzácný, vyskytuje se tedy v omezeném množství. Způsob jeho distribuce může být, jak bylo uvedeno, v zásadě trojí – liberální, egalistický, nebo utilitaristický. Němčina navíc rozlišuje mezi optimalizací (*Rationalisierung*) a přidělováním (*Rationierung*). Jakkoli mají k sobě oba pojmy

blízko, jedná se o odlišné kategorie. Optimalizací se rozumí dosažení maximálního výstupu za stávajících hodnot vstupů (Lauterbach et al, 2009, s. 19). Oproti tomu přidělování znamená zvýšení efektivity za současného snížení výstupu. Za příklad jsou dávana rozhodnutí neposkytovat nákladnou dialyzační péči nevléčitelně nemocným vysokého věku, nebo neposkytnutí odolnějších kloubních náhrad pacientům vyššího věku. S neustálým technickým pokrokem a technicky stále dosažitelnějšími možnostmi intervencí narůstá logicky i míra přidělování (Schöne – Seifert, 2007, s. 36).

Otázkou distribuce tohoto statku se zabývá etika.⁷ Minimálně od osmdesátých let převažuje mezi vědci zabývajícími se systémem zdravotní péče přesvědčení, že pro distribuci není možné vyjít v čisté podobě ani z jedné z logik rozdělování. Ta se může řídit buď principem „každému stejný díl“, nebo „každému podle zásluh“, anebo „každému podle jeho finančních možností“. Schöne a Seifert (2007, s. 38) dokládají, proč ani jeden z osvědčených principů nestačí. Princip „každému stejný díl“ by v praxi znamenal, že „novorozenci, který stráví první týden na jednotce intenzivní péče, už nikdy nebude moci být provedena transplantace životně důležitého orgánu“. Jinými slovy: někdo by vyčerpал značnou část svého „rozpočtu“ již velmi brzy a po zbytek života by tak žil v nepřijatelné situaci. Nejen z morálního, ale i z praktického hlediska je nutné tento model odmítnout. Ve vyspělých zemích navíc platí, že onemocnění v prvních měsících života mírně zvyšují pravděpodobnost i dalších onemocnění ve vyšším věku.

Autoři se vyslovují také proti čistému užití druhé logiky – každému podle jeho zásluh. Jednak by takovýto princip porušil výchozí podmínku, že zmiňovaný statek je vzácný. Zatímco zásluhy mohou být teoreticky neomezené, množství vzácného statku logicky ne. Druhá překážka je zde morální – osoba příkladně se starající o svůj zdravotní stav, u níž však vyvstane nutnost extrémně nákladného ošetření, může být stěží upřednostněna před druhou osobou, která se stará jen o něco hůře, avšak vyžaduje levnější ošetření. Tato situace by nepochybně přinesla i třetí problém, tedy měřitelnost zásluh. Z etického hlediska je nepřijatelný systém plateb podle finančních možností.

Na těchto třech logikách potom stojí tři ideová východiska řízení systémů zdravotní péče, o nichž bude pojednáno dále.

⁷ Pojem etika je zde myšlena teorie morálky.

Distribuce (odpovídající stále nabídce statku zdravotních služeb) je kromě výše zmíněných východisek vedena principy. Teorie rozlišuje dvě základní skupiny principů – teleologické a deontologické. Teleologické principy směřují k distribuci podle výsledku. Pokud je výsledkem měřitelný užitek, mají všechny teleologické přístupy blízko k utilitarismu. Koncept utilitarismu byl v 19. století rozpracován Jeremy Benthamem a Johnem Stuartem Millem. Dle současných autorů zahrnuje utilitaristický přístup čtyři principy – princip důsledku, princip měřitelnosti užitku, hédonismus a sociální princip (Lauterbach et al., 2009, s. 58). Všechny tyto čtyři principy pak v zásadě přejímá současný diskurs v rámci Gesundheitsökonomie (Woopen, 2003, s. 16).

Deontologické principy jsou pak všechny takové, které vychází z výše uvedených logik rozdělování. V zásadě všechny tyto principy navazují na Immanuela Kanta a jeho návod obsažený v *Kritice čistého rozumu* (1992, s. 84): „Jednej vždy tak, aby se maxima tvé vůle mohla stát principem všeobecného zákonodárství.“ Veškerá solidarita, která není pojímána teleologicky, tak v pojetí teoretiků systémů zdravotní péče vychází z Kantova odkazu.

Prvním, kdo významně promyslel systém přerozdělování v sociální oblasti, byl John Rawls. V jeho pojetí může být ztráta svobody jednotlivce vyvážena vyšším blahem všech. Vychází při tom mimo jiné z premisy, že jednotlivec nemůže nikdy znát svůj vlastní stav v budoucnu. Pokračovatelem Johna Rawlse byl Norman Daniels. Rozpracoval Rawlsovu teorii o spravedlivém rozdělení, přičemž připouští diskriminaci podle věku. Ta je podle něj legitimní. V tomto bodě se zcela shoduje s utilitaristy. Norman Daniels stanovil jakési morální desatero funkčního zdravotního systému, které následně aplikoval coby jeden z tvůrců reformy Billa Clintona v USA v 90. letech.

Opačný pól liberalismu představovali někteří neoklasičtí ekonomové a na ně navazující Robert Nozick. Z jeho důrazu na tři člověku vrozená práva (právo na život, svobodu a majetek) je dále dovozen požadavek minimálního přerozdělování a státních zásahů, protože právě tyto svobody (zejména třetí z nich) jsou přerozdělováním dotčeny. Protože v obecné ekonomické teorii platí, že jen jednotlivec s averzí k riziku se pojišťuje, zatímco osoby s neutrálním či kladným vztahem k riziku pojištění nevolí, prosazoval Nozick pouze dobrovolné (soukromé) pojištění (Honekamp – Rehmman, 2009).

Nozick (2014, s. 214-218) se dále zabýval rozdělováním bohatství. Zpochybnil snahu udělovat jednotlivcům „stejnou startovní čáru“, protože každá rozdílná startovní čára je způsobena kumulací odložené spotřeby z minulosti. Nozick postuloval důležitý rys spokojenosti, který vyplývá právě z nivelizace některých dimenzí. Zjednodušeně řečeno vidí člověk své úspěchy a neúspěchy hlavně ve srovnání s ostatními, komparativním hodnocením postupně vyžaduje nivelizaci těch dimenzí, kde si v životě nevede dobře. Nivelizace všech těchto dimenzí ale produkuje paradoxně vyšší míru závisti a nevede k uspokojení. Spokojenost je dána právě realizací jednotlivce nad úroveň danou startovní čarou (Nozick, 2014, s. 254). Z Nozickova pojetí legitimacy dále vychází, že systém distribuce, který má být považován za legitimní, musí odrážet alespoň nějakou míru individuálního vkladu, a tedy odlišností. Nozick je považován za představitele utilitaristického přístupu. Ten byl utilitaristický přístup několikrát výrazně zpochybněn, patrně nejvíce v práci Thomase Rice. Ve své knize *The Economics of Health Reconsidered* dochází k závěru, že výsledek utilitárních postupů musí být nakonec stejně vždy měřen určitými morálními východisky a není nikdy čistě utilitární (Rice, 1998).

Kolem přelomu tisíciletí se v USA etablovalo hnutí komunitarismu prosazující co nejvíce konsensuální rozhodování. Hnutí je charakterizováno kritikou kapitalismu 20. století. Představitel tohoto hnutí Ezekiel J. Emanuel (2003, s. 2013-218) vyvodil pro jakékoli systémy zdravotní péče tato pravidla: 1) Každý systém musí být založen na jasném prokázání přínosu péče (jinými slovy musí být *evidence based*). 2) Rozdělování zdrojů musí být transparentní. 3) jednotlivé služby musejí být pojištěncem akceptovány – nemůže k nim být nucen. 4) ten, kdo zdroje rozděluje, z nich nesmí profitovat.

Tyto zásady odrážejí hned několik z výše uvedených logik a vycházejí do značné míry z ideálních předpokladů. Na počátku 21. století se ale staly v zásadě mainstreamovými pravidly systémů zdravotní péče po celém světě. První uvedený princip tvoří vůbec podstatu dnešních, v právním státě ukotvených systémů. Kritériem jakéhokoli uznání léčebné péče či látky je vědeckost. To ovšem platí pouze pro alopatické západní systémy. Například homeopatie či tradiční čínská medicína toto kritérium nesplňují (protože účinnost dle západního pohledu není prokazatelná). Tato práce se zabývá pouze systémem veřejného zdravotního pojištění, kde je toto kritérium splněno

teoreticky stoprocentně⁸, a systémem soukromého pojištění, kde je tlak na efektivitu nižší a doplňkové způsoby léčby jsou umožněny.

Druhý princip vyplývá z požadavku racionálního jednání pojištěnce. Racionalita jeho jednání je však přinejmenším velmi sporná. Mezi základní iracionální projevy v rozhodování pojištěnců patří tzv. utopené náklady (sunk costs), náklady obětované příležitosti (opportunity costs), majetnický efekt (endowment effect) (Lauterbach et al., 2009, s. 45) a další efekty, které zkoumá behaviorální ekonomie. *Conditio sine qua non* racionálního rozhodování je však dostatečná informovanost. Té je věnována celá kapitola této práce. Další podmínkou racionálního rozhodování je potom přiměřená složitost systému. Systém musí být veřejností akceptovatelný a být pro ni srozumitelný. Tento princip je zahrnut ve třetí podmínce. Oddělení rozhodovacích procesů od benefitu z jednotlivých procesů je rovněž základní podmínkou právního státu. V případě zdravotnictví je tato podmínka splněna jen zčásti.

Cíl práce a výzkumná otázka

Tato práce chce zkoumat proměnu konzervativního sociálního státu (Německa) na specifickém případě zdravotnictví role pojištěnce v něm. Tato role se proměnila, zůstávají však nezodpovězené otázky: 1) Jak moc se tato změna odehrála? Odehrála se ve všech směrech, nebo jen v některém segmentu (například v ambulantní péči, v podobě rozšíření služeb, v podobě vzniku nějaké nové instituce)? 2) Proč k této změně došlo? Které faktory zde hrály důležitou roli a které jen malou? 3) Zapůsobily některé z faktorů teprve v určité kombinaci? Výsledkem pak může být i zmírnění či jistá relativizace tvrzení, že došlo k proměně.

Výzkumná otázka této práce tedy zní:

Jak a proč se proměnila role pojištěnce v systému?

K dosažení odpovědi na tuto otázku bude nutné částečně zodpovědět i výše uvedené podotázky.

V následující kapitole jsou podrobně popsáni aktéři systému zdravotnictví v Německu. Zkoumání systému a jeho jednotlivých aktérů má vždy dvě roviny – *statickou* a

⁸ Výjimku tvoří tzv. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL), které je možné čerpat bez úhrady zdravotní pojišťovnou a v některých případech i s jejím přispěním.

dynamickou. Nejprve je tedy nutné aktéry definovat a popsat a poté se pokusit zrekonstruovat jejich proměnu. Změna okolních aktérů napoví, jak se vyvíjelo postavení pojištěnce, avšak nevysvětlí ho zdaleka kompletně. K vysvětlení je zapotřebí popsat vnější faktory. Lze uvažovat především o výše uvedených zlomových okamžicích. V jednotlivých kapitolách se budu věnovat vlivu těchto momentů: **1) Možnost volby pojišťovny, 2) Možnosti diferenciacce pojišťoven, 3) Informovanost pojištěnců a 4) Sloučení systémů SRN a NDR a nové formy péče** (ačkoli sjednocení Německa chronologicky náleží před ostatní faktory, je spojené s tzv. novými formami péče, které jsou určitou ozvěnou doby před sjednocením a systému bývalé NDR.) Práce se snaží rozkrýt příčiny, které k jednotlivým zlomovým okamžikům vedly, případně, pokud jsou, jako v případě sloučení systémů SRN a NDR, počáteční premisy víceméně známy, snaží se práce zrekonstruovat kroky mezi nimi a současným stavem.

Pojištěnec roku 1990 byl klientem jedné ze zákonných pojišťoven bez možnosti výběru, na základě zaměstnanecké, místní či rodinné příslušnosti. Mezi pojišťovnami nepanovaly takřka žádné rozdíly, protože katalog poskytovaných služeb byl totožný. Drtivá většina léků byla plně hrazena ze zákonného pojištění. Prakticky jediným zdrojem informací o systému pojištění, prevenci či alternativách péče byl praktický lékař. V tom je dnes situace jiná, ale ne všechny posuny se patrně odehrály v té míře a s takovým účinkem, jak je prezentováno. Jak bude dále uvedeno, klíčovým prvkem samostatnosti pojištěnce je vědomé využití nabízené možnosti volby.

Hypotéza, kterou budu ověřovat, zní: Pojištěnec se dnes nachází v jiném postavení v rámci systému, a to z důvodu zavedení a následného zefektivnění systému soutěže pojišťoven a některých nových forem péče.

Metodologie

Zkoumání systému zdravotní péče odpovídá v německém prostředí disciplíně Gesundheitssystemforschung. To je oblast bádání, která se „zabývá potřebou, využitím, zdroji, strukturami, procesy, výsledky a připsatelnými výstupy (outcomes) systémově organizovaných přístupů v oblasti odvracení, potírání nebo kontroly onemocnění, tj. celých systémů zdravotní péče, subsystémů a větších institucí, resp. programů, a analyticky vyhodnocujíc tyto prvky spojuje“ (Schwartz – Busse, 2003, s. 518). Právě měření outcomes je velmi obtížné a takřka neproveditelné. Jak je patrné z definice, nenabízí tato metoda žádný konkrétní popis, jak k výstupům dospět.

Některé přístupy v rámci výzkumu zdravotnictví jsou orientované pouze na měření výstupů (zde je možné rozlišit postupy orientované na změny v lidském kapitálu, přidaná léta života (příp. přidaná léta života ve zdraví), čistě finančně orientované postupy měřící zisky jednotlivce (skupin jednotlivců), dále zde ale nacházejí uplatnění obecně ekonomické postupy zkoumající poměr vstupů a výstupů (cost-benefits analysis – analýza nákladů a přínosů, cost-effectiveness analysis – analýza efektivnosti nákladů a cost-utility analysis – analýza nákladů a užitku)(Schmidt-Wilke, 2004).

Oblast bádání Gesundheitssystemforschung je tedy obhospodařována několika vědními disciplínami, resp. subdisciplínami. Jedná se především o lékařské vědy (z nich klinická medicína a epidemiologie) sociologii (společenské teorie a mikrosociologie), ekonomie (podniková ekonomie, mikroekonomie a makroekonomie) a politologie. Anglosaská literatura zavedla paralelně pojem Health Policy and System Research, který je popsán velmi podobně. Tyto názvy ovšem neříkají o metodě o nic více.

Jak tedy zachytit proměnu komplexního systému? Pomoci může několik přístupů, které zde ve stručnosti představím. Nejprve se jedná o koncept změny systému podle Petera A. Halla. Hall (1993, s. 276-279) rozlišuje tři úrovně systémových změn. Změny prvního řádu mění, velmi zjednodušeně řečeno, jen kvantitu – jde o přesun počtu rozhodnutí, přesun finančních prostředků či lidských zdrojů, drobné funkční změny jednotlivých aktérů. Změnami druhého řádu autor označuje změny podstatným způsobem a dlouhodobě měnící vztahy mezi aktéry z hlediska nadřazenosti – podřazenosti, jejich množství a podobně. Konečně změnou třetího řádu má na mysli změnu paradigmatu, kdy je na celý systém nově nahlíženo, platí pro něj odlišná kritéria a dochází k úplnému přeskupení aktérů. Koncept byl sice samotným Hallem dále

rozpracován, ale i on sám přiznává, že jeho pozorování je zatíženo značnou dávkou abstrakce. Přesto může být Hallova kategorizace pouhým vodítkem. Pokud například dojde výzkum k závěru, že změny jednotlivých aktérů (3 ze 4) se odehrávají jen v 1. řádu, pak je nepravděpodobné, že by poslední z aktérů prošel komplexnější proměnou. Nelze to ale vyloučit.

Streeck a Thelen (2005, s. 12-14) ukazují příklady opravdu radikální změny – 1) *displacement* – nahrazení dosavadní struktury vztahů úplně jinou architekturou, 2) *layering* – překrytí dosavadního regulačního rámce novou úrovní, 3) *drift* – přeměna systému na základě výrazné vnější okolnosti, 4) *konverze* – podobná předchozímu procesu, ale jedná se spíše o výraznou změnu pravidel než změnu institucí a 5) *exhaustion* – úplné rozložení dosavadního systému a náhrada jiným. Tyto postupy už mají částečnou ambici i vysvětlit příčiny změny, ale nevysvětlují je podrobně. V uvedených pracích vysvětlují vždy primární příčinu, což není pro účely této práce uspokojivé. Např. za *drift* by mohlo být označeno zavedení možnosti volby pojišťovny a vysvětleno by to bylo proměnou politické konstelace. Co ale bylo příčinami proměny oné konstelace a kde se potřeba měnit systém vzala, tato metoda nevysvětluje. Pátrání po pouhé nejbližší příčině v tomto případě nedává smysl.

V poslední dekádě se uplatňují dvě skupiny přístupů, které šířeji vysvětlují systémové změny. První z nich se nazývá princip socioekonomické determinace a zavedl jej Paul Piersons, když se snažil vysvětlit příčiny proměn evropského hospodářství po ropných šocích. Jak poznamenávají Weisshaupt a Ebbinghaus et al. (2013, s. 281) může být tento princip využit i v aplikaci na německý model sociálního státu. Přístup nahlíží na systém jako na uzavřenou jednotku, která reaguje na vnější ekonomické stimuly, pokud jsou tyto dostatečně razantní. Pak jednotce nezbyvá než se v zájmu zachování nastavených vztahů urychleně redefinovat. Z mnou vybraných klíčových událostí se dá dobře aplikovat na moment č. 4, tedy sjednocení Německa. I zde ale musím ověřit, jestli se jednalo opravdu o redefinici na základě vnější události, či rezignaci na reformu a dobrovolné rozložení dosavadního pořádku, blížící se *exhaustion*, jak ho popisují Streeck a Thelen.

Nejšířeji je patrně možné ke zkoumání vlivu externích faktorů využít přístupu **aktérově orientovaného institucionalismu** (*Ansatz des Akteurzentrierten Institutionalismus*). Tento koncept uvedli do praxe Mayntz a Scharpf v roce 1995. Poté, co v rámci

výzkumu odezněla první vlna institucionalismu a všichni výzkumníci se začali věnovat naopak pouze vztahům mezi aktéry, dostala se diskuse, podobně jako v jiných oblastech politologie, k neřešitelné otázce, zda je důležitá struktura, nebo aktéři. Časově se tento koncept mimochodem kryje s nárůstem institucionalistických konceptů v ekonomii. Po relativním neúspěchu neoliberalismu těžícího z neoklasické mikroekonomie, která prakticky ignoruje rozměr institucí v systému (které jednají iracionálně, podle vlastní vnitřní logiky a ne nutně v souladu s individuálním optimem) nastoupila institucionální ekonomie. To mělo patrně svůj odraz i v tomto přístupu. Instituce a jednotliví skupinová aktéři⁹ tak v tomto konceptu jednají podle vnějších impulsů, ale ne zcela. Autoři doporučují zaměřit se jak na kontext, tak na předivo vztahů mezi aktéry a na jejich vnitřní strukturu. Aktéři se tak stávají závislou i nezávislou proměnnou současně. Impuls může být strukturami akcelerován, ale i zbrzděn (Mayntz a Scharpf, 1995, s. 45-47). Logika jednání jednotlivců uvnitř organizace může být z principu stejná jako u celku, ale vůbec být nemusí. Autoři upozorňují na důsledné rozlišování zejména v situacích víceúrovňového rozhodování – například Spolkový výbor lékařů a pojišťoven (*Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen*) hájí jiný zájem než např. jednotlivé pojišťovny, ty nehájí nutně zájmy překrývající se se zájmy jejich místních sdružení a samozřejmě ani ty nehájí zájmy všech svých členů, ale jen nějaké části určené vnitřními pravidly. Podobné zkreslení ostatně nabízejí výsledky libovolného volebního systému. Autoři jdou ovšem ještě dál a navrhují zkoumat „kvazi-skupiny“, které samy o sobě nemají schopnost v rámci systému účelně jednat, ale ovlivňují se (rodina, přátelé, dnes by do těchto sítí pravděpodobně zařadili skupiny na sociálních sítích). Tak hluboko ovšem ve svém výzkumu nezacházím.

Důležitým předpokladem jednání aktérů je ale racionalita. Autoři velmi potlačují význam nevědomých dopadů reformních kroků. Pokud mají aktéři sledovat své zájmy, nelze předpokládat, že by je uspokojila možnost volby, kterou nevyužijí. V mém výzkumu hraje racionalita aktérů zásadní roli – v případě hledání kroků, které vedly k větší samostatnosti, předpokládám zájem pojištěnců, a především schopnost nově nabytých možností využít.

Výše zmíněné rysy podle mého názoru mohou překlenout rozdíl mezi přístupy, které důvody změn spatřují jen v ekonomické oblasti, a naopak mezi aktérově orientovanými

⁹ Do definice aktérů podle Colemana (1974) spadají i pojišťovny, lékařská sdružení a další podobné skupiny.

přístupy, které v různých variacích stále zkoumají konstelaci aktérů a jí více či méně úspěšně vysvětlují jednotlivé reformní kroky nebo jejich nerealizaci.

V této práci jsou nejprve definovány role jednotlivých aktérů, a to jak formální, dané zákonem, tak jejich síla v rámci systému. Ačkoli je výchozí stav porovnáván s cílovým stavem, neprobíhá popis formou srovnání, ale spíše chronologicky, aby bylo pro čtenáře možné jednotlivé změny zachytit.

Klíčovým pojmem práce je změna. Tou rozumím 1) zákonné zavedení nové možnosti volby pro pojištěnce, 2) posun v četnosti určitého kroku (něco začali pojištěnci, pojišťovny, jejich svazy či stát provádět výrazně častěji), 3) zavedení nové instituce, která měla změnám napomoci.

Popis změn využívá přístupu Piersonse v tom smyslu, že sleduje, jak velkých segmentů pojištěnců, pojišťoven či společností se která změna týká či v jakých částkách se jednotlivé efekty pohybují. Na základě toho je stanovena jejich relevance. Oproti většině současných prací v tomto spárůji důležitou optiku, kterou je nutné posuzovat proporce změn. Jestliže je změna sice provedena, je mediálně silně akcentovaná, vyvolá nějakou kontroverzi, a nakonec i údajně vede k jakési optimalizaci, nelze ji považovat za klíčovou, pokud se dotkne nepatrné části pojištěnců, nebo vyvolá určité konání jen bezprostředně po svém zavedení a dále jej již nevyvolává. Podobně lze změnu hodnotit, pokud je její finanční dopad zanedbatelný. První kritérium tedy třídí změny na „malé“ a „velké“.

Druhým kritériem je zájem pojištěnců o změnu a její praktická využitelnost. Pokud je výsledným stavem změna, o kterou není zájem, a statistiky neukazují, že by byla využívána, opět tento krok nelze hodnotit jako podstatný.

Třetím kritériem je racionalita – pojištěnec musí být v tomto ohledu „zdravotně gramotný“ a vědět, jak a proč novou možnost využít. Na nutnost zvýšení zdravotní gramotnosti a dostupnost přehledných informací upozorňuje opakovaně *SVR-Gesundheit* ve svých doporučeních (v kapitole 4 popsáno podrobně). Vidí v nich nutný předstupeň k vytvoření systému založeného na odpovědnosti jednotlivce. Tento aspekt je nejvíce zohledněn v kapitole 3, která popisuje roli informací ve zdravotnictví.

Takto je zkoumána posloupnost změn a její následky v jednotlivých oblastech. Zdaleka ne všechny změny mají na pojištěncovo rozhodování vliv bezprostřední. Diferenciace

v odměňování ambulantních lékařů, hustota sítě nemocnic či zpřísnění některých norem pro poskytovatele zdravotní péče – to vše má vliv na možnosti rozhodování až v druhém sledu. Na základě výše popsaných Hallovyých kritérií je potom rozhodnuto, zda se jedná o změny prvního, druhého, či dokonce třetího řádu (ty jsou opravdu zcela výjimečné). Pokud celá oblast (stacionární či ambulantní péče, oblast léčiv) projde změnou nižšího řádu, je nepravděpodobné, že by role pojištěnce prošla změnou vyššího řádu. V každé situaci je to v rámci práce posouzeno zvlášť. Výsledky samozřejmě nejsou jednoznačné.

Kromě toho jsou v práci zkoumány dopady na ostatní aktéry. Je dobré si povšimnout, zda opatření neměla řádově větší vliv na ostatní aktéry a nevychýlila některou z rovnovah. Pak je totiž možné, že systém brzy zareaguje snahou vrátit se do původní rovnováhy (např. pokud některý z kroků vede k výraznému zhoršení finanční situace pojišťovny, k výrazně vyšší administrativní zátěži poskytovatelů péče nebo k nedostatku některého léčiva), pak je vhodné to z tohoto důvodu zohlednit.

Některé ze změn či jejich neuskutečnění je možné vysvětlit pomocí konceptů podle Streeck a Thelen. Jednotliví aktéři v systému mohli vytvořit blok proti změnám (a nabízí se otázka, kdo byl hráčem s právem veta). Jindy je možné uplatnit *drift* či *layering*. Často se však jedná především o *policy transfer* a inspiraci některou z politik jiných zemí.

Ke zkoumání změn jsou v práci využity zčásti sekundární zdroje, kde už je obvykle změna nějak interpretována. V takovém případě ji 1) zasazuji do širšího politického a ekonomického kontextu, 2) pokouším se vyčíslit, jak velkého segmentu aktérů se týkala. Podle toho ji zařazuji mezi významnější či méně významné. Vodítkem je při tom klasifikace nastíněná dále.

Práce podrobně analyzuje proměny poskytovatelů péče a ukazuje na nich, jak a proč se postupně měnilo soutěžní prostředí. Dosavadní práce formulují tuto souvislost poměrně vágně, jako kdyby spolu konkurence mezi praktickými lékaři a pojištěncovy volby nesouvisely. Jedno bez druhého má ale velmi omezený smysl – jedná se, jak uvádí Cassel et al. (2008), jedná se o dvě strany téže mince.

Jednotlivé zdroje jsou nastíněny v další podkapitole Současný stav bádání. I u nich hlídám výše uvedené tři okruhy a snažím se je zasadit do řetězce událostí vedoucího od impulsu ke konečnému dopadu. Během práce se stále častěji objevovala souvislost mezi

východoněmecký a západoněmeckým systémem, která vedla k nutnosti definovat dosažená prvenství východoněmeckého modelu zdravotnictví. Ty byly potom porovnány s dnešními tendencemi systému.

Na konci výzkumu jsou „sečteny“ změny, které vedly k vyšší či nižší samostatnosti v rozhodování pojištěnce a zároveň zhodnocena snaha v rámci systému posílit informovanost pojištěnce a jeho transformace v uvědomělého a racionálně jednajícího pojištěnce. V případě, že se oba procesy setkají a skutečně došlo k vytvoření nových možností pro pojištěnce, které byly rozumně využity, a navíc se tak stalo ve větší míře, znamená to, že se potvrzuje první část hypotézy.

Pokud se potvrdí obě části hypotézy, je možné přispět do debaty o směřování sociálního státu v Německu tvrzením, že Německo vykročilo směrem k liberálnímu či reziduálnímu sociálnímu státu, kde subsidiarita není jediným určujícím pojmem, ale soutěž je také významným prvkem. Znamenalo by to, že po více než století fungování v koridoru bismarckovského sociálního státu v oblasti zdravotnictví došlo ke změně paradigmatu. Německo, které svou dualitou veřejného a soukromého zdravotního pojištění, uspokojovalo oba segmenty společnosti a do jisté míry učinilo z obou částí systému prostor pro soutěž a svobodu volby, byť s určitými omezeními. Současně tak bude (pro sektor zdravotnictví) zodpovězena otázka, zda se jedná o oslabení, či dokonce demontáž sociálního státu a jeho nahrazení něčím jiným, jak naznačuje Schramm (2006).

Současný stav bádání

Současná debata o tom, zda a jak se systém zdravotnictví v Německu proměňuje, probíhá na několika úrovních. Je zde nutné uvést tři z nich. Na nejvyšší úrovni stojí otázka, zda celé německé hospodářství prochází podstatnou proměnou, nebo pokračuje ve vymezeném trendu, který byl nastaven už od Bismarckových časů (*Wandel x Kontinuität*). Pocit přítomnosti zásadních systémových změn není nový a je v německé diskusi přítomen prakticky permanentně. Např. Walter Eucken (2014), Hans Günter Hockerts (1983), Michel Albert (1992) nejnověji např. Katrin Mohr (2009) – ti všichni zastávali názor, že Německo bude v reakci na vnější impulsy (globalizaci, celosvětový útlum některých odvětví, nástup nových hospodářských velmocí) nebo z vnitřních příčin (demografický vývoj) nuceno přehodnotit svou hospodářskou strategii, aby

udrželo dosažený stav blahobytu. Werner Abelshausen (2014) do této debaty přispívá dlouhou historickou perspektivou a analyzuje jednotlivá období. Podle něj se v bismarckovském koridoru udržela jak hospodářská strategie založená na specifické formě korporativismu, sdílené etice a spolurozhodování (*Mitbestimmung*), tak sociální stát, který se s každou další výzvou dokázal redefinovat – Výmarská republika dala vzniknout pojištění v nezaměstnanosti (1927), doba hospodářského zázraku dynamické rentě (1957), ba i zákon o spolurozhodování (1976) vidí jen jako rozšíření skupin a problémů, na něž se sociální politika vztahuje. Jak je vysvětleno v úvodu této práce, sociální stát plní různé funkce. Podle Abelshausera (2014, s. 495) tak představovala sedmdesátá a osmdesátá léta nikoli první expanzi mimo zažitý rámeček, ale zároveň už se některá opatření vzdálila původnímu cíli sloužit hospodářství a jeho stabilitě, ale zvyšovala komfort jednotlivců v dalších oblastech. To pak zákonitě muselo vyvolat reakci v podobě hledání úspor. Abelshausen tedy řadí ekonomickou funkci sociálního státu na nejvyšší místo. Není překvapením, že jeho postoj k otázce, zda německé hospodářství setrvává na původní trajektorii, nebo se mění, zní: Německý sociální stát výraznou změnou neprojde, pokud se výrazně nezmění paradigma německého hospodářství. Dokud bude německé hospodářství založeno na prosazování společného zájmu každým aktérem a dokud bude hluboce eticky zakotvené, nebude se měnit ani jeho způsob prosazování ve světě (*Deutschland AG*).

Ačkoli bývala jako určité částečné odbourání sociálního státu označována éra Helmuta Kohla, dnes se většina autorů kloní k názoru, že se o žádný obrat nejednalo, někteří to dokonce naznačovali již během Kohlova působení (Adamy, 1986; Werding, 2008; Zohlnhöfer, 2013). Bandelow a Schubert (1998, s. 1) se soustředí na oblast zdravotnictví a popisují Kohlovu éru takto: Hodnoceno aktivitou a množstvím reform – zejména posledních šest let – patří k neplodnějším oblastem jeho politiky. Reformní kroky se dají počítat v tisících... Avšak charakteristika křesťanskodemokraticko-liberální politiky je její neschopnost reagovat na výzvy inovativním způsobem a strukturálními reformami.“ K odlišnému závěru dochází třeba Butterwegge (2013). Ten mimo jiné mluví o velké nepřipravenosti některých sektorů hospodářství a řady institucí na zásadní změny. Na rozdíl od výše uvedených ale mluví o diskontinuitě. Ukazuje se, že změny směřování celého systému jsou s odstupem nakonec hodnoceny jako menší, než se zdají v době zavádění.

Druhou rovinou diskuse je přímo změna systému zdravotnictví. Někteří autoři považují import liberálních prvků do systému za velmi těžký, ne-li nemožný, avšak spíše žádoucí. Schönbach (2015) to zdůvodňuje „hlučnou rovnováhou vzájemného vyhýbání se“, což je jeho popis trvalé „zamrzlé“ rovnováhy zájmových koalic uvnitř systému. Dotýká se tak příkladu, kdy větší volnost pojišťoven v poskytovaných službách už je neakceptovatelná pro levici a složitější výpočet vyrovnávání rizika (*Risikostrukturausgleich – RSA*¹⁰) už je nepřijatelný pro konzervativní strany. Autor nicméně končí optimisticky a říká, že skutečné zavedení soutěže je zkrátka běh na velmi dlouhou trať. Schnapp (2006) dokonce považuje dlouhodobou existenci odpovědnosti jedince za vyloučenou. „Každé solidárně organizované a financované povinné pojištění přenáší individuální životní rizika na společnost. Čím komplexněji jsou tyto systémy vybudovány, tím méně patrný je nutně prvek odpovědnosti jedince.“ Boroch a Michel (2007) poukazují na skutečnost, že pouze relativně malý segment pojištěnců má skutečně volbu mezi zákonným a soukromým zdravotním pojištěním.

Naopak Lauterbach a Lungen (2008) popisují (tehdy čerstvé) zavedení *Gesundheitsfondu*¹¹ jako „zintenzivnění soutěže pomocí lépe viditelné dodatkové prémie.“ Podle něj se obavy, že „skrze Gesundheitsfond bude opuštěna soutěž mezi pojišťovnami nejen neodůvodněná, ale naopak mylná (Lauterbach - Lungen, 2008, s. 12)“. Jak bylo nicméně uvedeno, Lauterbach je především dlouholetý politik SPD. Jacobs et al. (2008) považují rozšíření RSA za nutnou, nikoli postačující podmínku rozvoje skutečné soutěže. Bandelow a Hartmann (2014) v rozsáhlé analýze reformy z let 2009-2013 uvádějí: „Efekty několika zásadních reform provedených během tohoto období sledují záměry dané spornou tržní orientací liberálně-demokratického uvažování a dospěly k očekávaným výsledkům. Veřejností to ale zůstalo takřka nepostřehnuté a politická diskuse byla zcela odvedena od zdravotnictví. Nejambicióznějším projektem FDP a CDU bylo zavedení Gesundheitsprämie (jednotné, na příjmu nezávislé sazby zdravotního pojištění – pozn. aut.), ovšem CSU se postavila proti. Ostatní reformní kroky směřovaly spíše proti záměrům FDP.“

Pressel (2009) posuzuje transformaci sloučení svazů pojišťoven pod tzv. *Spitzenverband Bund* za odebrání moci pojišťovnám, ačkoli se tak stalo v rámci přijatého Zákona na

¹⁰ Koncept RSA a jeho vývoj je podrobně vysvětlen v kap. 1.

posílení soutěže v rámci zákonného pojištění. Cílem bylo dát jednotlivým pojišťovněm možnosti soukromých společností, narozdíl od jejich dosavadního postavení víceméně veřejných institucí.¹² Korte et al. (2012) považují reformní kroky CDU v sociální oblasti za silné, a to včetně zdravotnictví. Etgeton (2013) označuje reformy posledních vlád za nepatrné a nepředpovídají kompletní dokončení reformních kroků do konce ani v následujícím 18. volebním období. Podobného názoru jsou i Knieps a Reiners (2015, s. 315-316).

Dále jsou zde jednotlivé pole systému zdravotnictví, o nichž je dobré se zmínit. Co se týče trhu léčiv, hodnocení stále většího otevírání se německého trhu v rámci EU je nejednoznačné. Bungenstock (2010) uvádí klasický rozpor jednotné ceny, která může např. chudším zemím přinášet vyšší kvalitu, ale také nedostupnost některých léčiv. V oblasti zdravotní gramotnosti (*Gesundheitskompetenz*), kterou zkoumám v kapitole 3, je popsán stav diskuse mezi dvěma tábory – jeden (Abel, 2015; Nutbeam, 2000) tvrdí, že zdravotní gramotnost je speciální dovednost, která nemusí souviset se vzděláním a je tedy možné a žádoucí ji samostatně rozvíjet, jiní (Zarcadoolas et al., 2003) ji považují spíše za jednu z vrstev vzdělanosti. V Německu je recipován prakticky pouze první z názorových proudů.

Ve zkoumání systémových změn patrně nejdále postoupila Renate Reiter (2017). Ta využívá směs přístupů (výše zmíněný přístupů socioekonomické determinace, mocensky orientované přístupy, systém hráče s právem veta a dále také nové přístupy, mimo jiné i postup aktérově orientovaného institucionalismu). Jejím cílem je popis všech sociálních politik. Postupuje tak, že každou ze změn chce vysvětlit, ale hledá vždy jen první a nejjednodušší příčinu. Studie je sestavená pouze ze sekundární literatury a na systém zdravotnictví zde vědomě není uplatněn přístup socioekonomické determinace. Všechny reformy tak mají v očích autorky stejné proporce a stejný rozsah. Závěry, ke kterým tak dochází, jsou pak tímto přístupem poznamenány. Pokud lze vysvětlit neprůchodnost reformem jedním způsobem, autorka toto vysvětlení přijímá jako hotové. Ideologické koncepty jednotlivých politických stran jako by zde nehrály žádnou roli. Práce tak například dochází k paradoxnímu zjištění, že větší samostatnosti pojištěnci dosáhli v době sociálnědemokratických vlád. S ohledem na způsob, jakým autorka k tomuto

¹¹ Kompromisní nástroj, který pozměnil staletou tradici suverénního hospodaření s vybranými prostředky. Deficitní pojišťovny pak po přerozdělení mohou po pojištěnci požadovat doplatek, nebo mu naopak, v případě přebytku, vyplácejí prémii. Podrobně je systém popsán v kap. 1.

zjištění dospívá, je nutné se nad takovýmto závěrem podrobněji zamyslet. Já takový výsledek formuluji odlišně, a to v závěru této práce.

Charakteristika literatury a zdrojů

Jednou z prvních publikací popisujících systém zdravotnictví v Německu je monografie Nilse C. Bandelowa *Gesundheitspolitik: der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen?* (1998). Ta vůbec poprvé v německém prostředí popisuje strukturu zdravotnictví nejen „státovědním“, tedy právnickým způsobem, ale provádí analýzu fungování. Publikace bohužel patří k těm nemnohým použitým pro tuto práci, kde se autor pohybuje na hraně popularizační literatury. Přesto je kniha velmi cenná pro vytvoření představ o různých zájmových skupinách v rámci systému. Lze říci, že na ni daleko podrobnějším a dokonalejším způsobem navazuje dílo Rolfa Rosenbrocka a Thomase Gerlingera *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung* (2004). Kniha už seriózním způsobem zohledňuje zájmové skupiny, financování, relevanci politických stran, popis je nicméně statický.

Financování se nejpodrobněji věnuje publikace Karla Lauterbacha, Stephanie Stick a Helmuta Brunnera *Gesundheitsökonomie* (2006). Výrazně levicově orientovaný autor (a přední odborník SPD na zdravotnictví) K. Lauterbach hodnotí rozšiřování finanční základny a vzrůstající výdaje státu pozitivně, a to i za cenu schodkového financování, jinde operuje s velmi spornými multiplikačními efekty.

Cenným vodítkem se potom stala publikace Franze Kniepse *Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen* (2015) ve spoluautorství s Hartmutem Reinersem. Tato práce představuje „vybrané problémy“ německého zdravotnictví, jedná se tudíž ve své podstatě o sborník. Ten ve svém díle *Mythen der Gesundheitspolitik* (2012) promýšlí spojitost mezi výší zdravotního pojištění placeného zaměstnavatelem a snižováním konkurenceschopnosti německého hospodářství. Jeho dalším důležitým dílem je *Krank und Pleite. Das Deutsche Gesundheitssystem* (2011).

Všechny výše uvedené publikace jsou vesměs k vývoji systému poměrně málo kritické a lze říci, že vítají větší rozšiřování práv pojištěnců, směřování k jednotnému zdravotnímu pojištění a omezování soutěže zdravotních pojišťoven.

¹² Podrobněji viz kap. 1.

Některými specifickými fenomény systému zdravotnictví se zabývají další autoři. Stefanie Beck se jako téměř jediná systematicky zabývá lobbingem, přičemž v díle *Lobbyismus im Gesundheitswesen* (2014) zkoumá jednotlivé aktéry systému a jejich mocenské vztahy.

Mezi kritičtější práce lze zařadit *Sechzehn Jahre Deckelung der Krankenhausbudgets: Eine kritische Bestandsaufnahme* (2008) Michaela Simona a především díla Carlose Gebauera *Grenzen der Übermittlung von Patientendaten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse* (2003) a *Der Gesundheits-Affront* (2009). Druhé z nich nesplňuje všechna kritéria odborné literatury jedná se o jakousi esej.

Jako příklad ryze právníckého pohledu na systém lze uvést např. knihy Juty Krogull *Wettbewerbsstrukturen im Selbstverwaltungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung: Verfassungs – und gemeinschaftsrechtliche Vorgaben* (2008). Přerozdělování v rámci systému a některá jeho etická dilemata nastínil ve své disertační práci *Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen* (2000) Christian Klas.

Je důležité vzít na vědomí, že prakticky každý z výše uvedených autorů je silně spojen z jednou z politických stran, a dokonce v jejích barvách zastával významnou funkci. Od toho samozřejmě nelze odhlédnout a je to patrné již na kladení výzkumných otázek.

Pro účely této práce byly využity také obecnější publikace o německém sociálním státě autorů W. Abelshausera, C. Butterwegeh, F. Tennstedta, M. Simona, R. Heinzeho, R. Zollnhöfera, U. Kostka, M. Schramma, J. Bungenstocka a dalších.

Stacionární péči a její historii se věnují Michael Simon – *Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung* (2000), Carlos Gebauer – *Grenzen der Übermittlung von Patientendaten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse* (2003) - nebo Kyrill Makoski – *Kirchliche Krankenhäuser und staatliche Finanzierung. Geschichte, Ausgestaltung, verfassungsrechtliche Anforderungen* (2010). Financování nemocnic shrnul Karl Lauterbach ve své publikaci *DRG in deutschen Krankenhäusern. Umsetzung und Auswirkungen* (2003).

Přístupy jednotlivých politických stran kolem přelomu tisíciletí zkoumá Fritz Beske - *Reformen im Gesundheitswesen: Aktuelle Vorschläge aus Politik, Wirtschaft und*

Gesellschaft (2001). Zatímco *Ausgestaltung und Sozialpolitische Auswirkungen des Kopfpauschalensystems in der Schweiz* (2005) Jürgena Wasema je možné řadit ke střizlivějším studiím o možných podobách příjmové stránky systému, několik drobnějších děl Karla Lauterbacha možnost paušálních plateb zcela odmítá.

Transformaci východoněmeckého systému v ambulantní oblasti se velmi detailně věnovala publikace Jürgena Wasema *Vom Staatlichen zum kassenärztlichen System. Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland* (1997). Nutno říci, že v takové šíři žádná současná publikace tuto látku nezpracovává, přičemž se v současné době toto téma, s ohledem na rozvoj poliklinik, nabízí.

Řadou poznatků o vztazích mezi smluvními lékaři přispěla práce A. Wahla *Kooperationsstrukturen im Vertragsarztrecht* (2001).

Historickou perspektivou zdravotnictví se zabývá např. A. Labisch, R. Spree, F. Tennstedt, G. Vogt, nebo J. Wasem.

Co se týče periodik, nejvíce byly využity články z německého časopisu *Gesundheits- und Sozialpolitik*. Jedná se o odborné články k často velmi specifickým tématům, nicméně výjimečně se zabývají i celým systémem. Pro kapitolu týkající se zákonných zdravotních pojišťoven byly využity zejména články Weber, G.: *Wechseldynamik, Wechslerprofile und Motive der Kassenwahlentscheidung. Empirische Befunde zum Konsumentenverhalten in der gesetzlichen Krankenversicherung* (2006), Schönbach, K.: *Wettbewerb in einem korporatistischen System mit Kontrahierungszwang: Ein Fehlversuch?* (2015). Problémem časopisu je jeho relativně vysoká cena a nedostupnost v ČR (bezplatný přístup nabízí jen některé knihovny v Německu).

Významným zdrojem velmi podrobných informací, sloužících primárně pro každodenní praxi zdravotnického personálu, byl *Deutsches Ärzteblatt*, který jsem měl možnost po několik let odebírat.

Pro kapitolu týkající se zdravotní gramotnosti byla využita řada článků nejen německých autorů, ale také řady amerických či švýcarských, a to zejména Thomase Abela, Kathrin Sommerhalder, Doris Schaeffer, Dona Nutbeam, Cristiny Zarcadoolas, Kristine Sørensen či Jürgena Pelikana. Vesměs se jedná o články z *International Journal of Public Health* a *European Journal of Public Health* (které patří k těm vůbec

nejvíce prestižním v oboru veřejného zdravotnictví) a dále z několika odborných časopisů z oblasti psychologie a pedagogiky.

Pro účely doplnění pohledu veřejnosti na některé z reformních kroků jsou použity deníky, nejčastěji *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, které poskytují obvykle poměrně podrobný rozbor dané problematiky a neomezují se jen na čtenářsky atraktivní zkratku.

Významnými dále byly články z časopisů *Journal für Sozialforschung*, *Medizinisches Recht*, *Sozialer Fortschritt*, *Health Promotion International*, *Vierteljahrhefte für Wirtschaftsforschung*, *Journal of Health Economics* a *Journal of Medical Economics*. Jedná se v daných oborech o velmi kvalitní časopisy, některé (například *Medizinisches Recht*) jsou opravdu striktně neutrální a co se týče reformy zdravotnictví v Německu, nefavorizují ani jednu ze stran debaty. To o „velkých“ časopisech jako *Gesundheits- und Sozialpolitik* nebo *Deutsches Ärzteblatt* nelze jednoznačně říci. První jmenovaný již s ohledem na hlavní autory a redaktory obvykle favorizuje sociálnědemokratický přístup. Druhý jmenovaný oproti tomu hájí zájmy lékařů. Všechny tyto časopisy jsou zpoplatněné, přístup k nim mi byl umožněn díky pobytem na HHU Düsseldorf, a v nemocnicích Charité a Virchow-Klinikum v Berlíně.

Práce využila velkého množství různorodých zdrojů. Některé z nich jsou na pomezí sekundárních – jedná se zejména o sborníky odborných grémií (např. SVRKAiG, resp. SVR-Gesundheit¹³), nejrůznějších platforem pojišťoven a jejich svazů, případně organizací poskytovatelů péče. Ve velké míře byly využity zejména výroční sborníky SVRKAiG pro roky 1991, 2003 a 2012. Tyto obsáhlé publikace zpravidla nabízejí jak řadu statistik, tak soubory doporučení odborníků k jednotlivým problémům. Materiál SVRKAiG je každoročně prezentován v rámci Spolkového sněmu. Některé z ročenek mají podobu tištěných publikací, některé jsou dohledatelné jako součást protokolů ze zasedání Spolkového sněmu.

Značnou šíři publikací zajišťuje AOK a svazy pojišťoven. Pro práci byl opakovaně využit jejich každoroční *Qualitätsbericht*. Dále se jednalo o výroční zprávy a poziční dokumenty platforem jako Společnost na ochranu lidských práv, Spolkový svaz soukromých klinik, Společnost center zdravotní péče, Svaz farmaceutického průmyslu,

¹³ Sachverständigenrat Gesundheit je odborným poradním orgánem Spolkového ministerstva zdravotnictví na základě § 142 SGB V.

Nezávislé poradenství ve zdravotnictví a dalších. Jejich charakteristika je uvedena v příslušných kapitolách.

Významným zdrojem byly jednotlivé volební programy a koaliční smlouvy CDU, CSU, FDP a SPD, zejména z roku 2009, kdy byla konstituována vláda CDU/CSU a FDP. K analýze jednotlivých reformních kroků a jejich zdůvodnění byly použity předkládací zprávy k jednotlivým zákonům a doporučení Výboru pro zdravotnictví Spolkového sněmu.

K zodpovězení mnoha otázek byly nezbytné statistiky Spolkového statistického úřadu (*Statistisches Bundesamt*). Ty jsou členěny jak tematicky, tak na statistiky okamžité, dlouhodobé a srovnávací. Velká část z nich je zpřístupněna pouze za poplatek. Podobně tomu je u druhého velkého německého soukromého statistického serveru *Statista*, který je provozován od roku 2007. Statistiky jsou obecně považovány za velmi solidní, v posledních letech dokonce server získal řadu prestižních ocenění. Hojně využívány byly informace ze stránek Spolkového ministerstva zdravotnictví, jednotlivých pojišťoven a jejich svazů a stránky lékařských svazů. Problém, se kterým je nutné se neustále vyrovnávat, jsou často odlišné metodiky zpracování v jednotlivých letech. Pokud se meziročně změnila metodika a údaje výrazně nesedí, snažil jsem se to v práci buď zdůraznit, nebo statistiky v tomto duchu přepočítat. Někde je k tomu snadný postup, někde by byl v principu nemožný bez velkého množství dalších dat.

OECD zpracovává systém zdravotnictví v Německu každý rok. Výsledkem je řada indikátorů vhodných ke srovnání s ostatními vyspělými zeměmi. Pokud je v práci srovnáváno s ostatními zeměmi, tyto statistiky jsou v podstatě bezkonkurenční, v menší míře je potom využito statistik WHO. Je však nutné s těmito ukazateli zacházet s vědomím, že v různých zemích nabývají poněkud odlišného významu – např. akutní lůžka v Německu, ve Francii či USA mají odlišný charakter. Dva z ročníků (2005 a 2012) byly poněkud podrobnější, zde bylo možné srovnat i zajímavější kritéria, jako např. přesně specifikované výdaje.

Z dalších zdrojů je možné jmenovat odborné příspěvky na stránkách Spolkového ministerstva financí, *Bundeszentrale für Politische Bildung*, *Max Planck Institut für Bildungsforschung* a *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZfGA)*.

Citovaná ustanovení *Sozialgesetzbuch V* (popřípadě dalších knih *Sozialgesetzbuch*) pocházejí ze znění k 16. březnu 2015 (44. vydání), pokud není vysloveně uvedeno jinak.

V jednom případě, jako informační podklad k datům o zdravotnictví v bývalé NDR, je použit materiál *Gesellschaft zum Schutz von Bürgerrecht und Menschenwürde e. V.*, která je kontroverzní organizací s vazbami na bývalé představitele komunistického režimu. S tímto vědomím je ke zdroji přistupováno.

Struktura práce

V kapitole 1 je podrobně popsán systém zdravotnictví v Německu. Je definován systém, v jehož rámci se pojištěnec pohybuje. Vysvětleny jsou zde role státu na různých úrovních a především systém veřejného pojištění. Práce se systematicky nezabývá soukromým pojištěním, protože jeho detaily neurčuje stát, spíše jen vymezuje soutěžní prostor. Vzhledem k jednotlivým bodům hypotézy této práce představují cesta ke svobodné volbě pojišťovny a další diferenciaci pojišťoven zásadní impulzy. Kapitola zkoumá současně příčiny těchto změn a zasazuje je do širšího politického a makroekonomického rámce. Pozornost je věnována sdružování pojišťoven a formám přenosu státní odpovědnosti na samosprávné aktéry.

V kapitole 2 jsou postupně charakterizováni jednotliví aktéři – poskytovatelé stacionární péče, ambulantní péče a jednotlivé instituce, ve kterých jsou sdruženy. Do kapitoly je rovněž zařazena analýza trhu s farmaceutickými produkty, byť výzkum v této oblasti není primární otázkou této práce. Přesto i zde jsem měl snahu načrtnout některé tendence, které dávají další pohled na vývoj role pojištěnce. Práce postupuje jak podle jednotlivých struktur, tak chronologicky, a to tam, kde je potřeba sledovat dynamiku. Účel kapitoly je dvojitý – jednak musí poskytnout čtenáři informace o poměrně komplikovaných problémech a vyjasnit základní pojmy několika paralelních debat v rámci systému, jednak sleduje tendence ve vývoji struktur, které jsou pomyslnou druhou stranou mince k pojištěncově samostatnosti v rámci pojištění. Bez diferenciaci poskytovatelů péče, bez odlišných doplatků za léky a bez smluvní volnosti pojišťoven by nebyl ani svobodný pojištěnec. Proměna každého z aktérů se tedy v druhém sledu odráží i v roli pojištěnce. Na konci kapitoly je potom shrnut výsledek působení těchto změn.

V kapitole 3 je postupováno chronologicky a je popsána historie konceptu informovaného pojištěnce v rámci systému. Práce zachycuje jak období, kdy role informací v systému takřka nebyla zkoumána a jednotlivé vlády jen občas realizovaly některé z projektů, bez zásadní koncepce. V posledních letech však došlo k překotnému

zkoumání zdravotní gramotnosti jako klíčového prvku moderního systému zdravotnictví. Závěr kapitoly přináší zhodnocení vývoje a naznačuje diskusi, zda se pojištěnec stal racionálně vybírajícím aktérem.

Kapitola 4 se nejprve stručně vypořádává se změnami, které přineslo sjednocení Německa. Popsán je výchozí stav obou systémů a jejich sloučení, resp. transfer západoněmeckého modelu do bývalé NDR. Analyzovány jsou příčiny výsledného stavu. Na počátku tisíciletí se však inspirace NDR vrací v jiné formě a kapitola hledá odpověď na otázku, zda se nové formy zásadním způsobem prosazují a co je jejich hlavním hnacím motorem. Analyzováno je především, zda nové formy, zejména Centra zdravotní péče, naplňují cíle, se kterými byla založena.

Závěr práce je syntézou poznatků z jednotlivých kapitol – dohromady je vytvořena mozaika proměn pojištěnce z jednotlivých pohledů – ve vztahu k pojištění, ve vztahu k lékařům a nemocnicím, ve vztahu k novým formám péče a současně jak moc se pojištěnec změnil po stránce informovanosti, resp. jakou formou se to stát pokusil ovlivnit. V závěru jsou zjištěné poznatky diskutovány, je vyhodnocena hypotéza a je zodpovězena výzkumná otázka, jak a proč se proměnila role pojištěnce v rámci systému, což je jedna z podmnožin debaty o proměně (či konzervaci) modelu sociálního státu v Německu. Závěry jsou taky v dílčích případech konfrontovány s dosavadní literaturou a je poukázáno na některé rozdíly.

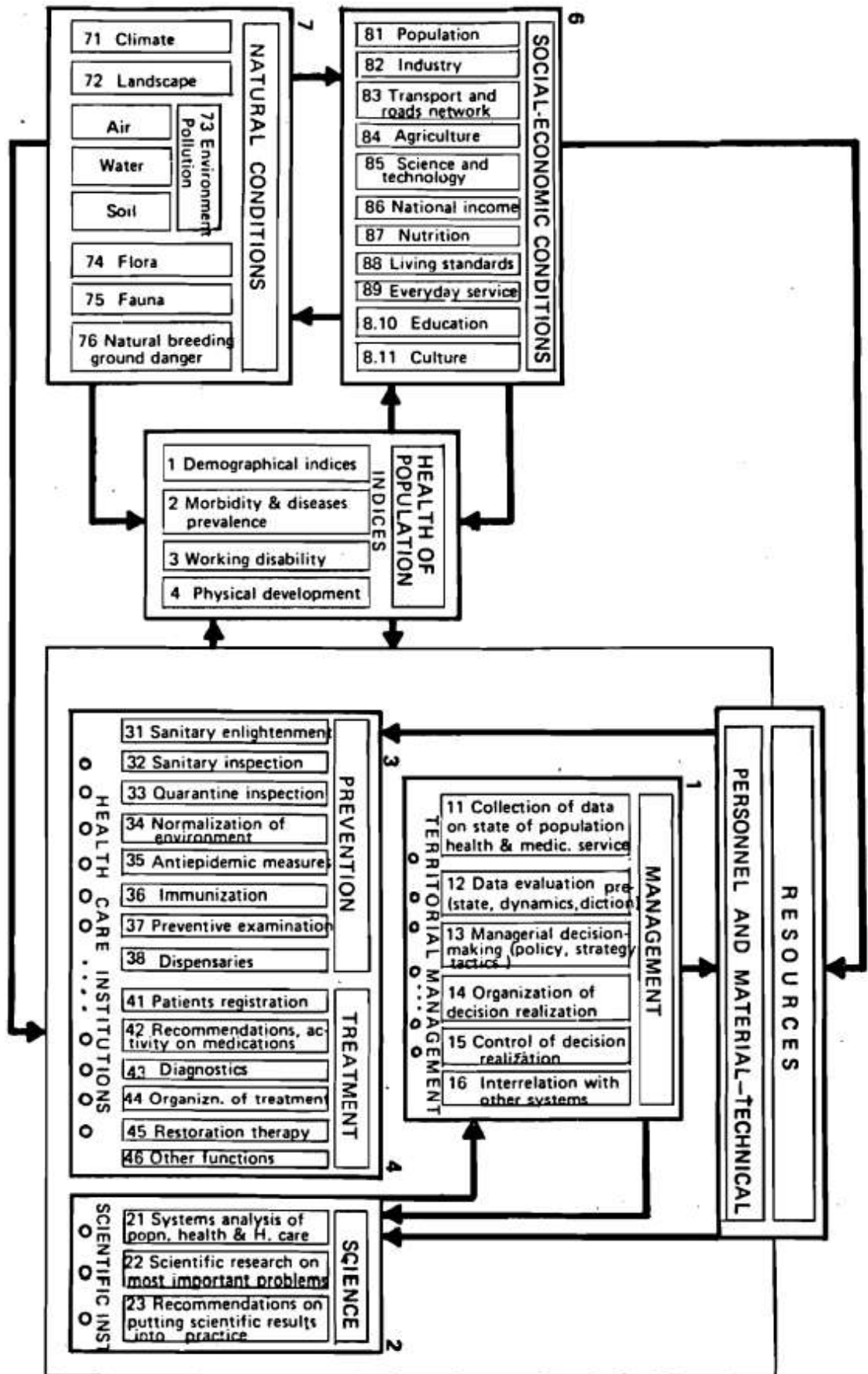
1. Systém zdravotnictví

1.1. Aktéři systému

Tato práce se zabývá systémem zdravotní péče (*Gesundheitssystem, Health Care System*) ve Spolkové republice Německo. Samotný objekt výzkumu je oblastí, která byla již v minulosti definována mnohým způsobem, a i v současnosti existují různě široká vymezení tohoto systému.

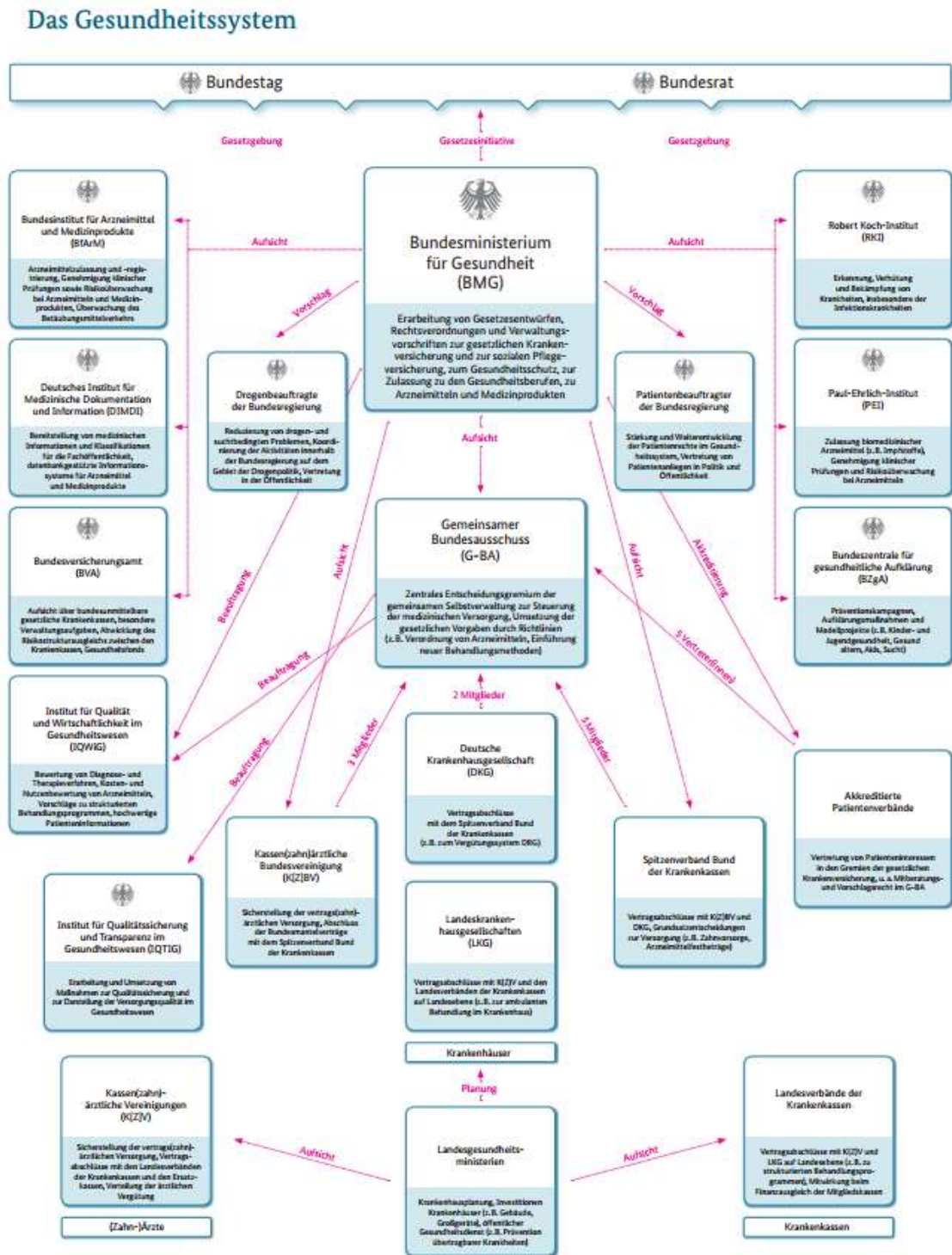
Široce definuje systém zdravotní péče Světová zdravotnická organizace (WHO). Podle ní se systémem zdravotní péče rozumí „všechny aktivity, jejichž hlavním cílem je podporovat, navrátit nebo uchovat zdraví.“ (World Health Organization, 2000, s. 7) Dle této definice by se jednalo o všechny vědomé činnosti, které zvyšují lidské zdraví. Nevešly by se do ní tedy nejen činnosti nevědomé, ale rovněž činnosti s negativním dopadem. Nicméně Rolf Rosenbrock ve své definici politiky zdravotnictví (*Gesundheitspolitik*) zdůrazňuje, že se jedná o činnosti vědomí i nevědomé (Rosenbrock-Gerlinger, 2004, s. 3). Do systému zdravotnictví ovšem samozřejmě zasahují i činnosti, které mají svůj původ mimo tento systém (Kühn, 2000, s. 145). Metody, které tyto vlivy zkoumají, pak využívá i tato práce.

Vůbec nejširší definici pak zavedl International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA), který za systém zdravotní péče považoval souvislosti mezi zdravotnictvím, společností a životním prostředím (Shigan et al., 1979). Ve své době znamenalo toto rozšíření definice průlom v oblasti zkoumání systémů zdravotní péče. Je ovšem patrné, že takto široká definice s sebou nese značné metodologické problémy.



Obr. 1: Systém zdravotní péče podle Venedictova (1977). Zdroj: IIASA

Velmi úzce naopak systém zdravotní péče definuje Spolkové ministerstvo zdravotnictví (BMG). Ve svém oficiálním schématu do systému zahrnuje pouze instituce a jejich činnosti a vzájemné vlivy, nikoli však veškeré zájmové skupiny, soukromý sektor a svépomoc pacienta (*Selbsthilfe*). Tento pohled představuje právní vymezení a těžko by mohl sloužit výzkumným účelům. Definici ukazuje následující obrázek:



Obr. 2: Systém zdravotní péče v SRN. Zdroj: Spolkové ministerstvo zdravotnictví (www.bmg.bund.de)

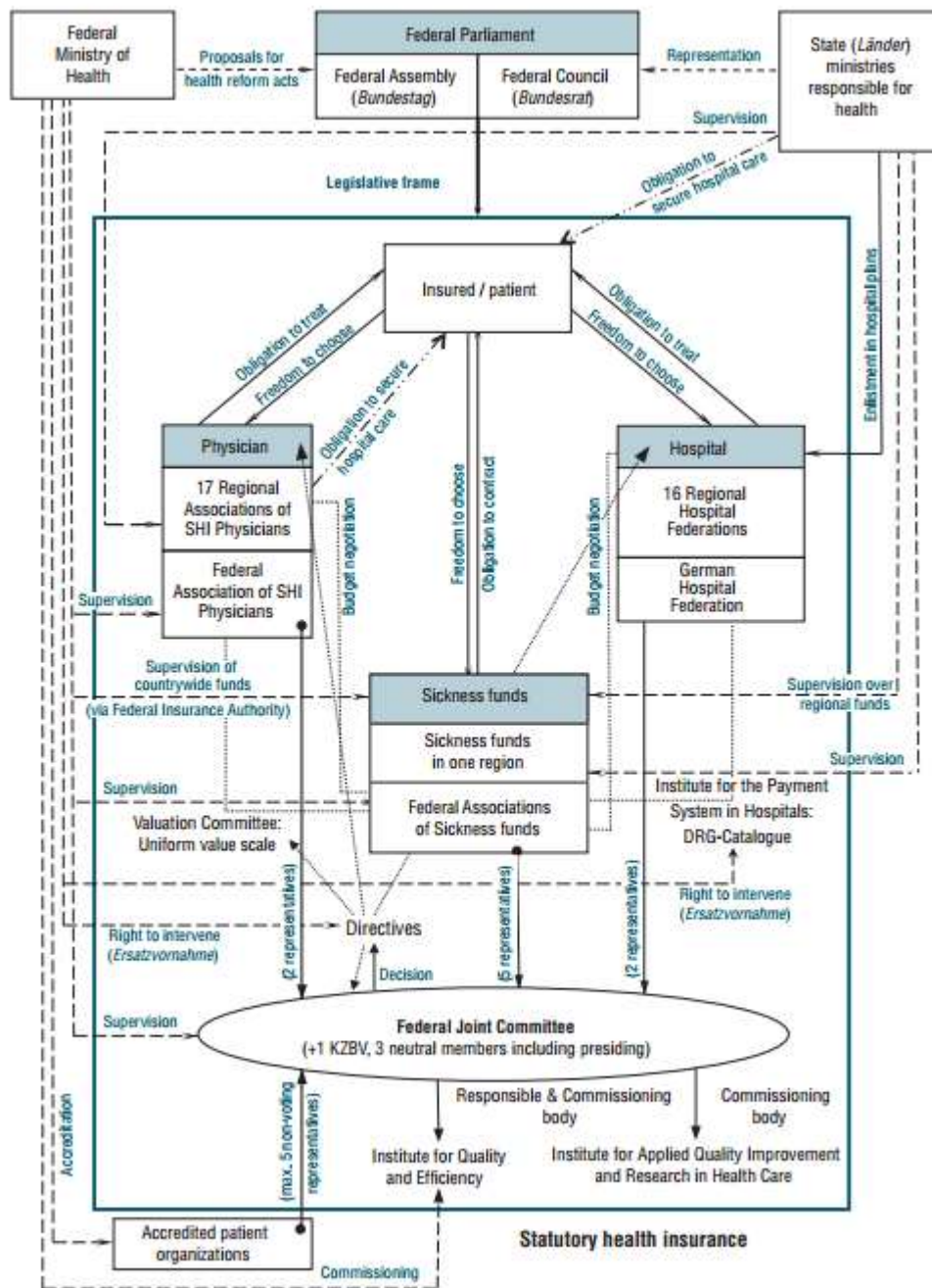
Pro účely této práce bude využita převážně definice užší, která zahrnuje instituce určené BMG, avšak s rozšířením o osoby v systému, tedy jednotlivce. Tato práce zkoumá jednotlivé prvky systému, ale v souvislostech s některými prvky mimo něj. Současně se věnuje pouze polím, která jsou ovlivňována institucemi (blíže viz následující kapitolu).

V naprosté většině případů, které práce zahrnuje, splývají jednotlivci s pojištěnci (situací nepojištěných občanů, cizinců či např. osob pohybujících se ve dvou systémech zdravotní péče současně se tato práce podrobněji nezabývá). Pojištěnci pak na mnoha místech splývají s pacienty. Každý pojištěnec je potenciálním pacientem (Klas, 2000, s. 4).

System zdravotní péče je objektem výzkumu přibližně od konce 70. let, kdy jej jako první začal zkoumat zmiňovaný IIASA se sídlem ve Vídni. Díky poloze sdružoval výzkumné zájmy jak západního, tak východního bloku a analýzu systémů zdravotní péče pojímal velmi široce a neutrálně vzhledem k ideologickým základům systému. V SRN se systémem jako první zabýval *Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung* v Kolíně pod vedením Friedricha Wilhelma Schwartze (Schwartz – Badura – Blanke, 1995). Jak je patrné z názvu, institut se nevěnoval systému v plné šíři, ale soustředil se úžeji na oblast praktických lékařů. Studium systému se pak stalo předmětem činnosti Institutu pro výzkum systému zdravotnictví v Kielu (IGSF) pod vedením Fritze Beskeho. Výzkum byl ovšem omezen na spolkovou zemi Šlesvicko – Holštýnsko (Beske, 1978). V roce 1978 vznikl v rámci Společnosti pro výzkum životního prostředí (GSF, dnešní Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren) *Institut für medizinische Informatik und Systemforschung*.

Již od osmdesátých let byla zkoumána politika zdravotnictví, zejména s ohledem na úsporná opatření (tzv. *Kostendämpfungspolitik*)(Schwefel et al., 1986).

Nejdůležitější aktéři a vztahy mezi nimi mají často podobu trojúhelníku, čtyřúhelníku či pětiúhelníku. Např. podle WHO jsou jimi pojištěnci, pojišťovny, lékaři a nemocnice a nad těmito aktéry stojící stát (vláda, parlament a jednotlivé země).



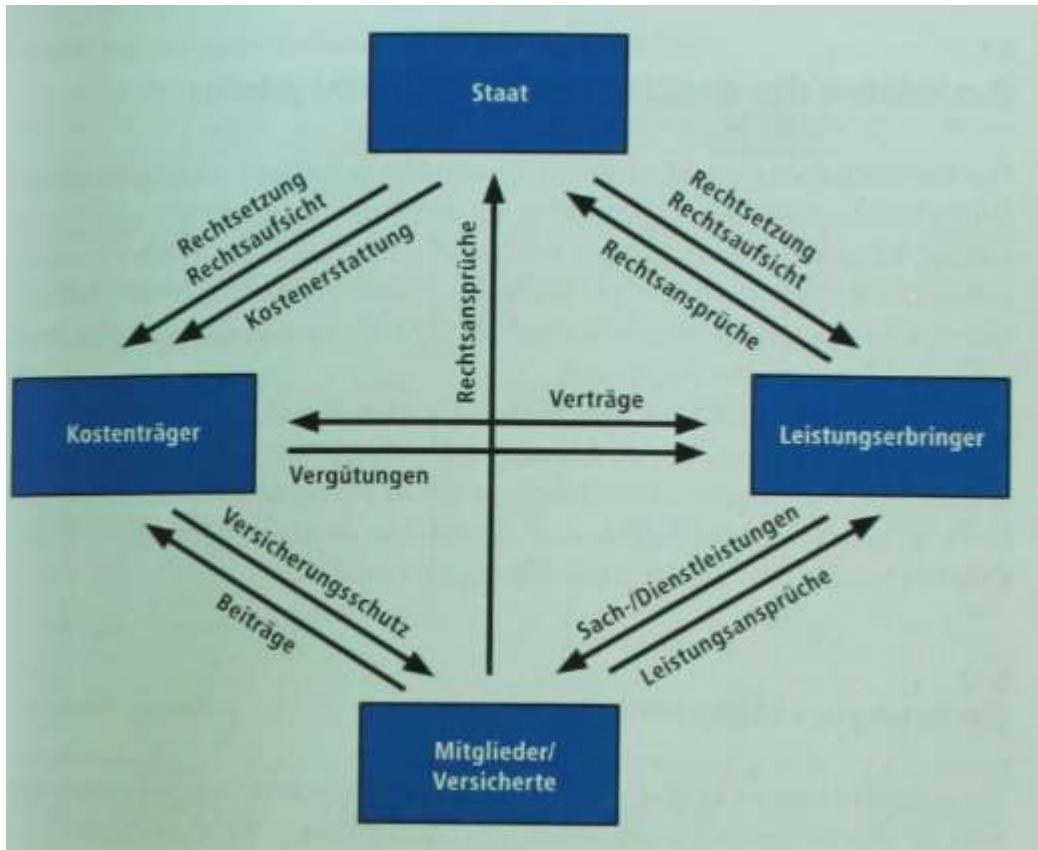
Source: Based on Busse & Riesberg, 2004.
 Note: KZBV: Federal Association of SHI Dentists.

Obr. 3: Aktéři systému zdravotní péče v SRN. Zdroj: Busse, R., Blümel, M.: Germany: Health system review. Health Systems in Transition, WHO: 2014

Podobné schéma používají i rakouští výzkumníci, např. Fischer a Lamping. V tomto schématu je ale na rozdíl od nich rozlišen odlišný a často protichůdný zájem praktických lékařů a nemocnic.

Významný teoretik německého zdravotnictví Nils Bandelow (1998, s. 95) definuje jako aktéry stát, pojišťovny, svazy pojišťoven, lékaře, nemocnice a jejich svazy a rovněž odbory a svazy zaměstnavatelů.

Michael Simon (2010) ve své známé práci operuje s klasickým čtyřúhelníkem – stát, pojištěnci, pojišťovny a poskytovatelé péče.



Obr. 4: Aktéři systému zdravotní péče v SRN. Zdroj: Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3. Auflage. Bern.

Tento model (obr. 4), stejně jako řada odvozených, pracuje s pojištěncem jako samostatným aktérem. Tato práce využívá Simonův model, avšak se zohledněním duality stacionární a ambulantní péče (jako u Busseho), protože právě tato dualita je pro německý systém zdravotní péče charakteristická. Standardní učebnice ekonomie zdravotnictví uvádí, že „v Německu panuje silné sektorové oddělení péče o pacienta v ambulantní a stacionární oblasti, přičemž ambulantní ošetření se využívá přednostně“ (Lauterbach – Stock – Brunner, 2009, s. 140). Z tohoto důvodu je pro účely této práce systém zdravotní péče určen těmito aktéry: (1) stát (zahrnující všechny tři druhy moci a spolkovou i zemskou úroveň), (2) nositelé nákladů, tedy veřejné zdravotní pojišťovny (soukromému pojištění je z výše uvedených důvodů věnována jen okrajová pozornost),

(3) poskytovatelé péče (stacionární včetně zaměstnaných lékařů a ambulantní) a (4) pojištěnci.

1.2. Spolkové ministerstvo zdravotnictví

Nejvyšším orgánem státní správy odpovědným za politiku zdravotnictví je Spolkové ministerstvo zdravotnictví (*Bundesministerium für Gesundheit – BMG*). To má na starosti zákonodárnou iniciativu, vydávání vyhlášek a řízení samosprávy svazů v oblasti zdravotnictví. Uděluje také licence k novým formám zdravotní péče. Bylo založeno v roce 1961, ale již o osm let později bylo sloučeno se Spolkovým ministerstvem pro rodinu a mládež. Agenda zdravotního pojištění byla celá převedena pod Ministerstvo práce a sociálních věcí. Ke změně došlo až v roce 1991, odkdy již ministerstvo funguje kontinuálně, s jednou drobnou výjimkou. Většina autorů tvrdí, že účelem vyčlenění nového ministerstva bylo především další vládní křeslo pro tehdejší koaliční CSU (Reiners-Knieps, 2015; Bandelow, 1998). Mezi lety 2002 a 2005 byla naopak k ministerstvu přičleněna agenda sociálního pojištění a úřad nesl název Ministerstvo zdravotnictví a sociálního pojištění. Kromě výše uvedených činností ministerstvo realizuje řadu programů obecného zdraví, přímo jmenuje své zástupce do nejrůznějších kontrolních orgánů a v řadě případů také určuje jejich rozpočet.

Spolkovému ministerstvu zdravotnictví je podřízeno několik resortních organizací – Institut Roberta Kocha, který se zabývá nebezpečnými infekčními chorobami, Institut Paula Ehrlicha pro biomedicínu a očkovací látky, Spolková centrála pro zdravotní osvětu (*BfgA*, viz kapitolu 3), Spolkový institut pro léčiva a zdravotní produkty (*BfArM*) a Institut pro zdravotní dokumentaci a informace (*DIMDI*) (Spolkové ministerstvo zdravotnictví [3]).

V čele ministerstva stojí ministr, člen vlády. Dále je ministerstvo řízeno dvěma parlamentními státními tajemníky a podřízeni jsou mu také dva zvláštní pověřenci – pro péči o pacienty a pro drogovou prevenci. Ministerstvo je členěno na sekce a odbory, a to standardním způsobem jako jiná ministerstva.

Kromě výše popsané změny vykazuje ministerstvo v posledních 30 letech stabilitu v agendách, svém směřování i určité prestiži. Ministerstvo v řadě případů postupně vyklidilo pole a některé své činnosti delegovalo na samosprávné jednotky systému, jako

zejména Společný spolkový výbor (G-BA). Toto předání pravomocí je vyváženo o to přísnějším vymezením činností G-BA zákonem.

Čím dál větší roli hraje v systému detail a jednotliví odborníci na velmi konkrétní segmenty. Znalci prostředí ministerstva často mluví o jednotlivých referentech, kteří se (paradoxně) stávají klíčovými tvůrci rozhodnutí.

1.3. Zemská ministerstva

Ministerstva zdravotnictví jednotlivých spolkových zemí vykonávají činnosti v těch oblastech, kde je podle článku 74 Základního zákona sdílená pravomoc, a dále činnosti, které přísluší pouze zemím. Ve většině spolkových zemí je resort zdravotnictví spojen s jiným resortem, často s ochranou spotřebitele nebo životním prostředím. V průběhu posledních dvou desetiletí se jednak zmenšil, jednak reálně ztratil na významu okruh činností, který spadá do 1. kategorie. Čistě v kompetenci zemí jsou pak zejména: 1) výkon dohledu a personální obsazování v zemských svazech pojišťoven, poskytovatelů péče a dalších samosprávních orgánů, 2) zřizování a provozování veřejných nemocnic, 3) dohled nad institucemi Veřejné zdravotní služby (Bundeszentrale für politische Bildung [3]).

Zřizování a provoz nemocnic je stále nejvýznamnější agendou zemských ministerstev zdravotnictví. Financování jejich chodu včetně nákupu vybavení probíhá plně z rozpočtu zemí. Přesto relativní váha tohoto úřadu klesá, uvážíme-li skutečnost, že v roce 1991 bylo v zemských rukách 96 % všech lůžek ve všeobecných zemských nemocnicích, zatímco v roce 2014 už to bylo jen 81 % (Statistisches Bundesamt, 2011).

Nejvýznamnější roli hrají zemská ministerstva při vytváření pozic pro hlasování Spolkové rady. Všechny spolkové zákony regulující činnosti ve stacionárním sektoru vyžadují souhlas Spolkové rady, kde je k prosazení jakéhokoliv reformního kroku nutná většina hlasů. Tato skutečnost je obvykle jednou z klíčových brzd větších reforem (zejména v 90. letech liberálně-konzervativní vlády narážely na odpor spolkových zemí), ale současně vytváří tlak na konsensuální pojetí reforem.

Významnou konzultační roli plní Konference ministrů zdravotnictví zemí (*Gesundheitsministerkonferenz der Länder - GMK*), která se schází jednou ročně v jedné ze spolkových zemí. Závěry této konference často tvoří argumentační základnu pro spory v rámci Spolkové rady.

Zemská ministerstva hrají důležitou roli především v rozhodování o zemských nemocnicích. Ačkoli podíl státních nemocnic setrvale klesá, stále je dost vysoký a není možné s jistotou tvrdit, že by soukromý sektor ve stacionární péči hrál dominantní roli. O fungování nemocnic je pojednáno v kapitole 2.

Spolková rada sehrála několikrát v historii podstatnou roli při hlasování o reformách týkajících se zdravotnictví. Mohla by být, v souladu s přístupem Mayntz-Scharpf, označena za hráče v systému s právem veta.

1.4. Spolkový sněm

Spolkový sněm hlasuje o zákonech v oblasti zdravotnictví předložených spolkovou vládou, poslanci nebo skupinou poslanců, vždy po předložení Výboru pro zdravotnictví. V něm zasedá zpravidla kolem 40 poslanců podle jednotlivých frakcí. Zdravotnictví má jednu z nejvyšších frekvencí předkládaných návrhů zákonů – během uplynulého období to bylo plných 133 návrhů. Největší část zákonů se týká dozoru nad veřejnými zdravotními pojišťovny, dále se jedná o katalog služeb pojišťoven a až poté následují regulace léčiv a zdravotnické techniky.

Stejně jako u ostatních výborů, i zde končí proces projednávání předložením zprávy a doporučení pro hlasování v plénu. Často je výbor dotazován k pouhé konzultaci určitého problému. Zástupce každé z frakcí se také stává odborným zástupcem pro přípravu předloh výboru pro zdravotnictví v rámci Evropského parlamentu (Deutscher Bundestag [8]). Funkce jednotlivých politických stran je nastíněna v úvodu a částečně v jednotlivých kapitolách.

Přestože ovlivňování legislativních procesů není předmětem této práce, je nutné alespoň stručně vyložit fenomén lobbingu v německém zdravotnictví, protože bývá v posledních dekádách stále více v popředí zájmu a vliv zájmových skupin v této formě je považován za zásadní. Je ovšem velmi nesnadné a analyticky těžko uchopitelné získat o lobbingu jasné závěry, protože většina jednání probíhá některou ze skrytých forem. Přesto se pokusím načrtnout aspoň nejzásadnější trendy v této oblasti.

1.5. Lobbying

Jako lobbying je obecně v marketingové teorii označována legitimní forma zastupování zájmů, která se cíleně zaměřuje na ovlivnění určitého problému, která ale zároveň

obsahuje komplexní strategii veřejného vystupování a rozvíjení kontaktů mezi politickou sférou a společenskými skupinami (Kleinfeld et al. 2007, s 10). Definice lobbingu se v německém prostředí stále vyvíjí (Wehrmann, 2007, s 58). Lobbing je součástí public affairs (Kunczik, 2010, s. 24). Jak uvádí Rudolf Speth (2004), stírá se v posledních letech hranice mezi politickým poradenstvím a lobbingem. Zatímco ale politické poradenství je z povahy věci ideově neutrální, lobbing není. Oboustranná potřeba plyne u lobbistů z potřeby prosazovat vlastní zájem a u politiků z nutnosti získávat množství informací a orientovat se v čím dál složitějším systému. „Argumenty, vyjádření, statistiky, vypracované návrhy. Takovéto poradenství ale ne vždy probíhá na podkladě vědeckých znalostí (Leif – Speth, 2006, s. 28)“. Jak lobbing obecně, tak lobbing ve zdravotnictví je v Německu poměrně široce zkoumán. Lze rozlišit v zásadě čtyři teorie lobbingu. 1) Společenská teorie předpokládá, že všechny skupiny (státní i soukromé) jsou zhruba stejně silné a jejich síly se pomocí neviditelné ruky v zásadě vyvažují. 2) Marxistická teorie vychází z předpokladu, že zájmy zaměstnavatelů jsou vždy silnější než zájmy zaměstnanců, protože jsou kapitálově silnější. Stát jedná v jejich prospěch. 3) Podle pluralistické teorie existuje velké množství aktérů bez velkého vlivu, stát jedná neutrálně a vymezuje všeobecně platná pravidla. 4) Teorie korporatismu předpokládá asymetrické nastavení zájmových konstelací. Silní hráči kooperují se státem a novým aktérům se nedaří stávající koalice prolomit (Beck, 2014, s. 27-33).

Významní výzkumníci systému zdravotní péče zastávají obvykle jedno z těchto dvou stanovisek. 1) Situaci lze označit jako korporatizaci – Systém směřuje ke stále větší kooperaci soukromých aktérů se státními institucemi. Tuto tezi zastávají např. Döhler a Manow (Döhler, 2003, s. 32, Manow (1992)). 2) V některých oblastech lze pozorovat erozi korporátního uspořádání. Tuto tezi hájí zejména Rosenbrock a Gerlinger (2004, s. 252).

V roce 2011 bylo lobbistů na oficiální listině ve Spolkovém sněmu 2109, v roce 2017 jich bylo 2340, z toho kolem 200 se je zařaditelných do kategorie zdravotnictví (Deutscher Bundestag [1]). Teoretici lobbingu rozlišují kromě svazů lékařů, nemocnic, profesních svazů a soukromých firem (popsaných v této a dalších kapitolách) i další aktéry – agentury, advokátní kanceláře a neorganizované aktéry. Agentury provozují především profesionální odborné poradenství a současně prosazují zájmy svých plátců. Oproti tomu advokátní kanceláře, které patří k novější formě lobbingu (zhruba v posledních dvou desetiletích) a soustřeďují se přímo na vybraný připravovaný právní

předpis. Jejich atraktivita pro poslance a obdobné aktéry plyne z jejich právnických kompetencí (Beck, 2014, s. 36-38).

Lobbing se současně neodehrává pouze ve Spolkovém sněmu, ale se vzrůstající intenzitou také na ministerstvech, a to na nejnižší, tedy referentské úrovni. Tento fenomén popisují Leif a Speth (2006, s. 22) a prokazují jej tím, že již ve chvíli, kdy jsou ostatní resorty či Spolkový sněm informovány v rámci meziresortního připomínkového řízení, jsou často tito aktéři předem velmi dobře informováni. Podle teorií popisujících časový průběh formulace politik je nutné ovlivňovat legislativní návrhy již v samém zárodku.

Stefanie Beck si všímá posilování role G-BA, které je ovšem provázeno omezováním finančních prostředků (Beck, 2014, s. 56-58). Na činnosti lobbistů se odráží také vývoj ostatních aktérů – například s profesionalizací politických stran začali v 90. letech lobbisté dočasně ztrácet na vlivu. Rostoucí složitost předpisů ale favorizuje již zmíněné advokátní kanceláře, protože ty dokáží poskytnout důležitou znalost detailu.

1.6. Pojišťovny

1.6.1. Vymezení

Zákonné zdravotní pojištění (GKV) je upraveno v rámci SGB V. V podobě, ve které byl v roce 1988 přijat, upravoval SGB V povinnost pojistit se takto:

§5 odst. 1 SGB V stanovuje, že pojištění jsou povinně (*Versicherungspflichtig*) pracovníci a zaměstnanci a zaměstnanci, kteří pracují za sjednanou odměnu¹⁴. Podle odst. 2 jsou to potom dále všechny osoby pobírající podporu v nezaměstnanosti s několika přechodnými výjimkami. Povinnost pojištění mají také zemědělci.¹⁵ Pod povinnost pojistit jsou zahrnuti také duševně i tělesně postižení spadající pod odstavce 7 a 8. Studenti státem uznaných vysokých škol jsou rovněž povinni se pojistit, a to i v případě, že studují v zahraničí (s výjimkou případů, kde mezinárodní smlouva stanoví podmínky ekvivalentní podmínkám v SRN).¹⁶ Jedná se o osoby v prvním až čtrnáctém semestru studia do dovršení 30. roku věku.¹⁷

Povinnost pojistit se potom zakládá zákonem určená částka¹⁸, která se v průběhu let mění. Pokud roční hrubý příjem dané osoby tuto částku překročí, osoba není povinna se pojistit. Pokud však přesto chce být nadále pojištěna, může tak učinit, a to buď u zákonné zdravotní pojišťovny (GKK), nebo u soukromé zdravotní pojišťovny (PKK). Tato zákonem daná hranice zároveň od počátku systému představovala v roce 1988 zároveň maximální základ pro výpočet odváděného příspěvku do GKV. Až do této částky je „zdanění“ lineární, směrem nahoru je pak regresivní, tj. se vzrůstajícím příjmem je odváděna stejná částka, a tedy procentuálně menší podíl.

Částka v průběhu let postupně rostla – zatímco ještě v roce 1989 činila hranice v přepočtu 28 992 eur (56 600 DM), v roce 2002 to již bylo 39 576 eur. V současnosti je se tato hranice pohybuje kolem výše 50 000 eur. V roce 2003, za vlády G. Schrödera, došlo poprvé v historii k oddělení obou hranic. Výrazně se zvýšila hranice pro přestup

¹⁴ Přetrvávající reminiscence na historickou definici zdravotního pojištění odvislou od pracovního výkonu. Viz kap. 1.

¹⁵ § 5 odst. 3 SGB V sem zahrnuje všechny zemědělce a jim nápomocné rodinné příslušníky. Podrobnosti stanoví zvláštní zákon o pojištění zemědělců. Ten je považován za jedinou součást veřejného zdravotního pojištění dosud nezahrnutou přímo do SGB.

¹⁶ § 5 odst. 9 SGB V

¹⁷ Do dovršení 25. roku věku se přitom vesměs jedná o spolupojištěné rodinné příslušníky.

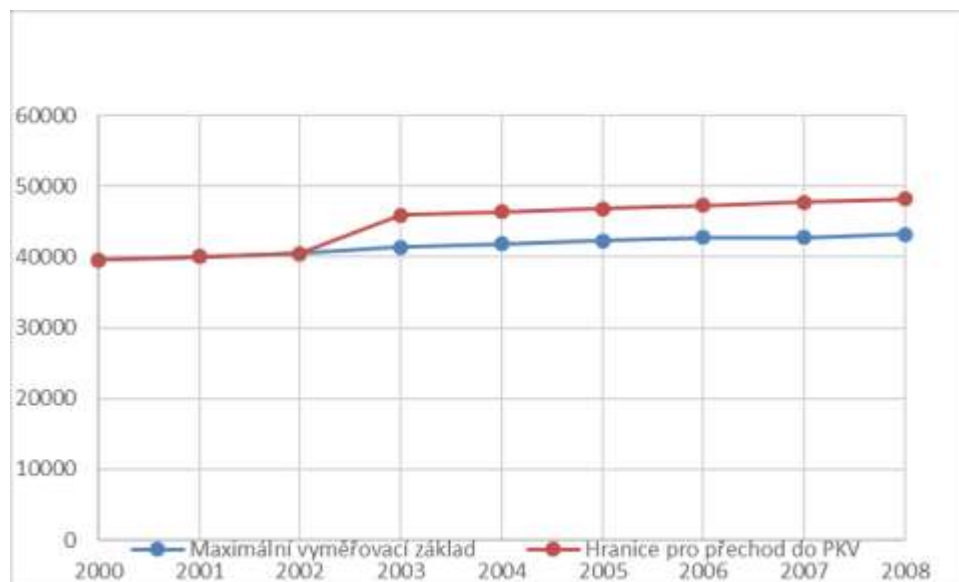
¹⁸ Někdy označována jako *Friedensgrenze*.

do PKV, zatímco výpočtový základ vzrostl jen minimálně¹⁹. Vzestupný trend pak v následujících letech pokračoval a lze říci, že difference mezi oběma částkami vznikla skokově a od té doby se udržuje přibližně v konstantní výši.

Tato hranice, po jejímž překročení mohlo následovat rozhodnutí o dalším setrvání v rámci GKV, má své odůvodnění. Historicky se vždy jednalo o nutnost zamezit výhodnému přechodu do PKV na produktivním vrcholu pojištěnce života, po kterém by mohl v letech před dosažením důchodového věku následovat přesun zpět do GKV.

Zákonem stanovené částky je od roku 2007 (přijetím *GKV-WSG*²⁰) nutné dosahovat ve třech po sobě jdoucích obdobích, a to z podobného důvodu, jako je uveden v předchozím odstavci. Zákonodárce zdůvodňuje toto přísnější vymezení nutností dodržovat princip solidarity (Deutscher Bundestag [4], s. 266).

Současně existovala a v modifikované podobě nadále existuje dolní hranice pro odvod do zákonného zdravotního pojištění Osoby s nižším měsíčním příjmem, tzv. *Geringverdiener*, nejsou povinni částku odvádět. Tato hranice se na počátku 90. let pohybovala kolem 600 marek ve starých spolkových zemích, respektive 500 marek v zemích bývalé NDR (Bandelow, 1998, s. 20).



Graf 2: Výše maximálního vyměřovacího základu a hranice pro přechod do soukromého zdravotního pojištění – trend mezi lety 2000 a 2008. Zdroj: Statistisches Bundesamt, vlastní výpočty.

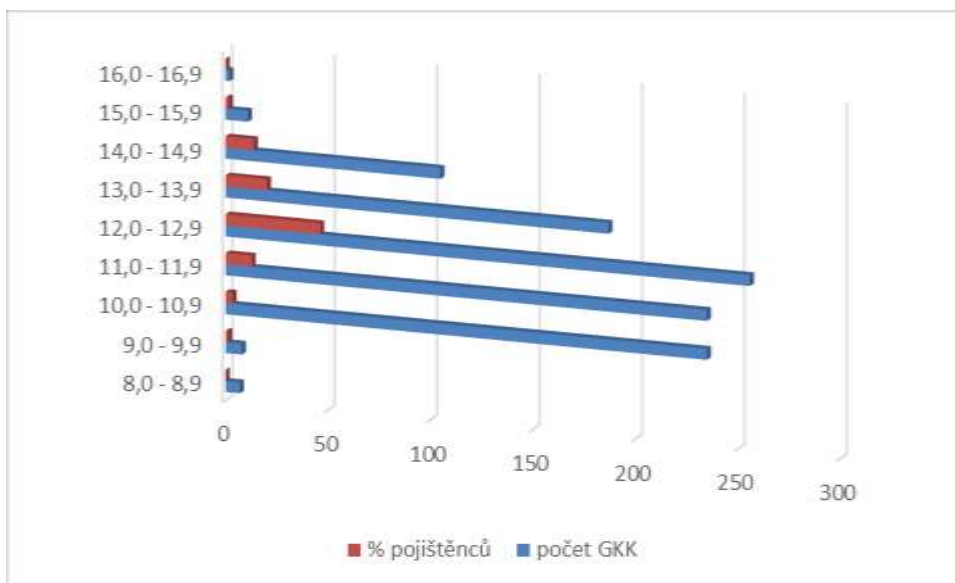
¹⁹ Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssicherungsgesetz, BsichG (přijet 23. 12. 2002)

²⁰ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) z 26.3.2007

Druhou kategorií osob přispívajících do systému jsou dobrovolně pojištění. Jedná se o osoby, které sice ve dvou zdaňovacích obdobích překročily zákonem stanovenou hranici pro PKV, avšak z nejrůznějších důvodů setrvávají v systému GKV.

1.6.2. Výše příspěvků

Klíčovým parametrem GKV je nejvyšší a průměrná částka povinného příspěvku, kterou všichni výše jmenovaní odvádějí. V roce 1988 tvořila 12,9 %, o rok později taktéž. Je nutné zdůraznit, že do roku 2008, tedy zavedení Gesundheitsfondu, se jednalo jen o průměrný údaj. Dobová zpráva tzv. Enquete-Kommission uvádí, že existovalo 15 pojišťoven s částkou nižší než 10 % a 13 pojišťoven se sazbou mezi 15 % a 17 %. Zbylá téměř tisícovka pojišťoven se nacházela v koridoru mezi 10 % a 15 % (Deutscher Bundestag [3]). Situaci ilustruje následující graf:



Graf 3: Počet pojišťoven a počet pojištěnců v jednotlivých pásmech výše pojistného v roce 1989. Zdroj: 3. zpráva Enquete Kommission, Reiners 2015, s. 105, vlastní provedení.

Z grafu mimo jiné vyplývá, že zatímco rozdělení pojištěnců je více méně souměrné a skutečně téměř polovina se jich nenachází dále než 0,5 procentního bodu od průměrné sazby, u pojišťoven platí, že se jich téměř polovina nachází pod uvedenou průměrnou sazbou. Lze tedy říci, že větší pojišťovny (s více pojištěnci) se blížily průměrné sazbě, zatímco menší se od průměru častěji vychylovaly.

Zdravotní pojišťovny vykazovaly větší divergenci, která navíc stále rostla. Jestliže v roce 1989 se od průměrné sazby více než o 1 procentní bod lišila asi třetina všech pojišťoven, v roce 1993 je to již přes 36 % (Bandelow, 1998, s. 31). Jak ukáže následující podkapitola, tato tendence stále na počátku 90. let spolu s teorií nákladové exploze za návrhem k mechanismu vyrovnávání rizika. Jak je uvedeno v předchozích kapitolách – konkurenční prostředí mezi pojišťovnami a rozdílná výše příspěvku jsou žádoucím mechanismem zajišťujícím soutěž, ovšem nadměrná diferenciací pojistného vede nevyhnutelně k cílenému výběru rizik (*Risikoselektion*). Ten probíhal na základě věku, společenského statusu (závislého na výši příjmu), pohlaví a počtu spolupojištěných osob. Tak například v roce 1997 (tedy dokonce už po zavedení možnosti svobodné volby pojišťovny) byly vyčísleny průměrné náklady na 28letého pojištěnce a 78letého. V oblasti ambulantní péče byl poměr nákladů 1: 5, v oblasti stacionární péče ovšem 1 : 12 a v oblasti léčiv 1: 14.

Okruh osob povinně sjednávajících úrazové pojištění, ze kterého jsou financovány dvě velké kategorie úhrad – pracovní úraz a nemoc z povolání, je mnohem širší než okruh osob v systému GKV. Neexistuje zde systém spolupojištěných rodinných příslušníků, a tak se povinnost vztahuje na nezletilé studenty, učně a širší okruh osob.²¹ Také zde existuje, například pro podnikatele, možnost dobrovolného pojištění.²² Z úrazového pojištění jsou hrazeny zejména náhrady mzdy²³ a kompenzace pozůstalým. Rovněž tak jsou ale z prostředků úrazového pojištění hrazeny náklady na léčbu, péči a rehabilitaci v případě úrazu.

Takzvané příspěvky ze soukromých rozpočtů byly předmětem diskuse od konce sedmdesátých let. Na scénu vstoupily s nástupem kancléře Helmuta Kohla (1982). Před rokem 1989 tvořily příjmy ze soukromých zdrojů zanedbatelný podíl z celkové příjmové stránky systému zdravotní péče, v roce 1992 činily 13,2 % (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen a Bandellow, 199, s. 21). Do roku 2013 se tento podíl takřka nezměnil – v současnosti činí 13,6 % (Statistisches Bundesamt a Statista [2], vlastní výpočet). Nejedná se tedy o kategorii, jejíž nárůst či pokles by byl spojen s ideovým záměrem kterékoliv vládnoucí koalice. Dle Spolkového statistického

²¹ SGB VII, § 2

²² SGB VII, § 3

²³ SGB VII, § 54 a následující

úřadu vyjadřuje toto číslo součet úhrad „z vlastní kapsy“, lékových doplatků a nákupu volně prodejných léčiv.²⁴

1.6.3. Problém neefektivity systému GKV

Dalším z veřejností nebývale kriticky nahlížených jevů se od konce sedmdesátých let stávala nízká efektivita (výkonnost) zákonných zdravotních pojišťoven. Hartmut Reiners ve své knize *Mythen der Gesundheitspolitik* označuje vžitou představu o typické pojišťovně takto: „Pojišťoven je nejen moc, ale také oplývají také příliš vysokými správními náklady, nafoukaným personálem, luxusními správními budovami a přehnanými platy vedoucích zaměstnanců (Reiners, 2011, s. 177)“.

Současná odborná diskuse ale dávno opustila tuto rétoriku, neboť žádná z udaných skutečností se nezakládá na pravdě. 1) Počet pojišťoven nikdy neklesal takovým tempem, jako v posledních dvou desetiletích. 2) Správní náklady díky stále přísnější regulaci²⁵ dosahují minimálních částek, vždy méně než 1 % z celkových příjmů. U většiny pojišťoven to v roce 2015 bylo zhruba 0,5 %. Zůstává však skutečností, že mezi pojišťovnami jsou stále určité rozdíly. Např. v roce 2010 provedl deník Handelsblatt srovnání, jehož výsledek zněl: Zatímco u Techniker Krankenkasse připadá na 800 pojištěnců jeden správní zaměstnanec (na plný úvazek), u některých menších pojišťoven je tento počet poloviční (kolem 400). Rozdíl v efektivitě je tedy značný. Kromě toho disponují AOK typem kolektivní smlouvy, který zaměstnance prakticky neumožnil při jakémkoli redukčním kroku propustit, a tak zůstávají ve své efektivitě blízké některým malým lokálním pojišťovnám (Sandt – Schmidt, 2010). Přesto lze ale konstatovat, že např. v porovnání se soukromými zdravotními pojišťovnami, jsou náklady na správu stále nízké. 3) Podobně je tomu i s odměnami vedoucích pracovníků (Reiners, 2009, s. 177).

Možnost volby zdravotní pojišťovny byla pro pojištěnce na počátku 90. let klíčovým požadavkem. K vysvětlení této neustále sílící veřejné poptávky je nutné popsat vývoj zdravotních pojišťoven v Německu od roku 1883, kdy O. von Bismarck částečně z pragmatických důvodů, částečně jako nezamýšlený důsledek koncepce ministerského úředníka Theodora Lohmanna, zavedl povinnost pojistit se (*Versicherungspflicht*),

²⁴ Spolkový statistický úřad (Statistisches Bundesamt) jednotlivá data k příjmové stránce rozpočtu získává jako sekundární statistiky. Data získává od jednotlivých zdravotních pojišťoven a dalších aktérů systému. Využívá přitom tzv. „System of Health Accounts“ zavedený v rámci OECD.

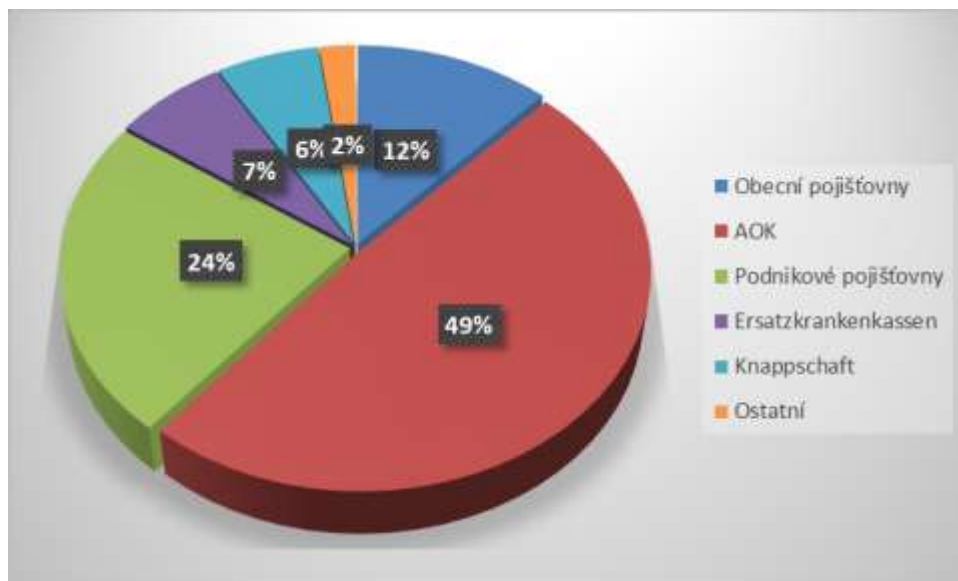
²⁵ § 259-263 SGB V

ovšem nepodařilo se mu prosadit jednotné povinné pojištění (*Pflichtversicherung*). Dílčím úspěchem bylo zavedení povinnosti pro obce zřídit pojišťovny a v návaznosti na ně také místní pojišťovny (AOK). V Prusku navíc již od roku 1849 fungovaly dobrovolné pojišťovací spolky. Vznik pojišťoven cestou „odspoda“ má navíc kořeny i v definici odpovědnosti za sociálně slabé, kterou v polovině 19. století v Prusku jednoznačně nesly obce (Tennstedt, 1981, s. 47). První nadregionální pojišťovny se objevují v roce 1892 (Krogull, 2008, s. 38).

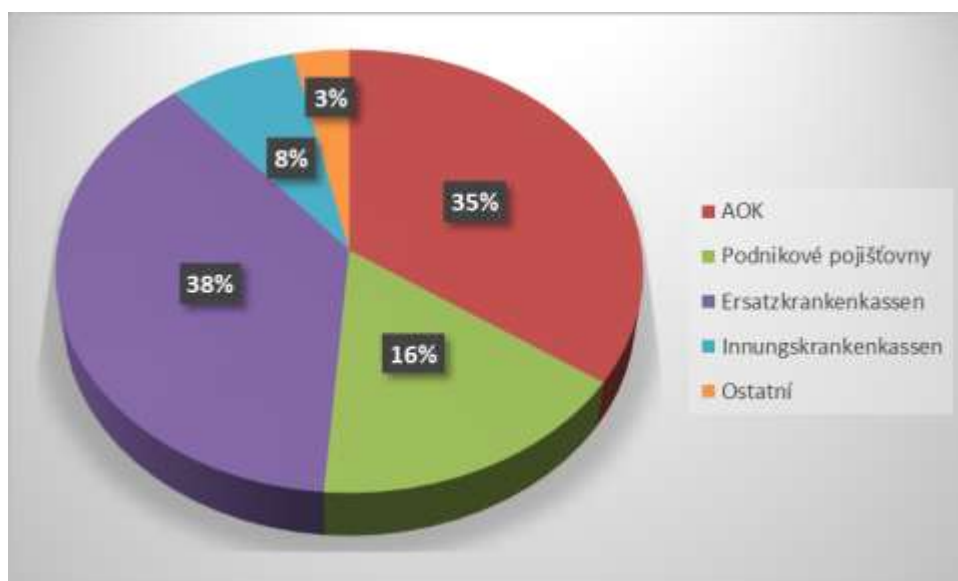
Tato konstelace měla za následek naprosto roztržitou síť drobných pojišťoven. V prvních letech se povinně pojištěnými stalo zhruba 5 milionů obyvatel, do roku 1910 však jejich počet dosáhl 14 milionů. Zvýšil se tak i počet pojišťoven – z původních 19 000 na více než 23 000 (Reiners, 2009, s. 178). Systém určoval povinnost přihlásit se k místní AOK, pokud v podniku neexistovala alternativa sdružující pojištěnce dané profese. Tou byly v první řadě tzv. *Ersatzkassen* (Henning – Tennstedt, 1999, s. 355). Nacistický režim, který se snažil mj. změnit systém odměňování lékařů, využil specifického nastavení systému odměňování lékařů u *Ersatzkassen* a postupně k nim převedl téměř milion nových členů. Současně se v podnicích měnil podíl mezi dělníky a ostatními zaměstnanci ve prospěch ostatních zaměstnanců. Jestliže se v prvních dekádách fungování systému obraceli k AOK zejména dělníci, jejichž profese nebyla v žádné z podnikových pojišťoven preferována, pak ve 30. letech začal tento zdroj vysychat, což znamenalo další relativní růst členské základny *Ersatzkassen* (Reiners, 2009, s. 179). Alternativou určenou pro řemeslníky byly tzv. cechovní pojišťovny (*Innungskrankenkassen*). Sdruženo v nich bylo asi 5 -10 % pojištěnců.

Jak je patrné z následujících grafů, v průběhu uplynulého století došlo k významným přesunům mezi jednotlivými typy, ale v hrubých rysech zůstalo rozdělení podobné. Oproti původní jasné hegemonii jsou dnes AOK druhým největším blokem, zároveň došlo k velkému přesunu směrem k *Ersatzkassen*. Ten je dán v předválečných letech výše uvedenými efekty a v poválečných letech volnější legislativou, která umožňovala členství pro stavovsky rozdílné osoby. Podíl ostatních typů se příliš neliší. Je třeba uvést, že tradičně mimo tento systém stáli úředníci (jak uvádí následující podkapitola, jedná se o speciální typ pojištění se státním příspěvkem), zemědělci se zemědělskými

pojišťovnami (LKK) upravenými samostatným zákonem²⁶, horníci (*Bundesknappschaft*) a zaměstnanci státních drah či lodní dopravy (*Knappschaft Bahn und See*).



Graf 4: Podíl jednotlivých typů pojišťoven na celkovém počtu pojištěnců v roce 1910. Zdroj: Frerich – Frey, 1996, s. 22, vlastní výpočet.



Graf 5: Podíl jednotlivých typů pojišťoven na celkovém počtu pojištěnců v roce 2015. Zdroj: Verband der Ersatzkrankenkassen: Daten zum Gesundheitswesen

²⁶ Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989)

I přes určité snahy zachovat rovnováhu v systému a zabránit přílišnému cílenému výběru rizik, jak se o to pokoušel například experty kladně hodnocený Alfred Schmidt, předseda představenstva Svazu AOK, nemohly jím spravované pojišťovny zabránit masivnímu odchodu perspektivních pojištěnců směrem k *Ersatzkassen*. V roce 1988 bylo u AOK pojištěno 61 % nezaměstnaných a 67 % tělesně postižených (Reiners, 2009, s. 180).

1.6.4. Organizace pojišťoven

Tlak na vyšší míru vyrovnávání rizik a větší tržní sílu se u pojišťoven projevil ve dvou směrech. Jednak ve fúzování, jednak byly postupem času i zákonnými normami definovány role svazů pojišťoven.

Zdravotní pojišťovny jsou v Německu právně způsobilé samosprávné společnosti občanského práva (*rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung*). Tento princip je zakotven již v prvním Bismarckově „Císařském poselství“²⁷ z roku 1881. Princip byl kontinuálně udržován jako zásadní podmínka funkčnosti systému GKV a dnes je uveden v rámci § 29 odst. 1 SGB IV²⁸. Pojistitelem je taková společnost, která plní úkoly ve smyslu článku 74 odst. 12 Základního zákona. Pojistitel plní v rámci zákona a platných předpisů, které se na něj vztahují, své úkoly na vlastní odpovědnost.²⁹ Následující paragraf stanoví, že pojistitel využívá finanční prostředky pouze na zákonem stanovené účely, nebo na správní náklady.

1.6.5. Vnitřní struktura

Každá pojišťovna má správní radu (*Verwaltungsrat*), představenstvo (*Vorstand*) a jednatele (*Geschäftsführer*).³⁰ Správní rada je volena pojištěnci, nejčastěji na šestileté období. Je tvořena na principu parity, tedy polovinu tvoří zástupci zaměstnanců a polovinu zástupci zaměstnavatelů.³¹ Výjimku tvoří *Ersatzkassen*, kde je správní rada tvořena výhradně ze zástupců pojištěnců.³² Mezi pravomoci správní rady patří zejména tvorba stanov, sestavování rozpočtu, spolurozhodování při zásadních změnách, kontrola

²⁷ Tzv. *Kaiserliche Botschaft*, neboli slavnostní řeč pronášená u příležitosti zahájení funkčního období Říšského sněmu.

²⁸ Do SGB IV a SGB V byl postupně vtělen Zákon o samosprávě v oblasti sociálního pojištění z roku 1951. Viz *Deutscher Bundestag* [5].

²⁹ § 29 SGB IV odst. 3

³⁰ § 31 SGB IV

³¹ § 44 odst. 1 SGB IV

³² Tamtéž.

představenstva a zastupování pojištěnců vůči představenstvu.³³ Tento výčet byl zásadně rozšířen v roce 1996.³⁴ Tímto zákonem byla dotčena také činnost představenstva, a to nastavením povinné profesionalizace (Krogull, 2008, s. 31). Od roku 1996 je činnost vedoucího pracovníka vykonávána na plný úvazek. Představenstvo je tvořeno nejvýše dvěma členy (u pojišťoven do 500 000 členů), nebo nejvýše třemi členy, kteří se vzájemně zastupují.³⁵ Správní rada při jejich volbě dbá na to, aby členové byli odborně zdatní.³⁶

Cílem zákona z roku 1992 bylo odvrácení neudržitelného deficitního systému financování. Prioritami návrhu proto byly reformní kroky ve vztahu k určování výše příspěvků do GKV.³⁷ Obecně je však zákon díky tomuto bodu považován za krok od byrokratických pojišťoven, pouhých mechanických vykonavatelů správní činnosti, k tržně (konkurenčně) orientovaným společnostem (Krogull, 2008, s. 31).

Kompetence představenstva a správní rady jsou v určité rovnováze. Správní rada představenstvo volí (zpravidla rovněž na šest let, avšak tak, aby se funkční období nepřekrývala, což na počátku platnosti zákona ošetřila přechodná ustanovení) a odvolává. Představenstvo zastupuje pojišťovnu navenek a činí běžná rozhodnutí. Správní rada spolurozhoduje o zásadních krocích, z nichž některé jsou vyjmenovány v § 197 SGB V. Vůči představenstvu je nadána takzvanou *strategische Leitlinienkompetenz*, tedy udává základní směr fungování.

1.6.6. Sdružování pojišťoven

Již od počátku fungování systému zdravotního pojištění, hluboko v době Německé říše, existovala tendence ke sdružování pojišťoven, a to z důvodů analyzovaných v kapitole 1. První nadregionální sdružení se objevují v roce 1892. Jestliže v době existence více než tisícovky pojišťoven vedly k vytváření svazů spíše důvody „shora“, tj. snazší administrace, dnes, v době existence dvou stovek společností, leží zájem spíše na straně pojišťoven samotných (Krogull, 2008, s. 36).

³³ § 197 SGB V

³⁴ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG) z 21. 12. 1992

³⁵ § 35a odst. 4 SGB IV

³⁶ § 35a odst. 6

³⁷ Stanovisko výboru pro zdravotnictví Spolkového sněmu – viz Deutscher Bundestag [2].

AOK, podnikové pojišťovny a cechovní pojišťovny (*Innungskrankenkassen*) se sdružují tak, že vytvářejí v každé spolkové zemi jeden zemský svaz.³⁸ Zemský svaz (*Landesverband*) je společností občanského práva s podmínkami fungování, které jsou velmi podobné zákonem stanoveným podmínkám pro jednotlivé pojišťovny. Zákon ukládá zemským svazům vytvářet správní radu, ve které, „pokud je to možné“, musí být zastoupeny všechny sdružené pojišťovny.³⁹ Zákon rozlišuje mezi pravomocemi, které jsou výhradně v rukách zemských svazů, a ostatními, které vykovávat mohou a nemusejí.⁴⁰ K výlučným pravomocem patří zejména uzavírání rámcových smluv (*Gesamtverträge*) a lékových dohod (*Arzneimittelvereinbarungen*) se zemskými svazy smluvních lékařů. Další činností je spolupráce při vytváření tzv. grémií (*Kooperationsgremien*). Co se týče selekce katalogu poskytované péče, je pravomoc spíše zvykově vykonávána zemskými svazy, ač jí jsou ve skutečnosti nadány jednotlivé pojišťovny. Další obvyklou činností je podpora (vyžádaná či nevyžádaná) jednotlivých pojišťoven při jednání na místní úrovni (Krogull, 2008, s. 38).

Analogií se sdružováním na zemské úrovni je následně systém sdružování na úrovni spolkové. Vzniká tak spolkový svaz (*Bundesverband*). Také zde platí, že jednotlivé zemské svazy volí svou správní radu, a rovněž zde existují pravomoci výlučné a „sdílené“.⁴¹

Klíčovou změnu v systému fungování spolkových svazů přinesla reforma v roce 2007 (GKV-WSG).⁴² Ta proměnila §212 SGB V tak, že ze spolkových svazů coby veřejných institucí nejprve učinila společnosti občanského práva, aby je následně sjednotila do jedné právnické osoby. Zdůvodnění zákonodárce znělo: „Z důvodu koncentrace mimosoutěžních úkolů u *Spitzenverband Bund* nezůstávají v rukách spolkových svazů žádné úkoly, které by vyžadovaly status veřejné instituce. Dosavadní spolkové svazy mají tedy býti přeměněny na společnosti občanského práva. Po jejich založení podle zákona mohou představitelé těchto společností na vlastní odpovědnost rozhodovat, zda společnost bude existovat dále, zda ji rozpustí, nebo zda ji spojí s jinými společnostmi (Deutscher Bundestag [4], s. 159)“. Současně byl mj. k 1. 1. 2009 zrušen Zemský svaz

³⁸ § 207 SGB V

³⁹ § 209 SGB V

⁴⁰ § 211 SGB V

⁴¹ § 216 SGB V

⁴² Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) z 26.3.2007

zemědělských pojišťoven a jeho nástupce byl nadále definován v rámci Zákona o zdravotním pojištění zemědělců.

V konečné podobě GKV-WSG přinesl vybudování jednoho svazu na spolkové úrovni, tzv. *Spitzenverband Bund*. Přeměna spolkových svazů na společnosti občanského práva umožnila právě ono svobodné, tržní rozhodnutí, zda v samostatné existenci pokračovat, či se spojit s jinými svazy.

Zákon kromě tržního principu přinesl také odstranění jedné úrovně byrokracie (Deutscher Bundestag [6], s. 8033), ale také vyhověl dlouhodobě uváděnému požadavku na sdružování pojišťoven napříč různými druhy. Snazší nalézání jednotné pozice mezi všemi typy pojišťoven bylo v roce 2006 všeobecně požadováno za optimální (Wahl, 2001, s. 212). V neposlední řadě se tak chtěl zákonodárce vyhnout možným „blokádám jednání“ ze strany jednotlivých spolkových svazů v případech, kde bylo třeba nalézt konsensus (Deutscher Bundestag [4], s. 90).

Z historických důvodů mají odlišnou strukturu sdružování *Ersatzkassen*. Vzhledem k účelu, k němuž byly původně zřizovány, tedy k pokrytí případů, kdy zaměstnanec, zjednodušeně řečeno, neměl u daného zaměstnavatele dostatek profesních kolegů, nese se dlouhodobě jejich organizace ve znamení dobrovolnosti (Krogull, 2008, s. 39). Princip vzniku společnosti „zdola“ je do jisté míry zachován i při sdružování pojišťoven a zákonná povinnost sdružení na zemské a spolkové úrovni neexistuje. Pokud se *Ersatzkassen* rozhodnou na zemské úrovni sdružit do zemského svazu, musí ustanovit pověřence se smluvní volností.⁴³

1.6.7. Společný výbor lékařů a pojišťoven

Společný výbor lékařů a pojišťoven (*Gemeinsamer Ausschuss der Ärzte und Krankenkassen*) fungoval v Německu od roku 1923 a až do své transformace v roce 1997 plnil víceméně formální roli. To se změnilo, když v rámci 2. GKV-Neuordnungsgesetz získal tento výbor zcela nové pravomoci.⁴⁴ Jeho institucionalizací (v zákoně byly přesně popsány pravomoci a povinnosti) se stal „ústředním orgánem moci“, nebo „malým zákonodárcem (Jung et al., 2000, s. 365-370)“, a to zejména s ohledem na zásadní rozhodovací sílu při schvalování všech terapeutických postupů.

⁴³ § 212 SGB V odst. 4

⁴⁴ § 135 SGB V

Představenstvo mělo tehdy 21 členů a bylo složeno ze zástupců jednotlivých typů pojišťoven a KBV.

V roce 2004 zaveden nový sjednocující prvek pěti svazů poskytovatelů péče (Společný svaz lékařů a pojišťoven, Spolkový svaz zubních lékařů a pojišťoven, Spolkový výbor pro otázky psychoterapie, Koordinační výbor a Výbor nemocnic). Kromě vyjmenovaných je výbor tvořen pěti zástupci *Spitzenverband Bund*, dvěma nezávislými členy a nezávislým předsedou. Ti jsou nominováni na základě dohody mezi *GKV Spitzenverband* a zmíněnými pěti svazy, pokud dohoda nenastane, určuje je Spolkové ministerstvo zdravotnictví. Dalšíh pět zástupců je tvořeno členy výborů pacientů, které vyhláškou vybírá Spolkové ministerstvo zdravotnictví.⁴⁵ Ačkoli tito zástupci mají pouze poradní hlas, jedná se o vůbec první případ zapojení zástupců pojištěnců do rozhodování.

G-BA vydává směrnice o hospodárném nakládání s prostředky ve třinácti definovaných oblastech, mezi něž patří lékařská péče (ambulantní i stacionární), rehabilitace, diagnostika, psychoterapie či určování pracovní neschopnosti, ale především farmaceutické produkty.⁴⁶ Poradním orgánem pro G-BA je *Institut für Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG)*. Veškeré směrnice jsou závazné pro nižší stupně samosprávy pojišťoven i poskytovatelů péče. Během lhůty jednoho měsíce musí být návrh každé směrnice schválen Spolkovým ministerstvem zdravotnictví. Pokud v této lhůtě ministerstvo nestihne zaujmout stanovisko, směrnice je automaticky platná.⁴⁷ Každá taková směrnice je nadřazena zastřešujícím smlouvám, tzv. *Mantelverträge*, které mezi sebou uzavírají KBV a *Spitzenverband Bund* (Krogull, 2008, s. 46). Především tento posun, snížení významu ministerstva a výrazné posílení role centrálního svazu bylo posunem k opravdovému výkonu samostatné správy.

Kritici tohoto nového uspořádání namítali, že se jedná o dotvoření „nepřehledného pletiva mocenských pozic (Schmidt-Aßmann, 2001, s. 86)“. Zákonodárce přiznává G-BA vysloveně schopnost tvořit právo (*Rechtsfähigkeit*)⁴⁸.

⁴⁵ § 91 odst. 2 SGB V

⁴⁶ § 92 odst. 1 SGB V

⁴⁷ § 92 odst. 1a SGB V

⁴⁸ § 91 odst. 1, věta 2

1.7. Svobodná volba pojišťovny

Pro pochopení reformy z roku 1996, jejíchž zásadním elementem je zavedení svobodné volby zdravotní pojišťovny, je třeba se vrátit do roku 1992, kdy byl v rámci Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) zavedeno vyrovnání rizik (Risikostrukturausgleich – RSA). Většina autorů (Franz Knieps, Hartmut Reiners, Karl Lauterbach, Karl-Heinz Schönbach, Nils C. Bandelow a další) se shoduje, že ve vztahu k svobodné volbě pojišťovny se jednalo o nejdůležitější výchozí krok, bez něhož by další reformy postrádaly smysl. Existuje však nemalá skupina autorů, kteří RSA přikládají daleko menší význam a pokud, tak spíše konstitutivní, přechodný a po určitém časovém období zanedbatelný (např. Corina Schaefer či Lothar Weissbach). Vesměs se jedná o pozdější podporovatele tzv. *Kopfpauschale* (viz následující kapitolu).

Zavedením mechanismu RSA se změnilo nejen rozložení sil v rámci GKV, ale dle některých autorů tak byla narušena také rovnováha zájmových koalic v rámci celého zdravotnictví. Nils C. Bandelow popisuje dosavadní rovnováhu jako vztah mezi dvěma tábory – koalicí odpovědnosti a solidární koalicí. Ta první je tvořena stranami CDU/CSU, FDP, ambulantními lékaři, farmaceutickým průmyslem a lékárníky, zatímco druhou reprezentují ostatní politické strany, odbory, zdravotní pojišťovny v rámci GKV svazy některých skupin pacientů (tělesně postižení aj.) (Bandelow, 1998, s. 121-123).

Karl Stegmüller (1992), uvádí, že prakticky všichni teoretici poukazovali mezi lety 1992 a 1996 na to, že jakýkoliv mechanismus RSA nezabrání částečnému obchodování s rizikem.

Svobodná volba zdravotní pojišťovny jakožto klíčový reformní krok ministra zdravotnictví Horsta Seehofera, přinesla dopad na systém GKV ve dvou směrech. Předně se jednalo o dosud nevídaný tlak na fúzi jednotlivých malých zdravotních pojišťoven s méně než 20 000 pojištěnci. V období od ledna 1998 do ledna 1999 ztratily AOK 2,8 % svých pojištěnců, přičemž tento odliv byl v nových spolkových zemích o poznání citelnější než na západě 6,2 % versus 1,9 %) (Knieps – Reiners, 2015, s. 128). Naopak Ersatzkrankenkassen ztratily daleko více na západě než na východě (2,7 % versus 1,1 %). Vysvětlení tohoto jevu několik, avšak za nejdůležitější faktor lze považovat relativně lepší finanční postavení podnikových zaměstnanců v západních zemích. Jako oporu pro svou tezi používá Stefan Gess situaci na západě a východě Berlína (Gress, 2002, s. 496-497). BKK zaznamenaly přírůstek ve výši 13,4 %, a to přibližně ve stejné výši na východě jako na západě.

Oba reformní kroky, jak zavedení RSA, tak volba pojišťovny vyústily v četné fúze v rámci GKV. Počet zdravotních pojišťoven klesl mezi lety 1991 a 2000 z 1209 na 454. Z 267 AOK organizovaných na úrovni okresů se stalo 17 zemských AOK a počet BKK se snížil na polovinu (Knieps – Reiners, 2015, s. 123).

Tyto fúze podnítily tržní chování pojišťoven, byť s nepředpokládanými následky (například existující a zavedené typy pojišťoven již několik let pracovaly na marketingových strategiích pro zisk nových pojištěnců). Také způsobily komplikace při působení ve starých i nových spolkových zemích současně. Odvody závislé na výši hrubé mzdy se během jednoho roku dramaticky lišily v obou částech. Například v roce 1996 rostly mzdy v západních zemích o 0,7 %, zatímco na východě jen o 0,2 % (Reichelt et al., 1997).

Jak to v době přípravy svobodné volby pojišťovny vypadalo s její podporou v rámci jednotlivých politických stran?

FDP požadovala striktní oddělení GKV a PKV, přičemž v rámci GKV měla být zachována nízká sazba poplatků. FDP prosazovala volbu pojišťovny a obecně podporovala soutěž mezi nimi. Zatímco do počátku 90. let byly jejím koaličním spojencem Ersatzkassen, nově z jejího postupu těžily především pojišťovny s dobrou rizikovou strukturou, tedy zejména BKK. V podstatě stejné požadavky na parametry systému měla i CDU, navíc prosazovala zúžení katalogu služeb v rámci GKV.

SPD prosazovala do budoucna výrazné posílení RSA, některé části dokonce posílení genderového aspektu v rámci pojištění. V rámci GKV požadovala jednotný a široký katalog služeb. Co se týče výpočtového základu pro odvody, chtěla je SPD zvednout zhruba o polovinu. Tento cíl sdíleli i Zelení, kteří navíc dlouhodobě deklarovali jako prioritu posílení prevence (Bandelow, 1998, s. 121-129). Je zajímavé si povšimnout, že v této době například SPD nevolala po praktickém zrušení PKV a CDU/CSU ani FDP neuvažovaly o modelu odvodů nezávislých na výši hrubého příjmu.

1.8. Mimocenová diferenciacie pojišťoven

Zásadním nástrojem rozlišení pojišťoven v očích pojištěnce, dle mnohých autorů stále de facto jediným (např. Braun – Streich, 2003, s. 77), je výše příspěvku (viz kapitolu 3). Dalšími možnostmi, jak ovlivňovat rozhodnutí pojištěnce o volbě pojišťovny, jsou nejrůznější modely péče. Tato podkapitola popisuje čtyři nejrozšířenější z nich. První

dva se týkají pouze oblasti ambulantní péče, druhé dva mechanismy předznamenaly překročení hranic mezi ambulantní a stacionární péčí, o níž je řeč v kapitole 4.

Do všech těchto speciálních programů se pojištěnci hlásí dobrovolně a v určitých případech jim může být za odměnu snížena výše příspěvku.⁴⁹

1.8.1. Model praktického lékaře (Hausarztzentrierte Versorgung, HzV)

HzV je model inspirovaný zejména systémem praktikovaným ve Spojeném království (gatekeeper system), kde veškerá odborná lékařská péče (ambulantní či stacionární) je realizována až po návštěvě praktického lékaře. Ten je vždy (kromě některých vymezených akutních případů) prvním kontaktem pacienta v rámci systému. Na rozdíl od spojeného království by však v německém prostředí praktický lékař měl být současně lékařem rodinným. Všeobecně uváděnými výhodami tohoto systému jsou jak úspora nákladů za neopodstatněné návštěvy odborných lékařů, tak širší možnosti propojení jednotlivých odborností, resp. hlídání duplicit, kontraindikací a přidaná hodnota komplexních vyšetření. Tato úloha je významně vyšší u starších pacientů, jejichž podíl neustále roste. Praktický lékař by měl být mj. tím, kdo pojištěnce systémem provádí a poskytuje mu důležité informace o jeho možnostech (Abholz – Kochen, 2006, s. 12).

Obecně popisovanými nevýhodami jsou jednak složitost smluv mezi lékařem a jednotlivými pojišťovnami v případě HzV. V mnoha případech se tak zvyšuje byrokratická zátěž praktického lékaře. V případě, že se pacientem zvolený lékař na systému HzV odmítne podílet (anebo je například pouze na dovolené, či v pracovní neschopnosti), je pojištěnec nucen ke změně (nebo se obracet na nejbližšího lékaře podílejícího se na systému HzV). I z dalších důvodů je dle kritiků výrazně omezena svoboda volby lékaře, kterou systém zaručuje.⁵⁰

Již v roce 1993 v rámci *Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)* došlo k rozdělení předpisů pro odborné a praktické lékaře. Praktickým lékařům GSG přiřkl řadu administrativních a kontrolních funkcí. Podíl praktických lékařů na celkovém počtu lékařů od poloviny osmdesátých let zvolna klesá. Zatímco koncem 80. let se jednalo stále ještě o většinu lékařů, v roce 2011 činil jejich podíl již jen 32 % (KBV, 2012, s. 56). I v případě přičtení praktických dětských lékařů a ambulantních internistů bez specializace se podíl dostává na pouhých 46 %, tedy ani zdaleka ne na úroveň 80. let.

⁴⁹ § 140 SGB V

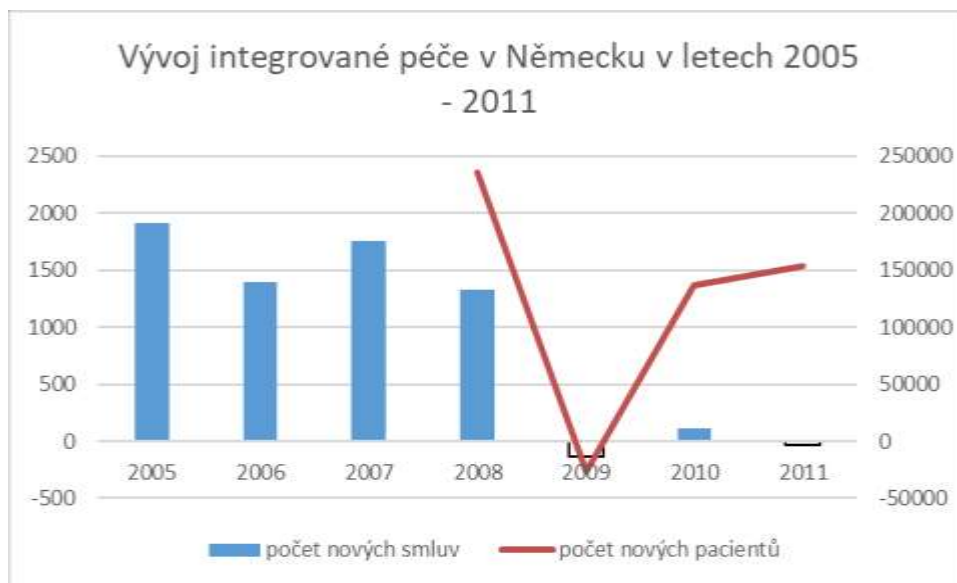
⁵⁰ § 76 SGB V

Ačkoliv snahy zákonodárců působily systematicky proti tomuto trendu (rozšiřování možností postgraduálního vzdělávání, postupné zavádění HzV, poplatků u lékaře (*Praxisgebühr*)), poklesu nebylo zabráněno. Thomas Gerlinger nicméně poznamenává, že ve snaze vyhovět pacientovým potřebám pojišťovny počátkem 90. let značně polevily ve vyžadování doporučení od praktických lékařů před návštěvou specialistů (Rosenbrock – Gerlinger, 2013, s. 172).

1.8.2. Integrovaná péče (Integrierte Versorgung)

V roce 1999 byl uskutečněn první pokus o překonání letité hranice mezi ambulantní a stacionární péčí. Jednotlivé pojišťovny mohou od této doby uzavírat smlouvy přímo s vybranými poskytovateli stacionární péče a několika poskytovateli ambulantní péče. Ti se zavazují o kompletní zajištění kvality služeb pro pacienta, a to i na hranicích mezi jednotlivými sektory.⁵¹ Smlouvy mohou být uzavírány bez souhlasu KBV a KV. Mnozí autoři považují tento krok za zcela zásadní zlom v oblasti zdravotní péče (např. Orłowski, 2000, s. 191). SVRKAiG v několika svých doporučeních sice tento model schválila a vyzdvihla jeho přednosti, ale zároveň varovala před jeho slabinami. Velmi neúspěšným a prodělečným se měl údajně stát právě v případě, že se do programů integrované péče nepřihlásí dostatek pojištěnců. Velká koalice zavedla podpůrná opatření pro rozběhnutí systému, avšak prosadila jejich financování jen do roku 2009. Jürgen Wasem posléze varoval, že po ukončení podpory nebudou pojišťovny dále ochotny tyto vesměs složité programy dobrovolně chystat, ačkoli zájem pojištěnců třeba i bude převládat.

⁵¹ § 140b odst. 3 SGB V



Graf 6: Vývoj integrované péče v Německu v letech 2005 – 2011. Relativní ukazatele. Zdroj: Technische Universität Berlin, 2014, a Sachverständigenrat für konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2012, vlastní výpočty

Díličí statistiky zachycené v grafu ukazují, že aktivita pojišťoven nerostla podle očekávání zákonodárců a skutečně po roce 2009 došlo k útlumu. Ne tak ze strany pacientů. I po roce 2009 bylo možné pozorovat nárůst zájmu. Vysvětlení pro tento výsledek jsou různá – většinou jsou odvozována z nedostatečné komunikace pojišťoven vůči pojištěncům, některá vysvětlení ale pokles dávají do souvislosti i se zavedením Gesundheitsfondu a jím způsobenému výraznému omezení cenové diferenciaci (Leibniz Fachhochschule).

Skutečnost, že se koncept integrované péče dosud zcela neprobudil k životu, je důležitá pro kapitolu 4.

1.8.3. Disease Management Programme

Podobnou roli jako Integrovaná péče sehraává i Disease Management Programme (DMP), který byl také implementován po vzoru USA. V tomto případě se jedná o programy pro vybrané chronicky nemocné pacienty a je úzce spojen s mechanismy terciální prevence. DMP byl zaveden v roce 2002 v rámci Zákona o reformě RSA.⁵² V programu DMP jsou (dobrovolně) zapsány řádově desítky tisíc pacientů u každého ze šesti typů, které jsou předdefinovány. Nejčastějším typem je diabetes, druhým

⁵² Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

nejčastějším kombinovaná kardiovaskulární onemocnění. Ze dvou třetin se jedná o pacienty starší 65 let (AOK Plus).

1.8.4. Ambulantní speciální odborná péče

Některá vzácná onemocnění (např. cystická fibróza) s vysokými náklady a zvláštními požadavky na léčbu vyžadují ošetření v nemocnicích, které ale může být prováděno ambulantně.⁵³ Od roku 2012 bylo v rámci *GKV-VStG* umožněno nemocnicím poskytovat některé takto specifikované služby, což narazilo na značný odpor ambulantních specialistů, protože ti jsou vázáni jinými množstevními omezeními. V rámci nemocnic je však ambulantní speciální odborná péče vyjmuta z plánování, množstevních omezení a ceny jsou určovány přímo (Rosenbrock – Gerlinger, 2013, s. 177).

1.8.5. Modelový záměr (Modellvorhaben)

Teprve postupně po zavedení těchto diferencovaných produktů pojišťoven byly zavedeny nástroje nutné k tomu, aby mohly být tyto formy péče smysluplně propláceny. Prvním z takových způsobů se staly tzv. modelové záměry.

Tato možnost byla uzákoněna v roce 1997. Každý modelový záměr musí být schválen G-BA, a to s platností na 8 let, ale možnosti tohoto záměru jsou velmi široké a v podstatě je nutné jen docílit úspor, resp. negenerovat ztrátu. Získané úspory mohou být v podobě bonusů rozděleny pojištěncům konkrétní pojišťovny. Smlouvy zajišťující tento modelový záměr jsou uzavírány i přes odmítavé stanovisko příslušného KV.⁵⁴ V letech 1997–1999 platila přechodně situace, kdy byl ještě nutný souhlas KV, nebo souhlas nadpoloviční většiny všech lékařů, kteří teoreticky splňovali podmínky pro vstup do modelového záměru. Od roku 2000 v této oblasti platí rozsáhlá smluvní volnost. Smlouvy mohou být uzavírány s jednotlivými lékaři, nebo se skupinami (sítěmi) lékařů, nebo se skupinou poskytovatelů, ale týkají se vždy jen ambulantní oblasti (Rosenbrock – Gerlinger, s. 395).

⁵³ Výčet onemocnění je uveden v § 116b odst. 1 SGB V

⁵⁴ § 63-65 SGB V

1.8.6. Strukturální smlouvy (Strukturvetträge)

Druhým možným nástrojem jsou tzv. strukturální smlouvy. Ty byly rovněž uzákoněny v roce 1997 v rámci 2. GKV-NOG⁵⁵. Umožňují odměňování za nové formy ambulantní péče. Jedná se v podstatě o běžný způsob uzavírání kolektivních smluv mezi KV a svazem pojišťoven, avšak zaměřený na inovativní formu péče. Schválený rozpočet je převeden skupině lékařů, která s ním hospodáří.

1.9. Rozhodování pojištěnců

Pojišťovny nezveřejňují údaje o dřívějších smluvních vztazích pojištěnce. Z toho důvodu lze dovést dynamiku změn pojišťoven u pacientů víceméně pouze dotazníkovými metodami (Weber, 2009, s. 32). Z výzkumů prováděný Vědeckým institutem AOK v roce 2003 vyplynulo, že 45 % dotazovaných již nejméně jednou v životě pojišťovnu změnilo. V roce 2006 stejný průzkum ukázal, že se tento ukazatel zvýšil na 49 %. K podobným závěrům došel v roce 2004 také Gesundheitsmonitor (Höppner et al., 2004, s. 24-34).

Další výzkumy naznačily, že není výjimkou ani trojnásobná či čtyřnásobná změna během let 1996-2007. Ve srovnání s ostatními liberalizovanými trhy ovšem tento údaj není výjimkou. Četnost změn je velmi obdobná jako v případě bankovníctví a nižší než např. u telekomunikačních služeb (Weber, 2009, s. 33).

Jestliže v roce 1997 změnilo během roku pojišťovnu přibližně 4 % pojištěnců, v roce 2004 se údaj blížil 6 % (Andersen et al., 2002, s. 150) a o dva roky později se vrátil ke 4 % (Andersen et al., 2002, s. 238).

V rámci dotazování bylo možné rozlišit i další kategorii, a sice pojištěnce uvažující o změně pojišťovny. Zatímco v roce 1998 změnu zvažovalo 8 % osob, v roce 2003 to bylo již 23 %. Z výzkumů také vyplynulo, že se častěji jedná o klienty BKK, mnohem méně častěji o pojištěnce AOK (Zok, 2009, s. 1-8). Důvod je nasnadě – u AOK se koncentrují osoby bez specifických zájmů, často pojistitelné jen u této pojišťovny, osoby s nízkými příjmy a často osoby bez valného zájmu na tom, kde jsou vůbec pojištěny.

⁵⁵ První a druhý zákon o novém uspořádání samosprávy a odpovědnosti v zákonném zdravotním pojištění (Erstes und zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. und 2.GKV-Neuordnungsgesetz, 1. und 2. NOG) ze dne 23. 6. 1997

Ačkoliv jsou pojištěnci ochotni u pojišťovny zůstat, jen ze 70 % jsou v této situaci připraveni a ochotni ji doporučit také dalším osobám. Takovýto rozpor je pozoruhodný a zatím pro něj nebylo nabídnuto vysvětlení.

Rozsáhlejší analýzy ukazují, které skupiny pojištěnců mají tendenci ke změně pojišťovny. Tato tendence je kladně závislá na věku, vzdělání, a výši příjmu. Nevyskytuje se rozdíl mezi pohlavími, ačkoli zpočátku měli mírně nižší tendenci pojišťovnu měnit ženy. Ženaté a vdané osoby mění pojišťovnu rovněž méně. Více ji naopak mění osoby podnikající, oproti zaměstnancům. Vztah mezi zdravím pacienta a touto tendencí je nejednoznačný. Větší roli než skutečný fyzický stav hraje patrně pocit zdraví a sebevědomí pacientů. Vědecký institut AOK nicméně v roce 2009 přišel se zjištěním, že o něco menší tendenci měnit pojišťovnu vykazují chronicky nemocní pacienti a rovněž častější uživatelé stacionární péče (Zok, 2009, s. 4).

Co se týče faktorů, podle kterých se pojištěnci rozhodují pro současnou pojišťovnu, je na prvním místě (více než 30 % dotázaných) doporučení zaměstnavatele (Töpfer – Opitz, 2005, s. 10).

Relevanci jednotlivých kritérií pro změnu pojišťovny shrnuje následující tabulka. Jsou v ní zohledněny čtyři různé průzkumy, z nichž je patrný mj. vývoj těchto kritérií v čase.

	Výše příspěvku	Služby	Jednání	Povolání
John (2003)	54,5	3,1	1,2	18,2
BKK (2007)	43	4	6	25
Meyer (2009)	45	6	6	22
Zok (2009)	19,8	41,3	6,2	není

Tab. 4: Nejdůležitější uvedený důvod pro změnu pojišťovny podle různých průzkumů. Zdroj: Weber, 2009, s. 38, vlastní úprava

1.10. Zdravotní fond

1.10.1. Cesta ke Zdravotnímu fondu

Neustále neutěšená situace v oblasti výběru pojistného a sílící odtažitá tendence na obou stranách politického spektra vedly v letech 2005 – 2009, tedy v období tzv. velké koalice k zavedení tzv. Zdravotního fondu (*Gesundheitsfonds*). Tato kapitola si klade za cíl zmapovat důvody vzniku tohoto konceptu, jeho prosazení a další vývoj. Současně by měly být zhodnoceny často zavádějící interpretace Zdravotního fondu.

Poté, co Zákon o modernizaci zdravotnictví z května ze 14. listopadu 2003 (*GMG*) nesplnil očekávání a deficit veřejného zdravotního pojištění se nedařilo snižovat žádoucím tempem⁵⁶, stála nově vzniknuvší Velká koalice před úkolem situaci urychleně řešit. Je třeba zdůraznit, že kolem roku 2005 stály před podobným problémem všechny pilíře sociálního zabezpečení najednou. Přímluvci reformy byl tento fakt neustále zdůrazňován. Vzhledem k opačným ideovým východiskům Sociálnědemokratické strany Německa (SPD) a Křesťanskodemokratické unie (CDU) se skloubení obou přístupů jevílo jako takřka nemožné.

Při hledání rozhodování se o optimálním modelu bylo nutné si alespoň do určité míry klást otázku, zda 1) tradiční, od Bismarckových dob solidárně založený systém financování zdravotnictví je do budoucna udržitelný a 2) zda hlavní problém nerovnováhy tkví v rostoucích nákladech. Minimálně od poloviny sedmdesátých let funguje ve spojení s deficitem zdravotního pojištění tradiční výraz *nákladová exploze*. Tento termín rezonoval mezi přímluvci radikální změny zejména v roce 2005. Analýzy z tohoto roku však většinou poukazují na to, že se jedná do určité míry o mýtus. Od počátku devadesátých let vzrostl podíl celkových nákladů ve zdravotnictví na HDP zhruba z 10 % na 11,5 % (Meinhardt, 2003, s. 1). Do tohoto mírného nárůstu jsou navíc započteny poměrně rychleji rostoucí náklady soukromého pojištění (Neumann – Schaper, 2008, s. 223). Nadále však bylo možné oprávněně namítat, že výdaje na osobu byly (stejně jako v roce 2015) na 3. místě v rámci evropských zemí (za Švýcarskem a Lucemburskem).

Skutečnost, že systém je stále (byť na počátku tisíciletí v poněkud menší míře) deficitní, bylo v daném momentě skutečně způsobeno příjmovou stranou bilance. Základna pro odvod zdravotního pojištění, tedy mzdy, rostly skutečně od poloviny devadesátých let pomaleji než hrubý domácí produkt. Ačkoli se tato skutečnost v následující dekádě ukáže jako ohromná konkurenční výhoda pro Německo, které díky relativně nižším mzdovým nákladům ustojí údobí hospodářské recese, v daný moment představoval výpadek v příjmech značnou zátěž pro systém financování zdravotní péče. Naprosto zásadním faktorem, který ovšem akceleroval reformní potřeby, byla nezaměstnanost. Při hledání odpovědi na první stanovenou otázku je třeba se podívat na očekávanou projekci vývoje nezaměstnanosti optikou roku 2005. Zatímco přesně o 50 let dříve se

⁵⁶ Od roku 2003 sice deficit zdravotního pojištění klesl, rok 2004 zaznamenal dokonce přebytek 4,2 mld. eur, avšak již v následujícím roce se přebytek pohyboval sotva v kladných číslech (1,68 mld., resp. 1,63

Spolková republika Německo blížila takřka plné zaměstnanosti, v roce 2005 nezaměstnanost dosáhla dvouciferných hodnot (Bundeszentrale für politische Bildung [2]).

Co se týče výdajové stránky, je nutné na tomto místě uvést především náklady na ambulantní péči. Ty sice představují pouze přibližně čtvrtinu všech nákladů, ale reforma z roku 2005 jejich strukturu proměnila zásadně. Zatímco do poloviny devadesátých let byly platby pojišťoven odvislé od počtu jednotlivých úkonů, v nadcházejícím období byl tento způsob v různé míře kombinován s kapitační platbou, která měla vytvořit maximální hranici pro příjem ordinace.

Zde je nutné představit dva extrémní modely financování zdravotního pojištění, jak s nimi pracovala známá Rürupova a později Wagnerova komise – *Gesundheitsprämie* a *Bürgerversicherung*. První z těchto modelů, tedy *Gesundheitsprämie* (neboli *Kopfpauschale*) je typická pro konzervativní CDU (v menší míře CSU) a liberální FDP. Představuje model, ve kterém je ve vztahu mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem postupně přesouván podíl platby na stranu zaměstnance. Zastánci modelu zdůrazňovali potřebu snižovat vedlejší mzdové náklady. Odvod zaměstnavatele by měl být v ryzi podobě tohoto modelu nulový (Bundeszentrale für politische Bildung [1]). Důležitým znakem modelu je pak konstantní, na výši zdanitelného příjmu nezávislá výše příspěvku, která pro nízkopříjmové skupiny představuje logicky nadproporční výdaj. Dalším výrazným rysem je potom vyšší spoluúčast u většiny dostupné péče. U osob, které by se po zaplacení částky dostaly pod určitou příjmovou úroveň, se však ve všech modelech počítalo s určitou formou příspěvku či zvýhodnění.

Na přelomu tisíciletí přišla každá z parlamentních politických stran s víceméně ucelenými návrhy, jak řešit chronicky deficitní situaci GKV. Tato kapitola má za cíl ukázat, jak jednotlivé reformní návrhy vypadaly. Pozornost je při tom věnována vztahu opatření k samostatnosti pojištěnce.

CDU navrhla na svém sjezdu v roce 2001 určit pomyslný strop pro souhrnný podíl veškerých daňových a nedaňových odvodů na 40 % hrubého příjmu. Objevila se myšlenka, která je v souladu s dlouhodobým trendem CDU – přesunu maxima kompenzačních opatření mimo systém zdravotního pojištění. Návrh prezentovaný na sjezdu zněl, že by služby, které nemají za cíl obnovení zdraví (tj. například platby za

mld.) (Statista [4]).

kompenzační pomůcky), měly být financovány z daňových příjmů. Poprvé je tak stránka financování nahlížena z perspektivy, zda má za cíl dosažení stavu zdraví (CDU, 2001).

Opět se zde ozývá předpoklad subsidiarity – zajištění soudržnosti rodiny má být nedílnou součástí umožnění pojištění rodinných příslušníků a úspory nákladů skrze rodinnou výpomoc. Jako klíčový nástroj označuje dokument CDU zavedení možnosti připojištění, a to i v rámci GKV. To má dle poskytnutého vysvětlení přinést diferenciaci pro skupiny s různým rizikem a sklonem k riziku. Mezi pojišťovny má být posílána soutěž. Celková zátěž pro pojištěnce má být snížena, a to proto, aby se otevřela možnost privátního připojištění. V následující podkapitole bude vysvětlena podrobnější kalkulace.

Co se týče programu CSU (2001), je ještě více zdůrazněna subsidiarita, podobně jako v případě CDU je i zde zahrnuta mezi zásadní body větší samostatnost pojišťoven, ovšem spíše ve smyslu volnějšiho sdružování a zastupování. Na druhou stranu je část věnovaná pojištěncům zahájena zmínkou o svobodě v rozhodování. A jak zde CSU přistupuje k oddělení GKV a PKV? Představuje třístupňový systém – jádrovou oblast, tedy seznam úkonů nezáviselých na individuálním riziku a podléhající paušální platbě, dále možnost vyškrtnutí některých položek ze současného katalogu nad rámec tohoto seznamu a třetí část položek volenou pojištěncem.⁵⁷ Pro platby za položky z této třetí kategorie by nebylo možné využít prostředků z podílu zaměstnavatele.

Největší míru samostatnosti rozhodování pojištěnce v tomto ohledu nabídla opět FDP. Z dvou modelů „Povinné pojištění“ nebo „Povinnost pojistit se“ volí druhou variantu. V ideálním případě by strana ponechala rozhodnutí o formě pojištění zcela na pojištěnci. Naprostá volnost by pak samozřejmě měla panovat ve volbě pojišťovny. Jako ideální systém odvodů je zde popisován ryzí model tzv. *Kopfpauschale*. Ten by měl ovšem citlivě reagovat na demografický vývoj. Podmínkou efektivního využití vložených prostředků pojištěncem pak má být princip tzv. *Kostenerstattung*, tedy v co možná nejširší míře vyplácet pojistné plnění až zpětně. To mimo jiné mělo zvýšit informovanost pojištěnce (blíže viz kapitolu 3). Současně byl stanoven nejvíce radikální cíl ze všech tří občanských stran ve směru k omezení výše poplatků, a sice fixace

57 Volební program CSU uveřejněný v následujícím roce ovšem třístupňový systém odmítá a jakoukoli definici jádrové oblasti odmítá s odůvodněním, že takové vymezení je nemožné. (CSU:

maximální výše příspěvku na straně zaměstnavatele.) (FDP, 2001). Poslanecký klub FDP dále přišel s některými návrhy jako omezení objemu financí, které budou přerozdělovány v rámci vyrovnávacího mechanismu mezi pojišťovnami (*Risikostrukturausgleich – RSA*)(FDP-Bundestagsfraktion, 2001, s. 1). Jako jediná ze stran navrhla FDP současně převedení většiny léčiv z vyšší sazby DPH (19 %) do sazby nižší (7 %). Definice role svobodné soutěže a stupně jejího uplatnění v rámci systému je v tomto programu poslaneckého klubu charakterizována slovy „role státu je pouze tam, kde selhává trh (Tamtéž)“.

Zcela odlišný přístup k samostatnosti pacienta představuje v této době program SPD. Jedná se především o značné změkčení přerozdělovacího mechanismu v rámci GKV a především změkčení podmínek pro platby pojišťoven poskytovatelům péče. Primárně je odmítnuto jakékoli oddělení katalogů základních a doplňkových služeb. Naprostý nesouhlas je vysloven s nástrojem tzv. Beitragsrückerstattung.⁵⁸ Vytvoření stropu pojistného na straně zaměstnavatele bylo rovněž rozhodně odmítnuto (Beske, 2002, s. 68-70).

Ještě radikálnější se zdá být vize Zelených prezentovaná v roce 2001. V podstatě je zde požadován velmi radikální model tzv. *Bürgerversicherung*. Zapovězena je dokonce jakákoliv forma odvodů závislých na výši mzdy.⁵⁹ Na druhou stranu existuje v programu této strany několik prvků podporujících možnost volby některých alternativních terapií (Beske, 2001, s. 27).

Nejdůležitější zásady přístupu jednotlivých parlamentních politických stran k možnostem volby pojištěnce v rámci systému ilustruje následující tabulka:

Gesundheitspolitik für das neue Jahrhundert. Mehr Gesundheit – Mehr Qualität – Mehr Verantwortung, s. 19)

⁵⁸ Beitragsrückerstattung – v případě, že osoba pojištěná déle než tři měsíce u téže pojišťovny nečerpá za dané období žádné plnění, může pojišťovna na základě §53 SGB V část obdržených peněz vyplatit zpět, a to ve formě různých premií. Levicové strany kritizují tento princip jako nástroj zničení solidarity ve zdravotnictví. V roce 2015 poskytovalo tuto službu 27 pojišťoven, vesměs podnikových (BKK).

⁵⁹ Je zde tedy předpokládána více vyhraněná forma *Bürgerversicherung*, které nejen nedovoluje rozdělení na GKV a PKV, nýbrž dokonce vylučuje výpočet výše odvodu ze mzdy. Přitom v původní verzi *Bürgerversicherung* započítává do základu pro výpočet kapitálové příjmy, výnosy z pronájmu, příspěvky a další příjmy.

	FDP	CDU	CSU	Zelení	SPD
Vztah mezi GKV a PKV	Svobodná volba mezi dvěma systémy a množstvím pojišťoven	Svobodná volba mezi dvěma systémy a množstvím pojišťoven, možnost připojištění i v rámci GKV	Třístupňový systém v rámci GKV	Jednotný systém	Jednotný systém
Výše odvodu	Jednotná	Závislá na mzdě	Závislá na mzdě	Závislá na všech příjmech	Závislá na všech příjmech
RSA	Omezení	-	Omezení	Další rozvoj, morbi-RSA	Další rozvoj
Beitragsrück- erstattung	Podpora	Podpora	-	-	Zrušení

Tab. 5: Parlamentní politické strany a preferované parametry systému pojištění. Strana Die Linke není uvedena. Vlastní představa.

V roce 2003 se naplno rozhořela debata o dalším směřování GKV symbolizovaná dvěma zdánlivě protichůdnými koncepcemi – Gesundheitsprämie a Bürgerversicherung. Podstata *Gesundheitsprämie (Kopfpauschale)* spočívá ve své ryzí podobě v zavedení jednotné výše odvodu do GKV (se zachováním různých forem PKV) pro všechny zákonně⁶⁰ či dobrovolně⁶¹ pojištěné (nikoli pro připojištěné členy rodiny⁶²).

První návrh konceptu Kopfpauschale se objevil ve zprávě SVRK AiG za rok 2003 (Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003) na základě doporučení odborných skupin Rürupovy komise a Helmuta Breyera. Alokační efektivita návrhu byla prozkoumána již v rámci tohoto textu, avšak jeho zveřejněním se rozhořela debata, kterou je možno rozdělit na dva okruhy – distribuční efektivita a celková hospodářská účinnost, v daném případě skrytá v otázce, jak zajistit

⁶⁰ Podle §5 SGB V všichni dělníci, zaměstnanci a připravující se na zaměstnání, nezaměstnaní, zemědělci, umělci „na volné noze“, zaměstnanci zařízení péče o mládež, zdravotně postižení čerpající invalidní důchod, studenti a některé další zákonem stanovené skupiny.

⁶¹ Podle §7 SGB V jsou automaticky pojištěnými manželé, partneři žijící ve společné domácnosti a děti pojištěného.

konkurenceschopnost německé výroby při neudržitelně vysokých odvodech na straně zaměstnavatele (Ernst – Seger, 2001, s. 105).

Zatímco CDU a CSU na svých dalších stranických sjezdech dolad'ovaly jednotlivé nuance systému, FDP koncept sice přivítala, ale označila za nedostatečně razantní (FDP, 2004). Zde je nutné vzít v potaz pozici FDP, která sice upřednostňuje v kterémkoli ze svých modelů samostatnost v rozhodování na straně pojištěnce, zároveň však jako velkou výzvu chápe i celkovou hospodářskou účinnost reformy a momentálně převládající problém, tj. vysokou nezaměstnanost (Bandelow, 1998, s 103-111).

1.10.2. Alternativy na počátku tisíciletí

V letech 2003-2005 byly představeny v zásadě tři formy tohoto konceptu. Inspirace pro všechny z nich odrážela zkušenosti ze Švýcarska, ve své době jediné země se skutečně fungujícím modelem *Kopfpauschale*. Tam měl v té době za sebou zhruba sedmileté fungování (Langer et al., 2005, s. 16). Všechny tyto modely vycházejí z premisy, že solidární přerozdělování v současném systému již funguje, a to hned v několika rovinách – mezi osobami s vyšším příjmem a nižším příjmem, mezi bezdětnými a rodinami s dětmi, mezi zaměstnanými a nezaměstnanými připojištěnými partnery, mezi pojištěnci s různou mírou rizika, mezi generacemi a konečně mezi pohlavími (Gress et al., 2005, s. 27). Autoři evaluací připouštějí všechny tyto existující kategorie přerozdělení a argumentaci tvůrců návrhů, že odstraněna bude jen jedna z mnoha složek solidarity. Zároveň ale ukazují, že dotčena bude vždy nejméně jedna z dalších složek (Gress et al., s. 28).

1. Rürup et al.

První z modelů odpovídá výše popsanému ryzímu ideálnímu typu *Kopfpauschale* a předložila jej tzv. Rürupova komise.⁶³ Model předpokládá na základě výpočtu nutného objemu prostředků pro celý systém GKV (PKV zůstává odděleno) jednotný odvod každého pojištěného ve výši 210 eur. Předpokládá se zde, že stejně jako u všech modelů *Kopfpauschale* budou muset být nízkopříjmové skupiny dotovány z daňových příjmů, pokud prémie překročí určité procento z jejich hrubého příjmu. Model pracuje se dvěma scénáři - v prvním případě představuje hranice pro subvenci 13,3 % hrubého příjmu, v druhém 16 %. Předpokládá se, že na těchto subvencích by muselo být vyplaceno 28,4,

⁶² Podle §10 SGB V

⁶³ Oficiální název zněl Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen entwicklung

resp. 22,6 miliard eur. Na druhou stranu se počítá s nárůstem objemu vybrané daně na straně zaměstnavatele. Tento nárůst má být zhruba ve výši 18,6 miliard eur. Deficit 4,4, resp. 10,2 miliard eur by tak zůstal nepokryt, avšak 1) se tak má protnout zakletý kruh zvyšujících se mzdových nákladů a 2) budou tak i pojištěnci v rámci PKV de facto přinuceni k solidárnímu příspěvku (pomocí daně) (Gress, 2005, s. 32).

2. Knappe-Arnold

Druhý model, který kombinuje většinu z konceptu Kopfpauschale s několika málo aspekty Bürgerversicherung, předložila skupina Knappe-Arnold v rámci Svazu bavorského průmyslu. Model především počítá s jediným systémem zdravotního pojištění, tedy sloučením GKV a PKV. Předložený model tak podporuje tezi, že dva krajní modely se v podstatě nevyklučují (Gress et al., 2005, s. 36) a realizovatelná, ba dokonce v časech velké koalice politicky schůdná, je jejich kompromisní smíšená varianta. Kromě toho autoři tohoto modelu uvažují zavedení příspěvku za nezletilé dítě, a to v různé míře. Ukazuje se, že jako velmi přínosné se jeví zavedení zhruba poloviční výše odvodu za dítě. Jednotnou premii navrhuji ve výši 180 eur měsíčně, pro dítě pak 80 eur. Obdobně jako v předchozím případě i zde vzniká potřeba daňového subvencování osob, pro něž odvod bude představovat více než určité procento z čistého příjmu. Právě rozlišení mezi čistým a hrubým příjmem zde má své opodstatnění. Subvencováním vznikne potřeba zhruba 20 miliard, přičemž daňový výnos by měl být vyšší zhruba od 17 miliard. Díky kalkulaci čistého příjmu odpadne státu výdaj za některé sociální služby u nejnižších příjmových skupin. Model tak má reálnou šanci dosáhnout rozpočtové neutrality. Dokonce je kritiky ceněn za řešení problému rodin s čistým příjmem pod 620 eur měsíčně (Gress et al., 2005, s. 36).

3. FDP

Třetí model předložila v roce 2004 FDP a kromě prvků z modelu č. 1 zahrnoval plnou privatizaci pojišťoven v rámci GKV. Ty by poskytovaly služby na základě rizikově vážených odvodů za neexistence jakékoli struktury RSA. Bez rizikového vážení by se ze zákona muselo obejít jen pojištění novorozenců. Jako alternativu by ovšem každá pojišťovna musela poskytovat jeden paušální tarif (FDP, 2004).

4. RWI

Za zmínku stojí modifikace prvních dvou modelů z dílny Institutu hospodářského výzkumu (RWI) v Essenu. Změna spočívá ve způsobu subvencování nízkopříjmových skupin. V tomto případě není provedena daňovým mechanismem, nýbrž zavedením

fondy v rámci GKV, kam přispívají spolupojištění manželé. Nevýhodou tohoto modelu je celkové zvýšení paušálního odvodu – v modelu se objevují částky jako 345 eur či 390 eur měsíčně (Gress et al., 2005, s. 58).

5. CDU/CSU

S přehledem nejnižší částku paušálního odvodu navrhly ve svém společném modelu CDU a CSU v listopadu 2004. Jednalo se o kompromisní variantu mezi modelem CDU směřujícím více ke Kopfpauschale a modelem CSU zohledňujícím solidární aspekty. Ve sjednoceném modelu byla navržena částka 109 eur měsíčně pro všechny pojištěnce, přičemž zrušeno by bylo v rámci §7 SGB V spolupojištění manželů. Spolupojištění dětí by bylo naopak zachováno v plné šíři. Lze zde vystopovat určitou inspiraci výše uvedeným modelem RWI, ovšem s tím rozdílem, že společný fond (*Sondervermögen*) by vznikl v rámci jedné konkrétní pojišťovny, a to z prémie ve výši 60 eur měsíčně vyplácené zaměstnavatelem. Z něj by byly subvencovány nízkopříjmové skupiny i rodiny v situacích, kdy společný měsíční příjem nepřevyšuje stanovenou hranici (ta v modelu není jasně specifikovaná, resp. není znám její vyměřovací základ), čímž by měl být splněn solidární prvek prosazovaný CSU (CDU/CSU, 2004). Kritici tohoto modelu vesměs uznávali, že jeho největší předností bylo zajištění nižší ceny práce, a tedy oživení na pracovním trhu.

Jednotlivé modely jsou uvedeny v přehledné tabulce spolu s vyhodnocením klíčových dopadů na financování GKV:

	Udržitelnost	Zaměstnanost	Distribuční efektivita	Soutěž	Omezení RSA
Rürup et al.	+	+	+	+	+
Knappe-Arnold	+	+	++	+	+
FDP	-	+	-	++	++
RWI	-	+	+	-	-
CDU/CSU	-	+	-	++	+

Tab. 6: Vyhodnocení jednotlivých navrhovaných modelů financování GKV v letech 2003-2005. Na základě dat z Gress, S., Pfaff, A., Wagner, G. (Hrsg.): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie. Expertisen zur Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Düsseldorf, 2005, vlastní tabulka. (+ označuje posílení, - oslabení určitého prvku).

Ve vztahu k výzkumné otázce je z uvedené tabulky nejdůležitější údaj vyplývající z ryze ekonomických ukazatelů – všechny uvedené modely, kromě modifikace RWI, měly přispět ke zkvalitnění soutěžního prostředí mezi subjekty na trhu GKV, přičemž nejvíce model FDP.

Kritika Kopfpauschale

Kritiku všech konceptů využívajících jednotnou výši prémie lze rozdělit do tří okruhů. Prvním je kritika alokační efektivity, která byla naznačena v předcházející podkapitole. Druhá velká skupina kritik by mohla být označena jako distribuční. Mezi hlavní kritiky v distribuční rovině je řazen např. výše uvedený expert SPD pro zdravotnickou politiku Karl Lauterbach. Klíčové body jeho kritiky dovozující nízkou míru solidarity Kopfpauschale z nedostatečného naplnění předpokladů §§ 1 a 2 SGB V rozbil svým nálezem Ústavní soud.

1.10.3. Kompromis – zavedení Zdravotního fondu

Vzhledem k vítězství CDU/CSU ve volbách v roce 2005 a rozložení sil v Bundestagu směřoval vývoj brzy k velké koalici. SPD se navíc nacházela v situaci, kdy za poslední rok stranu opustila řada poslanců nespokojených s vývojem tzv. Agendy 2010, mimo jiné i poplatků v ordinacích a dalších jevů, díky kterým se od sebe postupně odlišovala pozice SPD a odborových svazů. Poslanci opustivší stranu našli útočiště v řadách vznikající Die Linke. Lze říci, že SPD v této době posouvala řadu svých premis politicky napravo a ustoupila z některých svých tradičních předpokladů.

Dlouhodobý spor o morbi-RSA, při kterém, jak bylo uvedeno, stála CDU/CSU a FDP na straně zrušení či odbourání celého mechanismu, zatímco SPD a Zelení prosazovali jeho další prohloubení směrem k úmrtnostně orientovaným propočtům, byl završen rozhodnutím Spolkového ústavního soudu. Ten nejen konstatoval, že morbi-RSA není v rozporu s § 266-267 SGB V, nýbrž že „bez takovéhohoto mechanismu existují silné tendence pojišťoven zlepšovat svou finanční situaci pomocí získávání pozitivních rizik a zbavování se negativních (Bundesverfassungsgericht, 2005)“.

Cesta otevřená kompromisnímu řešení tak byla otevřena a po zdlouhavém vyjednávání dospěly obě strany k akceptovatelné variantě. Zatímco z požadavků CDU/CSU zůstala zachována víceméně jen dualita GKV a PKV a financování sociálně distribučních

funkcí z daňových zdrojů, požadavky SPD byly naplněny ve značné šíři. Model Gesundheitsfondu lze charakterizovat takto:

V rámci jednotného fondu GKV jsou shromážděny prostředky z jednotlivých odvodů vypočtených z výše hrubého příjmu surčenou maximální výší. Na straně zaměstnavatele měla být zvažena varianta zastropování na úrovni kolem 7 %. Tato varianta se nicméně dostala do diskuse až v následujícím volebním období. Příspěvek měl být přerozdělen pojišťovnám na základě morbi-RSA. Připojištění dětí mělo být subvencováno z daňových příjmů a příspěvky v následujících letech měly mít výši 1,5 resp. 3 miliardy eur.

Výdobytkem CDU/CSU se stalo zavedení speciálních doplatků, tzv. *Zusatzbeiträge*. Ty mohly být pojišťovnou aplikovány v případě, že pojišťovna na konci prvního kontrolního období zaznamená deficit a mohly představovat nejvýše 1 % z hrubého příjmu celé domácnosti. Zpravidla se však jednalo o výrazně nižší částku (Krankenkassen, 2018).

Díky následné modifikaci můžeme usuzovat na dopady zavedení dodatečného příplatku jen nepřímě. Obecně lze ale vycítit tendenci pacientů k okamžitým změnám pojišťovny v rámci GKV. AOK získaly za první rok fungování 510 000 nových pojištěnců. Naopak vítězi minulých dvou reformních vln, Ersatzkrankenkassen pozbyly tímto krokem během prvního roku platnosti 60 000 osob, a to s rostoucí tendencí. Stále ještě si ale tento svaz udržel primát s více než 24 miliony pojištěnců (Miehm, 2010). Dále ztratila DAK více než 240 000 pojištěnců, naopak jeden z největších zisků si za první rok připsala Techniker Krankenkasse. Větší ztráty postihly také skupinu Betriebskrankenkassen (BKK), které dlouhodobě přitahují pohybuující se pojištěnce (což je kategorie, do které statistici zpravidla řadí pojištěnce se dvěma a více změnami pojišťovny ve dvou po sobě jdoucích letech).

Lze říci, že zavedení jednotného Gesundheitsfondu a dodatečného příplatku vyvolalo vlnu přesunů pojištěnců v rámci GKV, která však byla tlumena možností fúzí napříč skupinami pojišťoven (typicky AOK a IKK) (Holge, 2009, s. 61).

V této situaci nelze úplně přesně rozlišit skupiny obyvatelstva, které byly tímto reformním krokem nejvíce dotčeny. Jedná se z 60 % o osoby z domácností s měsíčním příjmem pod 1500 eur, avšak neexistuje údaj vztahující se k rodinnému stavu, počtu

vyživovaných osob a dalším kategoriím. Naopak prakticky nulový vliv měly změny na počet pojištěnců v neproduktivním věku (Bundesministerium für Gesundheit, 2005).

1.11. „Svobodná“ volba pojišťovny

Z výše uvedeného je patrné, že zákonné zdravotní pojišťovny spolu se soukromými zdravotními pojišťovnami obhospodařují téměř veškeré prostředky, které do systému zdravotní péče přicházejí. Příjmy zdravotních pojišťoven jsou pak ze dvou třetin tvořeny ze zákonných příspěvků vybíraných (zpočátku zásadně paritním způsobem) od pojištěnce zaměstnavatele. Zákonné zdravotní pojišťovny prošly během sta let existence systémem vývojem od ryze místních organizací až po masové organizace univerzálního typu. Pojišťovny jsou tradičně nadány možnostmi (a povinnostmi) samosprávy a mají zákonem danou pevnou strukturu. Historicky se vyvinulo několik odlišných typů – obecné AOK sdružující pacienty bez zjevných speciálních ambicí, a naopak nejnákladnější pojištěnce. Mezi prestižní byly naopak řazeny podnikové BKK. Ersatzkrankenkassen patří dnes mezi nejrozšířenější typ. Mimo nich rozeznáváme speciální profesní pojišťovny. Platí neustálá tendence ke snižování počtu a zvětšování pojišťoven. Tato tendence není samovolná, ale byla vyvolána zejména rostoucími povinnostmi pojišťoven a možnostmi pohybu pojištěnců mezi nimi.

Možnost svobodné volby pojišťovny byla poprvé zavedena v roce 1996 za vlády H. Kohla – jejím základním úmyslem bylo vnesení soutěžních prvků do hospodaření pojišťoven. K tomuto kroku musela být podniknuta některá doplňující opatření – zejména zavedení mechanismu vyrovnávání rizik, tedy RSA. Jak zavádění RSA, tak samotnou volnost pojištěnců ve volbě pojišťovny, prosazovala vládnoucí CDU/CSU a FDP proti opozici a reforma byla několikrát zkomplikována postojem jednotlivých spolkových zemí.

Samotné zavedení svobody volby pojišťovny bylo nepochybně důležitým momentem, většina autorů jej tak označuje a hodnotí ho jako první krok k liberalizaci do budoucna. Účinek ovšem zůstal poněkud za očekáváním, což objasňují jiné výzkumy, poukazující na chování pojištěnců – ti se kromě ceny služby, tj. de facto výše příspěvků, orientují často emotivně a zdaleka ne vždy podle dostupných informací. Velká část pojištěnců se orientuje podle názoru referenčních skupin, ne pokaždé racionálně a velký segment pojištěnců zkrátka není nakloněn změnám pojišťovny vůbec, či je naopak rychle střídá, podle svého ustrojení.

Od počátku 90. let upadal zvykem daný standard praktického lékaře coby první linie kontaktu pacienta se systémem. Této tendenci se snažil zákonodárce bránit, až ke konci tisíciletí došlo k postupnému zesílení tlaku na pojišťovny, aby začaly nabízet zvýhodněný model praktického lékaře. Přihlášením se do tohoto typu péče měl pojištěnec jednak získat kontrolovanější péči a jednak být finančně zvýhodněn za omezení, která mu z této situace plynula – především se jednalo o omezení jeho svobody volby lékaře. Tuto reformu prosadila především SPD a Zelení. Během dalších let se vyvinula řada dalších možností programů péče, do kterých se mohli pojištěnci zapisovat. Stále se jednalo o dobrovolnou bázi a veskrze celkové zvýšení různých možností přístupu k péči. Zatímco první krok byl pojištěnci vnímán jako omezení, druhý naopak jako rozšíření možností, byť stále bez významného vlivu – konceptu stále využívá nevelké procento pojištěnců.

Přesto byl tento systém úspěšnější než jiná možnost zavedená sociálnědemokratickými zákonodárci – integrovaná péče. Ta měla smazat tradiční hranici mezi ambulantní a stacionární péčí. Tento krok byl následně v praktické rovině podpořen vznikem center lékařské péče (MVZ), jakési obdoby někdejších poliklinik⁶⁴. Rozšíření možností pro pacienty znamenalo výrazné omezení pro řadu v řídkěji osídlených regionech působících praktických lékařů. Finanční zvýhodnění kolektivních forem oproti jednotlivcům bylo velmi nesouhlasně přijímáno svazy lékařů. O integrovanou péči a podobné formy je prokazatelně nižší zájem mezi pacienty, v posledních letech s mírným oživením, ale velmi negativně jej vnímají samotné pojišťovny.

Cena příspěvku zůstává přes všechny snahy hlavním kritériem výběru a změn pojišťoven mezi pojištěnci. Liberálně-konzervativní a socialistická linie reprezentují dva krajní pohledy na výši příspěvku jednotlivce do systému. První z variant, tzv. *Kopfpauschale*, představuje příspěvky nezávislé na výši příjmu, odpovídající kapitační platbě, se zachováním výrazných rozdílů mezi GKV a PKV. Druhý krajní způsob, tzv. *Bürgerprämie*, počítá s platbou závislou na hrubém příjmu, zachováním parity, resp. přenesením co největšího břemene na zaměstnavatele. Na počátku tisíciletí byly obě varianty ve hře, ale zdlouhavě se rodil kompromis, protože ani jedna z variant nebyla politicky průchozí. Postupně vznikla řada expertních návrhů, jak oba systémy zkombinovat, s hlavním cílem nepoškodit zaměstnavatele a udržet křehký hospodářský

⁶⁴ MVZ se podrobně zabývá kapitola 4.

růst. Různé modely v různé míře navrhovaly přenést odpovědnost za co nejehospodárnější jednání na pacienta, nejvíce FDP.

Politická konstelace nakonec vyústila v přeměnu způsobu hospodaření s prostředky – vznikl jednotný fond, ze kterého byly prostředky distribuovány pojišťovnám. Ústupkem pravici bylo naopak zachování GKV a PKV a možnost tzv. *Zusatzbeiträge*, které byly pojišťovnami využity ve velké míře. Některými autory byly označovány jako malé *Kopfpauschale* a do jisté míry měly podobný dopad, ovšem opět na poměrně menší segment pojištěnců. Ti se nyní začali jednoznačně orientovat spíše na kvalitu nabízených služeb – cenové rozdíly ostatně začínají být pro pojištěnce zanedbatelné (Die Welt, 2016). Kromě mírných přesunů mezi pojišťovnami posílilo zavedení jednotného fondu také odchod z GKV do PKV. Dalším ústupem bylo zafixování příspěvku placeného zaměstnavatelem. Vláda konzervativně-liberální koalice nakonec parametry pouze mírně upravila, zejména mírně navýšila odvody na straně zaměstnanců. V letech 2013–2017 byly Zusatzbeiträge nezávislé na příjmu nahrazeny závislými, čímž se opět navýšil solidární prvek v systému.

Možnost svobodné volby pojišťovny je sice podle klasifikace Halla nejspíš změnou druhého řádu, ale nakonec se nedokla až tolika skupin pojištěnců. V poměrném vyjádření se jedná například u AOK o ztrátu tří procent členské základny. Některé z pojišťoven získaly měly přírůstek i vyšší než 10 %, ale zase malý v absolutních číslech. Některých věkových skupin, např. důchodci, se týkal velmi málo. Každopádně zavedení svobodné volby pojišťovny by postrádalo smysl bez diferenciací služeb. Nastal zde však paradox. Když levicové vlády na přelomu tisíciletí postupně zavedly nabídky alternativních programů, omezila se tím de facto svoboda volby lékaře, protože ne všichni lékaři se do všech programů zapojili. Kromě toho se např. program DMP ukázal jako nefunkční.

Dlouhý výše popsaný souboj mezi dvěma krajními vizemi výše poplatků, kdy dvě politické reprezentace razily vzájemně se vylučující přístup, skončily kompromisem přijatým za velké koalice. Model čisté kapitační platby, silně zvýhodňující vysokopříjmové kategorie, nikdy přijat nebyl. Domnívám se, že teprve přijetí model zalženého na rovné odvodové částce, by mohlo Německo vyřazovat z oblasti solidárních systémů. Podle dobového hodnocení byl za nejsilněji prosoutěžní označován model FDP (ani ten ovšem nebyl stoprocentním ztělesněním kapitační platby). Důležité zjištění je následující: Neprosadil se v čisté podobě ani model CDU/CSU, který vyšel

z modelu RWI. Dopady modelu RWI byly označeny jako neutrální ve vztahu k soutěži. Na druhou stranu systém duálního (veřejného a soukromého) pojištění odolal a zachoval se tak typický rys německého prostředí. Výsledný Zdravotní fond byl poté krokem zpět od samosprávného rozhodování pojišťoven o poplatcích, s malou výjimkou, kterou poté velká část pojišťoven využila (následně však klesl i podíl těchto pojišťoven). I zavedení tohoto fondu podnítilo další přesuny mezi pojišťovnami.

Konzervativně-liberální koalice vládla v období hospodářské recese 2009 – 2013, kdy bylo nutné opět řešit výrazný pokles ve výběru pojistného. Díky tomu byly například (poněkud netypicky pro tuto koalici) zvýšeny poplatky, ovšem jen na straně zaměstnanců. Cílem reforem bylo nepoškodit německou průmyslovou základnu. Ukazuje se zde jeden z typických rysů společných pro všechny vlády, a sice že v době špatné hospodářské kondice každá vláda spíše podrží německý průmysl oproti zátěži pojištěnce. Původně na mzdě nezávislé doplatky se v následujícím období staly závislými, a tedy i tento liberální prvek nakonec přestal existovat.

V oblasti výše pojistného tak německý systém opsal oblouk od některých zásadnějších změn k jejich postupnému zmírňování a někdy až k návratu do výchozích pozic či do jiných forem solidárního hospodaření. Přesuny mezi pojišťovnami nenastaly ve velkém měřítku, a to ani poté, co se začala diferencovat kvalita nabízených služeb. S ohledem na celkovou ekonomickou situaci (počínající recese) nelze úplně přesně srovnávat, ale zdá se, že hlubší změny dokonce nastaly se zavedením Zdravotního fondu. Každopádně i tyto změny vyčerpaly svůj potenciál a v roce 2019 dopadl výzkum ohledně změny zdravotní pojišťovny takto: Pro téměř 58 % nepřipadá změna pojišťovny v úvahu (Statista [8]).

2. Ostatní aktéři systému

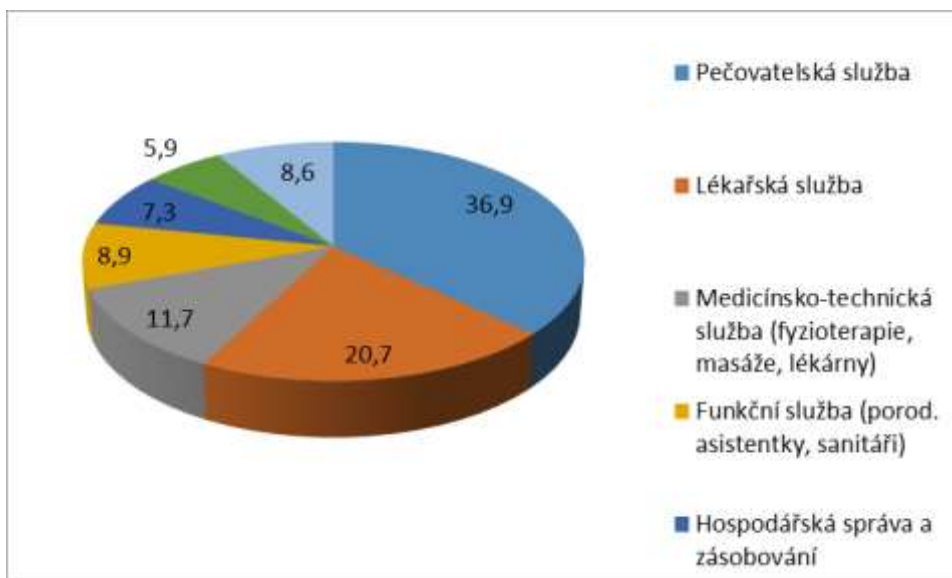
2.1. Struktura výdajů systému zdravotní péče

Výdajová stránka veřejného zdravotnictví ve Spolkové republice Německo je tvořena především těmito výdaji: stacionární lékařská péče (35 %), ambulantní lékařská péče (17 %), léčiva (17 %), dentální medicína (7 %), nemocenské dávky (5,5 %) kompenzační pomůcky (3 %) domácí a ošetrovatelská péče (2,5 %) a preventivní péče (1,1 %) (GKV-Spitzenverband, 2015). Následující kapitola popisuje, kam finanční toky získané formou GKV směřují, a zaměří se na dva největší příjemce, tedy lékařskou péči – stacionární i ambulantní.

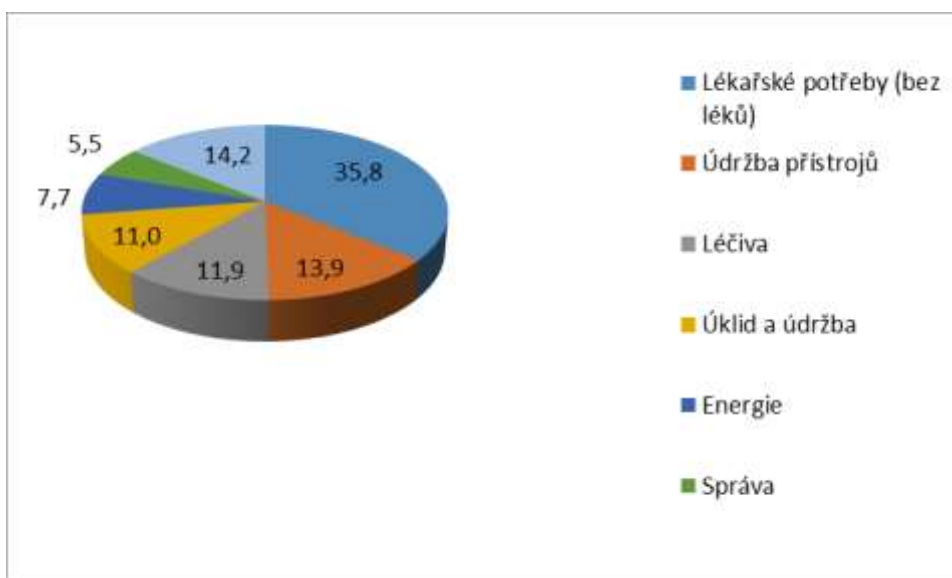
S 35 procenty je stacionární lékařská péče největší výdajovou položkou německého veřejného zdravotnictví. Ačkoli náklady na stacionární péči stále rostou, děje se tak po velmi dlouhou dobu, v podstatě od konce 70. let pouze stejnou rychlostí, jakou rostou celkové výdaje. Podíl kolem jedné třetiny tak zůstává již čtyřicet let konstantní (Bandelow, 1998, s. 45). Nárůst má dlouhodobě svůj původ především ve zvyšující se délce dožití obyvatel (viz předchozí kapitolu) a částečně také ve zvyšujících se diagnostických možnostech. Počet diagnostických přístrojů se za posledních čtyřicet let téměř zdvacetinásobil (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1997, a Statistisches Bundesamt 2015, vlastní výpočet). Přímé náklady na jejich pořízení nicméně nepředstavují zásadní položku ve srovnání s výdaji na jejich provoz a navazující diagnostiku (Bandelow, 1998, s. 47). Zatímco první zmiňovanou položku můžeme vidět na druhém grafu (Údržba přístrojů), první z nich se podílí na položkách pečovatelská a lékařská služba. První graf představuje oproti druhému dvojnásobný objem financí.⁶⁵

Kromě výše popsané tendence je třeba si uvědomit, že lékařská a zejména pečovatelská péče je vysoce individualizovanou službou, která je velmi málo automatizovatelná. Z tohoto důvodu je nutné počítat s převahou personálních nákladů i do budoucna (Krukemeyer et al. 2005, s. 39).

⁶⁵ V roce 1994 se jednalo o 64, resp. 32 miliard marek.



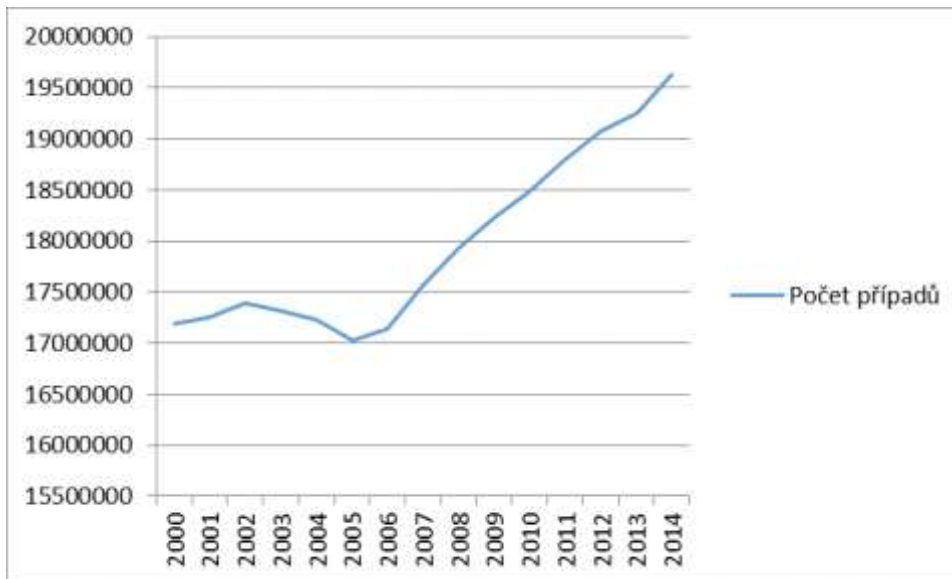
Graf 7: Podíl jednotlivých složek osobních nákladů v nemocnicích (rok 1994) Zdroj: Statistisches Bundesamt, 1996, vlastní výpočet



Graf 8: Podíl jednotlivých složek materiálových nákladů v nemocnicích (rok 1994) Zdroj: Statistisches Bundesamt, 1996, vlastní výpočet

Z důvodu řádově větší nákladnosti stacionární péče oproti ambulantní je v posledních dvaceti letech patrná snaha o redukci počtu lůžek, a to zejména akutních. V některých spolkových zemích, zejména v zemských státech se v 90. letech projevoval nedostatek lůžek následné péče. Snahou také bylo redukovat počet případů vyžadujících stacionární péči – ten však naopak ve sledovaném období vzrostl (ze 14,2 milionu v roce 1992 (Bandelow, 1998, s. 49) na téměř 20 milionů v současnosti (Das Informationssystem der

Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Jak ukazuje následující graf, jedná se víceméně o lineární nárůst s velmi mírným poklesem v letech 2002 až 2005.



Graf 9: Počet případů vyžadujících stacionární péči v SRN v letech 2000 – 2014. Zdroj: Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Také vývoj mezi lety 1994 a 2000 znamenal mírný růst (Statista [5]). Velmi mírný nárůst celkových výdajů na stacionární péči za současného nárůstu případů je zapříčiněn především poklesem průměrné délky ošetření ve stacionární péči. Ta se mezi lety (měřeno v oblasti akutních lůžek) 1990 a 1999 snížila z 12,6 dnů na 9,4 dnů (Schölkopf – Stapf-Finé, 2003, s. 112) a následně na 7,9 dnů v roce 2010 (Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes) až na dnešních 7,5 dne.

Jestliže se nemění podíl nákladů na stacionární péči, neznamená to, že si Německo nepolepšilo v celosvětovém srovnání. Jestliže v roce 1993 se Německo nacházelo ve srovnání zemí OECD na 4. místě za Rakouskem, Japonskem a Belgií (OECD, 1993, s. 11), pak už v roce 1999 všechny tyto země vykazovaly podíl výdajů na stacionární péči na celkových výdajích vyšší než Německo. V některých případech se jednalo o prudké nárůsty. Naopak do čela pořadí pronikly Spojené státy americké (Schölkopf – Stapf-Finé, 2003, s. 112). Pro tak markantní snížení lze hledat odpověď buď ve vysoké průměrné délce ošetření v nemocnici, která je v Japonsku tradičně mnohem vyšší než v evropských zemích (v roce 1999: Japonsko 24,9 dne, Německo 9,4 dne (Schölkopf – Stapf-Finé, 2003, s. 111), nebo v příliš vysokých průměrných nákladech na ošetření. Tam zase s velkým odstupem vedou Spojené státy americké (v roce 1999 v paritě kupní síly: USA 9200 eur, Německo 3434 eur (Tamtěž).

Rostoucí výdaje zaznamenává také oblast prevence. Ty vzrostly mezi lety 2003 a 2018 ze 114 milionů eur na 520, tedy více než čtyřikrát. Nárůst se konal za vlád SPD a Zelených, resp. velké koalice. Naopak v mezidobí, v letech 2010-2014 došlo k mírnému poklesu (z 340 na 267 milionů)⁶⁶, což ukazuje rozdíl v prioritách obou táborů. Německo si vede v mezinárodním srovnání v oblasti prevence velmi dobře (nejčastěji 2. místo po Nizozemsku), přesto se jedná v relativním vyjádření o nízkou částku z celkového rozpočtu.

2.2. Ambulantní péče

2.2.1. Vymezení

Jako jednoho z hlavních aktérů systému GKV v podobě, jak jej definuje úvodní kapitola, jsou sdružení lékařů na všech úrovních a nemocnice. Zde tvoří protiváhu a vyjednávacího partnera pro zdravotní pojišťovny, resp. jejich sdružení.

Členy Sdružení smluvních lékařů jsou ze zákona všichni obvodní lékaři a psychoterapeuti, kteří se podílejí na GKV. Dále jsou jimi všichni lékaři vykonávající lékařskou činnost ve stacionární péči.⁶⁷ Povinné členství představuje základ prosazování státní moci při regulaci tohoto odvětví. Členové garantují péči o pojištěnce na odpovídající úrovni a v rozsahu stanoveném zákonem. Péče se podle § 73 SGB V dělí na praktickou (*hausärztliche Versorgung*) a odbornou (*fachärztliche Versorgung*). „Praktická péče zahrnuje zejména obecnou a pokročilou lékařskou péči o pacienta během diagnostiky a terapie, za předpokladu znalosti jeho rodinného zázemí...“⁶⁸ Právě zmínka o znalosti rodinného zázemí odlišuje model německého *Hausarzt* od praktického lékaře například ve Velké Británii. Nutnost znalosti rodinné a pracovní anamnézy je právě z tohoto důvodu základním kamenem debat o reformě kategorií lékařů.

Důležitou položkou činnosti praktických lékařů⁶⁹ je koordinace diagnostických, terapeutických a léčebných opatření. Dále jsou to praktičtí hlavními aktéry

⁶⁶ Jedná se o vlastní výpočty na základě Präventionsbericht 2003, 2004,...2018

⁶⁷ §72 odst. 1 SGB V

⁶⁸ §73 SGB V odst. 1

⁶⁹ Drtivá většina praktických lékařů spadá v Německu pod kategorii *Vertragsarzt*. Pojem *Privatarzt* je vyhrazen pro skupinu lékařů, kteří jsou pouze členy profesní komory, ale nejsou zastoupeni ve svazech a nepodnikají podle SGB V. Proto by byl překlad do češtiny zavádějící. Pod pojmem soukromí lékaři tedy tato práce chápe samostatně činné *Vertragsärzte*.

zodpovědnými za shromažďování dokumentace.⁷⁰ Stejně tak je tomu např. v České republice. Zákon ukládá praktickým lékařům, na rozdíl od ČR, rovněž „integraci nelékařské pomoci a doprovodných služeb do léčebných postupů“.⁷¹ Mezi praktické lékaře se řadí: všeobecní lékaři (*Allgemeinärzte*), dětské lékaři (*Kinderärzte*), internisté bez další specializace a někteří další vyjmenovaní specialisté. K dalšímu zpřesnění vymezení došlo v roce 2005 Směrnicí 2005/36/ES o uznávání pracovních kvalifikací. Ostatní lékaře zákon negativně vymezuje jako odborné lékaře (*Fachärzte*).

2.2.2. Zásadní problémy ambulantní péče v 90. letech

Na počátku 90. let byla pod dojmem neúměrně se zvyšujícího počtu praktických lékařů (*Ärztenschwemme*). Dokument SVRKaiG pro rok 1991 konstatoval, že by tendence měla směřovat ke zvýšení počtu zaměstnaných praktických lékařů (SVRKaiG, 1991, s. 12). (Zde je vidět dílčí inspirace systémem NDR. Blíže o této fázi pojednává kapitola 4). Pokud ale pohlédneme na proporce jednotlivých typů lékařů, je vyznění jiné. I přes narůstající absolutní počty, byl dosavadní nárůst počtu soukromých lékařů nejmenší. Zatímco v roce 1960 tvořili soukromí lékaři 57 %, v roce 1990 je to již jen 32 %. Oproti tomu zaměstnaných lékařů celkem přibýlo z 28 % na téměř 40 % (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1996, s. A2). Výsledkem reformních snah těsně po jednocení bylo zmrazení počtu povolení pro nově registrované praktické lékaře. Spolkové ministerstvo zdravotnictví patrně mylně identifikovalo příčiny nárůstu celkových výdajů a rozhodlo se, poté co tuto možnost v roce 1992 odblokoval Ústavní soud, připouštění zpomalit a v zásadě do roku 1999 zmrazit. Během 90. let postupně nastal nedostatek praktických lékařů, zejména na venkově a v méně zalidněných oblastech.

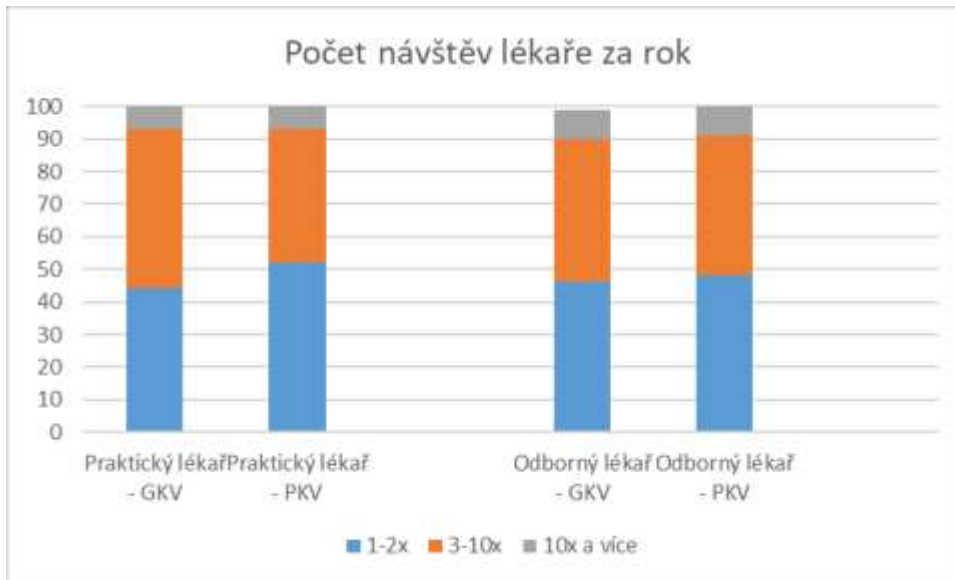
V roce 1997 se v zákoně poprvé objevila skulina umožňující za vymezených podmínek pojišťovnám uzavírat smlouvy přímo s jednotlivými lékaři. Tyto podmínky, jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, výrazně rozšířily v letech 2000, 2002 (Disease Management Programme) a 2004 (možnost zakládat zdravotní centra). Mezi hlavní cíle všech těchto reforem patřilo (1) zvýšit dostupnost lékařské péče v řídkěji osídlených oblastech (výsledky analyzuje kapitola 4), (2) pomocí modelu praktického lékaře

⁷⁰ §73 SGB V odst. 2 a 3

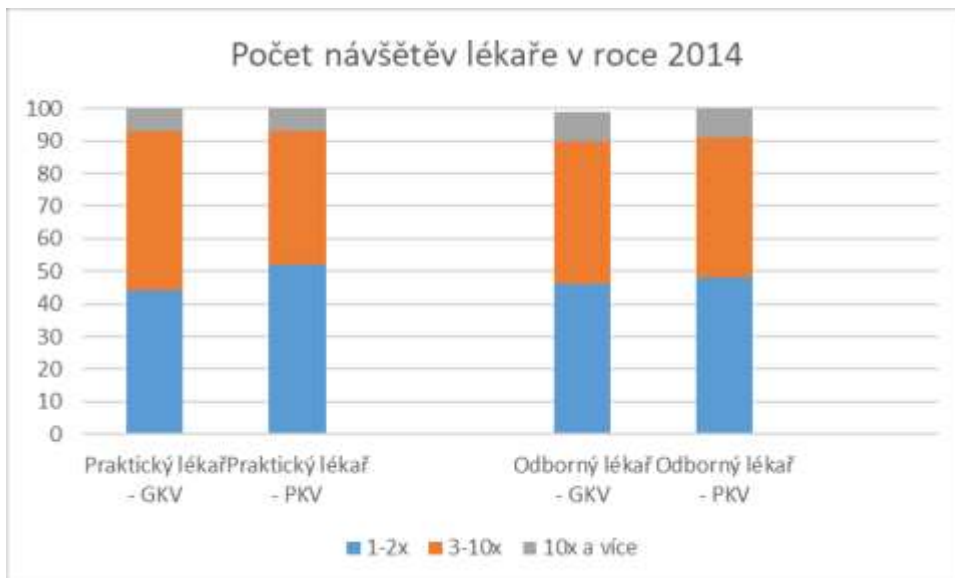
⁷¹ §73 SGB V odst. 5

(Hausarztmodell) snížit doby čekání u lékaře, zkrátit lhůtu pro objednání a snížit počet návštěv u odborných lékařů (Reiners, 2009, s. 14).

V roce 2015 provedlo KBV rozsáhlý dotazníkový průzkum u více než 6000 respondentů. Následující grafy ukazují některé z výsledků.



Graf 10: Počet návštěv lékaře za rok 2013 – podíl pacientů. Zdroj: KBV: Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2015. Mannheim: 2015



Graf 11: Počet návštěv lékaře v roce 2014 – podíl pacientů. Zdroj: KBV: Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2015. Mannheim: 2015

Z grafů je zřejmé, že počet návštěv lékařů se nesnížil – ve sledovaném období zůstává ve všech skupinách konstantní. Z druhého grafu je zřejmé, že se příliš neodlišují počty návštěv praktických a odborných lékařů – větší rozdíly hraje příslušnost k soukromému či veřejnému pojištění.

Zajímavé závěry plynou i z dalších průzkumů. Například v roce 2014 z osob, které navštívily odborného lékaře, tak pouhých 35 % učinilo na základě odeslání jiným lékařem (z toho z 85 % praktickým lékařem) (KBV, 2015, s. 9).

Publikované výsledky výzkumů rovněž ukázaly, že čekací doba u praktického lékaře se nezměnila, naopak v některých případech došlo i k jejímu zvýšení. Stále zde sehrává zásadní rozdíl, zda je pacient pojištěn soukromě či veřejně (KBV, 2015, s. 14 a násl.).

Další významnou kategorií tvoří důvěra v praktického lékaře. Ta měla být klíčovým důvodem pro zajišťování sítě rodinných lékařů. Tento argument nevyznívá příliš přesvědčivě ve světle následujícího hodnocení. Zatímco v roce 2006 označovalo svůj vztah důvěry k lékaři za dobrý 44 % a velmi dobrý 50 %, v roce 2015 jej označilo za dobrý 41 % a velmi dobrý 51 %. Nejedná se tedy rozhodně o žádný nárůst (KBV, 2015, s. 22).

Zůstává však skutečností, že vnímání modelu praktického lékaře zůstává u pacientů pozitivní a jsou ochotni se mu podrobit. Rozhodně více než např. doplatkům. Zatímco model praktického lékaře je připraveno přijmout 68 % respondentů, vyšší doplatky pouze 22 %.

Jak uvádí H. Reiners (2009, s. 14), „systém sítě svázaných s pojišťovnou může fungovat ve velkých městech, protože pouze tam může vzniknout skutečná konkurence zdravotních zařízení a mohou být uzavírány exkluzivní smlouvy s pojišťovnami, resp. může zde být ekonomicky atraktivní systém integrované péče.“ Kolem roku 2010 četné soukromé praxe v řídkěji osídlených regionech skutečně zanikly.

2.2.3. Svazy smluvních lékařů

V roce 2003 došlo ke změně struktur svazů smluvních lékařů (*Kassenärztliche Vereinigung – KV*). Oblast, kterou dříve regulovaly víceméně jen stanovy jednotlivých sdružení, byla nyní detailně popsána v rámci SGB V. Stanovením povinnosti vytvářet

správní radu a představenstvo⁷² mělo dojít k další profesionalizaci KV (Reiners, 2015, s. 341). Členové správní rady jsou voleni jednotlivými členy v rámci poměrného systému, tajně a na základě individuálních návrhů.⁷³ Počet členů správní rady je omezen na 30. Členové správní rady rovněž ze svého středu volí předsedu a zástupce. Ti jsou automaticky členy Spolkového svazu smluvních lékařů (*Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV*). Další členové KBV jsou rovněž voleni členy správní rady KV.⁷⁴

Představenstvo se skládá z nejvýše tří členů, kteří jsou voleni správní radou KV, a to na 6 let s možností znovuzvolení.⁷⁵ Zákon současně stanovuje, že obdobné podmínky se použijí i v případě KBV. Jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, představitelé KBV jsou zastoupení v rámci G-BA.

Vyjednávací silou disponují i tradiční oborové svazy – Hartmannův svaz (*Hartmannbund*), Marburský svaz (*Marburgerbund*) a *NAV-Wirchov-Bund*. Hartmannův svaz sdružuje všechny lékaře a je ze svazů nejstarší – založen byl v roce 1900. Početně nejsilnější (přes 124 000 členů) je Marburský svaz, který sdružuje zaměstnané lékaře (dříve výhradně ve stacionární péči, postupně stále více lékařů z MVZ a dalších nových forem péče). Založen byl v roce 1947. *NAV-Wirchov-Bund* (*Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.*) sdružuje od roku 1949 soukromé praktické lékaře. Jak bude ukázáno v kapitole 4, sehrají oborové svazy ve dvou etapách vývoje zdravotnictví významnou specifickou roli.

Kromě výše uvedených svazů existuje 17 zemských lékařských komor – profesních sdružení s povinným členstvím, které řeší etické otázky, vzdělávání či některé otázky výkonu praxe.

2.3. Stacionární péče

2.3.1. Definice nemocnice

Vzhledem k tradičnídichotomii mezi ambulantní a stacionární péčí, která má své kořeny v roce 1922, je nezbytné na tomto místě představit typologii stacionární péče a její vztah k ostatním typům péče. Nejběžnějším zařízením stacionární lékařské péče je nemocnice.

⁷² § 79 SGB V

⁷³ § 80 SGB V

⁷⁴ Tamtéž.

⁷⁵ § 79 odst. 4 SGB V

Dle zákona se jedná o zařízení, která „(1) slouží nemocniční péči nebo porodnictví, (2) odborně podléhají lékařskému dohledu, disponují jejich léčebnému účelu odpovídajícími diagnostickými a terapeutickými možnostmi a pracují v rámci vědecky osvědčených metod a (3) [...] v nichž může být pečováno o pacienty.“⁷⁶ Oproti tomu zákon vymezuje preventivní a rehabilitační zařízení.⁷⁷ Zejména první část definice je poněkud tautologická. Stručnější definici podává Zákon o financování nemocnic (*Krankenhausfinanzierungsgesetz KHG*). Podle něj jsou nemocnice „zařízení, v němž se prostřednictvím lékařské a pečovatelské činnosti rozpoznávají, léčí nebo zmírňují nemoci, utrpení či tělesná poškození, nebo jsou prováděny porody a ve kterých je pečováno o pacienty.“⁷⁸

Rozdíly v definici se týkají především užšího vymezení nemocnic oproti preventivním a rehabilitačním zařízením. Hranice mezi oběma typy zařízení byla několikrát v historii přezkoumávána Ústavním soudem⁷⁹. Za rozhodující je považována přítomnost alespoň jednoho stacionárního lékařského pracoviště. Z tohoto pohledu nejsou nemocnicemi například „porodní domy“ vedené školenými porodními asistentkami (Makoski, 2010, s. 8).

Živnostenský zákoník definuje nemocnici jako výdělečně činnou organizaci s podrobně vymezeným účelem činnosti. Nevztahuje se tak na typy nemocnic, jejichž cílem není vytvářet zisk (např. církevní nemocnice), ani na nemocnice veřejné (Makoski, 2010, s. 8). Klíčové jsou zde ustanovení paragrafu 30, na základě kterých a několika rozsudků Ústavního soudu vytvořily dohromady praxi, že rozhodující hranicí pro posouzení, zda se jedná o ambulantní či stacionární zařízení, je přenocování pacientů (Makoski, 2010, s. 9).

Definice podle těchto dvou předpisů jsou rozhodující pro povolovací řízení. Zatímco živnostenský zákoník stanovuje kritéria pro povolení nemocnice jen rámcově, SGB V připouští výlučně tyto tři typy nemocnic: (1) Nemocnice, které jsou zemskými předpisy uznány jako vysokoškolské kliniky, (2) nemocnice zanesené v zemském Plánu

⁷⁶ § 107 odst. 1 SGB V

⁷⁷ §107 odst. 2 SGB V

⁷⁸ §2 odst. 1 KHG

⁷⁹ BVerwG, Urt. v. 14 4. 198, BSG, Urt. v. 28. 1. 2009 a BSG, Urt. v. 21. 2. 2006

nemocnic (*Krankenhausplan*) a (3) nemocnice, které uzavřely smlouvu o péči se zemskými svazy pojišťoven nebo *Verbänden der Ersatzkassen*.⁸⁰

Povolovací řízení má dva stupně. Nejprve je udělena licence podle živnostenského zákoníku a následně proběhne případné zanesení do zemského plánu nemocnic. Zanesení do plánu probíhá v jednotlivých spolkových zemích odlišně. V Severním Porýní Vestfálsku o něm rozhodují krajské vlády (Makoski, 2010, s. 9-10).

2.3.2. Druhy nemocnic

Literatura uvádí tři nejčastější druhy dělení nemocnic. (1) Podle typu poskytované péče, (2) podle provozovatele, nebo (3) podle organizace péče. Podle typu poskytované péče rozlišujeme nemocnice akutní péče (*Akutkrankenhaus*) a nemocnice dlouhodobé péče (*Langzeitkrankenhaus*). Dále můžeme rozlišovat podle jednotlivých poskytovaných oborů péče v odstínech od základní péče po kompletní péči. Provozovatelem selektivně zaměřených klinik (zpravidla menšího rozsahu) jsou v drtivé většině případů soukromé společnosti, naproti tomu církevní nemocnice zajišťují bez výjimky kompletní péči (Makoski, 2010, s. 13). Kromě toho existují nemocnice zaměřené na určitý typ pacientů (vězeňské nemocnice, vojenské nemocnice), nebo na prevenci či rehabilitaci. Ty ovšem většinou spadají pod preventivní a rehabilitační zařízení ve smyslu §107 odst. 2 SGB V.

Podle zřizovatele lze nemocnice v SRN dělit zhruba do tří kategorií – veřejné, obecně prospěšné a soukromé. Právní formou se zpravidla jedná o společnosti s ručením omezeným (Makoski, 2010, s.15). Počet nemocnic přibližně konstantním tempem klesá. Jestliže v roce 1991 existovalo 2411 nemocnic, v roce 2013 to bylo již jen 1996 (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen).

Pokud jde o veřejné nemocnice, jsou zřizovány buď obcemi, kraji, nebo zeměmi. V případě zeměmi zřizovaných nemocnic se jedná o zemské nemocnice (*Landeskrankenhäuser*) nebo Univerzitní nemocnice (*Universitätskliniken*, běžně *Uni-Kliniken*). K této kategorii bývají tradičně přiřazovány také nemocnice zřizované pojišťovnami, jako např. tzv. *berufsgenossenschaftliche Unfallkliniken* nebo *Knappschaftskrankenhäuser* (zřizované *Knappschaft Bahn und See*, jednou ze speciálních pojišťoven). Jedná se zpravidla o větší zařízení (co do lůžkové kapacity) a zařízení poskytující kompletní péči.

⁸⁰ §108 SGB V

Zřizovatel nemusí být zcela jasně zařaditelný, a to zejména v případě veřejných nemocnic, které byly přeměněny na kapitálové společnosti (tedy s. r. o. nebo akciové společnosti) a podíly v nich privatizovány. Spolkový statistický úřad hledí na nemocnice s více než padesátiprocentním podílem země, obce, kraje či pojišťovny jako na veřejné (Statistisches Bundesamt, 2001).

Ještě rychleji než celkový počet nemocnic, klesá počet nemocnic veřejných. Zatímco v roce 1991 tvořily 46 %, nyní je to přibližně 29 %. Tento údaj je ovšem poněkud zkreslující. Skutečnost, že se jedná především o velká zařízení, má za následek, že co do počtu lůžek tvoří veřejné nemocnice stále ještě 48 % (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen). Vztah velikosti nemocnic a kategorie provozovatele lze ilustrovat různě, ale výstižné je srovnání v kategoriích do 100 lůžek, do 200 lůžek, do 500 lůžek a výše. Veřejné nemocnice provozují většinu nemocnic v nejvyšších kategoriích, soukromé mají naopak převahu v nemocnicích do 100 lůžek.

Obecně prospěšné nemocnice jsou zřizovány s jiným cílem, než je geneze zisku. (To ovšem neznamená, že tyto nemocnice účetního zisku nedosahují. Přebytek není rozdělen, např. formou dividend, ale vždy reinvestován.) Mohou být založeny obecně prospěšnými společnostmi jako Arbeiterwohlfahrt nebo Deutsches Rotes Kreuz, nejčastějšími zřizovateli jsou však dvě největší německé církve – katolická a evangelická. Historicky třetí velkou skupinu tvořily také nemocnice židovské (Makoski, 2010, s. 19).

Podíl veřejně prospěšných nemocnic na celkovém počtu se během posledních let jen velmi mírně zmenšil (z 39 % v roce 1991 na zhruba 35 %), úměrně tomu ale klesl i celkový počet lůžek v těchto nemocnicích (z 36 % v roce 1991 na 34 %) (Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen).

Soukromé nemocnice se od předchozích dvou typů odlišují povinností při zřizování. K jejich zřízení je totiž nutná koncese ve smyslu § 30 živnostenského zákona. Dělicí linie podle dlouhodobého docilování zisku je problematická a byla po desetiletí utvářena. Řada nemocnic se snaží zařazení do kategorie soukromých nejrůznějšími účetními způsoby vyhnout. Podíl soukromých nemocnic během 90. let narostl. Objevily se nové privatizační příležitosti, řada zemí začala bojovat s tenčícím se rozpočtem a objevily se lukrativní nabídky firem zabývajících se zdravotnickou technikou.

Posledním typem dělení je dělení podle typu poskytované péče. Důležité je především rozdělení na *Anstaltskrankenhäuser* a *Belegkrankenhäuser*. Zatímco v prvním případě jsou zjednodušeně řečeno lékaři zaměstnanci nemocnice, která jednotlivé výkony pojišťovně účtuje, v druhém případě poskytuje nemocnice pouze pracovní prostor a vybavení, platby pojišťovně účtuje přímo lékař. Ten pracuje v režimu osoby samostatně výdělečně činné. *Anstaltskrankenhäuser* mají, především díky odvodům pojistného za zaměstnané lékaře, vyšší náklady, což je zohledněno ve vyšších případových platbách (*Fallpauschalen*).⁸¹ Naopak lékaři pracující v rámci *Belegkrankenhäuser* proplácejí nemocnicím náklady na zařízení, které využívají a jehož náklady nejsou v případových paušálech zahrnuty.⁸²

Zastoupení nemocnic všech tří typů je výsledkem několika historických faktorů. Projevují se v něm v zásadě tři důležité momenty – náboženská reformace, složitá geneze spolkového uspořádání a rozdělení na Západ a Východ. Z těchto důvodů je zastoupení jednotlivých typů velmi nerovnoměrné – zatímco v Bavorsku je 54 % nemocnic veřejných a jen 13 % veřejně prospěšných, tak např. v Severním Porýní – Vestfálsku je tento poměr 20 % ku 69 %. Celkově Současně ovšem nelze říci, že by například ve více religiózních oblastech existovalo více církevních nemocnic a naopak, spíše je skutečnost taková, že více nábožensky orientovaných nemocnic je v nábožensky smíšených oblastech. Volba pojištěnce proto může být ovlivněna i prostředím, konkrétní zemí a například jeho náboženskou příslušností.

Nárůst podílu soukromých nemocnic byl v 90. letech stimulován (jednak přímo, jednak nepřímo tím, že spolkové země se zbavovaly investiční zátěže) a skutečně se projevil. Jestliže v roce 1991 330 z celkových 2164 (tedy 15 %), v roce 2010 to bylo 575 z celkových 1578 (36 %) (Statista), v roce 2016 706 z 1951 (tedy stále 36 %). V poslední dekádě již k privatizacím docházelo jen ojediněle a je pravděpodobné, že se tento podíl ustálí. Pokud se však podíváme na statistiky lůžek, pak je podíl soukromých pouze 18 % (Statistisches Bundesamt 4). Znamená to tedy, že jakékoli změny byly přijaty,

⁸¹ §23 odst. 2 BPfIV

⁸² §24 odst. 1 BPfIV

2.3.3. Financování nemocnic

Existují v zásadě tři zdroje financování nemocnic. 1) Investiční výdaje zemí na stavbu, rozšiřování, inovaci a údržbu nemocnic, 2) příjmy z veřejného a soukromého zdravotního pojištění a 3) financování ze strany provozovatelů z vlastních zisků (pokud to právní forma nemocnice umožňuje).

Příjmy od zdravotních pojišťoven byly v zásadě kalkulovány podle LKA (statistika diagnóz a operací) a s jednotlivými pojišťovnami byly smluvně dohodnuty na rok dopředu (Lauterbach – Lungen, 2000, s.15) Financování probíhalo na základě zpětně proplácených náhrad (*retrospektive Kostenerstattung*). Tento mechanismus má obecně za následek snahu navyšovat počet provedených výkonů bez přímé vazby na jejich opodstatněnost. „Těžko některý zubař popře, že na špatných zubech vydělá více než na dobře pěstěném chrupu“, říká ve své publikaci *Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit* M. Krukemeyer (2005, s. 40).

Kořeny současného způsobu financování je nutné hledat na konci 60. let, v období vlády 1. velké koalice. V roce 1969 byla přijata změna Základního zákona. Nové znění §74 mimo jiné vymezilo konkurenční legislativu v oblasti zdravotní péče. Na základě iniciativy provozovatelů nemocnic byla vládou provedena rozsáhlá inventura finanční situace nemocnic s povážlivým výsledkem. Roční deficit financování nemocnic byl odhadnut ve výši 900 milionů marek (Deutscher Bundestag [7]). Byly zvažovány různé varianty kompenzace tohoto deficitu, od zvyšování daní a nepřímých finančních injekcí pro pojišťovny, až po zavedení nových typů poplatků za stacionární péči. Nakonec zvítězil model spolufinancování ze spolkového rozpočtu, který byl schválen v roce 1972. Spolufinancování v této podobě mělo za následek nadhodnocování investičních potřeb ze strany zřizovatelů a rovněž snahu spolku přesunout některé investiční výdaje mezi neinvestiční. Úzkostlivé sledování investic zanesených v zemských plánech (*Krankenhauspläne*) vyústilo ve významnou ztrátu samostatnosti nemocnic. Kromě toho mělo zavedení spolufinancování za následek koncentraci nemocnic, tedy nárůst počtu lůžek za současného snížení počtu nemocnic. Na čas tak převážila tendence k velkým nemocnicím. Současně bylo schváleno Spolkové nařízení o sazbě za ošetření (Bundespflegesatzverordnung – BpflV), které stanovilo individuální sazbu pro každou jednotlivou nemocnici (Makoski, 2010, s. 62).

Následky na sebe nenechaly dlouho čekat a brzy začala být reforma kritizována prakticky všemi aktéry. Pochopitelně zeměmi a municipalitami, ale také novou vládou

Helmuta Kohla, odborovými organizacemi a zejména experty, kteří varovali před nedostatkem lůžek. Těch mezi lety 1975 a 1989 ubylo více než 60 000 (Makoski, 2010, s. 64). Od roku 1985 tak spolek trvale odstoupil od investičního financování a přenechal jej výlučně zemím.⁸³ Naopak byl zákonem stanoven požadavek na vyrovnané hospodaření nemocnic.⁸⁴ V tomto období také začala fungovat instituce Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), důležitý poradní orgán složený z expertů nominovaných Spolkovým ministerstvem práce (Spolkové ministerstvo zdravotnictví vzniklo až v roce 1990). Následná tělesa SVRKAiG, resp. SVR-Gesundheit jsou pak jeho modifikací.

Zásadní změnu ve fungování, mnohá přesná vymezení a vymahatelná doporučení, přinesl rok 1988 schválením SGB V.⁸⁵ I s ohledem na nutnost absorbovat do systému nemocnice z nových členských zemí, kde např. průměrné využití lůžek bylo o třetinu nižší než v Západním Německu (Bandelow, 1998, s. 45), bylo na počátku 90. let jasné, že růstový trend výdajů ve stacionární oblasti se nepodař zastavit. Situaci měla pomoci reforma z roku 1992. Z ní plynuly dvě zásadní změny – 1) doposud neomezené uznatelné výdaje sjednávané vždy na následující rok se nyní mohly zvyšovat tempem nikoli rychlejším, než se zvyšovala minimální mzda.⁸⁶ 2) Pro některé výkony byla zavedena paušální platba za každý den ošetření (Makoski, 2010, s. 66). Postupně tak začaly být platby kalkulovány nejen na základě diagnóz, ale na základě výkonů. To umožnilo shromažďovat data pro výhledové zavedení paušálních plateb (Hanušová, 2003).

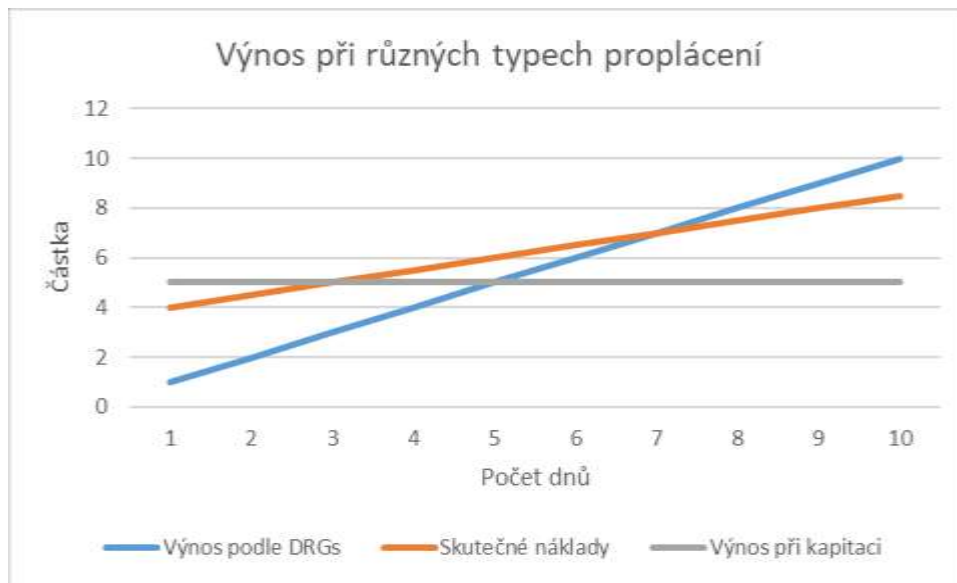
Obecně lze shrnout rozdíl mezi principy proplácení reálných nákladů, plateb v paušálech za den a výkonových paušálech v tomto grafu.

⁸³ Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung (KHNG) ze dne 20. 12. 1984

⁸⁴ §17 odst. 2 KHG

⁸⁵ O financování nemocnic pojednávají §109 - §115 SGB V.

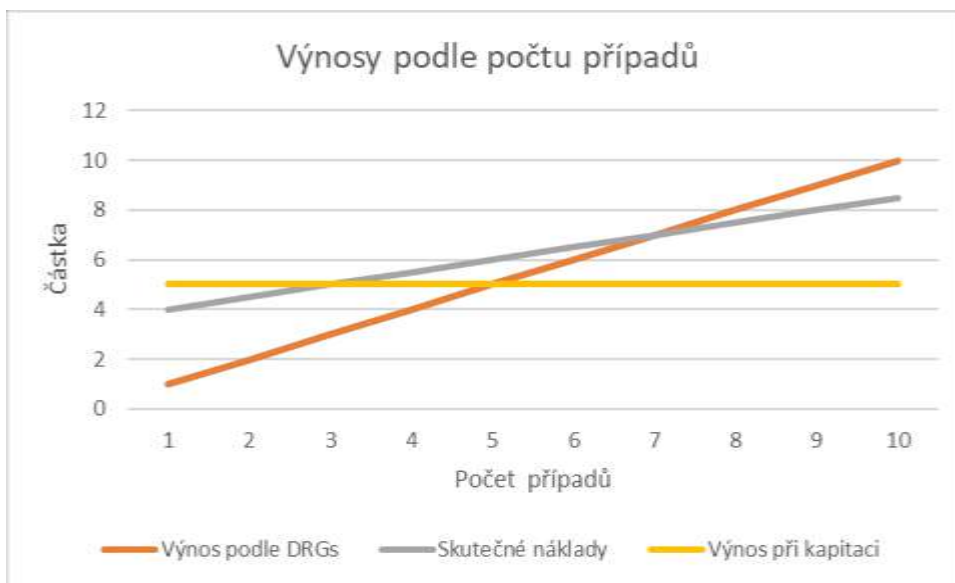
⁸⁶ §17 odst. 1a KHG



Graf 12: Výnos pro zdravotnické zařízení podle jednotlivých typů financování. Zdroj: Krukemeyer, s. 41

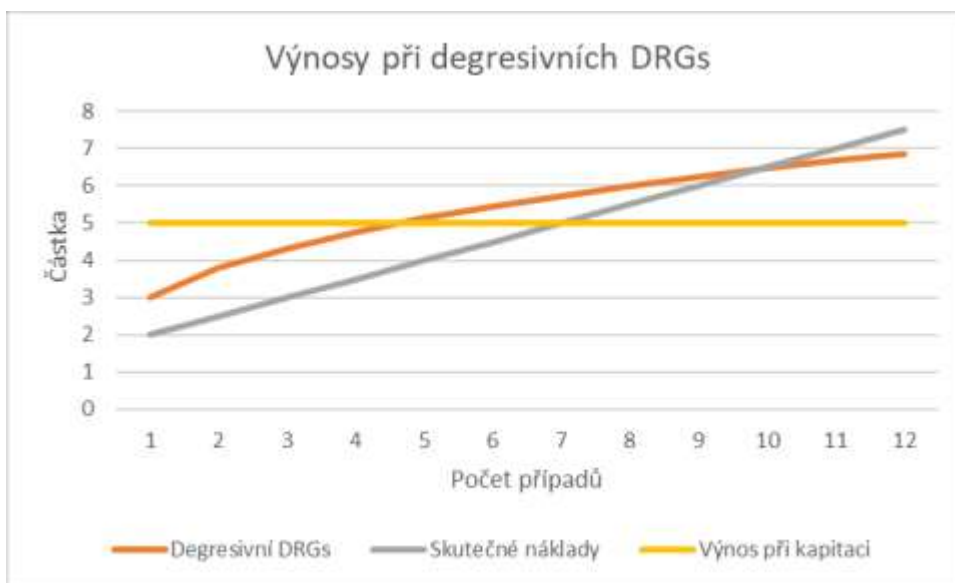
Z výše uvedeného by za normálních okolností vyplývalo, že v devadesátých letech (mezi počátkem odbourávání zpětného proplácení a plošným zavedením DRGs) došlo k nárůstu průměrné délky ošetření ve stacionární péči. Jak ale uvádím na počátku této kapitoly, došlo během devadesátých let k mírnému snížení tohoto ukazatele. To bylo administrativně určeno rozpočtovými stropy pro jednotlivé nemocnice, které začaly být zaváděny za ministra zdravotnictví H. Seehofera.

Zavádění plateb podle Diagnosis Related Group se neobešlo bez různých současně diskutovaných alternativ. Ještě předtím, než zvítězila německá kalkulace DRGs, tzv. G-DRGs inspirovaná australskou zkušeností, byl hojně zvažován kalifornský model založený na bázi kapitačních plateb. Ten však zaveden nebyl, a to z důvodu obav z tendence ke snižování počtu ošetření. Toto riziko opět ilustruje následující graf.



Graf 13: Výnosy podle počtu případů při různém typu financování, Zdroj: Krukemeyer, s. 42

Shrneme-li tyto poznatky, dospějeme k tomu, že financování pomocí paušálů za dny vede k nadbytečným počtům dnů v ošetření, zatímco DRGs ke zvyšování počtu případů jako takových. Tento jev je sice méně problematizován, avšak z hlediska optimalizace také není žádoucí.



Graf 14: Výnosy za pomoci degresivních DRGs. Zdroj: Volně podle Krukemeyer

V rozsahu, kde křivka Degresivní DRGs leží nad křivkou nákladů, se nachází z ekonomického hlediska smysluplné optimum počtu případů. Při provedení většího počtu ošetření již nedochází k výraznému nárůstu plateb, tudíž za strany nemocnic nedochází k nadbytečnému počtu případů, avšak nedochází ani k jejich zbytečné

minimalizaci. V praxi by však tento postup znamenal stanovení křivky pro DRGs a míru její degrese, což by obnášelo znát onen optimální počet. Ten by však ve výsledku stejně byl nadiktován kompromisem zájmových skupin. Na to také upozorňuje Krukemeyer. Kromě toho dodává, že stanovení optimálního množství by přineslo velkou míru nejistoty. Ta je do jisté míry úměrná odlišnostem jednotlivých systémů a dosud provedené kalkulace v jednotlivých zemích světa ukázaly velkou míru variability (Krukemeyer, 2005, s. 45).

Od roku 2003 začal fungovat komplexní systém financování na základě DRGs, které byly koncipovány na základě australských zkušeností (*Australian Refined Diagnosis-Related Groups – AR-DRGs*). Německá varianta propočtená na základě sběru dat z let shromážděných do roku 2002 nesla název *German Diagnosis-Related Group – G-DRGs*. Závazný byl po ročním přechodném období již pro všechny nemocnice kromě psychiatrických⁸⁷, přičemž v prvních letech měly být snížené příjmy dorovnány ze zemských rozpočtů. Jak uvádí K. Makoski, nemocnicím se díky nově nastavenému rozpočtování výrazně zmenšil prostor pro kreativitu. Jedinou cestou, která tak nemocnicím za dané situace zbývala, bylo vytváření stále specializovanějších pracovišť (Makoski, 2010 s. 70).

Neutěšený stav zadlužených nemocnic se v situaci, kdy se od počátku devadesátých let pomocí úprav zemských plánů stále více zemí zbavovalo povinnosti hradit obnovovací investice, pokusil řešit spolkový ministr zdravotnictví Horst Seehofer. V roce 1997 se nejprve pokusil změnit Zákon o nemocnicích (*Krankenhausgesetz – KHG*), což narazilo na odpor zemí ve Spolkové radě. Náhradním řešením tak bylo vytvoření speciálních dvacetimarkových „nouzových obětí pro nemocnice (*Krankenhausnotopfer*)“. Velká nevole obyvatel tyto poplatky platit a poměrně vysoké náklady na jejich výběr však o rok později vedly k jejich zrušení socialisticko-zelenou koalicí.⁸⁸ Jedním z kroků, který možnost specializace nemocnic podpořil, byl GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) v roce 2004.

2.4. Systém vyjednávání mezi smluvními lékaři a pojišťovny

Zákon nestanovuje podmínky odměňování smluvních lékařů, namísto toho ukládá svazům pojišťoven a svazu smluvních lékařů náležitosti smluv, které jsou mezi nimi

⁸⁷ § 17b odst. 1 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

uzavírány. Vyjednávacími partnery na zemské úrovni jsou zemské svazy pojišťoven (*Landesverbände*) na straně poptávky a svaz smluvních lékařů příslušné spolkové země. Až na naprosté výjimky nevyjednávali o konkrétních smluvních podmínkách jednotliví smluvní lékaři a jednotlivé pojišťovny. Tato situace se mírně změnila v roce 2007.⁸⁹ Od tohoto okamžiku jednájí např. *Ersatzkassen* o podmínkách péče jednotlivě.

Předmětem sjednávaných podmínek je zejména rozsah péče a odměna.⁹⁰ KV jsou tak odpovědné za kvalitu a rozsah sjednané péče v rámci kteréhokoliv smluvního zařízení. Z tohoto ustanovení vyplývá primární odpovědnost KV, která umožňuje nést sdílené riziko chybných výkonů. Veškeré údaje jsou obsaženy v tzv. *Gesmatvertrag*.

Obecné podmínky péče jsou sjednávány na spolkové úrovni mezi KBV a spolkovým svazem (*Spitzenverband Bund*) prostřednictvím tzv. *Bundesmantelverträge*.⁹¹

Od roku 2004 funguje díky GMG⁹² institut Společného spolkového výboru (*Gemeinsamer Bundesausschuss – G-BA*). *G-BA* byl utvořen z KBV, *Spitzenverband Bund* a *Deutsche Krankenhausgesellschaft*. Kromě *Spitzenverband Bund* se účastní i zástupci *Knappschaft-Bahn-See* a *Verband der Ersatzkassen*, a to z důvodů zmíněných v předchozí kapitole. O dva roky později stanovil GKV-WSG podrobnější podmínky další profesionalizace tohoto svazu jako centrálního vyjednávacího orgánu.

Odměna ambulantních lékařů vzniká během jednání mezi *G-BA* a KBV. Předmětem vyjednávání jsou dvě základní komponenty honoráře – orientační hodnota (cenová komponenta) a koeficient změny (množstevní komponenta), který závisí na demografických změnách a změnách v morbiditě. Za účelem sjednání těchto komponent se schází tzv. oceňovací výbor (*Bewertungsausschuss*), který je rovným dílem složen ze zástupců *G-BA* a KBV. V případě neshody může být rozšířen o nestranné zástupce, aby některý z názorů získal většinu. Takto jsou stanoveny rámcové podmínky, a to každý rok nejpozději do 31. srpna, aby byla finanční situace na následující rok včas zřejmá.

Následně se schází zemští partneři, tedy KV a zemské svazy pojišťoven, aby se dohodli na regionálních cenách (výchozí hodnotě bodu), konkretizaci koeficientu změny na

⁸⁸ Poplatky byly zavedeny v rámci GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz ze dne 19. prosince 1998.

⁸⁹ Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) z 26.3.2007

⁹⁰ § 82 odst. 2 SGB V

⁹¹ § 82 a §87 SGB V

⁹² GKV-Modernisierungsgesetz z 14. listopadu 2003

základě detailní analýzy regionálních podmínek a konečně na zvláštních úhradách pro komplikované případy.

Přibližně 70 % z odměny konkrétního lékaře je potom určeno na základě ukazatelů souvisejících s nemocností (*morbiditätsbedingte Gesamtvergütung - MGV*) a jsou určeny maximální přírůstky počtů případů pro příští rok. Při překročení tohoto množství jsou lékaři převisy propláceny jen v omezené výši. Jedná se především o paušální platby, domácí návštěvy základní diagnostiku a vyšetření. Zhruba 30 % výkonů je ohodnoceno mimorozpočtově (*extrabudgetäre Gesamtvergütung – EGV*). Tyto výkony nepodléhají množstevním limitům a jsou přímo vyčísleny. Jedná se zejména o ambulantní operace, preventivní prohlídky, mateřskou péči, očkování a onkologické služby. Většinu kompetencí má tedy v tomto ohledu zemská úroveň.

Takto vypočtené finanční prostředky jsou čtvrtletně zasílány jednotlivým KV, které je opět komplikovaným mechanismem rozdělují, a to nejprve mezi praktické lékaře a specialisty a poté jednotlivcům.

Smyslem systému kolektivních smluv je zabránit situaci, kdy by přímo mezi lékařem a pacientem a mezi lékařem a pojišťovnou byly uzavírány smlouvy (Rosenbrock – Gerlinger, 2013, s. 201). Je tak limitováno jednak neomezené působení pacienta na lékaře (poptávka a nabídka na trhu služeb), jednak se tak systém brání jednostranným obstrukcím mezi lékaři a pojišťovnou. Jsou tak ideálně odděleny toky služeb a finanční toky. Finanční toky pak odpovídají tokům poskytovaných služeb, a to na základě zákona „tak, aby byla poskytována užitečná a hospodárná péče při zohlednění obecně uznávaných standardů medicínských znalostí a aby zdravotní služby byly odpovídajícím způsobem odměňovány.“⁹³

H. Reiners si klade výstižnou otázku: „Jakou funkci mají mít lékařské svazy, když jsou služby a odměny sjednávány mezi jednotlivými pojišťovnami a skupinami lékařů? Nejsou pak z principu nadbytečné a neměly by být otázky zajištění kvality převzaty lékařskými komorami?“

Lékařská péče tvoří největší část výdajů systému GKV – ambulantní a stacionární péče představují dohromady více než polovinu výdajů. Oproti 70. a 80. letům přistupovali zákonodárci v posledních dvou desetiletích k problému s vědomím, že výdaje narůstají zejména ve stacionární oblasti. Ještě na počátku 90. let však výrazně omezili možnosti

registrace nových ambulantních lékařů. Požadavky lékařů podporované silnými a tradičními svazy měly být zmírněny tak, že jim na roveň budou postupně postaveny silné a kompetencemi obdařené svazy pojišťoven. Ačkoli snahy omezit množství ambulantních lékařů zpočátku získávalo sympatie stávajících lékařů, postupně bylo nutné jednak řešit nedostupnost lékařských služeb v řídkěji osídlených regionech, jednak se praktickým lékařům postupně omezovaly poměrně výhodné finanční podmínky.

Náklady na ambulantní péči bylo možné redukovat částečným podpořením soutěže mezi lékaři – zvýšením dostupnosti v regionech s nízkými počty praktických lékařů, ale zejména omezením svazů pojišťoven v uzavírání přímých smluv s lékaři. Praktičtí lékaři byli proti tomuto kroku, stejně tak se jej snažila zbrzdit vláda CDU/CSU a FDP v letech 2009 – 2013. S odstupem dalších několika let je zřejmé, že učiněná opatření nesplnila své cíle – dostupnost lékařských služeb se výrazně nezlepšila. Je možné, že důsledky se projeví až v delším horizontu. (Podrobněji je o konceptu Center lékařské péče pojednáno v kapitole 4.)

Stacionární péče je největším konzumentem nákladů, ovšem systematické snižování těchto nákladů přišlo až s deseti- či patnáctiletým zpožděním po panice z vysokých nákladů (tedy až během devadesátých let). Významnými kroky byly 1) omezování počtu akutních lůžek, 2) privatizace nemocnic 3) zavedení příplatků pro pacienty. Z těchto kroků se ve struktuře nákladů nejvíce projevil druhý jmenovaný – podíl nemocnic provozovaných přímo spolkovými zeměmi se významně snížil. Současně s ním tak poklesla relativní váha spolkových zemí a zemských ministerstev.

Cílem jednotlivých vlád tedy ve stacionárním sektoru nebyla samostatnost pojištěnce, i když třetí krok s ní byl úzce spojen. Pokud srovnám četnost doporučení odborných platforem (zejména SVR – Gesundheit), tak v porovnání s ambulantním sektorem je výzev k posílení odpovědnosti pojištěnce ve vztahu k nemocnicím mnohem méně.

Ačkoli nemocnice zefektivnily svou činnost, mnohé fúzovaly a byly posíleny některé jejich pravomoci (uzavírání smluv), nedisponují stále jednotnou vyjednávací silou na úrovni zemí (na rozdíl od ambulantních lékařů). Proto jsou požadavky nemocnic relativně méně slyšet.

⁹³ § 72 odst. 2 SGB V

Vznik G-BA v roce 2009 měl významný vliv na systém odměňování lékařů. Poprvé jsou v něm zohledněny také hlasy pojištěnců, byť mají jen poradní hlas. Zákonodárce se nicméně otevřením možnosti individuálních smluv dostal do situace, kdy proti sobě stojí dva zřetelně protichůdné cíle. Ačkoli se evidentně nejedná o velký podíl případů, pacient se dostává do situace, kdy za odměnu (levnější tarif) čerpá péči v rámci modelu praktického lékaře a je tak zkrácen na svém právu svobodné volby lékaře. Model není využíván zdaleka v takové šíři, jak se očekávalo. Je ale otázka, zda pokud by byl využíván ve velké většině případů, nevedl by prakticky k situaci, kdy jsou v tomto modelu zúčastněni prakticky všichni pojištěnci a svobodná volba lékaře je pak dosažitelná jen za speciálních podmínek.

Z výše uvedeného vyplývá, že v oblasti ambulantní došlo nejprve k posílení svobody volby lékaře, následně však snaha uvolnit pojišťovně ruce, aby se mohly cenově diferencovat, vedla naopak k omezení svobody volby lékaře. Stacionární sektor prošel procesem odlišným. Změny v něm byly více konsensuální a nelze zcela vystopovat zásadní odlišnosti v přístupu obou hlavních zájmových koalic, kromě větších privatizačních snah konzervativně liberálních vlád. Širší spektrum soukromých nemocnic je od 90. let pro pojištěnce určitou možností, avšak podíl soukromých lůžek stále není příliš velký. Je ale možné konstatovat, že v současnosti je situace stabilní a oba segmenty se doplňují. To ovšem vůbec neznamená, že by systém zahojil dosavadní finanční potíže – v roce 2013 vykazovala třetina všech nemocnic v ročním hospodaření ztrátu (GKV Spitzenverband, 2015).

Přesto, že úkolem pro stacionární sektor byl nouzový management a snižování dramatických ztrát, tak se zde částečně podařilo zavést i protržní opatření a diferenciaci kvality. V roce 2017 bylo např. 80 % dotázaných ochotno zvolit vzdálenější nemocnici, pokud nabízí kvalitnější služby (Garaedts, 2018).

2.5. Trh s farmaceutickými produkty

Trh s farmaceutickými produkty hraje v německém zdravotnictví zásadní roli. S ohledem na některá jeho specifika tuto roli sehrává dlouhodobě a patrně ji bude hrát také v budoucnu. Důvodem je především vysoká intenzita vědy a výzkumu v odvětví, značná odolnost proti krizi, vysoký podíl menších firem a obecně velká prestiž německého farmaceutického průmyslu v Evropě a ve světě. V této kapitole jsou z velké části používána data Spolkového statistického úřadu. Ten však ve své klasifikaci v posledních desetiletích několikrát pozměnil klasifikaci farmaceutických výrobků. Zatímco podle klasifikace z roku 2003 byly statisticky hodnoceny sektory farmaceutického průmyslu (*Pharma i. e. S.*) a medicínských technologií (*Medizintechnik*) zvlášť, jsou od roku 2008 obvykle počítány ze základu *Pharma i. w. S.*, který zahrnuje i *Medizintechnik*, avšak např. bez oprav a instalace zdravotnické techniky. Podle toho, který z ukazatelů je použit, liší se výsledky některých srovnání, např. zaměstnanosti v sektoru. Ať už je ale zvolen kterýkoli ze sektorů, výsledky jsou imponující.

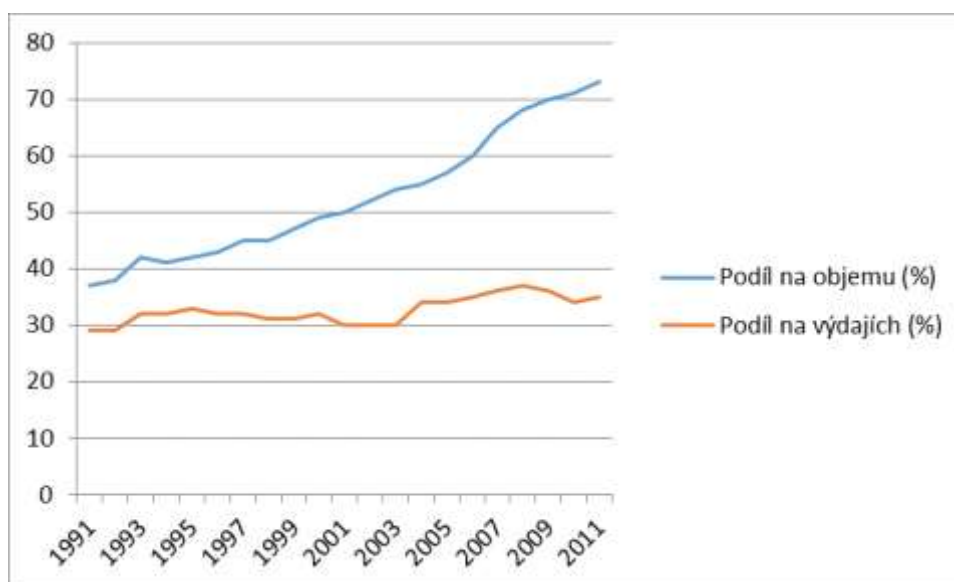
Celkový obrat farmaceutického průmyslu činí v současnosti asi 48 miliard eur. V posledních dvou dekadách se průměrný roční přírůstek obratu tohoto sektoru pohybuje kolem 1,5 %. Protože podíl zdravotnické techniky je relativně malý a zejména ve vztahu k nákladům stacionárních zařízení komplikovaně vyčíslitelný, bude se tato kapitola věnovat ryze farmaceutickým produktům, tedy léčivým přípravkům. Léčivý přípravek je „látka nebo taková úprava látek, která je určena jako prostředek k léčení nebo předcházení nemoci, lékařskou diagnózu nebo k rozpoznání, obnovení, zlepšení nebo ovlivnění tělesných funkcí“.⁹⁴

Jak bylo popsáno v předchozí kapitole, pacient léčivé přípravky zpravidla vyžaduje a není ochoten se bez nich s navrženým léčebným postupem ztotožnit. Obecně rozšířenou představu ale výrazně zmírňují statistiky – podle rozsáhlého průzkumu z roku 2002 byla pacientům, kterým byl v posledních třech měsících předepsán lék, položena otázka, zda s preskripcí předem počítali. Pouze 48 % žen a 39 % mužů odpovědělo kladně. Důležitým aspektem podání léku je jednak nahrazení více invazivního postupu (např. operace) a také relativně pohodlné řešení (bez nutnosti měnit životní styl, pracovní nasazení nebo třeba vybavení domácnosti) (Rosenbrock –

⁹⁴ §2 odst. 1 Arzneimittelgesetz (AMG)

Gerlinger, 2013, s. 247). Celkové náklady na léčivé přípravky představovaly v Německu v roce 2011 přes 39 miliard eur, z toho 29 miliard bylo uhrazeno v rámci GKV. Podíl výdajů na léčivé přípravky tvořil v roce 1990 16,3 %, v roce 2014 tvořil asi 18,8 % (Bundesverband der Arzneimittelhersteller, 2015, s. 11). Jedná se sice o nárůst, ale velmi mírný. Lze tedy konstatovat, že nárůst nákladů za léčivé přípravky roste stejným tempem jako celkové náklady na zdravotnictví.

Výraznou změnou však prošel poměr mezi originálními preparáty a generiky. Zatímco v roce 1991 tvořil množství podíl asi 37 % z celkového objemu předepisovaných léků, v roce 2011 se jednalo již o 73 %. (V roce 1981 činil tento podíl dokonce jen 11 %. (Schwabe – Paffrath, 2004, s. 18)) Co se týče finančního objemu, pak ale generika stále tvoří pouze necelou třetinu nákladů v rámci systému veřejného pojištění. Situaci popisuje následující graf.



Graf 15: Podíl generik na celkovém objemu předepsaných léčiv a podíl na celkovém obratu v SRN v letech 1991-2011. Zdroj: Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2012. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin/Heidelberg: 2012, s. 19

Jak bude rozvedeno později, přechod ke generikům se stal v posledních dvou desetiletích účinným nástrojem snižování nákladů veřejného zdravotního pojištění.

Při analýze nákladů lze teoreticky rozlišovat tři faktory ovlivňující celkovou výši nákladů - tzv. množství komponentu (*Mengenkomponente*), cenovou komponentu (*Preiskomponente*) a relativní podíl předepsaného léčivého přípravku vůči ostatním přípravkům, tzv. strukturální komponentu (*Strukturkomponente*). Celkové náklady lze

potom definovat jako součin všech těchto tří komponent. Jednotlivé formy politiky léčiv lze pak vyjádřit jako ovlivňování těchto tří komponent. Zatímco preskripční omezení, doplatky a tzv. pozitivní a negativní seznamy působí především na množství komponentu, formy smluv (*Rabattverträge* a *Festbeträge*) působí především na cenovou komponentu. Převážně cenový efekt má pak podpora výroby generik (Rosenbrock – Gerlinger, 2013, s. 262).

Co se týče množství komponenty, počet předepsaných individuálních dávek se během posledního čtvrtstoletí snížil zhruba o třetinu. Vývoj ilustruje následující graf:



Graf 16: Počet předepsaných individuálních dávek léčiv v miliónech v SRN mezi lety 1992 a 2011. Zdroj: Coca et al., 2012, s. 194



Graf 17: Průměrná cena individuální dávky předepsaných léčiv v eurech v SRN mezi lety 1992 a 2011. Zdroj Coca et al., 2012, s. 194

Jak bylo uvedeno, přes poměrně příznivé odvětvové charakteristiky německého farmaceutického průmyslu⁹⁵, jsou výdaje za léky vysoké. Výdaje za léky na obyvatele v celém zdravotnictví (GKV+PKV) řadí Německo v Evropě na 4. místo (v paritě kupní síly se v roce 2011 jednalo o 633 USD, před SRN je pouze Řecko, Francie a Irsko). I s ohledem na výše uvedené dva grafy lze konstatovat, že ceny léčiv v Německu jsou vysoké.

Trh léčiv byl donedávna jen ze zanedbatelné části orientován na import. V roce 2000 činila cena dovezených léčivých přípravků 25 milionů eur, tedy asi 3 % celkových výdajů (Bundesverband der Arzneimittelhersteller, 2015, s. 15). Navýšení importu se stalo v uplynulých dvou desetiletích předmětem debat. SPD prosazovala v devadesátých letech posílení tzv. paralelních importu, tj. importu léčivých přípravků se stejným složením, jaké mají doma vyrobené léky, avšak s nižší cenou. V prosinci 1999 tak v rámci *GKV-Gesundheitsreformgesetz (GKV-RefG)* byla zavedena povinnost lékáren přednostně vydávat importovaná léčiva s nižší cenou. Tato povinnost byla výrazně zmírněna v lednu 2004 – od té doby platí pouze v případě, že rozdíl cen činí buď 15 eur, nebo 15 procent z celkové částky.⁹⁶ Ani tato opatření nicméně nepřinesla významné zvýšení importu léčivých prostředků do SRN, s současné době se dováží zhruba 7 % léčiv.

Ačkoliv by se mohlo zdát, že velké podniky v rámci odvětví odvádějí většinu zisků, ve skutečnosti končí u výrobců v průměru pouze 60 % z celého obratu. 16 % činí daň, 14 % marže lékáren a 3,1 % zisky velkoobchodníků (Coca et al., 2012, s. 208).

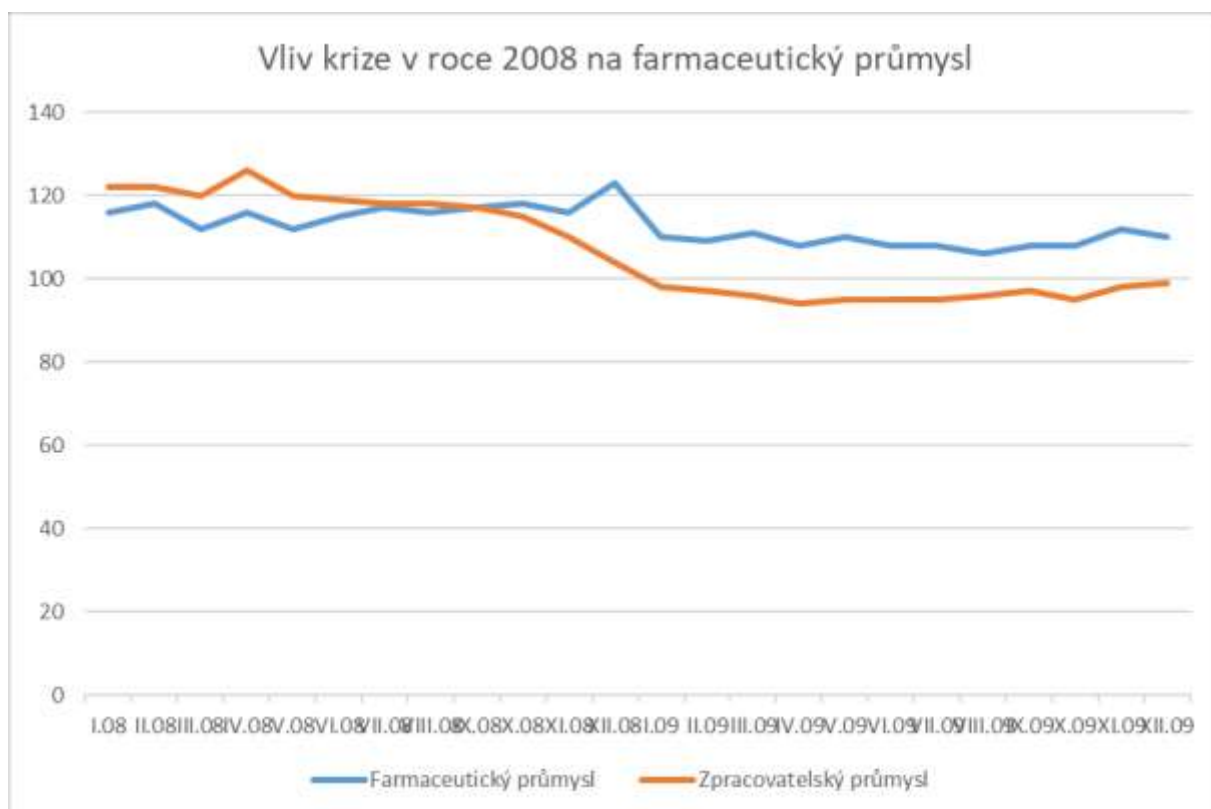
Nejdůležitějším spolkem farmaceutického průmyslu je Spolkový svaz farmaceutického průmyslu (*Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie – BPI*). Založen byl v roce 1951 a sdružuje přibližně 250 firem s asi 70 000 zaměstnanci (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie). Druhým svazem je Svaz výzkumných výrobců léčiv (*Verband forschender Arzneimittelhersteller – Vfa*). Ten byl založen v roce 1994 a sdružuje 45 převážně velkých firem, jejichž těžiště spočívá v patentově chráněných léčivech. Několik desítek velkých podniků do něj postupně vstoupilo, aby mohlo lépe

⁹⁵ Koncentrace odvětví v německém farmaceutickém průmyslu není vysoká – 95 % výrobců zaměstnává méně než 500 zaměstnanců, zaměstnanost v sektoru stále roste (v roce 2010 103 000 zaměstnanců, v roce 2013 již 110 000. Poměr vysokoškolsky vzdělaných v odvětví je přes 30 %, tedy vůbec nejvíce ze všech průmyslových odvětví. Pohled na jednotlivé segmenty trhu ale pohled mění. Například 50 nejsilnějších výrobců tvoří 80 % obratu. (Coca et al., s. 214)

⁹⁶ §129 odst. 1 SGB V

hájit specifické zájmy odvětví s velkou výzkumnou intenzitou. Zájem obou svazů je ale například nezavádění tzv. pozitivního seznamu (*Positivliste*). Koncept pozitivního seznamu jinými slovy říká, že budou garantovány účinné látky, které jsou systémem hrazeny. To má, při setrvačnosti legislativy, jiný dopad, než tzv. negativní seznam, kde jsou naopak definovány pouze látky z pojištění vyjmuté. Třetím svazem je *Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller (BAH)*. Ten sdružuje výrobce volně prodejných léčiv (Lauterbach et al., 2009, s. 188).

Trh se zdravotnickými službami je také významným odbytištěm farmaceutických prostředků. Předně se jedná o obor průmyslu s jednou s největších intenzit vědy a výzkumu (*FuE-Intensität*) a především o velmi stabilní sektor, který obvykle není postihován krizemi.



Graf 18: Vliv krize v roce 2008 na farmaceutický průmysl. (Index 2005 = 100) Zdroj: Statistisches Bundesamt [5].

Jak je patrné při pohledu na tento graf a pokles produkce zpracovatelského průmyslu jako celku na konci roku 2008, trpí farmaceutický průmysl menší volatilitou.⁹⁷ Nepatrný

⁹⁷ Graf je v této práci uveden v plném rozsahu na obou osách. V originální publikaci je pro umocnění dojmu zúžen rozsah osy y jen mezi 80 a 130, takže rozdíly v hodnotách obou proměnných působí jako

pokles výkonu farmaceutického průmyslu (o 3 %) se však týkal jen Německa. Za celou eurozónu se například ve stejném období jednalo o dvouprocentní nárůst. Farmaceutický průmysl jako vůbec jediný průmyslový obor zaznamenal v daném období nárůst zaměstnanosti (Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 2010, s. 6). Co se týče budoucnosti farmaceutického průmyslu, jeho dynamika v předkrizových letech byla jedna z nejvyšších (21 %, 7. místo, těsně před automobilovým průmyslem s 20 %) a v následujících letech trend pokračoval. Současně je farmaceutický průmysl mzdově poměrně nadproporčním zaměstnavatelem – zaměstnává 3,8 % zaměstnanců zpracovatelského průmyslu, kteří generují 4,3 % hrubých příjmů (Institut der deutschen Wirtschaft Köln, 2010, s. 11). Vynikající je rovněž hrubá přidaná hodnota, která je farmaceutickým průmyslem generována. Každoročně je to kolem 20 miliard eur, ovšem ještě pozoruhodnější je dynamika hrubé přidané hodnoty. Zatímco v celém průmyslu došlo za poslední čtvrtstoletí přibližně ke ztrojnásobení tohoto ukazatele, farmaceutický průmysl překročil hodnotu z roku 1980 třináctkrát (Interpharma). Podle Institutu pro německé hospodářství v Kolíně (IW) je hrubá přidaná hodnota zásadním kritériem pro predikci úspěchu odvětví ve střednědobém výhledu.

Trh s farmaceutickými produkty je současně oblastí zdravotnictví s jednoznačně největším vlivem Evropské unie. Tento segment zdravotnictví se tak nachází mezi Skyllou a Charybdou, které zde představují diverzitu na jedné straně a integraci na straně druhé (např. Hancher, 2004). Střetávají se tu základní svobody EU, především princip volného trhu, s principem odpovědnosti členských států za politiku zdravotnictví. Článek 168 odst. 7 Smlouvy o fungování EU stanoví, že „při činnosti Unie je uznávána odpovědnost členských států za stanovení jejich zdravotní politiky a za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče. Odpovědnost členských států zahrnuje řízení zdravotnictví a zdravotní péče, jakož i rozdělování na ně vyčleněných zdrojů.“ Hranice mezi oběma svobodami pravidelně vytyčuje Evropský soudní dvůr.

„větší“. Rozdíl mezi oběma zobrazovanými oblastmi (farmaceutické produkty a celý zpracovatelský průmysl) tedy nejsou tak markantní, přesto lze konstatovat, že rozdíl zde je.

2.6. Nástroje racionalizace

2.6.1. Množstevní komponenta

Základním sítím, které omezuje množství léčivých přípravků hrazených z GKV, je podmínka účelnosti. Z GKV trvale vyjmuta léčiva, která slouží k léčení „banálních“ onemocnění. §34 SGB V obsahuje jejich výčet – jedná se o mírná analgetika, léky proti cestovním nemocem, nachlazení, chřipce atd. §34 odst. 7 dále výslovně stanovuje, že z GKV jsou „vyloučeny takové léčivé prostředky, při jejichž použití je v popředí zvýšení kvality života.“ Jako takové jsou vyloučeny prostředky k odvykání kouření, zvýšení potence, hubnutí, růstu vlasů apod. Během posledních 30 let bylo takto vyřazeno 25 lékových skupin.

Druhou možností omezení je konkrétní seznam povolených léčiv, resp. potřeba aktivního souhlasu některé další instance. Tento režim fungoval nejprve v letech 1992–1995. V roce 1992 byl zaveden § 33a odst. 7 SGB V, který stanovoval, že léčivý přípravek musí vykazovat větší než nepatrný terapeutický účinek. V tomto režimu pak musí být vytvořen seznam léčiv, která tento účinek mají, tedy tzv. pozitivní seznam (*Positivliste*). Instancí, která měla o účinnosti a přiměřenosti rozhodovat, se stal *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*.⁹⁸ Již v roce 2003, stále ještě za vlády G. Schrödera, byla nicméně zhruba načrtnuta dnešní platná úprava, kdy je účinnost definována negativně. Podle § 25 odst. 2 SGB V tak mohou být nepřipuštěny pouze léčivé prostředky, které nevykážou žádný účinek.

Právě spor *Positivliste* x *Negativliste* byl zásadním problémem mezi SPD a CDU/CSU zejména po celá devadesátá léta. Spor nicméně pokračuje i dnes. Jedná se v něm především o důkazní břemeno – zatímco v případě negativního seznamu musí G-BA prokázat, proč je lék vyjmut, v případě pozitivního seznamu musí výrobce prokázat jeho zásadní význam pro GKV (Knieps – Reiners, 2015, s. 280).

2.6.2. Cenová komponenta

Druhou skupinou opatření je cenotvorba, kterou stát od konce osmdesátých let reguluje téměř výhradně. Do ceny patentově chráněných výrobků zasahuje v SRN regulace až od roku 2010. Částečně se tak dělo již od roku 2003, kdy došlo k částečné regulaci cen u

⁹⁸ § 35b SGB V

těch přípravků, které nevykazují vyšší účinek než již na trhu se vyskytující léky (Rosenbrock – Gerlinger, 2013, s. 270).

V roce 2007 v rámci *Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)* byl ze strany pojišťoven zaveden cenový strop pro léky, k nimž existuje stejně efektivní alternativa. Cenový strop je určován na základě analýzy Institutu pro kvalitu a hospodárnost ve zdravotnictví (*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – IQWiG*) po schválení Spolkovým svazem GKV. Tyto změny se nicméně stále týkaly velmi malé části patentově chráněných léčiv. *IQWiG* byl založen roku 2004 coby zcela nezávislá instituce a od roku 2007 vypracovává expertní stanoviska zejména v oblasti léčiv. Ulla Schmidt (2009, s. 30), spolková ministryně zdravotnictví v letech 2001-2009 za SPD hovoří o roli *IQWiG* takto: „proto jsem prověřila všechny starobylé instituce – jako třeba všech sedm svazů pojišťoven – a založila jsem nové instituce, jako *IQWiG*, abych prolomila moc etablovaných lobbistů.“

Spolkové ministerstvo zdravotnictví hájilo tento status až do roku 2010, kdy se sešlo několik faktorů – vyšší nezaměstnanost a pokles HDP způsobily nižší výběr pojistného a bylo nutné hledat okamžitá úsporná opatření. Koalice CDU/CSU a FDP nakonec odsouhlasila *Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG)*, který obdařil Společný spolkový výbor pravomocí porovnat účinnost s dosavadní běžně dostupnou medikací. Na základě vlastního posouzení (*tzv. Frühe Nutzenbewertung*) se pak rozhodne pro jednu z variant – buď existuje „přidaná hodnota“ léčivého prostředku, a potom nastanou cenová vyjednávání mezi G-BA a výrobcem, která musí být uzavřena do jednoho roku od uvedení výrobku na trh, nebo „přidaná hodnota“ prokázána není, a G-BA stanoví cenu výpočtem podle ostatních srovnatelných léčiv.⁹⁹

Zákon však i v tomto případě pamatuje na určité výjimky. Pokud se jedná o léky na vzácná nebo zvláště ohrožující onemocnění, která jsou definována Nařízením 141/2000/ES, „přidaná hodnota“ se považuje za prokázanou.¹⁰⁰ Určité důkazní břemeno ohledně vzácnosti onemocnění a účinku léku v těchto případech leží na straně výrobce.

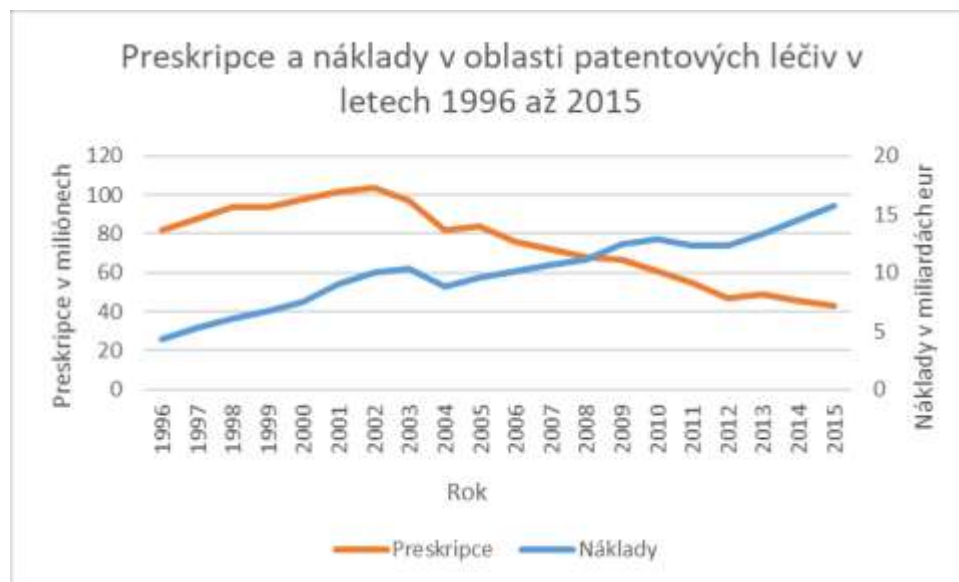
Problémem, který teoretici tomuto procesu oprávněně vytýkají, je ono mezidobí mezi uvedením na trh a dosažením dohody o ceně během prvního roku. V tomto období je cena výrobcem, i s ohledem na nejistotu výše dalšího zisku, obvykle nasazena neúměrně

⁹⁹ § 35a SGB V odst. 3-4

¹⁰⁰ §35a SGBV odst. 10

vysoko. V praxi je tak ona neúměrně vysoká cena ze strany G-BA často zohledněna při vyjednávání (Rosenbrock – Gerlinger, 2013, s. 271).

Trh patentových léčiv přes pokles preskripcí vykazuje prudce rostoucí náklady. Ty ilustruje následující graf:



Graf 19: Preskripce a náklady v oblasti patentových léčiv v letech 1996 až 2015. Zdroj: Pressekonferenz zum Arzneiverordnungs-Report 2016 – Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) am 26. September 2016 in Berlin, s. 28

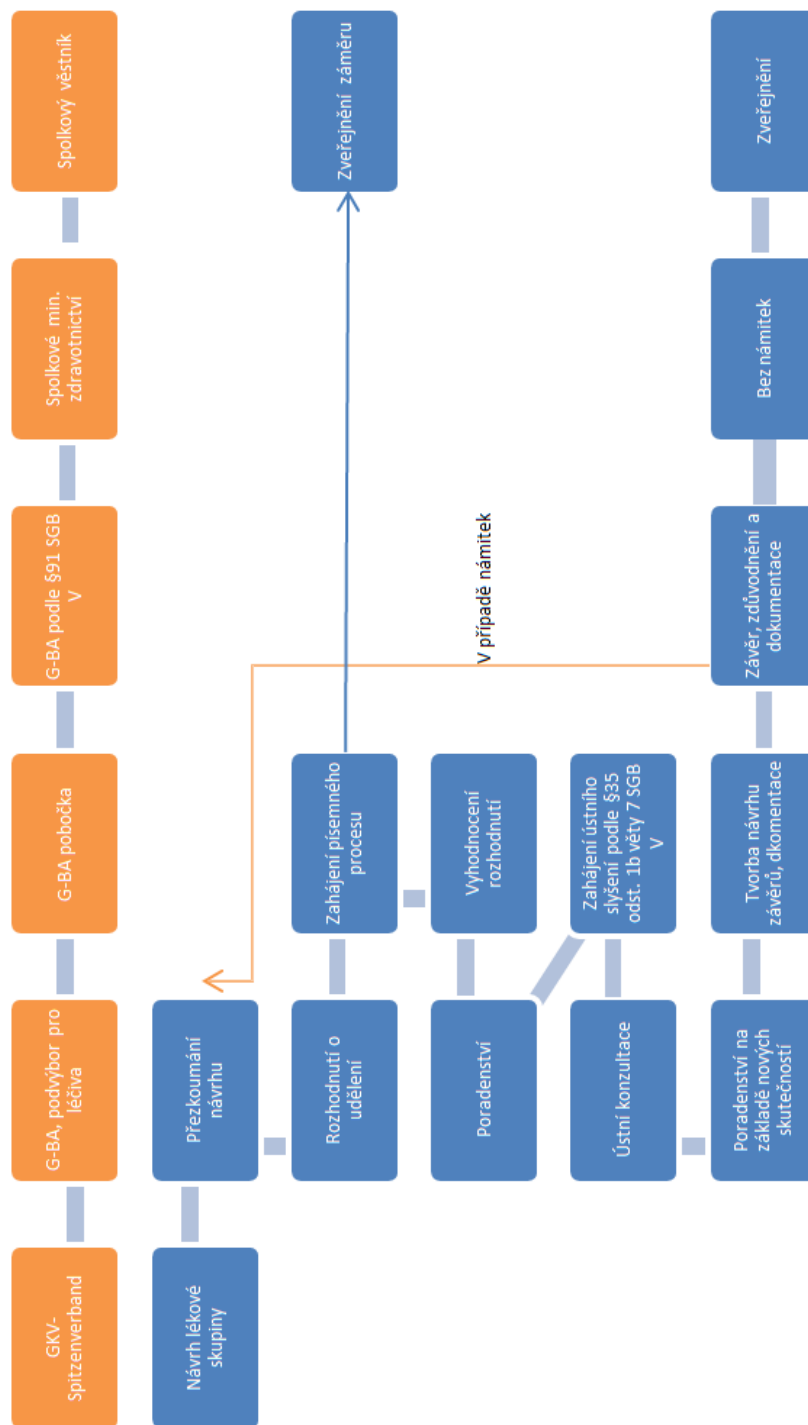
Generika jsou léčivé přípravky s účinnou látkou, která se již na trhu vyskytuje. Od preparátů se stejnou účinnou látkou se mohou lišit pomocnými látkami a způsobem výroby.¹⁰¹ Zákon rozlišuje v zásadě dva způsoby cenotvorby u generik – tzv. pevné ceny (*Festbeträge*) a tzv. bonusové smlouvy (*Rabattverträge*).

Cena generik je obecně nižší. To je zabezpečeno hned dvojím mechanismem – jednak umožňuje existence více výrobců soutěž, která cenu tlačí dolů, jednak výrobci generik odpadá zdlouhavé období klinických studií (Rosenbrock – Gerlinger, 2013, s. 271).

U pevných cen je ze strany G-BA jednostranně stanovena de facto maximální cena, za kterou je možné výrobek koncovému spotřebiteli prodávat. Při jejím překročení je rozdíl mezi celkovou cenou a maximální cenou hrazen pacientem. § 35 SGB V určuje postup při určení pevné ceny v rámci dané skupiny léčiv. Ta může být kalkulována na základě cen léčiv buď s identickými účinnými látkami, nebo se srovnatelnými látkami, nebo se

¹⁰¹ Podle směrnice 2001/83/ES. Obdobnou definici poskytuje také § 24b Arzneimittelgestz.

srovnatelným účinkem. Tyto kategorie odpovídají stupňům I až III. (Gemeinsamer Bundesausschuss). V rámci skupin (těch jsou řádově stovky) je stanovena taková cena, aby zaručila účinnou soutěž. Tato cena je každoročně přezkoumávána. Opět je tu pojištěncova platba výrazně odvislá od příslušnosti k pojišťovně. Celý proces popisuje následující schéma.



Obr. 6: Proces určování pevné ceny podle §35 odst. 1 a 1a SGB V. Zdroj: Gemeinsamer Bundesausschuss, 2010

Z obrázku je patrný několikanásobný přesun každého návrhu mezi centrálou *G-BA* a jejími zemskými pobočkami. V konečné instanci ještě situaci může změnit názor Spolkového ministerstva zdravotnictví, které před finálním zveřejněním ve věstníku může vznášet námitky a rozhodnutí projde novým přezkoumáním.

Zatímco v devadesátých letech podíl léků s tzv. pevnou cenou klesal, po roce 2003, tedy od započetí regulace patentově chráněných výrobků, opět roste. V roce 2003 činil asi 72 %, v dnešní době už je to přes 80 %. Celkový efekt pevných cen vedl v posledním čtvrtstoletí ke zmírnění růstu nákladů. Zatímco léčiva v oblasti bez pevných smluv zvýšila svou cenu v letech 1989 až 2003 v průměru o 27 %, oblast pevných cen naopak v průměru zaznamenala téměř třetinový pokles (Nink – Schröder, 2004, s. 153).

Roční úspory, které *GKV Spitzenverband* vyčíslil na 5,2 miliard ročně (*GKV – Spitzenverband*, 2011, s. 65), jsou však fiktivní. Je nesporné, že tyto vynucené ztráty větší farmaceutické společnosti plynule kompenzují v oblasti patentem chráněných léčiv.

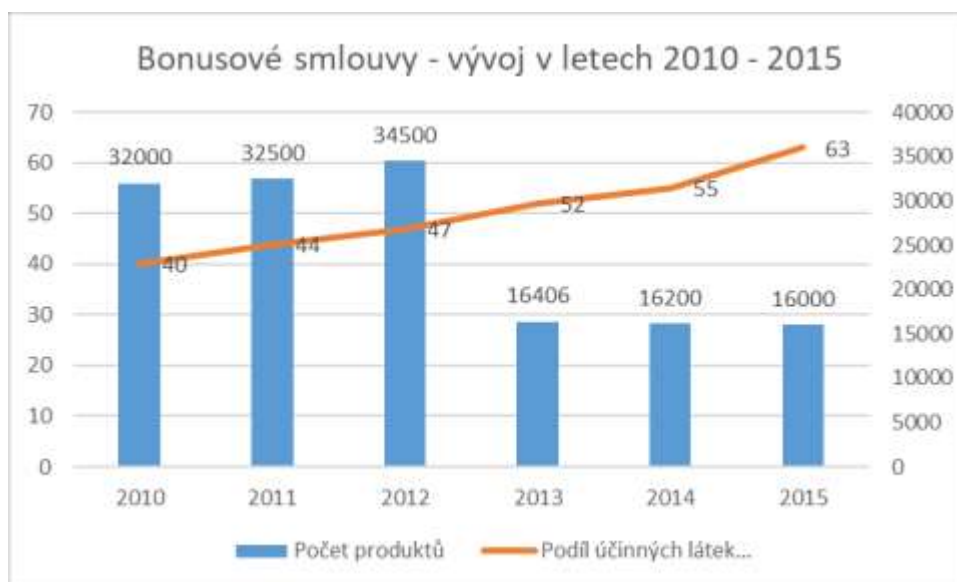
Diskuse o oprávněnosti pevných cen se v Německu během devadesátých let vedla zejména z toho pohledu, zda se nejedná ze strany pojišťoven (a tedy *G-BA*) o kartelovou dohodu. Rozsudek Spolkového ústavního soudu z roku 2002 však tento postup potvrdil.

Od roku 2003 se mezi léčiva se stanovenou pevnou cenou zařadily také tzv. obdobné léky (*Analogpräparate, Me-too Präparate*), tedy léky s pouze malou molekulární odchylkou či deriváty. Tento krok byl poměrně konsensuálně hodnocen jako dobrá regulace, protože nárůst počtu patentově chráněných preparátů tohoto typu, tedy bez silného důvodu k patentové ochraně, byl strmý. Slovy Franze Kniepse „byly zaceleny mezery (Knieps – Reiners, 2015, s. 284)“.

Principem druhého způsobu cenotvorby, který je nazýván bonusové smlouvy (*Rabattverträge*), je sjednání co nejnižší ceny určité pojišťovny s konkrétním dodavatelem, za něž je pojišťovnou dodavateli na oplátku výhradní distribuci. Tato možnost se v zákoně poprvé objevila v roce 2003 (*Beitragssicherungsgesetz – BSG*), V téže době byla v rámci *Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz (AABG)* zavedena tzv. regulace aut idem, z níž vyplývá povinnost lékáren vydávat v případě výpadku

konkrétního přípravku pouze levnější ekvivalent. Ten mj. nesmí být nabízen, pokud lékař v rámci preskripce substituci vysloveně zakáže.¹⁰²

Opatření se nicméně stalo skutečně účinným až v roce 2007, kdy pojišťovny získaly v rámci *GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)* faktickou kontrolu pojišťoven nad vydávanými léky. Ještě v téže roce uzavřelo 172 zdravotních pojišťoven (z tehdejších 242 (Statista [6]) s 53 dodavateli smlouvy na téměř 18 000 produktů. Od té doby počet smluv, resp. produktů pod ně spadajících, stále rostl. Převážná většina smluv však byla neveřejných. V momentě, kdy smlouvy musely začít být zveřejňovány, tedy v dubnu 2013, počet poměrně významně poklesl, a to o více než polovinu (Schwabe – Paffrath, 2016, s. 184).



Graf 20: Bonusové smlouvy – vývoj v letech 2010–2015. Zdroj: Schwabe, U., Paffrath., D.: *Arzneiverordnungs-Report 2016*, Berlin: 2016, s. 184 – 185, vlastní úprava

Z uvedeného grafu je patrný důležitý rys chování zdravotních pojišťoven. Ty od roku 2013 nevyužívají zdaleka takového množství bonusových smluv, ale neustále se zvyšuje podíl účinných látek, které má bonusovými smlouvami ošetřeno nejméně 90 % pojišťoven. Z toho plyne, že drtivá většina pojišťoven se při uzavírání bonusových smluv soustřeďuje na nejdůležitější účinné látky.

¹⁰² §129 odst. 1 SGB V

Ne všechny pojišťovny také k bonusovým smlouvám přistoupily stejně. Kalkulované bonusové výnosy představují různý podíl na výdajích jednotlivých typů pojišťoven. V roce 2015 tak například u AOK tvořily výdaje na bonusové preparáty 11,3 % všech výdajů, u IKK je to pouze 9 % (Schwabe – Paffrath, 2016, s. 184). Rozdíl sice není velký, ale v posledních letech zůstává toto rozložení stejné. Je tedy patrné, že pojišťovny se tímto mechanismem dlouhodobě diferencovaly.

Celkově je nutné konstatovat, že trh generik vykazuje dlouhodobě stagnující či dokonce klesající ceny (v letech 2015-2016 meziročně – 0,7 %, zatímco trh patentových léčiv +9,7 % (Wissenschaftliches Institut der AOK, 2016, s. 13)). V jednotlivých lékových skupinách však existují rozdíly. Například analgetika zaznamenávají preskripční nárůst i v oblasti generik (Bundesverband der Arzneimittelhersteller, 2015, s. 18).

Dle některých názorů je potenciál bonusových smluv nevyužit, a to ze tří důvodů – pro výrobce často vysoká cena v Německu znamená sice nižší podíl na trhu a ztrátu bonusů, ale coby referenční cena přispívá k tlaku na finální cenu na trzích v jiných státech. Druhým z důvodů je malá angažovanost lékáren a koneckonců i privátních lékařů vyhledávat generika a třetím důvodem je slabá role G-BA, pokud o cenách vyjednává jednotlivá pojišťovna (Knieps – Reiners, 2015, s. 277-278).

Bonusové smlouvy jsou některými autory označovány za méně úspěšné, nebo dokonce dvojsečné (Knieps – Reiners, 2015, s. 287), jiní autoři je považují za výrazný posun kupředu (Busse et al., 2005).

Význam pro finanční situaci GKV mají pouze léky na předpis. *Selbstmedikation* se podílí na nákladech na léčiva v lékárnách, a to asi 13 %, nevstupuje však samozřejmě do nákladů GKV. Tyto náklady jsou v posledních dvou dekádách prakticky konstantní, mezi lety 2003 a 2006 došlo dokonce k mírnému poklesu (Bundesverband der Arzneimittelhersteller, 2014, s. 19). Speciální skupinu tvoří tzv. OTX léčiva, tedy předepsané léky bez preskripční povinnosti. Náklady na ně činí v současnosti asi 3,7 % v rámci GKV. Nejčastěji se jedná o minerální látky a léky na zažívání (Bundesverband der Arzneimittelhersteller, 2014, s. 18).

Ceny se samozřejmě nevyvíjely ve všech indikačních skupinách stejně. Pět nejčastěji předepisovaných skupin léčiv tvoří momentálně antihypertenziva (RAAS)¹⁰³, analgetika, beta-blokátory, systémová antibiotika a antirevmatika. Z pohledu výdajů jsou potom nejrozšířenějšími skupinami imunosupresiva, antineoplastika, andtidiabetika, analgetika a antihypertenziva (RAAS). U imunosupresiv lze zaznamenat roční přírůstek kolem 15 %, zatímco např. počet dávek systémových antibiotik o několik procent ročně ubývá (Bundesverband der Arzneimittelhersteller, 2014, s. 17). Mezi patentově chráněnými léčivy lze nalézt skupinu (systémová antivirotika), kde celkové náklady meziročně vzrostly o polovinu.

2.7. Registrace léčivých prostředků

Existují tři způsoby vstupu nového léčivého přípravku na trh. Nejobvyklejším způsobem je národní registrační proces, který je od roku 1978 zakotven AMG.¹⁰⁴ U léčivého přípravku mohou projít procesem jednotlivé složky, ale v drtivé většině případů je registrován léčivý přípravek jako celek.¹⁰⁵ Registrace probíhá prostřednictvím spolkového institutu pro léčiva a medicínské produkty (*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM*). V rámci řízení musí být prokázána kvalita, bezpečnost a účinnost.¹⁰⁶ Registraci přípravku formálně zadává IQWiG nebo G-BA (Lauterbach et al., 2009, s. 190).

Do národního registračního procesu vstoupilo evropské právo především tím způsobem, že všechny v roce 1990 automaticky uznané léky bylo nutné do roku 2005 přeregistrovat.

Proces registrace generik, jak bylo výše uvedeno, je jednodušší – vyžaduje pouze detailní prokázání shody farmakologických vlastností, klinické studie nejsou prováděny.

Druhým způsobem je evropská registrace, která funguje od roku 1995. V témže roce byla založena Evropská agentura pro léčivé přípravky (EMA). Tato agentura o asi tisíci zaměstnancích sídlí v Londýně a úzce spolupracuje jak s národními regulačními orgány členských států, tak s Generálním ředitelstvím pro zdraví a ochranu spotřebitele v rámci evropské sítě pro regulaci léčivých přípravků. V rámci procesu evropské

¹⁰³ Léčiva proti hypertenzi založená na blokaci kanálu renin-angiotenzin-aldosteron, jinou významnou skupinou antihypertenziv jsou betablokátory.

¹⁰⁴ § 21 AMG

¹⁰⁵ § 4 AMG

registrace lze rozlišit několik druhů řízení. Výsledkem všech těchto řízení je ale licence platná ve všech členských státech. Tato forma registrace je v současné době povinná pro inovativní biologické preparáty, od roku 2004 navíc pro veškerá chemoterapeutika, antidiabetika a léky proti neurodegenerativním onemocněním a AIDS. V roce 2008 se tato povinnost rozšířila rovněž na nová imunomodulans (léčiva posilující imunitu), antivirotika a léčiva proti autoimunitním onemocněním (Rosenbrock – Gerlinger, 2013, s. 256).

Třetím způsobem registrace je tzv. decentralizované řízení.¹⁰⁷ To probíhá v jednom, tzv. referenčním členském státu. V případě vydání kladného rozhodnutí je možné zažádat o automatické uznání v dalších členských státech – existuje však úzká skupina výjimek, při jejichž splnění může registraci další členský stát odepřít. Navzdory poměrně úzce definovaným výjimkám je podíl takto odmítnutých přípravků poměrně velký (Rosenbrock – Gerlinger, 2013, s. 256). Proto řada nových léčivých prostředků absolvuje rovnou složitější cestu evropské registrace.

2.8. Nejvýznamnější reformy trhu s farmaceutickými produkty

Gesundheitsreformgesetz (GRG) - 1989

V rámci zásadní a velké zdravotnické reformy v roce 1988 naplánovala vláda CDU/CSU a FDP konsensuální vyškrtnutí léčivých prostředků pro nezávažná onemocnění (např. nachlazení). Od zavedení doplatku 1 DM za položku na receptu a zvýšení na 2 DM v roce 1982 znamenal GRG po dlouhé době významné navýšení na 3 DM (Lauterbach et al., 2009, s. 197). Zatímco na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let navýšení drobných částek nemohlo představovat znatelný problém (byť i proti němu se v řadách pacientů zvedal odpor), protože v Německu panovala šestiprocentní inflace a docházelo k růstu mezd, v letech 1986-1987 byla inflace nulová (Inflation in Deutschland). Jakékoli zvyšování poplatku tak bylo těžko obhajitelné, jakkoliv se to z dlouhodobé perspektivy, kdy doplatky činily koncem devadesátých let přes 10 DM, nemusí zdát srozumitelné.

Zákon současně zavedl mechanismus pevných cen, který byl popsán výše. Podle předkládací zprávy tohoto zákona byla výrobcům dána možnost volby, zda prodávat za vyšší cenu a počítat s možností náhrady levnějším preparátem, nebo ceny pružně

¹⁰⁶ § 22 a následující AMG

¹⁰⁷ Podle směrnice 2001/83/ES

snížovat. Doplatky se mimo jiné prakticky nevztahovaly na léky spadající do kategorie pevných cen.

Stejná možnost volby byla teoreticky dána také pojištěnci. Ten mohl na základě porovnání cenové nabídky například odmítat medikaci za daných podmínek. Je však pravdou, že k takovým příkladům, zejména s ohledem na malé cenové rozdíly v rámci skupin, docházelo zřídka (Knieps – Reiners, 2015, s. 282). Právě tato možnost volby byla pro CDU/CSU klíčovým parametrem reformy. Ze systému pevných cen byly vyjmuty patentově chráněné přípravky, přičemž tato skupina byla pojata velmi široce.

Jednalo se o poslední významnou úpravu systému GKV před sjednocením Německa. Každá další reforma již byla realizována s ohledem na novou situaci – po sloučení dvou odlišných systému.

Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) – 1993

Zákon přinesl úspornou inovaci v podobě mechanismu výpočtu doplatků na některé léky vázaných na cenu léku. Systém v případě některých skupin funguje i dnes, kdy v různých situacích funguje progresivní i regresivní přístup či úplné osvobození. Zajímavým bodem, který vládě v rámci vyjednávání podsunula opoziční SPD, bylo založení Institutu pro léčiva, jehož stěžejním úkolem mělo být vypracování tzv. pozitivního seznamu (Lauterbach et al., s. 197).

Pátý zákon o změně SGB V – 1996

Po vyhraných volbách se CDU/CSU cítila v natolik silné pozici, že následujícím zákonem zrušila nejen Institut pro léčiva, ale také celý úmysl budovat pozitivní seznam. Spor mezi oběma stranami o pozitivní seznam (*Positivliste*) a skutečnost, že nová vláda úpravu se sociálními demokraty vůbec nekonzultovala, vedla k silnému rozhořčení. Postup vlády byl postaven do provokativní roviny Baldurem Wagnerem (tajemníkem Spolkového ministerstva zdravotnictví vedeného Horstem Seehoferem), který zaslal skartovaný výtisk příslušné pasáže SGB V jako dárek předsedovi Spolkového svazu farmaceutického průmyslu Hansi Rüdigeru Vogelovi (Knieps – Reiners, 2015, s. 284). SPD následně chtěla obstruovat při schvalování finální podoby zákona, ale narazila na odpor ve vlastních řadách – zástupci zemských vlád za SPD byli pod tlakem farmaceutických firem.

Mezi aktéry, kteří reformu pocítili, nicméně patřili i praktičtí lékaři, jejichž skupinový rozpočet byl snížen na 33 miliard DM, přičemž při překročení vypočteného podílu

(podle kapitačního koeficientu) mohli být zpětně požádáni o doplatek. Tento systém přinesl několikamiliardové úspory (Bandelow, 1998, s. 63).

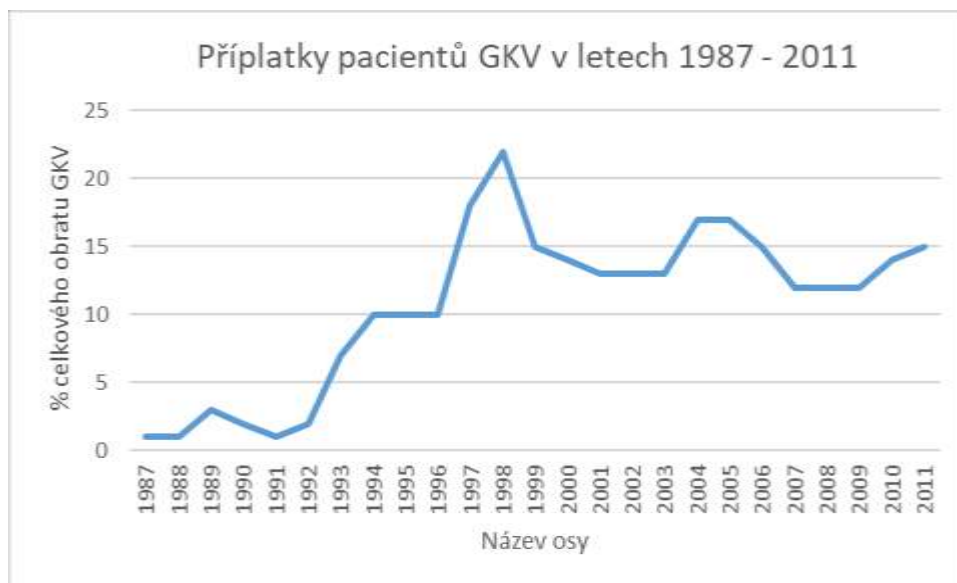
Omezeny také byly reimporty – tímto krokem vyšla vládnoucí koalice vstříc farmaceutickým firmám. Ty nicméně na celou reformu doplatily nesymetricky. Zatímco velké farmaceutické firmy, obvykle s vysokým podílem patentově chráněných léčiv, těžily ze stále rostoucích cen v rámci této skupiny, menší firmy, zaměřené pouze na generika, se začínaly dostávat do finančních těžkostí (Bandelow, 1998, s. 65). Tento vývoj nakonec vedl ke zmíněnému rozštěpení Spolkového svazu farmaceutického průmyslu.

Beitragsentlastungsgesetz – 1997

Zákon zahrnoval především zvýšení příplatků za recept ve výši 4, 6, nebo 8 DM podle velikosti balení (kalkulace podle efektivních denních dávek). Zvýšení příplatku sice vedlo ke stabilizaci deficitního systému GKV, ale nikoli k dlouhodobému výsledku – efekt vyprchal již po dvou letech a nové kritické situace systém dosáhl již v roce 1998. Autoři nenáležící k žádné z velkých politických stran obvykle na příplatky zavedené v druhé polovině devadesátých let částečně kriticky, ale příznávají jim „důležitou roli v politice stlačování nákladů (Rosenbrock – Gerlinger, s. 274)“. Voliči přijali tuto reformu s nepochopením.

Objektivním ukazatelem je nicméně počet preskripcí a ten začal v letech 1998–1999 skutečně stagnovat (viz graf 19). K dalšímu navýšení poplatků došlo v rámci Druhého zákona o novém uspořádání GKV (*GKV-Neuordnungsgesetz – GKV-NOG* - 1997). Poplatky za balení se zvýšily na 9, 11 a 13 DM (Lauterbach et al. 2009, s. 197).

Dále je patrné, že podíl doplatků vůči celkovým nákladům GKV dosáhl maxima v roce 1998 od té doby klesal. Další signifikantní nárůst se objevil až v roce 2004, paradoxně během vlády socialisticko-zelené koalice. Situaci popisuje také následující graf:



Graf 21: Příplatky pacientů GKV v letech 1987 – 2011. Zdroj: coca et al., s. 211

Vláda složená ze sociálnědemokratické strany a Zelených ale v roce 1999 přichystala protiopatření, tzv. Zákon k posílení solidarity v rámci GKV (Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV – GKV-SolG – 1999), ze kterého vyplývalo snížení příplatku za balení (8, 9, 10 DM) u chronických pacientů. Vzhledem k neustále se zvyšujícímu podílu této skupiny obyvatel se jednalo o významný zásah, který nakonec v letech 1999 – 2002 vedl ke stagnaci počtu preskripcí.

Zákon o omezení výdajů na léčiva (Arzneimittelausgaben - Begrenzungsgesetz – AABG) – 2002

Zákon znamenal především zavedení „solidárního“ příspěvku výrobců patentovaných léčiv ostatním výrobcům. Tímto krokem vláda zásadně zasáhla ve prospěch Svazu farmaceutického průmyslu. Lékaři spatřovali v novém zákoně oslabení volnosti při preskripci, a sice v regulaci aut idem (viz výše). Nahrazení generiky z dolní třetiny příslušné lékové skupiny, pokud lékař výslovně neurčí jinak, bylo v téže době možné z evropských zemí pouze v Dánsku, Francii, Nizozemsku a Španělsku (Lauterbach et al., 2009, s. 200). Současně byla výrazně posílena práva G-BA. Role G-BA je popsána v předchozí kapitole.

Zákon o modernizaci zdravotnictví – (Gesundheitsmodernisierungsgesetz GMG) – 2004

Velký a komplexní zákon z dílny SPD a Zelených ponechal v nezměněné míře doplátky, avšak paradoxně vyjmul z ochrany před nimi osoby s 1,5násobkem základního příjmu. Jedinými ušetřenými skupinami zůstali důchodci a osoby mladší 18

let. Doplatky byly nyní částečně formulovány jako podíl z ceny léku (10 % ceny, nejnížší příplatek 5, nejvyšší 10 eur). *G-BA* byl profesionalizován (Knieps – Reiners, 2015, s. 341) a byly mu přidány další pravomoci v cenotvorbě léků. Model cenotvorby zavedený v roce 2004 (viz obrázek 6) zůstal platný prakticky dodnes.

Důležitým bodem reformy se stal fakt, že SPD podruhé rezignovala na zavedení pozitivního seznamu. Vyslyšela tak zejména přání Svazu lékáren (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 2003). Opět se však především nepovedlo získat dostatečný počet hlasů ve Spolkové radě.

V roce 2006 se novelizací z dílny velké koalice pojišťovnam naopak výrazně rozšířila možnost uzavírat bonusové smlouvy. U některých velmi levných léčiv (pokud cena klesla pod 30 % pevné ceny), byl zcela zrušen doplatek (Lauterbach et al., 2009, s. 198).

Bilance tohoto zákona byla ve vztahu k nákladům negativní – na jedné straně se sice jednalo o řadu úsporných opatření, ale cenová moratoria způsobila, že náklady na léčiva se meziročně zvýšily o 7,4 %.

Zákon o nové regulaci léčiv Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) – 2010

Komplexní úprava z dílny liberálního ministra zdravotnictví Philippa Röslera přichystala v oblasti léčiv řadu změn, z nichž některé překvapivě negativně ovlivnily farmaceutický průmysl – zejména na výzkumu založené firmy. Na ně totiž bylo přeneseno důkazní břemeno dodatečného účinku. Pouze pokud takový dodatečný účinek prokáží, má přípravek nárok na zařazení mezi patentově chráněná léčiva. V opačném případě je nastavena pevná cena. I v prvním případě musejí být zahájena jednání o ceně nejvýše do roka od uvedení na trh.¹⁰⁸ Mnozí pojištěnci vnímali tento krok velmi negativně, protože tak byli zbaveni rychlé naděje na dosažení alternativního postupu.

Jakkoliv toto opatření bylo vnímáno negativně a pro farmaceutické firmy určitě jako restriktivní, znamenalo určité narovnání soutěže mezi nimi. Presentováno bylo jako posílení soutěžních prvků (Bundesministerium für Gesundheit [2]). Výrobci léčiv se ovšem také na základě *AMNOG* mohou podílet na procesu integrované péče – rozšiřuje se jim tak pole působnosti. Výrazně se také zvýšil manévrovací prostor pojišťoven, protože ty tak mohly prakticky neomezeně uzavírat bonusové smlouvy.

¹⁰⁸ § 35a odst. 6 SGB V

2.9. Europeizace trhu léčiv v Německu

EU zasáhla do vývoje trhu s léčivými přípravky především ve smyslu budování volného trhu a posilování konkurence. Jak uvádí většina autorů, je poměrně těžko rozlišitelné, kdo se v tomto případě stává hybatelem posilování konkurence – zda Evropská komise, nebo domácí politické strany, které jej mají za cíl (Bungenstock, 2010, s. 53).

Jak bylo uvedeno, hlavní pnutí se nachází mezi kompetencemi evropských institucí a německé vlády. Na jedné straně stojí prohlubování volného trhu, na druhé straně odpovědnost vlád členských států za sociální a zdravotní politiku. V roce 2004 evropský soudní dvůr označil povahu zdravotních pojišťoven za nepodnikatelskou a v zásadě tak uznal jejich zvláštní status. Současně ale v opakovaných rozhodnutích konstatoval nutnost respektovat volný obchod¹⁰⁹ – tato rozhodnutí vedla k rozvoji výše popsaných tří typů povolovacích řízení a tzv. paralelních importů. Na základě Směrnice 89/104/ES musel být postupně rozvinut systém patentové ochrany produktů v rámci EU.

Na pozitivní vývoj cen generik v posledních dvou dekadách je možné nahlížet tak, že se jedná o souběh evropské regulace nutící výrobce nastavovat ceny tak, aby konkurovaly paralelním importům, a současně domácích inovací, tj. bonusových smluv a pevných cen. Pozitivní roli pravděpodobně sehrává také užití referenční ceny v ostatních zemích při stanovování pevných cen (Bungenstock, 2010, s. 57). Zde ovšem záleží na tom, jak posoudíme nárůst paralelních importů v Německu. Zatímco v roce 2000 činily asi 3 % nákladů, dnes je to již kolem 11 % (VfA, 2011, s. 51). Měřeno počtem dávek se však jedná pouze o 3,6 % (25 z celkových 700 milionů normovaných balení v rámci GKV). Ačkoli tento vývoj můžeme považovat za úspěch, stále ještě se jedná o relativně malý podíl. Poměrně větší podíl na finančním objemu by svědčil pro to, že dovážena jsou především léčiva ze skupin s vyššími cenami. Komentáře ke statistikám VfA potvrzují, že tomu tak je (Bundesverband der Arzneimittelhersteller, s. 15).

2.10. OTC-Switch

Tzv. OTC-switch je označení pro zbavení léku preskripční povinnosti – tedy krok, kterým je léčivo přerazeno mezi volně prodejné léky. Německo se v posledních dvaceti letech posunulo na světovou špičku v oblasti volně dostupných léků, které dříve byly na předpis. Rozšiřování této skupiny podporoval zejména druhý kabinet kancléřky Merkelové (min. zdravotnictví P. Rösler). Zatímco v přechozím volebním období se

switch týkal 5 účinných látek a re-switch, tedy opačný proces, 9 látek, v letech 2009-2013 se do bezpředpisové oblasti posunulo 9 látek a opačným směrem 4 (Bundesverband der Arzneimittelhersteller, s. 26-27).

Ačkoli z této disproporce nelze okamžitě usuzovat na jasný závěr, že vláda s liberálním ministrem zdravotnictví podporovala přechod k volně prodejným léčivům, určitou tendenci lze vysledovat z jiných údajů. V letech 2006 - 2007 se například začínají mnohé firmy dožadovat zbavení preskripční povinnosti. Až s novou vládou se věci dávají do pohybu.

Zásadním kritikem switche je obvykle BAH. V roce 2013, ještě za ministra P. Röslera, je v rámci Výboru pro stanovování preskripční povinnosti zbaven rozhodovacího hlasu. Od té doby je hlas pouze poradní. BAH po celou dobu své existence proces brzdil.

Řetězec událostí vedoucích od vnějšího impulzu k uvalení rozhodovacího břemene na pojištěnce je možné ilustrovat na dvou příkladech konkrétních lékových skupin.

První z nich je skupina léků proti vředovým chorobám. Zatímco do konce 80. let převládá terapie antacidy s relativně malou účinností a řadou negativních účinků (Schwabe-Paffrath, 1991, s. 283), která fungovala asi 40 let. Vědeckým impulsem byl v roce 1982 objev spojitosti mezi touto diagnózou a bakterií *helicobacter pylori*. Hojně se tak začínají aplikovat antibiotika. V polovině 90. let je tento postup aplikován na více než polovinu pacientů. Počátkem 90. let se objevují nové přípravky na bázi H₂-blokátorů s podstatně vyšší účinností. Během dvou let tyto přípravky v četnosti preskripce předešly skupinu původní. I zde je však relativně velké množství nežádoucích účinků. Nová skupina léčiv je však výrazně dražší (zhruba dvojnásobně)(Arzneitelegamm, 1992). Vzhledem k mírně častějšímu výskytu těchto chorob u pojištěnců s nižším sociálním statusem jsou tyto choroby častěji diagnostikovány v nových spolkových zemích. To problém finanční nedostupnosti ještě znásobuje. Mezi lety 1992 a 1993 se počet předepsaných denních dávek na toto onemocnění zvýšil čtyřnásobně (Wissenschaftliches institut der AOK, 2006).

Zlom nastává v roce 1995, kdy se poprvé ve velké míře zavádí třetí skupina léčiv, inhibitory protonové pumpy. Jejich účinnost byla řádově větší než v prvních dvou případech, nežádoucích účinků méně. V roce 2006 se objevují úvahy o přesun této

¹⁰⁹ Rozhodnutí č. C-120/95 a C-158/96.

skupiny mezi bezpředpisové léky (Der Arzneimittelbrief, 2008). Řada odborných grémií i lékařské svazy byly proti, a to z důvodu rizik při dlouhodobé samoléčbě. V prosinci 2009 nicméně Spolkové ministerstvo umožnilo volný prodej těchto účinných látek v nižší síle. Poměrně velkému segmentu pojištěnců (až 10 %) tak vyvstala nutnost volby mezi samoléčbou a návštěvami lékaře. Zkušenosti z USA ukázaly značné úspory (Cohen et al., 2013, s. 840), na druhou stranu obavy z rizik neutichly (Halle, 2010).

Podobný model je aplikovatelný na řadu dalších skupin léčiv. Ukazuje, jak probíhá cesta od technické inovace přes pojišťovnou organizovanou léčbou až k samoléčbě, a to během pouhých dvou desetiletí. Vláda se v tomto případě vydala směrem k větší odpovědnosti pojištěnce, byť s určitým rizikem.

Druhou skupinou léčiv jsou léky na symptomy nachlazení. Od první poloviny dvacátého století jsou k dispozici volně prodejná léčiva proti horečce a bolestem. Od 70. let jsou navíc používána centrální dekonjestiva, která usnadňují dýchání při nachlazení a nemají nežádoucí účinky po vysazení jako klasické nosní kapky. Negativem těchto léčiv je relativně snadná výroba metamfetaminu, drogy, která je problematická zejména v souvislosti s českým pohraničím. Při nachlazení je s výhodou podávána kombinace těchto dvou lékových skupin (např. paracetamol a pseudoefedrin). V roce 2009 byla tato skupina léků preskripčně omezena v ČR, což mělo za následek prudké zvýšení poptávky v zahraničí (Deutsche Apothekerzeitung, 2010). Německo po počátečním zákazu během jednoho roku léky preskripční povinnosti opět zbavilo. Pacientům se tak rozšířila možnost volby, nicméně statistiky neukazují na zvýšení prodeje, naopak prodeje lehce poklesly (Bundesverband der Arzneimittelhersteller, 2014, s. 22). Ne každá formulovaná poptávka tak musí být skutečně realizována. V tomto případě vláda učinila krok, kterým vystavila společnost některým rizikům, a pozitivní dopad nebyl příliš velký. Co se však týče pojištěnce, nepochybně je pro něj nyní snazší některý z produktů sám zakoupit, bez návštěvy lékaře.

2.11. Více léčiv – více možností?

Trh léčiv v Německu se v posledních 25 letech dynamicky rozvíjel a lze na něm vysledovat několik tendencí: Jedná se o perspektivní obor s velmi dobrými parametry dlouhodobé ziskovosti, malou náchylností k velké koncentraci, oproti jiným odvětvím průmyslu s malými poklesy v dobách hospodářského útlumu. Jednotlivými opatřeními se podařilo stlačit (snížit či alespoň zafixovat) cenu generik. Naproti tomu cena

patentově chráněných léčiv strmě roste. Rostou tak i celkové výdaje na léky. Samostatné množství medikace hraje nižší roli, spotřeba neroste. Pacienti získali spolu s volbou pojišťovny možnost rozhodnout se podle některých doplatků. To je důležitý fakt, který v textech z německé produkce nebývá uváděn. Pojišťovny se totiž mohou vzájemně lišit výší doplatků. Tuto možnost na straně pojišťoven rozšířily jak pevné ceny, tak bonusové smlouvy. Zatímco mechanismus pevných cen podporovaly sociálnědemokraticko-zelené vlády, bonusové smlouvy zaznamenaly rozkvět za vlády velké koalice, a především v době konzervativně-liberálního kabinetu.

Ačkoli to nebylo primárním deklarováním úmyslem P. Röslera, nastavení systému způsobilo přesun vyššího množství účinných látek mezi volně prodejné, což řadě pacientů umožnilo volbu mezi samoléčbou a návštěvami lékaře. Větší volnost a některé další výhody získali za těžce vlády farmaceutičtí výrobci, nikoli však ti větší a častěji se specializující na patentově chráněná léčiva.

Důvody, proč vláda vychází vstříc velkým farmaceutickým koncernům, leží primárně mimo zdravotnictví. V době hospodářského poklesu se toto odvětví ukázalo jako odolné a hodné udržení celosvětové prestiže. Existuje však řada momentů, kdy ani konzervativní vlády nevycházely vstříc farmaceutickému průmyslu – spor o výši reimportů, některé switche a především zpřísnění důkazního břemene pro nová patentová léčiva. To částečně nabourává odvěký mýtus, že vlády CDU/CSU a FDP jednaly pod tlakem farmaceutických společností nebo pod příslibem finančních výhod. Vybrané příklady léčiv (např. některá léčiva proti nachlazení) se staly bezpředpisovými i v případě, že jejich volná prodejnost může být riziková.

Europeizace trhu léčiv zapůsobila jako katalyzátor stlačování domácích cen léčiv. Sílu tohoto efektu není tato práce v rámci svého rozsahu schopna prokázat. Je však patrný efekt, kdy vytváření jednotného evropského trhu usnadňuje pojištěncům přístup k zahraničním léčivům. Německo ovšem dováží pouhých 7 % léčiv (B.A.H., 2018) (největší importovanou skupinou jsou cytostatika, protizánětlivá léčiva a antihypertenziva).

Současně vývoj jak na evropské, tak na globální úrovni, vedl e stále komplikovanějšímu systému povolování vstupu nových léčiv na trh. Některé vlády (zejména 2009-2013) se snažily přispět ke zjednodušení procesu, a tím i ke zvýšení inovačního potenciálu farmaceutického průmyslu.

Jak bylo uvedeno výše, počet předepisovaných dávek v Německu v posledních letech nestoupá, mění se však proporce potřeb – to je dáno demografickou změnou – stárnutím obyvatelstva. Průměrná délka dožití se v posledních 30 letech zvýšila takřka o 5 let, což generuje množství preskripcí právě v nákladných oblastech (cytostatika, antihypertenziva, antikoagulancia). Zvyšování délky dožití je navíc současně důsledkem kvalitnějších a účinněji předepisovaných léčiv. Je patrné, že ceny léčiv v jednotlivých skupinách se daleko více diferencovaly a velmi malé skupiny léčiv a malé počty preskripcí nejvíce ovlivňují celkové výdaje.

Výdaje je potom nutné přísnými opatřeními neustále omezovat, a to především tam, kde je 1) bezpečné použití dané účinné látky, 2) podávání nevyžaduje konzultaci s lékařem a 3) tam, kde si samoléčbu může pojištěnec snadno dovolit.

3. Informace a jejich role v systému

3.1. Odpovědnost pojištěnců a prevence

Veškeré pokusy dodat pojištěncům v rámci systému odpovědnost a možnost volby by nenaplnily svůj potenciál, pokud by rozhodnutí činěná pojištěncem nebyla informovaná. Od druhé světové války panuje v Německu silná tradice zdravotní výchovy spojené s osvětou, prevencí rizik a dalšími tématy. V tomto tisíciletí přibývá praktická funkce orientace ve velmi složitém systému, kdy pojištěnec musí řadu ukazatelů sledovat, chtěli být se službami spokojen.

Aby mohla být vykonávána jakákoli samostatná rozhodnutí pojištěnce, musí být, s rostoucí složitostí systému, neustále posilována schopnost orientace pojištěnce. Je nezbytné, aby se tak dělo jak na individuální úrovni, ale také na úrovni celého systému. Aby pacient nejen znal možnosti svého jednání, ale aby mu byl předestřen celý smysl systému (Hansen, 2012, s. 206).

Za teoretiky prosazující zvýšení informovanosti jednotlivce můžeme počítat celou linii počínající Heinrichem Schippergesem. Ten již v roce 1981 předestřel vizi, že medicína 21. století se soustředí na řešení nejvážnějších problémů, ale většinu prevence a léčby bude obstarávat jednotlivec sám. Také on používá pojmu spoluzodpovědnost, stejně jako jej později převzal i SGB V. V jedné ze svých esejí cituje Novalise: „Každý sobě lékařem! (Schipperges, 1981)“

Sociolog Heinz Bude říká, že sebeuvědomění, vlastní odpovědnost a starost o sebe jsou životní ideály, které má člověk naplňovat. Teprve pokud je není schopen naplňovat, má mu být pomoheno.

Koncept vlastní odpovědnosti pojištěnce uvědomění si jeho role v systému byl v teoretické rovině diskutován již na počátku 90. let. Řada autorů shodně klade počátek nedostatečné informovanosti na konec 19. století. Pruský nejvyšší správní soud tehdy definoval lékaře jako osobu s ústřední odpovědností za zdraví. Alfons Labisch upozorňuje na skutečnost, že dříve, než se pojištěnec mohl stát samostatným aktérem, chopily se organizačních a osvětových aktivit řemeslné, zemědělské a zaměstnanecké spolky (Labisch – Spree, 2001).

Získávání práv pacientů je automaticky spojeno s rostoucími požadavky na suverenitu – tento proces je údajně možné připodobnit k hnutím za lidská práva, práva menšin a

ženskému hnutí (Levy, 1994). Mezi zastánce tohoto tzv. konceptu empowermentu lze řadit K Hurrelmann, B. Baduru a H. Schellschmidta. G. Frankenberg (1994) poznamenává, že jednotlivá podpůrná opatření ve zdravotnictví informovanost podporují, ale současně vyžadují. Jedná se tak do značné míry o sebezsilující mechanismus, který s každou další přiznanou pravomocí rozšiřuje požadovaný katalog znalostí pojištěnce.

*SVRK*A*iG* ve svém doporučení z roku 2000 doporučuje podporovat přesun výkonu informování jednotlivce z mikro-úrovně (pacient-lékař, pacient-pojišťovna) na mezo-úroveň (Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2000/2001, kap. 3), protože zde může docházet k agregaci znalostí a zkušeností (každá nemoc je ojedinělý jev, který se neopakuje a zkušenost má tudíž relativně nižší význam, než např. při nákupu spotřebního zboží). Většina doporučení *SVRK*A*iG* z posledních let se pak omezuje na doporučení posílit roli svazu pacientů či nezávislých platform pojištěnců.

Dle výsledků anket z roku 2000 označili pojištěnci u praktických lékařů jako nejdůležitější hodnotu dostatek času a předávání relevantních informací. V oblasti stacionární péče hodnotili pacienti jako druhý největší problém právě nedostatek informací (Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003, s. 189). V mezinárodním srovnání poskytuje průměrný německý lékař pacientovi výrazně méně žádoucích informací, než např. ve Velké Británii, Švýcarsku či Itálii (Dierks et al., 2006).

Zde je na místě objasnit pojem prevence, jak je používán v rámci systému německého zdravotnictví. Spolkové ministerstvo zdravotnictví definuje prevenci jako činnost s cílem vyhnout se zhoršení zdravotního stavu jedince či populace. Oproti tomu léčba a rehabilitace mají za úkol zlepšení zdravotního stavu.

Prevence bývá obvykle dělena na primární, sekundární a terciální, přičemž primární prevencí se rozumí snížení vlivu dílčích faktorů, které mají za následek nemoc.

Přes různé metodiky kalkulace nákladů na prevenci (primární, sekundární i terciální) činí tyto náklady obvykle kolem 10 miliard eur, tedy asi 3,5 % celkových výdajů na zdravotnictví. Z toho však více než polovinu činí výdaje v kategorii podpora zdraví, zahrnující např. veškerá systémem hrazená očkování.

3.2. Nástroje primární prevence

Primární prevence má za cíl snížit riziko propuknutí onemocnění. Tuto původní definici WHO přejímá také §20 SGB V a doplňuje ji o sociální aspekt: „Služby primární prevence mají zlepšovat obecný stav zdraví a zejména přispívat k sociálně podmíněné nerovnosti šancí na zdraví.“¹¹⁰ Sociální aspekt je vyzdvihován i z důvodu rostoucího nárůstu podílu chronických onemocnění.

Primární prevenci v rámci GKV v rámci opatření definovaných v §20 SGB V je vyčleněno pouhých 270 milionů eur ročně (Rosenbrock – Gerlinger, 2013, s. 82).

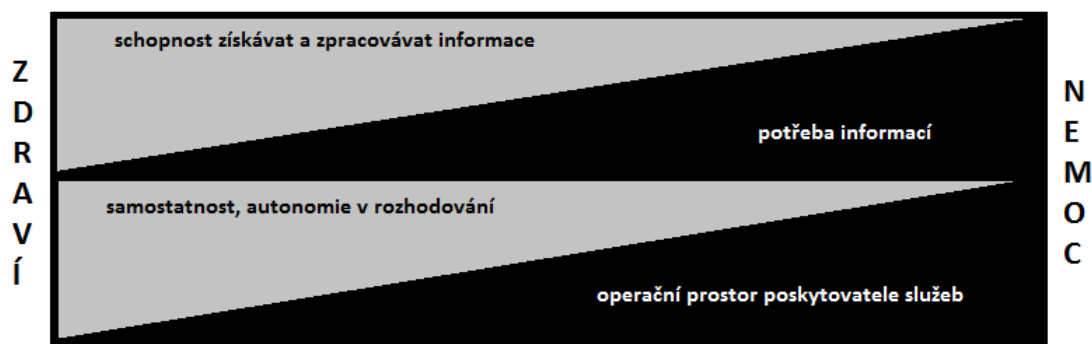
Mezi nástroje primární prevence se tradičně řadí i informovanost pojištěnců a veřejnosti obecně.

Podporu informovanosti se vytkla za cíl především WHO v roce 1988 v rámci Otavské charty. Ta definuje pět oblastí, které by měly být podporovány – rozvoj politiky aktivně podporující zdraví, rozvoj vhodného prostředí pro život, konání obecně prospěšných společenských aktivit, orientace nejen na kurativní medicínu a – pro tuto kapitolu nejdůležitější – rozvoj osobních kompetencí (Rosenbrock, 1998).

V roce 1967 byla založena Spolková centrála pro informovanost ve zdravotnictví (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BfG*). Vznikla jakožto centrální orgán pro koordinaci aktivit vedoucí ke zvyšování obecného zdraví. Mezi aktivity vytčené při zřízení patří zpracování směrnic pro obsah a metody praktické zdravotní výchovy, vzdělávání na tomto poli, koordinace posilování povědomí o zdravotnictví na území SRN a spolupráce se zahraničím (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*).

Z hlediska této práce je však podstatnější než předcházení nemocem (jak na individuální, tak na celospolečenské úrovni), které je předmětem činnosti BfG, orientace pojištěnce v systému. Jak bylo uvedeno v kapitole 1, je onemocnění stochastickým fenoménem a teprve s jeho výskytem se rozběhne uvažování o vhodnosti nastavení systému a o službách, které konkrétní pojišťovna nabízí. V době plného zdraví, zdá se, je jediným prostředkem rozlišení mezi pojišťovnami výše příspěvku (Braun – Streich, 2003, s. 77). Dochází zde paradoxně k nepřímo úměrnému rozvoji dvou proměnných. Situaci může charakterizovat následující schéma.

¹¹⁰ §20 odst. 1 SGB V



Obr. 7: Odlišné výchozí pozice pojištěnce a poskytovatelů služeb v případě zdraví a nemoci. Zdroj: Nebling, T.: Die Vermarktung des Versorgungsmanagements einer Krankenkasse Sind besondere Versorgungsformen für gesunde Versicherte von persönlicher Relevanz?. Gesundheits- und Sozialpolitik. 3-4/2009, s. 57

Ve zdraví je schopnost pacienta získávat a logicky vyhodnocovat informace maximální, v době nemoci se obojí snižuje, současně ale právě roste jejich potřeba. Zároveň se zmenšuje možnost jeho volby.

Produkt, který pojišťovna nabízí, lze však analyticky rozdělit minimálně do dvou kategorií. Jednak jsou to tzv. nástroje selektivní atraktivity – organizace, koordinace a struktura plnění, jednak se jedná o poradenství a coaching, jež zabezpečují efektivní využití konkrétních služeb (Nebling, 2009, s. 53).

3.3. Nástroje zdravotních pojišťoven

Pro pochopení cest, kterými je zákazníkovi (pojištěnci) prodáván produkt pojištění, je nutné se seznámit se základy marketingového managementu. Každý produkt, pokud má být prodán, musí být zhodnocen neboli udán na trhu. Úkolem marketingu je propojení produktu s bystnými potřebami poptavatele (Kotler – Bliemel, 1999, s. 15).

Veřejná zdravotní pojišťovna může skutečně orientovat svou marketingovou strategii buď téměř výhradně na cenu (od roku 2009 na co nejnižší *Zusatzbeitrag*), nebo na bonusy, které nabízí (tedy v zásadě všechny mimocenové výhody). Jak uvádějí poslední studie, podařilo se prokázat, že pojišťovny s nejnižšími doplatky se marketingově orientují pouze na cenu, kdežto pojišťovny s vyššími doplatky nabízejí exkluzivní bonusy. Analýza ovšem prozrazuje i druhou skutečnost, a sice že souboj mezi pojišťovnami v zásadě stále není velký. Výraznou změnu nepřinesl ani Zákon k dalšímu rozvoji finanční struktury a kvality zákonného zdravotního pojištění (*Gesetz zur*

Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-FQWG) (Kulpok, 2015).

Pojišťovna musí v rámci komunikace trh segmentovat. Děje se tak obvykle podle několika kritérií – ta mohou být biologická, demografická, geografická a psychologická. Následně musí zhodnotit místo, kam je v Maslowově pyramidě každého pacienta zařazeno zdraví. Zpravidla se nejedná o jednu úroveň, ale o prostředek, kterým lze postoupit z jedné úrovně na druhou (např. významové potřeby (status) jsou nadřazeny sociálním potřebám (zaměstnání). Zdraví hraje roli významného katalyzátoru přechodu z jedné úrovně na druhou.¹¹¹

Každá z pojišťoven se věnuje jak smluvnímu managementu (*Vertragsmanagement*) ve vztahu k poskytovatelům péče, tak managementu služeb (*Leistungsmanagement*) ve vztahu k pojištěncům. Management služeb spočívá v dosažení co nejlepší úrovně získaných služeb při konkrétní úrovni finančního plnění ze strany pacienta (Spenk, 2001, s. 199-200).

Jestliže klasická ekonomická teorie uvažuje o pojištění jako o mechanismu vyrovnávání nákladů dvou stavů (v tomto případě zdraví a nemoc), pak roli toho, kdo oba stavy pomyslně vyrovnává, sehrává pojišťovna. Ona sama by v případě efektivního fungování měla každého z pojištěnců dostávat do rovnovážného stavu, tedy stavu, kde se součiny vah jednotlivých situací a jejich pravděpodobností rovnají. Nástroje pojišťoven jsou v současnosti zejména 1) Integrovaná péče (*Integrierte Versorgung*), 2) Péče s povinnou návštěvou obvodního lékaře (*Hausarztzentrierte Versorgung*) 3) Zvláštní ambulantní péče (*Besondere ambulante ärztliche Versorgung*) 4) bonusové smlouvy (Rabattverträge) a 5) Modelový záměr (*Modellvorhaben*).

Kanály, které je možno v komunikaci aktivovat, je možné rozřadit na osobní styk, telefonní poradenství, tištěné produkty a internet (Nebling, 2009, s. 61). Ten samozřejmě v posledních letech jedná nabírá na síle, jedná musí pojišťovny (a odborné servery vůbec) obstát v konkurenci neověřených a poloodborných stránek.

Velmi dobrou informační základnu poskytuje Vědecký institut AOK, který každoročně vydává monitor zdravotnických zařízení a pokrývá ambulantní i stacionární péči, včetně úspěšnosti léčby jednotlivých onemocnění s velmi detailními popisy věkové či teritoriální struktury (Dormann – Klauber, 2017).

Pojišťovny mohou od roku 2002 využívat pro informační účely a za přísných podmínek stanovených zákonem přímo data shromážděná v rámci DRG.¹¹²

V roce 2008 nabízelo poradenskou službu více než 90 % všech pojišťoven. Nicméně např. pouze 75 % nabízelo informace o poskytovatelích služeb. V případě časopisů vydávaných pojišťovnami pak bylo toto číslo ještě nižší, kolem 52 %. (Hanker et al., 2008, s. 27).

3.4. Ostatní poradenské služby

V roce 2006 byla založena Nezávislá poradna pro pacienty (*Unabhängige Patientenberatung Deutschland - UPD*). Její nezávislost je však také limitována zřizovateli – *Sozialverband Deutschland*, *Verbraucherzentrale Bundesverband* a *Verbund unabhängige Patientenberatung*. Služba zaměstnává asi 100 osob, jejichž úkolem je výlučně oblast mimo medicínu samotnou, tedy žádné *second opinion*, žádné rady ohledně terapie, ale například na alternativy v terapii může být upozorněno (Patientenberatung). Právní základ pro tuto formu poradenství byl položen v roce 2000 v rámci GKV – Reformgesetz.¹¹³ Tento základ, spolu s jasně danými možnostmi výběru rehabilitační péče, jsou ze strany *SVRKaIG* hodnoceny jako vůbec nejdůležitější reformní kroky ve vztahu k informovanosti pacienta za poslední dvě dekády (Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003-II, s. 183).

UPD poradí ročně 80 000 osobám, z toho 85 % telefonicky. Přesto je možné hovořit o výrazně rostoucí tendenci. Zatímco totiž v roce 2011 bylo obslouženo v rámci jedné hodiny 66 % volajících, v roce 2012 56 % a v roce 2013 již jen 42 %. Ředitel organizace Sebastian Schmidt-Kaehler se v roce 2014 vyjádřil v tom smyslu, že právě rostoucí množství informací vyhledávaných na internetu poptávku po osobním poradenství ještě posiluje (Deutsches Ärzteblatt, 2014). Bylo by zajímavé, pokud by se potvrdilo, že se u těchto dvou produktů nejedná o substituty, ale o komplementy. To ukáží teprve údaje z následujících let.

Zásadní rozdíl oproti volně dostupným informacím je individuální rozměr. Jak ostatně udávají učebnice, „informování pacienta – respektive při něm vedený rozhovor – je i

¹¹¹ Tzv. Antonovského model salutogeneze, popsán např. v: Antonovsky, 1997

¹¹² § 137 SGB V

¹¹³ § 65b SGB V

přes masivní nasazení doprovodného vlivu médií osobní záležitostí mezi lékařem a pacientem (Pflüger, 2002, s. 166-167).“

Poptávku po poradenských službách zvyšuje také přírůstek nových forem péče. V roce 2013 byla například poprvé tematizována otázka souhlasu pacientů s tzv. zdravotními produktovými poradci (*Medizinproduktberater*), což jsou obvykle externí pracovníci speciálně vyškolení k obsluze komplikovaného přístroje. Zákon o zdravotních produktech poměrně přesně stanovuje jednotlivé činnosti tohoto poradce při operacích.¹¹⁴ Za modelový je udáván případ pacientky, která podlehla pooperačním komplikacím, které mohla mj. zavinit samostatná činnost poradce během operace. Problematickou se ukázala skutečnost, že nemocnice o jeho přítomnosti pacientku předem neinformovala (Paheentharajah et al., 2013, s. 1927). Následná teoretická debata se pokoušela vymezit hranice, o jakých detailech by ještě pacient měl být informován, resp. kde všude by měl být vyžadován jeho souhlas. V takto komplikovaných případech je stále složitější předpokládat všechny možné nastalé situace.

V roce 2009 založilo několik poskytovatelů péče spolu s dalšími právníckými osobami platformu *SPIG – Geschäftsordnung des Netzwerks Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen*, jejímž cílem je zkvalitnit poradenskou službu a orientaci pojištěnců v rámci systému. Partnery platformy jsou větší svazy pojišťoven, např. AOK Bundesverband (Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen).

I mezi médii je možné odlišit poměrně slušně zpracované poradenství, které je mnohdy i garantováno odborníky a sestavováno rozsáhlejším redakčními týmy. Tradičně dobrý zvuk má v tomto ohledu měsíčník Focus, který každoročně vydává své speciály zaměřené na zdravotnictví. Ve speciálním vydání věnovaném stacionární péči je kromě žebříčků specializovaných pracovišť rozsáhle srovnána hygienická úroveň nemocnic, doporučená kritéria, podle nichž si vybírat pracoviště k plánovaným zákrokům, či řada kontaktních údajů na jednotlivá pracoviště.

Již v roce 2001 bylo provozováno 30 oficiálně zaregistrovaných poradenských projektů podle § 65b SGB V. Obvykle se jednalo o jeden až dva projekty na jednu spolkovou zemi. Pouze v 11 případech se jednalo o individuální poradenství – jako nejvýznamnější

¹¹⁴ Medizinproduktgesetz, § 31

lze jmenovat službu *Sozialverband Deutschland, e. V.* Pouze v Mnichově, Münsteru, Hannoveru a Berlíně se jednalo o službu, která podrobněji analyzuje nabídku ambulantní a stacionární péče v lokalitě (Törne – Potthof, 2001).

Ačkoli byly náklady na poradenské služby podle § 65b SGB V odhadovány na 10 milionů DM ročně, nakonec v roce 2001 dosáhly 93 milionů DM (Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003-II, s. 223).

Solidní úroveň poradenství nabízí v současné době také portál *patienten-information.de* provozovaný Spolkovou lékařskou komorou a Spolkovým sdružením praktických lékařů. Stránka mimo jiné obsahuje i rady a tipy pro čtenáře, jak nakládat s ostatními internetovými zdroji.

Internetové stránky přinášející informace ze zdravotnictví přinášejí i další instituce, např. Institut pro zdravotní dokumentaci (*Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI*), *Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem*, nebo v oblasti léčiv *Stiftung Warentest*. V posledních letech se překotně rozvíjí systém mobilních aplikací doporučující poskytovatele péče. Jejich hodnocením a poskytováním doplňujících informací se zabývá portál *HealthOn*.

3.5. Zhodnocení jednotlivých nástrojů

V roce 2008 proběhl mezi více než 6 000 respondenty velmi podrobný průzkum zaměřený na relevantní zdroje informací. Na prvním místě se dle očekávání umístil praktický lékař s více než 45 %, na druhém místě samotná zdravotní pojišťovna (přes 33 %) a pouhých 16 % připadlo na tištěná média. Těsně za nimi s 15 % se umístili rodinní příslušníci a přátelé. Vliv internetu značně kolísal, ale ve skupině zájemců o návštěvu praktického lékaře tehdy dosahoval pouze pětiprocentní oblíbenosti (Schnitzer et al., 2008, s. 25).

Od roku 2008 se také každým rokem mění profil hledaných témat. Zatímco v prvním desetiletí nového tisíciletí patřily k nejvyhledávanějším obecnější informace k tématům jako redukční diety, odvykání kouření či posilování¹¹⁵, v současnosti jsou vyhledávány jak praktické rady k jednotlivým onemocněním, tak především kontaktní informace.

Průzkum rovněž ukázal relevanci některých inovací ve schématu. Jak již bylo řečeno, od roku 2006 platí pro pojišťovny povinnost nabízet tzv. model praktického lékaře

(*Hausarztmodell, Hausarztzentrierte Pflege*), který pacientovi za poskytnuté cenové zvýhodnění ukládá navštívit při každém onemocnění nejprve praktického lékaře.

Jednalo se od počátku za poměrně široce akceptovaný model – téměř 59 % respondentů vyjádřilo ochotu se za cenovou kompenzaci a této – časově náročnější – proceduře podrobit. 29 % respondentů již tento program využívalo. Dlužno dodat, že asi polovina z oněch 29 % model využívala z jiných než finančních motivů (kvalitní praktický lékař je terapeutickým přínosem) (Schnitzer et al., 2008, s. 23). Přesto nebylo povědomí o této možnosti mezi respondenty silné. Ze všech pojištěnců, kteří v uplynulém roce praktického lékaře navštívili, vědělo o existenci tohoto modelu pouze 65 %.

Již od počátku rozvoje internetových zdrojů zde existovala snaha je nějak třídít a hodnotit. V roce 2001 odstartoval projekt Evropské komise koordinovaný Univerzitou v Heidelbergu s pečeti kvality MedCertain (Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2003-II, s. 245). Její význam už je v dnešní době přežitý – v současnosti (v roce 2016) se nepodařilo dohledat informace svědčící o trvání tohoto projektu. Obdobný osud postihl i evropskou platformu eEurope 2002.

Na globální úrovni začal v roce 2002 fungovat systém Health on the Net – HON. Portál provozovaný v Ženevě dnes sice funguje, ale letmá prohlídka ukazuje, že je prakticky neaktivní.

3.6. Veřejné náklady v rozhodování pojištěnce

Pozitivní roli v informovanosti pojištěnců měl sehrát i pojištěnecký účet (*Patientenquittung*), který by pojištěnci poskytl údaje o spotřebovaných nákladech. V diskusi se objevuje od počátku devadesátých let – úroveň elektronických médií ale neumožňovala vybudování jednoduchého systému (Beske, 2003, s. 133-134). Na pozadí je idea, že povědomí o konzumované péči a nákladech na ni povedou k hospodárnějšímu jednání pacienta. Ten by tak měl využívat např. menších balení namísto větších, generika místo patentově chráněných přípravků (pokud tuto volbu má), nebo omezit veškerá systémem hrazená léčiva při banálních onemocněních.

Ačkoliv je znalost ceny klíčovým nástrojem při rozhodování kupujícího, nelze tuto vlastnost bez dalších omezení přenést na trh se zdravotními službami (Weber, 2006, s.

¹¹⁵ Boston Consulting Group, 2001

32). Oproti tomu již v roce 1968 formuloval Siegfried Häussler hypotézu, že ani sebelejší znalost ceny neodradí pacienty od návštěvy lékaře (Tamtéž).

Ve snaze zvýšit autonomii rozhodování pacienta zavedla ovšem vláda G. Schrödera v rámci *Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)* povinnost pojišťoven na požádání pacientovi údaje z jeho účtu vydat.¹¹⁶

V letech 2002–2003 byly za účelem zjištění potenciálu tohoto kroku podniknuty dva průzkumy. Mechanismus pojištěncova účtu a přístupu k němu byl cvičně zaveden v regionu Rheinhessen (ve spolkové zemi Porýní – Falc). Výsledek dobrovolného experimentu (nicméně s náklady kolem jednoho milionu eur). Experiment nevedl k žádoucím výsledkům – zájem o službu, přes všechny stimuly, prokázala pouze necelá 3 % pacientů. Služba, která by si vyžádala náklady v řádu jednotek miliard eur ročně, tak dosud neprokázala svůj smysl (Weber, 2006, s. 31).

Za první rok od vstupu GMG v platnost využilo nakonec využilo dle statistik pojišťoven asi 0,5 % pojištěnců (Ärztezeitung, 2005). Následný vývoj ustanovil povinnost jak pro pojišťovny, které dnes vystavují účet jednou za rok (minimálně však ze zákona jednou za jeden a půl roku), tak pro všechny poskytovatele péče (minimálně jednou za čtvrt roku¹¹⁷). Pacient si však může zvolit i jednorázové vystavení účtu.

Již od roku 2003 začaly některé pojišťovny, zejména BKK, nabízet tuto možnost pro pacienty na internetu. Vzhledem k nízkým nákladům tak pro pojišťovny nastala jiná rozhodovací situace. Svou roli v celkovém nižším dopadu této skutečnosti jistě hrálo i to, že v roce 2003 byla dostupnost internetu podstatně nižší než dnes a zdaleka se nejednalo o nejdůvěryhodnější zdroj – ostatně ještě v roce 2008 považovalo internet za relevantní zdroj informací pouhých 5 % respondentů mezi pojištěnci (Schnitzer et al., 2008, s. 25).

SVRKAiG v posledních letech neprovedla ucelený průzkum informačních kanálů v rámci systému zdravotního pojištění. Dle osobních sdělení představitelů SVRKAiG jsou tak jejich vlastní průzkumy z let 2002-2003 a průzkum z roku 2008 posledními velkými zdroji dat. Žádné další podrobnější dotazníkové šetření se nechystá, neboť činnost této rady se koncentruje na některé velmi konkrétní témata, např. výplatu nemocenských dávek (Herr, 2017). Bylo by velmi vhodné porovnat využití

¹¹⁶ § 305 odst. 1 SGB V

¹¹⁷ §305 odst. 2 SGB V

informačních zdrojů s odstupem deseti let – řada informačních projektů již přestala existovat a zejména internetová nabídka se zásadně mění.

3.7. Zdravotní gramotnost v Německu

Jak bylo uvedeno, Německo doposud vykazovalo poměrně malé zkušenosti, co se týče podpory individuální zdravotní gramotnosti. Doménou zkoumání health literacy se od 90. let 20. století staly Spojené státy americké. Ještě v roce 2008 je ale produkce literatury v USA zhruba dvojnásobná oproti evropské (Kondilis et al., 2008, s. 2519). V Německu je pro Health Literacy používán pojem *Gesundheitskompetenz*, byť ne stoprocentně synonymně. Pojem Health Literacy (HL) komplexně definoval Australan Don Nutbeam. Jedná se o „kognitivní a sociální schopnosti, které podmiňují motivace a schopnosti jednotlivců k porozumění, používání informací a získání přístupu k nim s cílem získat a udržet si kvalitní zdraví.“ Nutbeam dále rozlišuje funkční HL (základní porozumění informacím), interaktivní HL (pokročilé kognitivní schopnosti umožňující interaktivní komunikaci) a kritickou HL, neboli schopnost analyzovat a aplikovat informace ve zdravotnictví s cílem získat vyšší kontrolu nad jednotlivými životními situacemi (Nutbeam, 2000).

Podobně je koncept rozpracován i u další linie autorů. J. Pelikan a K. Ganahl (2017) rozlišují jiné úrovně, a to podle zacházení s informacemi. Ty je možné (1) nacházet, (2) chápat, (3) posuzovat a (4) používat ve svůj vlastní prospěch.

Tito autoři chápou zdravotní gramotnost jako specifickou dovednost. Na opačném pólu se nachází koncept Zarcadoolas et al. (2005). Ten rozlišuje fundamentální gramotnost (čtení, psaní, počítání) a na ni se postupně vrstevící specifitější znalosti a dovednosti v jednotlivých oborech.

Pro poskytnutí uceleného přehledu jednotlivých konceptů lze využít textu od Sørensen et al. (2012). Přístup Nutbeama a jeho následovníků lze označit jako sociologický, zatímco Zarcadoolas a další jsou představiteli přístupu psychologického.

Nejvlivnějším autorem střeoevropského prostoru se zdá být Thomas Abel z Univerzity v Bernu. Podle něj je Nutbeamova definice příliš individualistická a zcela opomíjí otázku, kdo produkuje zdravé životní prostředí, a tedy kdo v jeho pojetí má formovat „veřejné zdraví“ (Abel, 2015, s. 14). Abel (2015, s. 16) také připomíná, že hranice mezi třetí úrovní HL a politikou je velmi tenká. „Jistě patří mezi zdravotní gramotnost

například výběr jednoho z mnoha modelů pojištění a shoda nad podobou zákona o zdravotním pojištění.“ Z Abelovy zkušenosti však vyplývá, že debata o optimálním nastavení systému už je v očích veřejnosti i odborníků otázkou politického přesvědčení, nikoli otázkou zdravotní gramotnosti.

Abel (2015, s. 18) uvádí příklady, kdy se osvětové programy zcela míjejí účinkem, pokud nejsou cíleny na takovou sociální skupinu, pro kterou je daný problém relevantní. Výsledkem takových akcí je nezájem obyvatelstva. Jeho následovníci potom zdůrazňují, že gramotnost musí být smysluplná, tedy že jednotlivec musí mít k jejímu využití prostředky a patřičný status. Tím se původní americký sociologický přístup v německém prostředí ještě více „sociologizoval“. Stěžejní roli zde hraje pojetí zdravotní gramotnosti jako součásti kulturního kapitálu. Abel (2007, s. 45) tak navazuje na Bourideua. Autoři této linie odkazují na sociální nerovnost zdravotní gramotnosti a tím také na význam faktorů, které leží mimo jednotlivce (Abel – Sommerhalder, 2015, s. 925).

3.8. První evropský průzkum a jeho důsledky

V roce 2015 byl uveřejněn první ucelenější evropský průzkum zdravotní gramotnosti, který byl nazván Health Literacy Survey EU (HLS-EU) (Sørensen et al., 2015). Navzdory tradičně výborným výsledkům německého systému zdravotní péče jako celku (při špičkové kvalitě mnoha oborů dosahují výdaje jen 11 % HDP, a 8. místo na světě v paritě kupní síly) neukázalo Německo přílišnou sílu ve zdravotní gramotnosti, když se v uvedeném srovnání umístilo uprostřed pole. Řada autorů, např. Guido Nöcker (2015) to považuje za nepřilíš oslnivý výsledek a rozvíjí diskusi, proč je na tom SRN ve srovnání s ostatními zeměmi právě takto, když má ty nejlepší předpoklady vést si lépe.

Zde je nutné lépe osvětlit, o jaký výzkum se v roce 2015 jednalo. Především bylo ve studii srovnáno pouze osm zemí EU. Zatímco na první příčce se umístilo Nizozemsko, téměř na opačném pólu skončilo Rakousko, kde jsou ovšem výsledky zdravotní péče srovnatelné s Německem. Ze skutečnosti, že Německo skončilo v tomto průzkumu na 4. místě, tedy nelze mnoho vyvozovat. Rozdíly mezi jednotlivými zeměmi jsou však poměrně malé. Vidět je to na průměru dosažených bodů – mezi nejsilnějším Nizozemskem a nejslabším Bulharskem je rozdíl pouhých 7 bodů. Rozdílné jsou až charakteristiky třetího řádu (šikmost). Zatímco v druhé nejnížší kategorii (problematická obecná znalost) se v případě Španělska umístilo 51 % respondentů, u nejlepšího

Nizozemsko to bylo pouhých 27 % (Sørensen et al., 2015, s. 1055). Do studie bylo nominálně zapojeno Německo, což je ale pravda jen zčásti. Veškerí respondenti byli výhradně ze Severního Porýní – Vestfálska (Schaeffer et al., 2016). Tvzení, že Německo nedopadlo v mezinárodním srovnání dobře, je teddy pochybné jak z hlediska zvolené metody a interpretace výsledků, tak z důvodů ne zcela reprezentativního vzorku (Janura, 2018).

Autoři rovnou předkládají sadu doporučení a identifikují opatření, na které se vlády jednotlivých zemí mají doporučit. Na prvním místě uvádějí autoři zjednodušení celého systému, aby se občané mohli lépe orientovat. Dále doporučují soustředit se přímo na skupiny obyvatel, kde je gramotnost primárně problematická. Jako vhodný prostředek identifikují zavedení specializované výuky do školních osnov. Na evropské úrovni by měl být zaveden mechanismus evaluace, který by umožnil měřit pokrok (benchmarking). Tato doporučení autoři částečně přejímají od Parkera a Ratzana (2010).

Souběžně se zveřejněním výsledků osmi sledovaných evropských zemí započaly přípravy na německém domácím výzkumu. Literacy Survey – Germany (HLS-GER) testovala 2000 osob starších 15 let. Odpovědní sadu tvořilo 47 otázek, které tazatelé subjektivně hodnotili na škále od 1 do 4. Každá otázka byla formulována „jak snadné či obtížné je pro Vás...“. Tyto otázky byly rozříděny do tří vertikálních kategorií (zvládnání nemoci, prevence a podpora zdraví) a čtyř horizontálních skupin (nacházení, porozumění, posuzování a použití informací) (Schaeffer et al., 2016, s. 22).

Oproti modelu, který byl použit pro HLS-EU, byl ve větší míře zahrnut kontext a externí faktory, které rozhodování jedince ovlivňují (prostředí, životní situace, rodina, společenské kontakty). Podobně jako HLS-EU, pracuje i německý model s výstupy jako „zdravé“ chování, zdravotní status a využití systému (HLS-19) (Janura [2], 2018).

Podstatná je skutečnost, že testy stojí výhradně na sebehodnocení pojištěnce. Sám koncept HLS-EU, z něhož je německá verze odvozena, se s tímto problémem vyrovnává konstatováním, že „tento druh operacionalizace vychází z tradice subjektivního posuzování HL“ (Sørensen et al., 2015, s. 1054). Americké studie (např. Chew et al., 2004) dokonce přímo připouštějí, že sebehodnocení bude vždy přítomno. Právě ryze subjektivní přístup k hodnocení se ale setkal s kritikou v kruzích statistiků. Max Planck Institut für Bildungsforschung (2018) ocenil dokonce Národní akční plán zdravotní

gramotnosti, který je na výsledcích obou výzkumů založen, anticenou Ne-statistika měsíce (*Unstatistik des Monats*).

Studie HLS-GER víceméně potvrdila domněnky, které se doposud objevovaly. Nejvíce rizikovými skupinami jsou osoby s cizineckým původem, nízkým vzděláním a chronickým onemocněním a osoby ve vyšším věku. Kromě toho sem lze zařadit i osoby, které se subjektivně řadí mezi nižší vrstvy (Sørensen et al., 2015, 41-42). Za nejdůležitější zdroj informací respondenti, opět podle očekávání a v souladu s tradicí, označili praktické lékaře. Paralelně s HLS-GER provedl svůj vlastní průzkum také Spolkový svaz pojišťoven AOK. Studie je rozsahem opět o něco menší (necelé 2000 osob) a především se zaměřuje pouze na klienty AOK, kteří patrně netvoří reprezentativní vzorek německé populace. Výsledky se opět prakticky nelišily.

V červnu 2017 vydalo Spolkové ministerstvo zdravotnictví spolu s Konferencí zemských ministerstev prohlášení Aliance pro zdravotní gramotnost. Spoluzakladateli této aliance se stali např. Spolková lékařská komora, Spolkové sdružení lékárníků, B. A. G. Selbsthilfe, Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV Spitzenverband a další. Hlavním vytčeným cílem deklarace je „posílení obecné zdravotní gramotnosti obyvatelstva pomocí vzdělávání“. V úvodní části je vysvětlena potřeba takového kroku. Tu autoři opírají o cíl Spolkového ministerstva zdravotnictví vyslovený v roce 2003 „zvýšení zdravotní gramotnosti – posílení suverenity pacientů.“ Zdá se, že až jako druhotný cíl je v deklaraci popsáno zvýšení kvality života pacientů (Bundesministerium für Gesundheit [4], 2017, s. 3-5).

Na deklaraci následně navázal Národní akční plán HL vydaný Spolkovým ministerstvem zdravotnictví. Na jeho vypracování se kromě výše uvedených autorů zabývajících se ryze zdravotní gramotností, podílel i Rolf Rosenbrock. HL je v rámci akčního plánu prezentována jako výsledek „souhry“ osobních dovedností a systému. Z toho vyplývají dvě hlavní výzvy pro systém – rozvoj osobních kompetencí a rozvoj systému (Schaeffer et al., 2018, s. 13). Konkrétně pak (1) posílení individuální HL, (2) vtažení pacienta jako spolutvůrce do hry, (3) Shared-Decision-Making a (4) uživatelsky srozumitelný systém péče (Schaeffer et al., 2018, s. 19). V oddílu věnovaném otázce, proč je vůbec HL důležitá, konstatuje akční plán podstatnou skutečnost: HL je potřeba mj. proto, že se proměňuje role pacienta. „Pacienty již není možné vnímat jako pasivní příjemce služeb, ale jako aktivně jednající partnery v rozhodování, kteří mají možnost spolupracovat, rozhodovat se a mají rovněž svá práva“ (Schaeffer et al., 2018, s. 17).

Zvyšování uživatelské spoluúčasti je však dvojsečné. Větší uživatelská přívětivost systému je od určité hranice v kontradikci s možnostmi volby (Janura [2], 2018). Větší svoboda v jednání pojištěnce přináší řadu komplikovanějších multifaktoriálních rozhodnutí, kde je právě v těchto ohrožených skupinách vysoká pravděpodobnost přijetí mylného závěru. Akční plán vůbec nepostihuje jakékoli zvýšení fundamentální gramotnosti, jak ji chápou Zarcadoolas et al. (2005). Zcela jasně se tak staví na stranu sociologického přístupu, jak ho chápou Abel a jeho následovníci. Porozumění komplikovanému systému zdravotní péče je ale přitom často znemožňováno jak funkční gramotností (porozumění textu), tak např. statistickou gramotností, která hraje v případě rozhodování stále větší roli. Fatální nedostatky v práci s procenty, s chápáním senzitivity testů a pravděpodobnostmi onemocnění vykazují jak pacienti napříč vzdělanostními a věkovými skupinami, tak i samotní lékaři. Vyplývalo to z rozsáhlého šetření v USA v letech 2006-2007 (Gaissmaier a Gigerenzer, 2008, s. 411-413).

Akční plán místo toho doporučuje zvyšovat specifickou gramotnost, a to zejména formou speciálních výukových předmětů. Dalším doporučením je je například úzké spojení HL s aspekty bezpečnosti při práci a zdravého životního stylu na pracovišti. Úřední informace by měly být předávány v co nejjednodušší formě, pokud možno i za pomoci tzv. jednoduché řeči (Einfache Sprache – ES).¹¹⁸ Zásadním požadavkem je ale vybudování systému tzv. kompetentního zdravotního pojištění. Plán předložil těsně před koncem svého mandátu ministr Herman Gröhe (CDU).

3.9. Orientace v systému

Zajištění informovanosti ve stále složitějším systému je nutnou podmínkou jakéhokoliv smysluplného rozhodování pojištěnců. Ačkoli jejich rozhodnutí nejsou zdaleka vždy racionální, v rámci průzkumů pojištěnci opakovaně více informací požadují. V německém systému zdravotnictví spadá poradenství pojištěncům mezi nástroje (převážně primární) prevence, která je ze spolkového rozpočtu a GKV financována jen

¹¹⁸ Koncept jednoduché řeči je v SRN široce využíván státní správou – například všechna spolková a většina zemských ministerstev, větší úřady a municipality poskytují na svých internetových stránkách alternativu ES. V tomto směru platí od 1. 1. 2018 v SRN nová legislativa, díky níž jsou veškeré úřady povinny poskytovat postíženým osobám informace ve srozumitelné formě, kterou je však myšlena zpravidla tzv. lehká řeč (Leichte Sprache – LS). tyto dva výrazy bývají sice používány synonymně, nicméně LS je ještě více zjednodušenou formou a je určena nikoli pro osoby s omezenou gramotností, ale skutečně s psychickými onemocněními.

velmi okrajově. Původně k účelu zvýšení informovanosti založená Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – BfG se dlouhodobě věnuje osvětě ve smyslu zdravého životního stylu a prevence onemocnění, ale informacím o systému se nevěnuje.

Nejvýznamnějším zdrojem informovanosti pojištěnce by měl být lékař – jednak to odpovídá německé tradici, sahající do 19. století, jednak průzkumy ukazují u pacientů požadavek, aby takovouto osobou byl právě lékař. Vzhledem k přesunu řady kompetencí na lékařské svazy a snahu vztahy pojišťoven a provozovatelů péče centralizovat se však vytrácí motiv lékařů o individuální poradenství. Významnou roli hraje nedostatek kapacit praktických lékařů – zde měl pozitivní roli sehrát přechod k novým formám ambulantní péče spojený se snížením administrativních úkonů pro lékaře. Efekt se však nezdá velký. Rovněž snaha motivovat pojišťovny k co nejlepšímu informování, která se projevila v zákoně v roce 2009, nepřinesla kýžené výsledky. Některé pro pacienty výhodnější modely péče jsou dokonce využívány nevědomky.

Významnou roli tak dnes sehrávají nezávislá poradenství, o něž alespoň donedávna rostl zájem. Bohužel k přesnějšímu určení jejich významu chybí s posledních 4-5 let relevantní data. SVRKAiG se této činnosti již nevěnuje, ale role informací pro pojištěnce by jistě stála za podrobnějším výzkumem.

Co se týče používaných médií, i přes stále významnou roli telefonního poradenství hrají od roku 2005 nejvýznamnější roli informace na internetu. Spolkové ministerstvo zdravotnictví kromě vlastních informací nevěnuje orientaci pojištěnců v systému příliš velkou pozornost. Kolem roku 2005 existovala ze strany Spolkového ministerstva zdravotnictví a rovněž ze strany EU snaha odlišit nekvalitní zdroje od zdrojů ověřených. V posledních deseti letech však tyto systémy příliš nefungují a pojištěnec se v internetových zdrojích orientuje spíše intuitivně.

Ve snaze snižovat náklady byla dlouhou dobu vedena diskuse o možném zavedení tzv. pojištěneckých účtů. Regionální experimenty prováděné v letech 2002–2003 ukázaly, že pojištěnci na předložení kompletních nákladů prakticky nereagují a úspory jsou tak minimální. Pravidelné informování bylo zpočátku nákladné, ale ani dnešní pravidelné roční informování, často provozované elektronicky, zásadní efekty nepřináší. V případě elektronické komunikace tak dnes pojišťovny běžně činí samy.

Kroky k větší samostatnosti pojištěnců v tomto směru nepodnikla téměř žádná z vládnoucích koalic. Některé aktivity lze přičíst velké koalici, některé dokonce vládě G. Schrödera, ale žádnou reformu v tomto ohledu nepodnikla vláda CDU/CSU a FDP.

Situace se změnila až za předposlední velké koalice, kabinetu (Merkel III), kdy začala být celoevropským tématem zdravotní gramotnost a její systematické zvyšování. Velký evropský průzkum z roku 2015 vyvolal v Německu obavy, že si země v mezinárodním srovnání nevede dobře. Výsledky průzkumu však není možné přeceňovat, protože se stále potýká se zásadním nedostatkem, kterým je subjektivita hodnocení. Statistická interpretace výsledků je rovněž ošidná. Německé univerzity, nevládní organizace a nakonec i Spolkové ministerstvo zdravotnictví na situaci zareagovaly a přijaly sadu doporučení, jak zdravotní gramotnost zvýšit. Zdravotní gramotnost je celosvětově zkoumána na základě několika přístupů. V německém prostředí se ujal výlučně tzv. sociologický přístup, který zdravotní gramotnost chápe jako soubor faktorů stojících především mimo jednotlivce, které určují jeho sociální status a jsou ovlivnitelné z vnějšku. Důraz je proto kladen jednak na odstranění nerovností a jednak na specifickou výuku, ať už ve škole, nebo pomocí ostvěty. První Národní akční plán byl publikován v roce 2018. Stojí za ním CDU.

Role informací je pro zodpovědné rozhodování pojištěnců naprostio zásadní. Bez zvyšování obecného povědomí není smysluplné jakékoli další udílení větší odpovědnosti. Současně se ale, přes veškerou snahu posledních vlád, nezdá, že by někdo znal účinný recept na zlepšení orientace v nepřehledném a často k orientaci jen chabě vybízejícím systému.

4. Nové formy péče

4.1. Kořeny rozdělení

Ačkoli se hranice mezi stacionární a ambulantní péčí zdá být stálíci německého systému zdravotní péče a je tradičně označována za charakteristický prvek (Lauterbach et al., 2009, s. 140), je v myšlení reformátorů v posledních dvou dekadách patrna tendence toto nastavení změnit. Aby bylo možno tuto tendenci lépe chápat, je potřeba stručně vyložit historii takzvaných poliklinik na území Německa.

Stavovské zařazení praktických lékařů bylo minimálně od poloviny devatenáctého století spojeno s individuální praxí, zpravidla ve vlastním domě. Spojení vystudovaného lékaře a osobní vlastnictví celého vybavení ordinace se staly právě znakem příslušnosti ke společenské třídě (Vogt, 1998, s. 44). Nicméně již v roce 1809, v době napoleonských válek, vznikla v německém prostoru první poliklinika, a to berlínská Charité. Jejím zakladatelem byl Christoph Wilhelm Hufeland. Poliklinikou se dle dobových definic rozuměl institut pro ambulantní zdravotní péči připojený ke klinice. Berlín se stal koncem 19. století a během Výmarské republiky místem s největší hustotou poliklinik – do roku 1929 jich vyrostlo 42 (v ostatních spolkových zemích byly počty výrazně nižší). Od roku 1923 však začíná diferenciaci mezi ambulatorii (která byla jaksi na protest zřizována přímo pojišťovny v době, kdy praktičtí lékaři ve zvýšené míře stávkovali) a ostatními poliklinikami.

Ambulatoria, coby přednostní zařízení pro dělnické rodiny, byla prioritou sociálních demokratů (Köppl – Müller, 1, s. 7). Forma sociální medicíny zdůrazňující komplexní péči a prevenci byla po první světové válce a strmém nárůstu invalidů a chronicky nemocných oblíbeným motivem SPD. Forma poliklinik se mimochodem v první polovině dvacátých let stává v Berlíně inspirací pro řadu lékařů ze Sovětského svazu (Gesellschaft zum Schutz von Bürgerrecht und Menschenwürde e. V.). Tam se následně systém začal rozvíjet a při pozdější implementaci v rámci Německé demokratické republiky se tudíž nevracel do zcela cizího prostředí.

Odpor se však zvedal ze strany praktických lékařů. Výmluvné je dobové označení polikliniky za „koncentrační tábor v rámci zdravotnictví, kde se pacient stane číslem (Tamtéž)“. V letech 1930–1933 nicméně praktičtí lékaři během vlád Heinricha Brüninga a Franze von Papena postupně prosadili opatření směřující k útlumu činnosti

poliklinik. Po roce 1933 systém prochází zásadními změnami, kdy hranice stacionárního a ambulantního sektoru ztrácí smysl.

4.2. Rozdíly mezi SRN a NDR

V Bonnské republice je následně systém poliklinik, i s ohledem na probíhající vývoj v NDR, zásadně odmítnut. Kromě ideologického důvodu sehrály roli ještě dva faktory – po roce 1945 nebývale posílená role *Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)*, v jejichž zájmu zachování konkurenční sítě poliklinik samozřejmě nebylo, a jednak velmi oslabená role veřejných pojišťoven, kterou CDU postupně nastavila v reakci na vývoj v předválečném období.

Zatímco ve Východním Německu se systém poliklinik výrazně rozvinul a vytvořil páteří síť založenou na kolektivním vlastnictví zařízení (asi 600 poliklinik zaměstnávalo v průměru 50 praktických lékařů) (Tamtéž), v SRN zůstala, zejména po reformě z roku 1955, ambulantní péče výsadou samostatných ordinací. To platilo na území celé SRN, avšak se dvěma výjimkami – samozřejmě univerzitní kliniky a potom hornické polikliniky specializované na typické hornické plicní nemoci. Takových nemocnic existovaly zhruba dvě desítky, a to v průmyslových oblastech, zejména v Porúří.

Zatímco Německá demokratická republika považovala svůj systém oficiálně za úspěšnější než západní alternativu nejpozději do roku 1961, kdy masový odliv praktických lékařů ukázal nedostatky systému v plné nahotě, obrácený pohled ze západu na východ bonnskou republiku příliš nepreferoval, a to zejména v 80. letech. Mnohá západní literatura hodnotila na východoněmeckém systému pozitivně zejména jeho schopnost účinně propojovat prevenci, léčbu a motivaci pacienta. Tak například činil i John Elling, předseda výzkumného výboru Sociologie zdravotnictví Mezinárodní sociologické organizace. V jeho komparativní studii je analyzováno šest rozvinutých zemí – Východní a Západní Německo, Spojené státy americké, Velká Británie, Finsko a Švédsko. V některých aspektech zde NDR ze srovnání vychází vůbec nejlépe (Elling, 1986).

Tato studie se stala výchozím materiálem pro celou řadu dalších a byla hojně citována. Zřejmě s ohledem na Ellingův věhlas byla často přijímána nekriticky, avšak například sám autor označuje svou studii za pouze předběžnou. Důsledná analýza by prý bývala vyžadovala studii mnohem rozsáhlejší (Elling, 1986, s. 477). Některé kritiky v době

vydání této publikace ji pak vůbec nehodnotí jednoznačně. Autor prý „generalizuje jednotlivá pozorování a uvádí je jako obecně platné závěry (Wanek, 1989)“.

O kvalitě východoněmeckého zdravotnictví probíhala v 80. letech v Západním Německu velká debata. Jednoznačná doporučení nelze dovést ani z první ucelené zprávy expertů, která sice vznikla až v roce 1991, ale reflektuje řadu předchozích textů.

S jistotou lze konstatovat, že východoněmeckému systému byla oprávněně vytýkána podfinancovanost, a to především v investiční oblasti. Výmluvný je fakt, že pětina nemocnic v NDR byla v havarijním stavu, který vyžadoval „rekonstrukci od základů (Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 1991, s. 125)“. Na druhou stranu dokument kladně hodnotí vzdělanost a schopnosti lékařského i nelékařského personálu. Ten je v některých srovnáních dokonce více kompetentní než personál v SRN (Tamtéž).

Některé z „výhod“ byly doceněny až zpětně. Problém rovnoměrné dostupnosti lékařské péče v jednotlivých regionech byl direktivními metodami řešen lépe než v systému soukromých lékařů. V řídicí osídlených regionech NDR s menší dostupností péče byly některé z tradičně lékařských úkonů delegovány nelékařskému personálu – systém tzv. *Gemeindeschwester*.

Všeobecný závěr tohoto materiálu zní, že podfinancovaný systém jako celek nemůže nadále garantovat péči srovnatelnou se západními standardy. Podstatná je však povaha nedostatků a tu autoři spatřují v samotném systému. „Nedostatky a problémy bývalé NDR pramenily ze socialistického systému, který vycházel z plánovaného hospodářství. Kritická situace není důsledkem nedostatečné osobní angažovanosti, ale špatné konstituce a orientace celého systému (Tamtéž)“.

Výhody, které byly uváděny ve prospěch systému u zdravotnictví v NDR, se v podstatě překrývají s hlavními nedostatky vytýkanými systému západoněmeckému. Mezi jeho hlavní nedostatky patřily právě propojení lékařské péče s prevencí a podporou veřejného zdraví a také „nahodnocení intervenčního systému (cure) oproti péči (care) (Deutscher Bundestag [3], s. 1)“.

Je na místě připomenout, že v přímé konfrontaci, která nastala mezi lety 1948 a 1961 v Berlíně, východoněmecký model neobstál (viz např. Arndt, 2009).

4.3. Sjednocení Německa

Všeobecná nálada byla taková, že po sjednocení budou konečně východoněmečtí lékaři také „konečně“ privatizováni (*niedergelassen*). V prostředí SRN bylo stavovské postavení praktických lékařů pevně spojeno s pocitem náležitosti ke střední třídě, s vědomím demokracie a self-managementu (Vogt, 1988, s. 44). V 80. letech však toto jisté postavení nahlodávají dvě tendence – jednak nadbytek praktických lékařů (*Ärztenschwemme*), který se jako problém poprvé objevil právě v polovině 80. let (např. Herder-Dorneich – Wasem, 1986), jednak jejich nerovnoměrné rozmístění, které dříve či později vyžadovalo určitou racionalizaci. Státem řízený systém poliklinik byl obdivován právě pro svoji schopnost distribuovat praktické lékaře rovnoměrně (Harych, 1990, s. 101). Nezanedbatelný byl také již tehdy vnímaný výrazný rozdíl v příjmech ambulantních lékařů a lékařů v nemocnicích.

ROK	1979	1983	1987
PRAKTIČTÍ LÉKAŘI	157 960	156 921	176 500
LÉKAŘI V	88 255	108 496	114 460
NEMOCNICÍCH			
OŠETŘ. PERSONÁL	37 554	44 562	50 828

Tab. 6: Průměrné roční hrubé mzdy jednotlivých profesí v průběhu 80. let. Zdroj: Wanek, Volker: Machtverteilung im Gesundheitswesen. Frankfurt a. M.: 1994.

Jak je patrné z tabulky, i přes jistou konvergenci v druhé polovině 80. let zůstávaly příjmy praktických lékařů o 50-60 % vyšší.

Dokument SVR-G z roku 1991 doporučoval přenést těžiště ze zaměstnaných praktických lékařů směrem k plně soukromým, avšak výslovně doporučoval inspirovat se některými prvky východoněmeckého systému.

Rozhodnutí přijatá v letech 1990-1991 byla směsicí vlivu různorodých aktérů. Jednotlivé aktéry popisuje následující tabulka.

		Před sjednocením		Po sjednocení	
		SRN	NDR	SRN	NDR
Makroúroveň	Státní aktéři (politika)	Frakce Bundestagu Spolková vláda Spolková rada	Frakce lidové komory Vláda NDR	Bundestag Spolková vláda Spolková rada	Zemské sněmy
	Svazy	KBV Spitzenverbände		KBV Spitzenverbände	KVen Svazy pojišťoven Lékařská komora
	Oborové svazy	Svaz lékařů Svazy zaměstnavatelů Odborové organizace	Svaz lékařů NDR Východní pobočky Svazu lékařů	Svaz lékařů Svazy zaměstnavatelů Odborové organizace	Svaz lékařů NDR Zemské svazy
Mikroúroveň			Polikliniky: 1) Provozovatelé 2) Lékaři 3) Ostatní personál Pacienti		Polikliniky: 1) Provozovatelé 2) Vedoucí pracovníci 3) Lékaři 4) Ostatní personál

Tab. 7 Aktéři ovlivňující transformaci poliklinik v období 1990-1991. Zdroj: Wasem, Jürgen: Vom staatlichen zum kassenärztlichen System. Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland. Frankfurt/Main: 1997, s. 102

Na makroúrovni rozhodovaly především politické strany podílející se na spolkové vládě, tedy CDU/CSU a FDP. Společným cílem bylo především rychlé provedení reformy bez zbytečných excesů. Mezi oběma stranami platil víceméně konsensus o rychlém sblížení obou systémů zdravotnictví. Jakkoli byla oblast zdravotní péče z většiny v kompetenci jednotlivých zemí, klíčovou roli hrálo zdravotní pojištění, které bylo v kompetenci Spolku (čl. 77 odst. 12 GG). Opoziční SPD v parlamentních diskusích podporovala zachování některých prvků východoněmeckého systému a Zelení dokonce inspiraci východoněmeckým systémem uznali za jednu ze svých priorit (Wasem, 1997, s. 105).

SPD mohla rychle probíhajícímu zákonodárnému procesu v první polovině roku 1990 pouze přihlížet. Situace se však změnila v červnu, po zemských volbách ve spolkové zemi Dolní Sasko. Po nich SPD získala většinu ve Spolkové radě a mohla tak řadu zákonných předpisů účinně blokovat. Nakonec však svůj potenciál využila při jiných ústupcích, a to především v rámci vyjednávání Smlouvy o hospodářské, měnové a

sociální unii (Wasem, 1997, s. 104). Ačkoli je část této smlouvy věnovaná systému zdravotní péče velmi stručná, výsledná formulace je z hlediska praktických lékařů a nemocnic jednoznačná: „...Německá demokratická republika podstoupí postupně přeměnu směrem k nabídce péče Spolkové republiky Německo, zejména privatizací praktických lékařů, zubních lékařů a lékárníků... (Smlouva o hospodářské, měnové a sociální unii)“.

Po následných volbách do Spolkového sněmu v prosinci 1990 byly pravomoci týkající se zdravotního pojištění výnosem kancléře Helmuta Kohla přeneseny z Ministerstva práce a sociálních věcí (Norbert Blüm, CDU) na nově vzniklé Ministerstvo zdravotnictví (Gerda Hasselfeldt, resp. Od roku 1992 Horst Seehofer, CSU). Z hlediska zkoumání aktérů je také důležité, že ve Spolkovém sněmu byl vyčleněn zvláštní poslanecký výbor pro zdravotnictví. Z hlediska rozložení sil se ve své době jednalo o kosmetickou změnu, protože jak oba výbory, tak obě ministerstva ovládala koalice CDU/CSU.

Během vyjednávání o Smlouvě o hospodářské, měnové a sociální unii byla pozice vlády Hanse Modrowa poněkud slabší. Na tom se shoduje většina historiků. Wolfgang Seibel (1992) dokonce uvádí, že „zástupci Západního Německa seděli na obou stranách vyjednávacího stolu.“ Pozice byla navíc oslabena masovým odlivem obyvatel NDR a zejména kvalifikovaných pracovních sil v prvním pololetí roku 1990 (Lehmbruch, 1994, s. 133). Přičtena k tomu může být rovněž politická neobratnost a vesměs malá zkušenost jednotlivých členů vlády (Wasem, 1997, s. 108), např. právě ministryně zdravotnictví Christy Schmidt. Na zemské úrovni navíc následovaly ve čtyřech nových spolkových zemích v roce 1990 volby, v nichž s výjimkou Braniborska zvítězily koalice vedené CDU (v případě Saska dokonce jednobarevná vláda CDU). Specifickým zájmům nově ustavených zemí¹¹⁹ však, zejména v techničtějších otázkách, jako je právě privatizace praktických lékařů, nebylo dopřáno slechu.

Velkou roli v prosazování západoněmeckých zájmů v oblasti zdravotní péče sehrály také neformální kanály a instituty kmotrovství (*Patenschaften*) či pomocníků při výstavbě (*Aufbauhelfer*). Ostatně i většina „zkušeného“ úřednictva přicházela ze SRN (Benz, 1993, s. 139). Podle některých zdrojů obsadili úředníci na zemských

¹¹⁹ Ländereinführungsgesetz ze dne 22. 7. 1990

ministerstvech v nových spolkových zemích téměř tři čtvrtiny vedoucích pozic (Die Zeit, 2015).

Co se týče „parastátních“ aktérů a oborových svazů, byla výchozí situace v SRN a NDR naprosto odlišná. Zatímco západní struktury měly za sebou tradici v rádech desítek let, východoněmecký odborový svaz FDGB plnil spíše formální roli a v roce 1990 rapidně ztratil na významu (Wasem, 1997, s. 115). Zájem *KBV* byl logický – zavést v nových spolkových zemích stejný systém jako v SRN.

Odlišně se však k problému stavěl protihráč *KBV*, tedy *GKV-Spitzenverband*. Vyjednávací síla *GKV-Spitzenverbandu* byla od 50. let nižší. Příliv zaměstnaných praktických lékařů mohl významně rozředit síly a oslabit tak pozici *KBV*, které by bylo zaměstnáno hledáním vnitřních kompromisů. Nakonec však převážil názor zástupců *AOK-BV* a *BKK-BV*, které v „expanzi“ na východ věřily značnou šanci (Wasem, 1997, s. 112).

Na výsledek měla nakonec vliv odlišná situace lékařských svazů v obou zemích, respektive jejich dlouholetá tradice a ukotvená společenská pozice a na západě ve srovnání s pouhou formální rolí v NDR. Přesto nálada v rámci jednotlivých svazů nebyla jednoznačná. Zatímco *Hartmannbund* zastupující jak lékaře v nemocnicích, tak privátní lékaře, doporučoval čím dál silněji západoněmeckou cestu se zachováním poliklinik jako zcela marginální entity, nejasnou pozici, poněkud paradoxně, zastával *NAV-Virchow Bund*. Ačkoli *NAV* sdružoval privátní lékaře, požadoval pro východoněmecké lékaře možnost volby. Každý si měl „svobodně vybrat, zda bude pracovat jako zaměstnanec, nebo jako privátní lékař (Rudolf-Virchow-Bund, 1990, s. 19).“

V případě *Hartmannbundu* byla výsledná pozice dána procentuálním zastoupením obou typů lékařů – privátních lékařů byly tehdy dvě třetiny (Bandelow, 1998, s. 80).

Podobně jako v případě státních aktérů také v případě lékařských svazů byli jednotliví lékaři v bývalé NDR získáváni ke spolupráci skrze poradenství, školení a další „měkké“ formy.

Výsledná podoba Slučovací smlouvy tedy zakotvila přenesení západoněmeckého modelu v rámci tzv. *Umstruktuirungsgebot*. V rámci SGB V pak byl přechodnými ustanoveními určen další (nedlouhý) osud kolektivních zařízení, a to v rámci §311.

Veškerá zařízení typu poliklinik potom v debatách nesla označení „311ková zařízení“. Tento trend byl pak potvrzen i v rámci tzv. Lahnsteinského konsensu¹²⁰ a následně v GSG v roce 1992.

4.4. 90. léta

S výjimkou Braniborska, kde se polikliniky udržely v terminálním módu do roku 1994, nahradil v nových spolkových zemích systém poliklinik beze zbytku systém soukromých praktických lékařů. Obvody jednotlivých dosluhujících či odcházejících lékařů mohly být přednostně přejímány jinými privátními lékaři, kteří se o ně přihlásily. V rámci poliklinik se tak měly zachovat pouze obvody, o které nebyl velký zájem (Halbe et al., 2011, s. 10).

Zde je třeba osvětlit historii problematiky praktických lékařů a jejich organizace v SRN. Jak je popsáno v kap. 4, od 70. let se v SRN začal používat pojem *Kostenexplosion* vyjadřující strmý nárůst nákladů v oblasti zdravotní péče. Jako vůbec první tento termín použil v roce 1973 Heiner Geißler, ministr sociálních věcí spolkové země Severní Porýní – Vestfálsko. Ve své studii nastínil vývoj nákladů spojených se zdravotní péčí v následujících dekádách. Podle jeho odhadů mělo dojít k raketovému vzestupu poměru těchto nákladů k HDP a v roce 2019 by na zdravotní péči *ceteris paribus* muselo být vykládáno plných 100 %. Později byl jeho odhad zpochybněn, jím použitá časová řada byla příliš krátká, což vedlo k obrovskému zkreslení (Reiners, 2009, s. 18).

To ovšem neznamená, že růst výdajů v poměru k HDP nebyl značný. Zatímco v roce 1970 to bylo 3,5 %, v roce 1990 to bylo již 5,5 % (Reiners, 2009, s. 20). Studie však započala debatu o nutnosti tzv. *Kostendämpfung*, tedy stlačování nákladů. Jak je uvedeno v předchozí podkapitole, výrazný rozdíl mezi mzdami nemocničních a soukromých lékařů panoval v 70. i 80. letech a nezmenšoval se (Bandelow, 1998, s. 45). Ačkoli podíl výdajů na ambulantní lékaře dosahoval pouhých 14 % a jejich počet klesal, díky vyšším mzdám se právě poskytovatelé ambulantní péče stali prvním kandidátem na výraznou redukci. Z dnešního pohledu byl viníkem prohlubujícího se schodku a zvyšujících se výdajů na zdravotní péči především 1) nárůst počtu nezaměstnaných (z 889 000 v roce 1980 na 2 304 000 v roce 1985 (Abelshausen, 2014, s. 297), za něž odvádí zdravotní pojištění stát, a 2) nárůst nákladů na stacionární péči, který ale pouze

¹²⁰ Dohoda tehdejšího ministra zdravotnictví H. Seehofera (CSU) s opozičními politiky (zejm. SPD a FDP), která vedla k následnému přijetí GSG.

kopíroval trend nárůstu celkových nákladů. Toto vyvrácení se však opírá o výzkum IAB z roku 1995, do té doby byli v diskusích za viníky nárůstu nákladů považováni především lékaři ambulantní.

Svazy pojišťoven tak získaly pro svou věc silný argument. *Bundessozialgericht* na základě jejich vyjádření znovu vyložil rozhodnutí Ústavního soudu z roku 1960¹²¹, který uznal, že omezování přípouštění je neústavní (konflikt s čl. 12 odst. 1 Základního zákona). Podle nového výkladu se nemělo jednat o úplné zamítnutí omezování neboli jistá míra omezení, pokud s její pomocí byl zajištěn přiměřený účel, by protiústavní nebyla. Od 1. 1. 1989 tak byla v platnosti norma, která znemožňovala nadproporční zastoupení lékařů (*Übersorgung*) ve více než 50 % plánovacích obvodů.¹²² Tento požadavek byl ještě v rámci ústavnosti a jako takový nebyl přezkoumáván Ústavním soudem.

Se situací se však nespokojily ani svazy pojišťoven, ani KBV. Tomu návrh dokonce vyhovoval – nejednalo se o redukci plateb, ale o početní redukci, a tedy zajištění lepší pozice pro současné praktické lékaře. Pojišťovny dokonce požadovaly úplné zastavení přípouštění nových soukromých lékařů. Odborná veřejnost vyjadřovala obavy z nedostatku konkurence ze strany mladých lékařů a stárnutí. V rámci *Gesundheitsstrukturgesetz* z roku 1992 bylo skutečně přípouštění sníženo a od roku 1999 mělo být dočasně zmrazeno úplně. Jako kompenzační opatření se objevil zákaz činnosti praktických lékařů po 68. roce věku (Knieps – Reiners, 2015, s. 252).

Podnět k Ústavnímu soudu nakonec vzešel od Marburského svazu, neboť zástupci nemocničních lékařů viděli v tomto reformním kroku další konkurenční výhodu pro současné praktické lékaře. Ústavní soud však novou podobu zákona protiústavní neshledal.¹²³ V roce 1999 BMG zrevidovalo plánované zmrazení a posunulo jej do roku 2003. Nakonec od možnosti regulace přímo v zákoně ustoupilo.

Ačkoli tedy k přímému pozastavení nedošlo, v některých regionech se projevil akutní nedostatek lékařů, a to zejména tam, kde se velikost plánovacích obvodů ukázala jako nevyhovující. Díky tomu se zvyšovala koncentrace např. v bezprostředním okolí Berlína, zatímco ve vzdálenějších regionech Braniborska se praktických lékařů výrazně nedostávalo (Knieps – Reiners, 2015, s. 253).

¹²¹ BVerfG, 23.03.1960 - 1 BvR 216/51

¹²² § 102 SGB V v tehdejší znění. V dnešním znění (od roku 2002) § 102 neexistuje.

4.5. Přelom tisíciletí, zavedení MVZ

Na konci devadesátých let tedy panovala všudypřítomná obava z výhledového nedostatku praktických lékařů. K tomu je třeba přičíst další tendence. Především nelichotivý celkový růst hospodářství v Německu a rostoucí nezaměstnanost. Oba tyto ukazatele měly za následek zvýšení podílu výdajů na zdravotní péči vůči HDP. (Nezaměstnanost se v letech 1998-2002 pohybovala mezi 9 % a 11 % (Bundeszentrale für politische Bildung [2]) a růst HDP se v roce 1999 propadl o 5,6 %) (Statista [7]).

SVRKAiG pro rok 2003 poprvé strukturovaně doporučuje alternativní formy aeurobulantní péče a vyzdvihuje zejména formy integrované. Analýza se soustřeďuje zejména na oblast průsečíku ambulantní a stacionární péče, tzv. *Schnittstelle*. Jako hlavní důvody uvádí stárnoucí obyvatelstvo vyžadující častější péči, nárůst chronických onemocnění a tzv. somatickou fixaci (koncept propojení řady společenských vlivů ústící v částí vyhledávání zdravotní péče).

Důležitým pilířem alternativních forem se mělo stát propojení s Disease Management Programme (DMP) a Managed Care. Oba tyto koncepty se týkají zacházení s chronicky nemocnými a vyžadují součinnost více složek v systému. Spolková ministryně Ulla Schmidt (2001-2009) například prohlásila, že „MVZ se stanou přirozeným partnerem pojišťoven během hladkého zavádění DMP (Ärztezeitung, 2014)“.

Doporučení však zároveň stanovilo určité podmínky, za kterých mohou být tyto systémy implementovány do německé reality. Mezi ně patřilo rozšíření solidárního principu (tedy de facto zmírnění rozdílů mezi GKV a PKV), omezení diskriminace pojištěnců a neslučitelnost např. s morbi-RSA.¹²⁴ Materiál uvádí i varování před případnými negativními jevy, které instalace integrovaných forem může nést, především problém rozdílných zájmů provozovatelů a lékařů (Sachverständigenrat für Konzentrierte aktion im Gesundheitswesen, 2003, s. 149).

Podle doporučení měly inovativní formy péče stát na třech pilířích: Modelový záměr (*Modellvorhaben*), Strukturální smlouvy (*Strukturverträge*) a konceptu integrované péče (*Integrierte Versorgung*) (Sachverständigenrat für Konzentrierte aktion im Gesundheitswesen, 2003, s. 129-135). Princip Modelového záměru znamená zavedení

¹²³ BVerfG, 3. 3. 1993 - 1 BvQ 3/93

¹²⁴ Tento koncept je zpřesněním systému RSA na základě sofistikovanějších ukazatelů vycházejících z morbidit v populaci. Zavedení morbi-RSA v různých podobách bylo doménou socialisticky orientovaných administrativ. Došlo k němu v roce 2009.

inovativního prvku, který není ve standardním katalogu služeb. Tento prvek je pacientům po určitou dobu nabízen jako alternativní služba a po určité době (obvykle osm let) je přínos evaluován.¹²⁵ Jako příklad z posledních dekad lze uvést prvky tradiční čínské medicíny, např. akupunkturu. Strukturální smlouvy¹²⁶ jsou zvláštní typy smluv mezi svazy pojišťoven a lékařskými svazy o honorování komplexních činností, které by nebylo možné odměňovat podle běžných *Honorarverteilungsverträge*¹²⁷.

Tyto body byly respektovány při přípravě GMG z roku 2004. Jak zavádění strukturálních smluv, tak Modelového záměru bylo legislativně připraveno. V případě integrované péče pak předkládací zpráva k zákonu říká, že „cílem zákona je právě posílení role systému integrované péče (Orlowski, 2004, s. 202-203).“ Tyto služby vyžadují uzavření smlouvy mezi svazem pojišťoven a ambulantním i stacionárním poskytovatelem péče.¹²⁸

GMG umožnil vznik nové struktury, *Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)*. Její parametry jsou uvedeny v §95 (1a) SGB, který stanoví, že zřizovatelem MVZ může být jak fyzická, tak právnická osoba, které spadají pod SGB V, v zásadě tedy lékaři, nemocnice, některé neziskové organizace a některý nelékařský personál. Nejčastějšími právními formami jsou společnost s ručením omezením (*GmbH*)¹²⁹ a registrovaný spolek (*eingetragener Verein (e.V.)*). Připuštění k činnosti vydává místně příslušný lékařský svaz (*KV*), pokud zúčastnění lékaři splňují kvalifikační a další formální požadavky.¹³⁰ Podmínky připuštění jsou obecně stanoveny v SGB V, a to bez rozdílu, zda se jedná o praktické lékaře, nebo o kolektivní formu.¹³¹ Podstatným rysem je pak mezioborovost a lékařské vedení.¹³²

Okruh osob byl v roce 2012 nicméně mírně zúžen. Přesto mohou za určitých podmínek fungovat smíšené typy vlastnictví. Typickým příkladem, který velmi často funguje v jiných evropských zemích, je několik fyzických osob (lékařů) a nezisková organizace zřizovaná například municipalitou. Vzhledem k překrývajícím se zájmům takováto konstelace může vytvářet korupční potenciál.

¹²⁵ § 63-64 SGB V

¹²⁶ § 73a SGB V

¹²⁷ § 85 SGB V

¹²⁸ § 140a-h SGB V

¹²⁹ V roce 2015 to bylo 1333 z celkových 2590, tedy asi polovina.

¹³⁰ § 95 (2)

¹³¹ § 72 SGB V

¹³² § 95 odst. 2

Nutné podmínky pro činnost lékaře v tomto zařízení se opět neliší od podmínek pro soukromé lékaře – kvalifikační limity, věková omezení (maximálně 68 let) atd. Přípuštění k praxi je však nutné dosáhnout do 55. roku života. Ale např. lékař zaměstnaný touto společností (*Angestellte*) může svou činnost vykonávat rovněž do 68 let.¹³³ Smysl této úpravy tkví ve skutečnosti, že zaměstnanec nenese podnikatelské riziko (Halbe et al., 2011, s. 20). Zaměstnaní lékaři mohou pracovat na částečné úvazky.¹³⁴

Inspirací pro vznik MVZ byly především Spojené státy americké. Zde systém tzv. Community Health Care Centers funguje řadu let. Existují studie uvádějící skutečný ekonomický přínos těchto středisek, avšak studie Miller-Luft, Steiner-Robinson a další hodnotí jejich přínosy jako malé, v některých aspektech dokonce jako záporné (Miller-Luft, 1998).

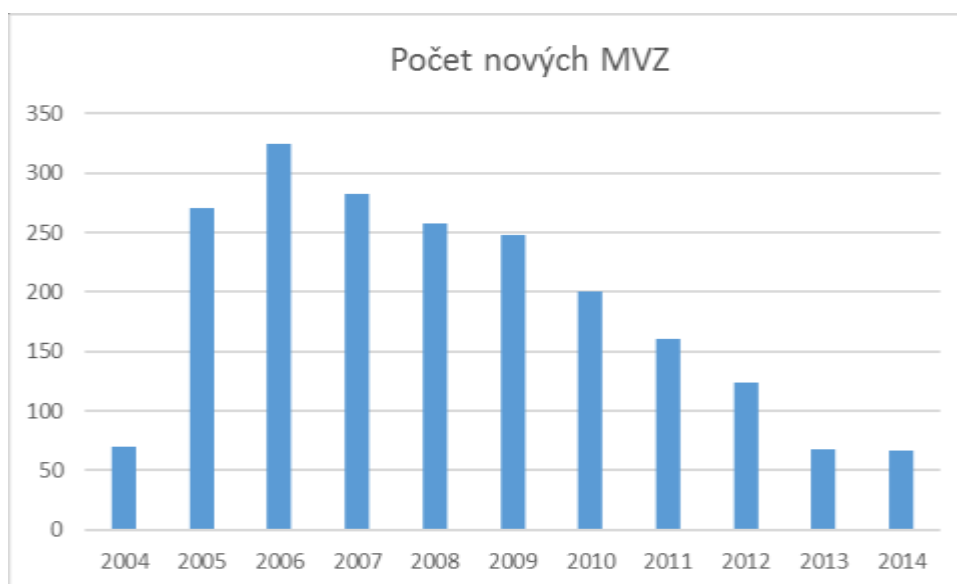
Jedním z hlavních cílů zavedení nových forem péče měla být flexibilita pracovních úvazků, skloubení práce s rodinným životem a zvýšení dostupnosti péče v řídkěji osídlených oblastech.

Je důležité odlišit tato střediska od tzv. lékařských sítí (*Ärztente*), které představují pouze volnou formu sdružení praktických lékařů, kteří z vlastní iniciativy sdílejí technologie, postupy a know-how, nejsou ale podílíky v jedné společnosti. Zákon pojem nedefinuje, nicméně postupy, jak mají KV jednotlivé sítě financovat, zákon stanovuje.¹³⁵ Systém lékařských sítí existuje od roku 1997 a rozvinul se do celé řady podob. V současnosti je v některé z forem sítí sdruženo asi 50 000 soukromých lékařů. Také tyto sítě jsou považovány za inovativní nástroj, nicméně ne ten z nejvíce preferovaných.

¹³³ § 98 odst. 2 SGB V

¹³⁴ § 32b SGB V

¹³⁵ § 87b SGB V



Graf 22: Nová MVZ v letech 2004-2014. Zdroj: Kassenärztliche Bundesvereinigung, vlastní výpočet.

4.6. Úspěšnost MVZ

Implementace nového typu služeb se za vlády SPD a Zelených začala rozbíhat. Během prvního roku jich vzniklo 90, v dalších dvou letech pak téměř tisícovka a dnes jich je kolem 2 700 (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2016). Jak je vidět z předcházející tabulky, v současnosti je ale nově založených MVZ podstatně méně než v prvních letech. Karl Lauterbach například po pěti letech od startu MVZ uvedl, že jejich počet nesplnil očekávání (Lauterbach et al., 2009, s. 155). Již během vlády velké koalice (2005–2009) docházelo k průběžné evaluaci, která ještě zesílila v době, kdy resort vedla strana FDP. Tato strana se k další existenci stavěla rezervovaně – nebylo jejím úmyslem tuto formu rušit, ale ani výrazně nepodporovala jejich další rozvoj.

Ostatně koaliční smlouva mezi CDU, CSU a FDP z roku 2009 (CSU, 2009) jasně stanovila „samostatnou lékařskou činnost jako určující princip, který bude zejména prosazovat“. Na podzim 2009 byly koaličním stranám pravidelně zasílány žádosti stakeholderů MVZ požadující jejich zachování (např. Bundesverband Deutscher Privatkliniken, 2009). FDP (ministra zdravotnictví Philipp Rösler) se nakonec soustředil především na vyrovnání regionálních rozdílů (které za prvních pět let své existence MZV nepomohla zmírnit). Za svůj kompromisní a k potřebám opozice a stakeholderů velmi vstřícný přístup si vysloužil v rámci koalice ostrou kritiku (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 2011).

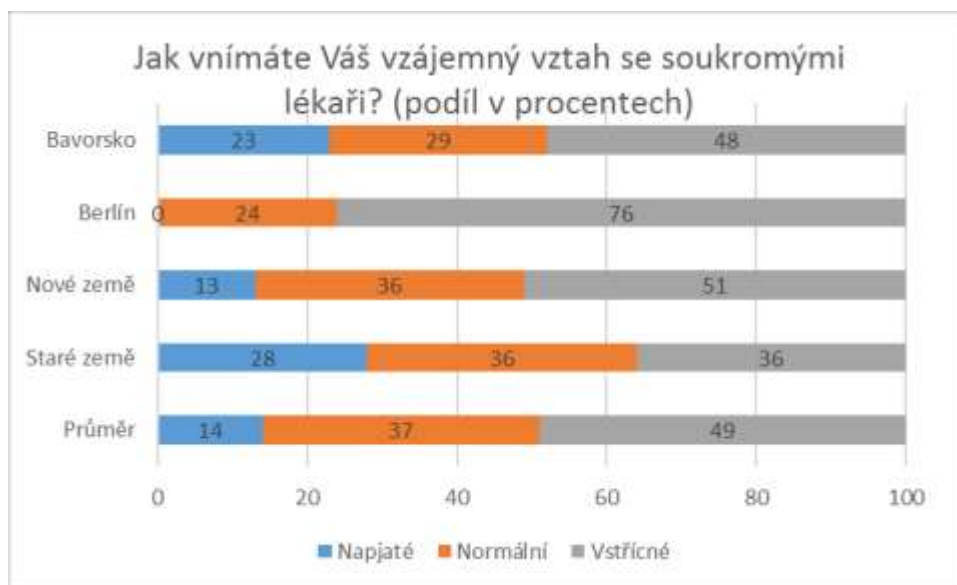
Hodnocení prospěšnosti MVZ nejsou jednoznačná, často protichůdná, avšak žádné z nich nebylo provedeno komplexním způsobem. Obvykle zohledňují pouze zájmy některých z aktérů. Existují případové studie, které poukazují na administrativní náklady, které jsou díky nutnosti ustavovat vedoucí pracovníky často nevyhnutelné. V případě Elbland Polikliniken tvoří tyto náklady 10 % (Rieser, 2014, s. 995). Komplexní studie ukazující nákladovou efektivitu MVZ dosud chybí. Podstatnou skutečností ale je, že administrativní náklady spojené se zakládáním a vedením MVZ jsou nenulové. I studie zabývající se efektivitou MVZ většinou docházejí ke zjištění, že ekonomické výsledky nejsou tím nejpodstatnějším měřítkem, ale výsledkem má být zlepšení zdraví pacientů. Pro obhajobu efektivit MVZ je tedy nutné prokázat čistý přínos.

Neméně zajímavé je ale podívat se na benefity lékařů. V rámci evaluace prováděné *Bundesverband Medizinische Versorgungszentren (BMVZ)* v roce 2008 se například ukázalo, že v MVZ je statisticky stejný podíl žen jako v jiných nemocnicích. Podíl žen v MVZ činil v roce 2013 41,7 %, v roce 2004 to bylo 36,5 %. Tento v podstatě nepatrný nárůst je však považován za úspěch (Köppl, 2015, s. 4). Požadavek flexibilních úvazků, který měl směřovat k lepším příležitostem pro matky s dětmi, se tak neukázal jako zcela naplněný. Skutečností však je, že v průměrném MVZ bylo v roce 2008 obsazeno 4,4 pracovních úvazků 5,8 pracovníky. V kategorii nad 8 pracovních míst je pak průměr 10 pracovníků. S rostoucí velikostí MVZ roste také počet částečných úvazků (Köppl – Müller, 2008, s. 2500). Dnes je průměrná velikost MVZ 6,6 pracovníka (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2016).

Ačkoli byla úleva od administrativní činnosti a možnost lékařů věnovat se výhradně lékařským činnostem jedním z motivů zavádění MVZ, zpráva uvádí, že možnosti zaměstnat ryze administrativní personál využila pouhá polovina MVZ. Více než polovina MVZ uvádí, že pouhých 10 % pacientů využívá služeb více lékařů v rámci jednoho zařízení (Tamtéž). Tolik diskutovanou a často uváděnou synergii tedy studie neprokazuje.

Problém zaměstnaných praktických lékařů má také rovinu psychologickou. V západoněmecké tradici jsou považováni za typicky soukromé podnikatele s vlastním time-managementem, vyšší střední vrstvu s vytvořeným kapitálem v podobě vlastní ordinace. Bernd Köppel se během diskusí opakovaně vyslovoval v tom smyslu, že „zaměstnaní praktičtí lékaři jsou normální a už nebudou považováni za lékaře druhé

kategorie (Rieser, 2014, s. 995)“. Bližší pohled na historii stavovského vnímání lékařů však ukazuje, že se jedná o vnímání velmi zakořeněné, sahající do 19. století (Vogt, 1998, s. 44). Při kontinuálním vývoji v rámci starých spolkových zemí tak těžko lze očekávat znatelný posun v nejbližších letech. Tento postoj se jistě promítá i do vzájemného vztahu mezi lékaři obojího typu.



Graf 23: Vzájemné vztahy mezi MVZ a soukromými lékaři podle průzkumu. Zdroj: Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(47)

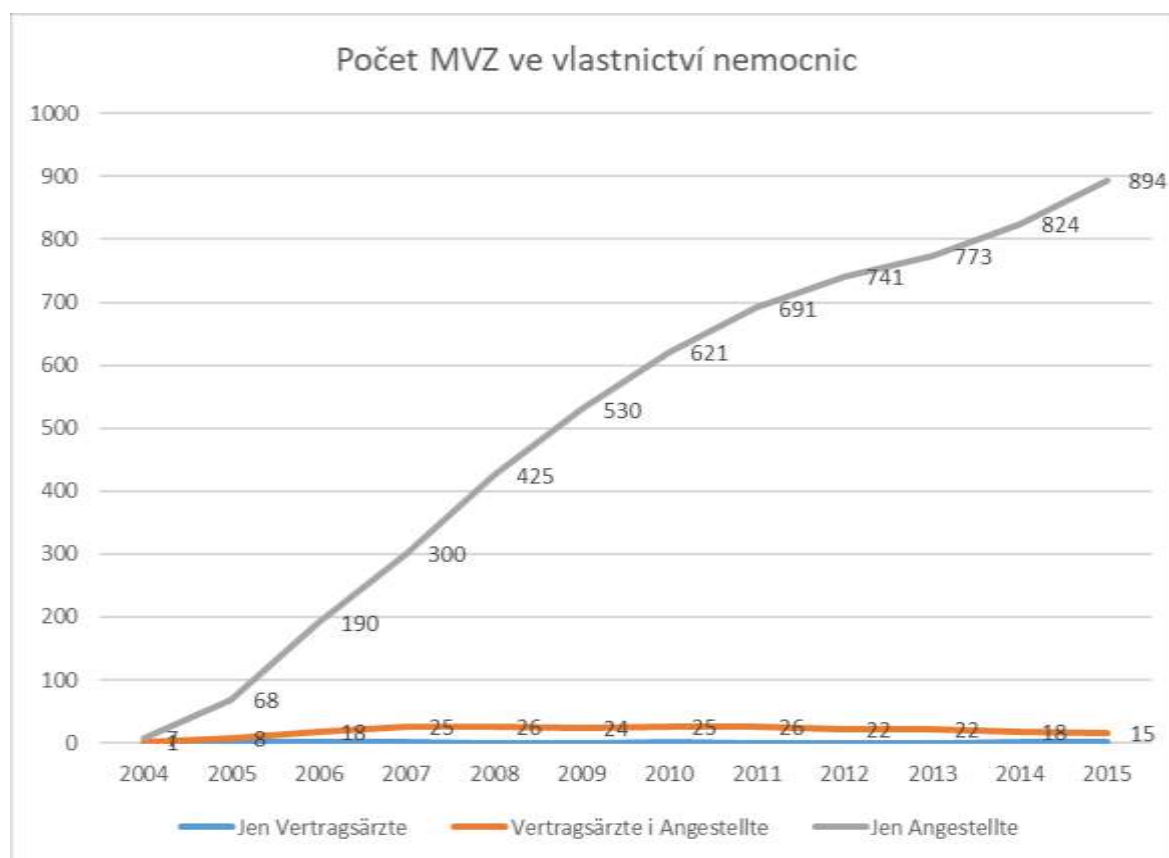
Graf ukazuje, že lepší vzájemné vztahy fungují vesměs v nových spolkových zemích, a to i přesto, že je tam mnohem menší počet MVZ.

Podobný rozdíl mezi zeměmi je pozorovatelný také při zjišťování pohledů lékařů na budoucnost. Zatímco v nových spolkových zemích vidí pouze 7-10 % budoucnost MVZ pesimisticky, v Bavorsku je to téměř 20 %.

Jak je uvedeno výše, MVZ se měla stát pomocným nástrojem při zavádění DMP a integrované péče. Co se týče integrované péče, další rozvoj jejích parametrů sice probíhá, ale IGES ve svých zprávách opakovaně označil za hlavní problém dalšího rozvoje rozsáhlou a nepřehlednou regulaci s ním spojenou. Podporovatelé MVZ, často z řad SPD a Zelených, zpravidla nabízejí jako řešení další zpřesnění předpisů a navazujících opatření. Bernd Köppel (Zelení) například vidím problém v „neustálých drobných administrativních překážkách“, které rozvoji MVZ brání (Rieser, 2014, s. 995).

Jedním z uvedených cílů MVZ bylo také lepší geografické rozmístění jednotlivých pracovišť. Venkovské regiony měly být těmito centry posíleny, zatímco přetlak v hustě zalidněných oblastech měl být přirozeně snižován. Nicméně nejvíce MVZ vzniklo v Severním Porýní-Vestfálsku, Bavorsku a v Berlíně. Pouze 42 % jich je umístěno ve venkovských regionech (Knieps, 2010, s. 17). Karl Lauterbach (2010, s. 159) připouští, že „navzdory původním snahám, aby MVZ vznikala na venkově, zejména z důvodu snížení rizika nedostupnosti zdravotní péče [...] pohled na mapu ukazuje nejvyšší aktivitu ve velkých aglomeracích.“

Svou roli zde jistě hraje i převaha velkých nemocnic v hustěji zalidněných regionech. Jestliže mělo být do jisté míry lákadlem pracovat jako zaměstnaný praktický lékař (*Angestellte*), který může čerpat benefity v podobě flexibility úvazků a rovněž snáze získat přístup k praxi potřebnou v rámci skládání atestace, pak se to týká především velkých nemocnic, protože zde je podíl *Angestellte* nejvyšší (Janura [1], 2018).



Graf 24: Počet MVZ ve vlastnictví nemocnic v letech 2004 – 2015 tří typů – nemocnice výlučně se soukromými lékaři, nemocnice s oběma typy lékařů a nemocnice se všemi lékaři jako zaměstnanci. Zdroj: Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Podstatná je také forma vlastnictví. Jak vyplývá z tohoto grafu, velká MVZ ve vlastnictví nemocnic vytváří podmínky pro *Angestellte*, zatímco ostatní právní formy a zařízení malá tyto „úspory z rozsahu“ ve velké míře nerealizují. Tento trend byl však patrný nejpozději po jednom roce fungování, avšak nebyl zákonodárcem ani v diskusích zohledněn.

Z průzkumů BMVZ vyplynulo, že v roce 2013 78 % dotazovaných pacientů souhlasí s tvrzením, že MVZ přispěla k odstranění nerovností a diskriminací. O dva roky později to bylo již 84 %. Tento trend svědčí pro mírně rostoucí popularitu.

V roce 2012 vydal SVRKAiG pravidelné doporučení pro rok 2012, tentokrát se zaměřením na hranici mezi ambulantní a stacionární péčí. Materiál obsahuje vesměs dřívější doporučení, spolu se zaměřením na některé další body. Vyzdvihuje například roli MVZ při tzv. *Verlassungsmanagement*, tedy organizaci situací těsně po propuštění pacienta ze stacionárního ošetření. Díky určité mezeře, která není upravena ani pravidly pro stacionární péči, ani pravidly pro péči ambulantní, hrozí nebezpečí zanedbání (Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2012, s. 137). Od roku 2003, kdy je v platnosti hodnocení podle DRGs se snižuje počet lůžek, což vede ke kratšímu ošetření (viz kap. 2) (Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2012, s. 138). Propouštění pacientů je nyní v rámci SGB V přeci jen regulováno podrobněji.¹³⁶ Jako problematická se jeví také často rozdílná medikace v nemocnici a mimo ni (Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2012, s. 109). Zpráva spatřuje naději v přijetí odpovědnosti za určitou vymezenou populaci. Jako možnost, jak tohoto stavu docílit, uvádí vytváření sítí složených z nemocnic, ambulantních lékařů a pečovatelských služeb. Kladně v této souvislosti hodnotí i případnou odpovědnost municipalit za vymezenou populaci (Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, 2012, s. 164).

Inspiraci nachází zpráva především v USA. Podrobněji rozebírá studii, která hodnotí přínos community health care centers kladně (Ciliberto – Dranove, 2006). Zároveň však předkládá studii, která hovoří opačně – přínosné efekty jsou velmi sporné, místně mohou být zaznamenány úspory, ale namísto propojování systémů stacionární a ambulantní péče vedou centra spíše k uzavřenosti (Cuellar – Gertler, 2006).

¹³⁶ §112 SGB V a §39 odst. 1 SGB V

Při hodnocení úspěšnosti lze zhruba vyjít z cílů, které si zákonodárce na počátku stanovil. Výsledky shrnuje následující tabulka.

Zamýšlené cíle	Nezamýšlené cíle	Naplnění
Snížení regionálních rozdílů		Velmi malé, místy záporné
Zbavit zaměstnané lékaře stigma		Neprokazatelné
Zvýšení nákladové efektivity		Ano, ale vyvstávají nečekané náklady
Posílení DMP		Ano, avšak DMP stále dysfunkční
Posílení prevence		Lehké
	Skloubení práce a rodiny	Nízké
	Konání ambulantních operací se zajištěním	Částečné
	Přijímání další legislativy	Vysoké

Tab. 8: Zhodnocení přínosů MVZ. Zdroj: Janura, L.: Breaking traditional boundaries between stationary and ambulatory health care. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*. 1-2/2018, s. 62

4.7. MVZ jako odraz současných i minulých problémů

Důsledky zavedení MVZ mimo jiné způsobí do budoucna změnu v poměrech KBV. Zájmy ambulantních lékařů tak v současnosti hájí také skupina 20 000 osob, které jsou ve skutečnosti v zaměstnaneckém poměru. Tento jev, jehož se v roce 2003 obávala *SVRKaIG* (2003, s. 143), již do určité míry nastává. Doposud křehce nalézaná rovnováha mezi jednotlivými skupinami lékařů se mění a možná bude muset být nalezena jiná (Janura [1], 2018).

V rámci procesu sjednocení nastal okamžik, kdy na dílčí nefunkčnosti západoněmeckého modelu zdravotní péče začalo být nahlíženo optikou srovnání s NDR. V potaz byly vzaty některé alternativní západní pohledy a úspěšnost východoněmeckého zdravotnictví v některých oblastech (zejména prevence). Sloučení s východoněmeckým modelem sice v první fázi znamenalo jednoznačné přitakání dosavadnímu západnímu systému zdravotní péče, ale první větší problémy začaly být řešeny s využitím východoněmeckých zkušeností.

Co se týče praktických lékařů, začala se objevovat – vůbec poprvé v západoněmecké historii – myšlenka masové změny jejich statusu na zaměstnance. Století zažitý model zřejmě přetrvává v mysli společnosti dodnes, a jak ukazují výzkumy, je velmi obtížné jej měnit.

O podobě systému ve sjednoceném Německu rozhodly orgány ve složení, které ne zcela přesně kopírovalo nálady ve společnosti a mezi všemi lékaři. (Významnou roli zde sehrály velmi specifické zájmy jednotlivých lékařských svazů.) V Braniborsku se atypická situace udržela až do poloviny devadesátých let. Během vlády SPD a Zelených se v důsledku problémů s financováním nemocnic zrodila myšlenka navázání na polikliniky z dob Výmarské republiky a „úspěch“ tohoto modelu v NDR.

Jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách, nedostupnost lékařské péče v některých oblastech vedla na konci 90. let k přijetí podmínek ke změně tradičního statusu soukromých lékařů. Zásadním krokem bylo povolení vzniku MVZ v roce 2004. Deklaratorně se jednalo o rozšíření soutěže mezi pojišťovny, ale z pohledu lékařů se jedná o výrazné omezení svobodné soutěže mezi praktickými lékaři. Ve prospěch tohoto tvrzení mluví především fakt, že MVZ byla v případě větších finančních výkyvů různým způsobem subvencována. V prvních letech po vzniku jim bylo navíc nabídnuto daňové zvýhodnění. Především ale velká zařízení mohou realizovat úspory z rozsahu, které jednotlivé praxe realizovat nemohou, a to ani v případě neformálních sítí (nákup přístrojů apod.). Mezi prokázané výhody MVZ patří lepší zvládnutí „hluchého“ místa při přejímání pacienta z nemocnice do ambulantní péče.

Tato kapitola ukazuje, že MVZ naplnila poměrně málo z cílů, které byly zákonodárcem vytčeny, a zájem o jejich další rozvoj postupně klesá. Ačkoli veškeré avizované výhody se týkají zaměstnaných lékařů (*Angestellte*), v malých MVZ navíc většinou pracují pouze smluvní lékaři (*Vertragsärzte*). Větší ekonomický smysl tak mají spíše velká MVZ.

SRN se v případě MVZ inspiroje zejména v USA, kde ovšem zkušenost s centry zdravotní péče také není jednoznačná. Oproti očekávání se MVZ neujala v nových spolkových zemích, kde přetrvávají vzpomínky na dobu poliklinik, ale velmi často ve velkých aglomeracích na západě. Málokterá oblast zdravotní péče vyvolává potřebu nových předpisů tak silně, jako komplikovaná struktura integrované péče. Kromě řady dalších nezamýšlených důsledků vyvolávají MVZ potřebu dalších regulací.

MVZ jsou ukázkou postupu, který v nezamýšlených důsledcích vedl spíše k omezení soutěže a v určitých konstelacích pojištěncům rozhodně nepřinesl větší možnost volby. Jako jedna z překážek se opět ukazuje tradiční a zakořeněné vnímání praktického lékaře jako soukromého podnikatele. Na druhou stranu systém v určitých případech může přinést jisté výhody pro pojištěnce v problematických regionech. Je ale možné konstatovat, že v oblasti stýkání stacionární a ambulantní péče se za uplynulých 30 let nekonal posun k liberálnímu modelu, ale v určitých rysech příklon k socialistické péči reflektující určité prvky z bývalé NDR.

Závěr

Německý systém zdravotnictví prošel za posledních bezmála 30 let změnami. Ty se dotkly všech aktérů systému – samotného státu, pojišťoven, poskytovatelů péče, a to jak v ambulantní, tak ve stacionární oblasti, a samozřejmě pojištěnců. Práce měla za cíl zjistit, co vedlo k těmto změnám a zda se tyto změny projeví jako rozšíření „hřiště“ pojištěnců. To by znamenalo, že v systému přibýlo prvků soutěže na straně nabídky a že tato změna naplňuje snahu učinit z pojištěnce samostatného aktéra, který může vybírat, porovnávat, posuzovat a činit rozhodnutí, která se více blíží jeho vlastnímu optimu. Udělení větší rozhodovací samostatnosti bylo více či méně součástí všech programů jednotlivých politických stran, které se v daném období podílely na koaliční vládě. Pokaždé však nabídla jinou cestu, jak k výsledku dospět.

Společná organizace pojišťoven a poskytovatelů péče prošla proměnou, kterou by Gill charakterizoval jako změnu druhého řádu a Streeck a Thelen by ji zařadili pod *layering* – převrstvení. Společnému výboru lékařů a pojišťoven, který byl v systému hluboce zakořeněný (vznikl již v roce 1923), připadla v roce 1997 nová role. Začal rozhodovat o detailech terapeutických postupů, které mají být pojišťovnami propláceny. Náhle se tak zástupci poskytovatelů péče stali přímými rozhodovateli o proplácených výkonech. Díky konstrukci dané zákonodárcem navíc posílila role ambulantních lékařů v něm. V roce 2004 však především vzniklo zcela nové těleso – *Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)*, které získalo ještě širší pravomoci a do jehož chodu především vůbec poprvé v historii mohou promlouvat přímo pojištěnci. Tato změna je podstatná a určující, nicméně nelze jednoznačně říci, že by tato změna přinesla rozšíření prostoru pojištěncům. Jejich hlas v rámci G-BA je pouze poradní, na druhou stranu za dlouhodobý problém pojištěnců jako jednoho z aktérů je jejich absolutní nemožnost být sdružen (podobně jako poskytovatelé péče a pojišťovny).

Pokud jde o širší debatu o přesunu nástrojů sociálního státu od politické úrovně směrem k samosprávě, tak právě vytvoření G-BA je jedním z podstatných kroků. Z právního pohledu je G-BA přímo tvůrcem práva (závazných norem pro všechny aktéry). Je ale potřeba zdůraznit, že vytvořením G-BA se vztahy mezi pojišťovnami a zneprůhlednily, jak uvádí Schmidt-Aßmann (2001, s. 86). Pokud je zásadní stanovisko ohledně úhrad předloženo jako společný výsledek dohody mezi všemi zúčastněnými, pojištěnec jako

politický aktér jen velmi obtížně získá informaci, kdo vlastně s pozitivní či negativní změnou přišel.

Pojišťovny prošly celou řadou změn a na jejich počátku stál především faktor demografický – původní rozdělení pojištění na vrstvu dělníků a administrativních pracovníků, které se odráželo v příslušnosti ke zdravotním pojišťovnám, přestalo nejpozději v 80. letech ztrácet svůj původní smysl. Jak sociální demokraté, tak konzervativní strany naznaly, že toto umělé rozdělení není únosné a navíc se proti jeho dalšímu přetrvání vyjádřil i Ústavní soud. Politická konstelace v tomto případě sice posloužila jako katalyzátor změn, zároveň se ale projevila důležitá vlastnost obou hlavních ideových proudů v rámci německé politiky – každá ze stran měla vlastní představu o tom, jak pojištěncům volnost ve výběru umožnit. Nutno říci, že pro CDU/CSU a FDP měla tato změna zpočátku nižší prioritu, protože se mělo jednat o krok k narovnání podmínek mezi jednotlivými sociálními skupinami (Knieps – Reiners, 2015, s. 103). Poté, co však byla nalezena shoda a vyjednán důležitý mezistranický kompromis z Lahnsteinu, prosadila každá ze stran část svého náhledu. Z pohledu vládnoucích stran se mělo jednat o skutečně svobodnou soutěž pojišťoven, které se výhledově měly odlišovat i škálou nabízených služeb. Levicové strany naopak prosadily důsledný mechanismus vyrovnání rizika – *Risikostrukturausgleich (RSA)*.

Důvody pro zavedení volby pojišťoven lze spatřovat jak v makroekonomických ukazatelích, v narůstajících deficitech systému a politické konstelaci 90. let, tak ve skutečnosti, že Německo nejpozději v 70. letech již nemělo společenskou strukturu, která by ospravedlňovala a automaticky předpokládala odlišná pojištění pro dělníky, podnikové zaměstnance a některé další profese. Hospodářská situace přes kolísání 70. a 80. let zavedla Německo na trajektorii bohatých vyspělých států se silným povědomím o možnostech, které sociální systémy mohou nabízet. Německo při svém překotném hospodářském rozvoji udrželo např. Gini-koeficient na nejnižší úrovni mezi vyspělými státy (0,26 v roce 1985). V takové situaci bylo čím dál hůře obhájitelné, proč společnost nutit k dělení, které neodpovídalo realitě.

Řada tehdejších představitelů či osob názorově blízkých konzervativním stranám měla představu, že RSA je pouze dočasným mechanismem, který brzy ztratí na významu. Mechanismus, který má podpořit soutěž, ji zřejmě skutečně stimuluje, ale pouze do určité míry. Při zohlednění přílišného množství faktorů již jednání subjektů (pojišťoven)

přestává být soutěžní. Náprava externalit (kterou RSA do značné míry je) musí také probíhat pouze do určité výše. Naopak sebedokonalejší mechanismus vyrovnávání rizik nezabrání obchodování s rizikem. Tehdy však nikdo nevěděl, jak rozhodne Spolkový ústavní soud v roce 2005, kdy posvětil systém morbi-RSA, který je daleko komplexnější než jeho původní verze.

Všeobecně popisovaný masivní přesun mezi jednotlivými typy pojišťoven nebyl v relativním vyjádření příliš velký – AOK ztratily asi 3 % své členské základny (výrazně více však ve starých spolkových zemích), nejvíce posílily *Betriebskrankenkassen* (BKK), ale ani zde nárůst nepřekročil 13,4 % (v Berlíně). Ačkoli od té doby pojišťenci střídají pojišťovny častěji a četnost dokonce mírně narůstá, nejedná se v porovnání s jinými liberalizovanými trhy o vysoká čísla – četnost změn u telefonních operátorů je vyšší. Přes veškerou snahu o mimocenovou diferenciaci a rozšiřování katalogu služeb pojišťoven zůstává výše poplatku s odstupem nejdůležitějším kritériem volby.

Dalším kompromisním řešením bylo zavedení *Gesundheitsfondu* v roce 2008. Toto řešení nelze jednoznačně označit za vítězství té či oné strany, ale podstatnou pravomoc, kontrolu nad obdrženy prostředky, pojišťovny ztratily. Zatímco konzervativní strany dlouhodobě prosazovaly variantu financování založenou na pevné částce, kapitální platbě bez ohledu na příjem (*Kopfpauschale*), socialisté chtěli současný stav progresivního určení výše rozšířit a spojit systémy veřejného a soukromého pojištění. Motivace k jakékoli reformě vycházela ze skutečnosti, že zdravotní pojištění na začátku tisíciletí vykazovalo deficit. Až v roce 2004 bylo dosaženo prvního přebytku. Mýtus nákladové exploze udržovaný v oběhu od 70. let pomalu přestával být relevantní – během 90. let vykazalo celé zdravotnictví nárůst nákladů jen poměrně malý. Problém představovala příjmová stránka, a to vzhledem ke dvouciferné nezaměstnanosti, která od té doby nikdy nebyla pro Německo tak zásadním tématem.

CDU v tomto případě sice chtěla provést další kroky, které by ulevily pojištěncům v jejich odvodech, a zefektivnit tak systém zákonného pojištění, ale především bylo nutné řešit další makroekonomické nerovnováhy. Lze říci, že zdravotnictví na počátku tisíciletí, přes všechny snahy, nebylo pro opozici prioritou. Ze dvou možných přístupů, komu v této situaci ulehčit, CDU zvolila zaměstnavatele. Zcela opačně situaci viděla

SPD a vůbec nejradiálněji Zelení, pro které ani model sjednocení obou forem pojištění nebyl dostatečný.

I nejvíce liberálně pojatý koncept *Kopfpauschale*, který byl levicovými stranami označen za nepřijatelný z důvodu nedostatečného naplnění §1 a 2 SGB V, nakonec obstál před Ústavním soudem. Lze tedy konstatovat, že i všechny přijaté kompromisy přinejmenším naplňují požadavky solidarity. Pokud by tento koncept býval byl přijat, dalo by se mluvit o policy transferu ze Švýcarska. Ale míra přijetí konceptu byla ve skutečnosti velmi malá a založením *Gesundheitsfondu* prakticky zanedbatelná. Pojišťovny jeho přijetím naopak, jak bylo uvedeno, ztratily důležitou schopnost kontroly nad prostředky. Jediné, co mohly pojišťovny ovlivnit, byl doplatek, který však činil pouze nejvýše 1 % z celého hrubého příjmu domácnosti. Zavedení *Gesundheitsfondu* hodnotím jako krok směrem od liberálního modelu financování, protože reziduální částka, kterou mohly pojišťovny ovlivňovat, byla relativně malá. Argument Lauterbacha, který právě v tomto symbolickém doplatku spatřuje velké možnosti v ovlivňování pojištěnců, se ukazuje jako lichý. AOK tímto krokem získala půl milionu pojištěnců navíc (tedy něco přes 1 %).

Velký posun v této oblasti nepřinesla ani vláda CDU/CSU a FDP v letech 2009 – 2013. V oblasti diferenciací pojišťoven byla jejím výsledkem pouze úprava dodatečného příplatku tak, že se nejednalo o částku závislou na příjmu. Jediná skutečná konstelace, kdy mohlo dojít ke skutečnému posunu směrem k liberálnímu modelu, zůstala kupodivu nevyužita. Tak se vyjadřují i Bandelow a Hartmann (2014). Vysvětlení ale poskytuje celková ekonomická situace Německa v tomto období. V době probíhající silné recese nasměrovala koaliční vláda opět priority jinam a z liberálního programu uskutečnila kroky v jiných oblastech.

Druhou nadějí sil, které chtěly vytvořit větší herní prostor pro pojištěnce, byla mimocenová diferenciací pojišťoven, tedy rozdíly v poskytovaných službách. Ty existovaly napříč skupinami pojišťoven vždy a nebyly vůbec bezvýznamné. Nebyly však do počátku 90. let spojeny s možností volby. Za nejvýznamnější lze označit tzv. model praktického lékaře (*Hausarztzentrierte Versorgung*), kterým se zákonodárci pokusili racionalizovat počty vyšetření u odborných lékařů. Inspiraci lze jednoznačně spatřovat ve Velké Británii, případně ve Španělsku. Vzhledem k tomu, že prvek se stal lákavým pro 4 miliony pojištěnců, má už svou dlouhodobou relevanci. Jak ovšem

ukazuje kapitola 3, zdaleka ne všichni pojištěnci jsou si vědomi, ve kterém z modelů péče se vlastně pohybují. Model integrované péče (Integrierte Versorgung) měl být prvním přemostěním mezi ambulantní a stacionární péčí, avšak doposud se plně nerozběhl. Jeho efekty zatím není možné hodnotit. Další alternativou je Disease Management Programme. Ten se v současnosti týká několika set tisíc chronických pacientů. Zdá se, že tento program skutečně představuje signifikantní změnu – chronicky nemocní mají možnost se do jednoho ze šesti programů zapsat a při dodržování určitých pravidel získat jak určitý komfort, tak finanční zvýhodnění. Zaveden byl v roce 2002 a lze jej tak připsat levicové vládě. Deklarovanou motivací proto nebyla přímo možnost volby pojištěncem, ale především vyšší komfort pro chronicky nemocné. Inspirace pochází z USA, tedy liberálně orientovaného systému. Podle klasifikace Halla se zde nicméně jedná pouze o změnu prvního řádu, byť postihla poměrně významný segment.

Třetím rozměrem změn je početní redukce pojišťoven. Jakmile byla počátkem 90. let nastartována soutěž mezi pojišťovnami, okamžitě byly vytvořeny podmínky pro rozsáhlé fúze – dnes je pojišťoven přibližně desetkrát méně než ve výchozí situaci. Přesto počet 110 v roce 2018 vytváří dostatečný prostor pro soutěž. Opět by bylo možné podle Hallovy klasifikace mluvit pouze o změnách 1. řádu.

Změnami prošly také oba dva tábory poskytovatelů péče – ambulantní lékaři a nemocnice. Na počátku 90. let panovala v diskusi představa, že ambulantní lékaři mají příliš silnou vyjednávací pozici vůči pojišťovnám. V této představě se odrážejí dva trendy – zaprvé skutečný nárůst příjmů ambulantních, zejména praktických lékařů během 70. a 80. let, zadruhé silná stavovská zakořeněnost praktických lékařů. Prestiž tohoto povolání byla nejméně za uplynulé století velmi vysoká a spojená s určitým hmotným zázemím. Jak ukazuje kapitola 4, tak rovněž s představou soukromého podnikatele. Současně však probíhal proces diferenciací pojišťoven, který se na druhé straně trhu musel potkat s diferenciací ambulantních lékařů podle kvality. Již tehdy bylo zřejmé, že rozhodující část nadbytečných nákladů se utápí ve stacionární sféře a u vysoce specializovaných lékařů. Proto existovala snaha zavést gatekeeping, který by návštěvy dalších lékařů omezil. Cesta k tomuto modelu ovšem vedla přes uzavírání individuálních smluv. Zpočátku ne všichni lékaři na tento typ péče reflektovali (nese s sebou přeci jen vyšší administrativu a další rozhodování o pacientovi), nakonec však tento model existuje paralelně k běžnému modelu, byť ne ve velkém rozsahu.

Patrnější změny nastaly ve sdružování praktických lékařů a specialistů. Trendem, který započal v 90. letech a pokračuje dodnes, je profesionalizace vedení těchto svazů. Díky tomu již lékaři nevykonávají tuto činnost jen ve volném čase a představitelé svazů mají silnější vyjednávací pozici. Lékaře reprezentují tři profesní organizace podle převažující skupiny lékařů v nich. Díky této konstelaci ale každý svaz mohl zajistit naplnění odlišných zájmů. Souhra zájmů se však v různých obdobích projevila různě. V roce 1990 Hartmannbund, který zastupoval obě velké skupiny lékařů (soukromé i zaměstnané) prosadil přenos západoněmeckého modelu do bývalé NDR. Naopak NAV-Virchow Bund, který zastupoval pouze soukromé lékaře, ponechal východoněmeckým lékařům možnost volby. Ještě větší význam než názory profesních sdružení měly svazy – KBV, které prosazovalo západní kurs, byl na západě silně zakořeněným svazem, který v NDR neměl sobě rovného oponenta. Naopak v 90. letech i počátkem tisíciletí Hartmannbund prosazoval srovnání podmínek soukromých a zaměstnaných lékařů. Opět však dlouhá tradice ukázala nezdolnost a postavit obě skupiny na stejnou úroveň se na počátku tisíciletí, až na dílčí úspěchy nepodařilo. Představa soukromého lékaře v určité formě a s určitým společenským statutem je, zdá se, dlouhodobá.

Největší podíl na výdajích za lékařskou péči má s odstupem stacionární sektor. Dodnes se státu nepodařilo najít cestu k oddlužení nemocnic (asi třetina stále hospodaří ztrátově), ale určitá tendence ke zmírnění v posledním desetiletí převládá. V devadesátých letech bylo snahou usnadnit podmínky k privatizaci nemocnic, což bylo realizováno jen částečně – přepočteno na lůžka je soukromých necelá pětina. Přesto může dnešní pojištěnec vybírat z pestřejší nabídky než v roce 1990, je ochoten si za kvalitu připlatit a dokonce volit nemocnici nikoli podle lokální dostupnosti, ale podle měřítek kvality. Ta jsou nicméně poměrně složitá a často jsou nahrazována hlasy referenčních skupin.

Důvody pro rozsáhlou privatizaci nemocnic je třeba hledat jednak v historicky určené odpovědnosti jednotlivých zemí za stacionární zařízení a jednak v nutnosti řešit neuspokojivou finanční situaci především jednotlivých spolkových zemí.

Mimo privatizační snahy nelze vysledovat silné rozdíly mezi přístupy jednotlivých vlád ke stacionárnímu sektoru ve smyslu samostatnosti pojištěnce. Levicové vlády více zdůrazňovaly regionální dostupnost a dostatek kapacit v méně rozvinutých regionech. Všeobecnou tendencí nemocnic je zvyšování počtu hospitalizací a zkracování délky

pobytu. Právě výrazné zkracování délky pobytu vede za jinak nezměněných podmínek k většímu riziku následných komplikací po propuštění. Tzv. *Entlassungsmanagement* se stal jedním ze zárodků úvah o zavedení center lékařské péče.

Snaha o narovnání podmínek byla spojena s cílem zrušit či alespoň výrazně zprůchodnit tradiční dělicí linii mezi ambulantní a stacionární péčí. Tradiční oddělení reprezentované konzervativně-liberální koalicí bylo od počátku zpochybňováno levicovými stranami. Sama o sobě tato snaha existovala dlouhodobě a patrně by nenazrála do stádia realizace. Zde se ovšem projevil řetězec událostí spojených se sjednocením Německa. Sjednocení se odehrálo v době, kdy na jedné straně západoněmecký model hledal možnosti reformem (východoněmecký ostatně také) a částí odborníků již nebyl hodnocen jednoznačně kladně. Východoněmeckému modelu byla připisována určitá dílčí prvenství, mezi něž patřil mimo jiné právě lepší přechod mezi oběma oblastmi. Praxe poliklinik v NDR navíc konvenovala sociálnědemokratickému a zelenému náhledu na distribuci služeb v rámci zákonného pojištění. Tyto názory byly postupně spojeny s nostalgickou poptávkou veřejnosti po zavedené značce poliklinik, a to zejména v nových spolkových zemích. Ovšem i ve starých spolkových zemích vyústila nespokojenost na počátku tisíciletí a znovu v následném období recese v obdivování jakékoli alternativy. Tou se stala centra zdravotní péče (*Medizinische Versorgungszentren – MVZ*). Celý koncept je dnes považován za poměrně úspěšný, ale neobjevují se řádné analýzy, zda MVZ vytčené cíle naplňují, natož zda by cílů nemohlo být dosaženo i jiným způsobem. V práci jsem se proto pokusil analyzovat míru naplnění vytčených cílů. Ukazuje se, že většina cílů zůstala nenaplněna. Reforma sice umožnila poliklinikám i soukromým lékařům provádět širší spektrum výkonů, které je nutno provádět se zajištěním stacionárního zařízení v blízkosti. Komplexita poliklinik ale zůstala pacienti nevyužita a přidaná hodnota pro pacienty se tak nezužitovala. Zda MVZ představuje více možností výběru pro pojištěnce, není zřejmé. Každopádně je ale v jeho rámci omezen konkurenční potenciál jednotlivých lékařů.

Specifikum zdravotnických služeb, oproti jiným oblastem sociálních politik, spočívá mimo jiné v provázání s některými výrobními odvětvími, zejména s trhem zdravotnických potřeb a léčiv. Co se týče léčiv, v první řadě se za uplynulých třicet let zvýšila pestrost jak volně prodejných, tak předepisovaných léků. U volně prodejných léků je širší dnešní nabídka odhadována na deseti- až dvacetinásobek nabídky roku 1990, ke které je dnešní stav vztahován. Zajištění širší volby je tak dosahováno mimo

jiné přesunem příslušného léčiva mimo oblast předpisů, a tím pádem mimo zákonné pojištění. Kroky směřující ke zbavení účinné látky předpisové povinnosti lze považovat, přes všechny komplikované důsledky, za směřování k liberálně pojatému trhu. Již od 70. let jsou z pojištění zcela vyjmuty bagatelní nemoci (např. nachlazení). Katalog (*Negativliste*) byl postupně rozšiřován. V období každé z vlád potom došlo k několika pohybům zvaných switch a reswitch (přechod z kategorie hrazených a receptově povinných léčiv a zpět). Práce ukazuje, že větší tendence k přesunu léčiv směrem ze zdravotního pojištění byla v době vlády konzervativně-liberální koalice (2009-2013).

Je nicméně dobré si uvědomit, že náklady na léky v lékárnách tvoří jen asi 16 % celkových nákladů ve zdravotnictví, zatímco ve stacionárním sektoru je to asi 35 %. Tato proporce naznačuje, že jakékoli úspory či přesuny mezi kategoriemi u léků vydaných v lékárnách jsou výrazně méně významné než omezení v nemocnicích, kde jsou léčiva distribuována na základě odlišných principů. Na hospodaření s léky mělo největší vliv zavedení bonusových smluv, a to zejména v době, kdy tyto smlouvy nebyly zveřejňovány. Tento krok je možné přičíst vládě velké koalice. Drtivá většina pojišťoven přitom sleduje nejvýznamnější lékové skupiny. Zavedení možnosti bonusových smluv jednoznačně posílilo diferenciaci pojišťoven – ty, které zapracovaly na bonusových smlouvách, se staly atraktivnějšími pro pojištěnce. Podle Hallovy klasifikace by se jednalo o změnu prvního řádu. Proč ale zůstal potenciál nevyužit a pokles výdajů za léčiva z prvních let nepřetrval dodnes? Podle některých (Knieps – Reiners, 2015) je to na vině skutečnost, že rozsáhlý a inovativní německý sektor farmaceutického průmyslu je referenční pro ostatní země. Konkurenční mechanismus se tu z tohoto důvodu uplatňuje o něco hůře.

Každý rok se přitom na německém trhu objeví přibližně 50 – 100 nových účinných látek (o něco nižší byl tento údaj na počátku tisíciletí), které jsou uváděny na trh (Thiesen, 2011, s. 3). Právě tyto látky se často zdaleka nejvíce podílejí na celkových nákladech za léčiva. Regulace nejnovějších lékových skupin stále nenalezla žádné optimální řešení. Německo je v tomto směru unikátním případem, protože zde intenzivně probíhá právě farmaceutický výzkum. Zatímco jiné státy s rozvinutým chemickým průmyslem se soustřeďují zejména na generika, na Německém trhu se objevují velmi rychle také špičkové produkty z nejdražších lékových skupin.

Europeizace trhu léčiv probíhá v posledních třiceti letech poměrně intenzivně a opět významně poznamenává tuto epochu. Ačkoli cenový efekt a výhody pro pojištěnce jsou sporné, jistě přináší vytváření společného trhu širší možnosti i pro pojištěnce. Zatím ale tvoří importovaná léčiva asi 7 % všech dávek.

Pojištěnec se tedy oproti roku 1990 pohybuje ve světě, kde má stále možnost si vybrat mezi dvěma modely pojištění, pokud ovšem překoná příjmovou hranici, která se neustále zvyšuje. Tato práce podrobně nezkoumala systém soukromého pojištění, pouze dělicí linii mezi těmito dvěma segmenty. Toto světově unikátní řešení nebylo za uplynulých třicet let změněno a nahrazeno jiným systémem, přes velké tlaky, zejména levicových stran, aby se tak stalo. Za uplynulých třicet let téměř na dvojnásobek, což i při očištění o inflaci znamená významný rozdíl. V zákonném pojištění pak má na výběr (odhlédneme-li od regionálního hlediska) z několika desítek pojišťoven, které se mírně liší měsíčním poplatkem. Ten je sice vyšší než v roce 1990, ale nárůst je to o necelé 3 procentní body a vezmeme-li v úvahu variabilitu sazeb v 80. letech, není to výrazný rozdíl. Přesto je tak pojištěnec donucen odvádět do solidárně sdíleného balíčku prostředků více než v minulosti, což ho může vést k úsporám v jeho dalších výdajích, včetně zdravého životního stylu, prevence a podobně. Na druhou stranu může vyšší příspěvek motivovat k vyššímu zájmu o dění ve zdravotnictví. To by odpovídalo některým ekonomickým zobecněním, avšak vzhledem k tomu, jak malé je zastoupení pojištěnců na rozhodování, nelze předpokládat přílišnou aktivitu pojištěnců zdůvodněnou jen výší poplatku.

Od roku 1994 a v plné šíři od roku 1997 funguje v Německu svobodná volba pojišťovny. V prvních letech tak došlo k vlně významných přelivů mezi typy pojišťoven, která se již od té doby neopakovala, a následně se systém ustálil na přesunech zhruba srovnatelných s mobilními operátory. Statistiky naznačují, že mezi pojištěnci fungují určité archetypy fluktuantů a tradičních uživatelů, u nichž lze toto chování odvodit od jejich povahy. Nejvýznamnějším rozhodovacím prvkem zůstává nadále cena, byť podle některých výzkumů začaly zřejmě hrát roli i nabízené služby. Z hlediska Hallovy klasifikace lze cenovou diferenciaci zařadit mezi změny 2. řádu, otázkou zůstává mimocenová diferenciace. Důležitou roli zde podle mého názoru hraje aktivní využití těchto prvků pojištěncem.

Výzkum ukázal, že zásadní roli v systému, která dosud stále nebyla zcela doceněna, hraje informovanost. Velké reformní kroky spojené s volností pojištění, diferenciací lékařů a širší nabídkou služeb v 90. letech vůbec nedoprovázela systematická snaha pojištěnce v tomto směru vzdělávat. Situace se výrazně nezměnila ani na počátku tisíciletí, byť v té době byly zavedeny některé dílčí programy a například vláda G. Schrödera měla snahu zavést výpis z pojištěncova účtu. V roce 2013 se potkaly tři tendence, které byly pro zvyšování povědomí o systému zásadní. Jednak se k vládě vrátili sociální demokraté, jejichž cílem bylo dlouhodobé zvyšování podílu nákladů na prevenci. Následně vysvětlím, jak je tato tendence spojena se sloučením systému SRN a NDR. Zároveň se ale pojmem zdravotní gramotnost začala zabývat Evropská unie. Zveřejněny byly první výsledky srovnání a Německo se v nich navíc neumístilo tak skvěle, jak se očekávalo. Zdravotní gramotnost a možnosti, jak ji zvyšovat, se od té doby staly zásadními prioritami vlády. Můžeme zde dokonce mluvit o změně druhého řádu, protože zdravotní gramotnosti se do určité míry dostalo i nového institucionálního pojetí. Pokud někde sehrála europeizace v oblasti zdravotnictví zcela zásadní vliv, pak je možné ho spatřit právě zde. Díky inspiraci Švýcarskem je i zde možné mluvit o policy transferu. Nejpřesněji však lze řetězec událostí vystihnout jako linii od většího vědeckého zájmu o danou oblast přes pozornost v rámci globální diskuse po trefení se do určité konstelace v Německu – nespokojenost se současným systémem, rostoucí složitost – to vše navzdory už relativně slušnému hospodářskému růstu. K tomu přichází politická garnitura, která nejen že má zvyšování gramotnosti coby prostředek k dosažení orientace na občana (*Bürgerorientierung*) v programu, ale navíc svou podstatou uvažuje více v kategoriích morálky a mravnosti a považuje zvýšení osvěty v této oblasti za žádoucí samo o sobě.

Sjednocení Německa ovlivnilo západoněmecký systém v první fázi jen málo, zřejmě na úrovni prvního řádu podle Halla. Důvodem bylo rozhodnutí zavést i v nových spolkových zemích západoněmecký systém. To však neznamenalo, že poptávka veřejnosti a především programy opozice nebyly inspirovány některými prvky východoněmeckého systému. Velmi oceňována byla NDR za úspěchy v oblasti prevence. Tato práce ukazuje, že v době vlád za účasti sociálních demokratů došlo k významnému nárůstu výdajů na prevenci, zatímco konzervativně-liberální vlády tuto tendenci brzdily. Podílem výdajů na prevenci se dnes Německo řadí na nejvyšší příčky. Dalším respektovaným úspěchem byl hladší přechod mezi ambulantní a stacionární péčí

kde nedocházelo k zanedbání, např. při propuštění z nemocnice. Systém poliklinik a organizované spolupráce ambulantních a stacionárních pracovišť se v tomto ohledu stal vzorem. Není divu, že když nastala vhodná konstelace politických stran, inspirace se vynořila a opět se dostala ke slovu. Sloučení obou systémů se tedy jako významný moment projevilo takto nadvakrát, podruhé zřejmě ještě silněji. Zatímco v první fázi byl realizován za vlády CDU/CSU (byť s opoziční většinou ve Spolkové radě), v druhé fázi (v tomto tisíciletí) již za vlád s účastí SPD.

Ačkoli to není primárním cílem této práce, nelze opomenout otázku politické konstelace. Řada studií opomíná či neakcentuje skutečnost, že uplynulých třicet let je v různých obměnách souborem dvou ideových proudů – konzervativně-liberálního a sociálnědemokratického. Jestliže Reiter (2017) dospívá ke zvláštnímu zjištění, že pro konkurenční trh a větší odpovědnost jedince toho více učinila SPD než CDU, pak tato práce by tento rozpor formulovala jinak. Každá ze stran podnikla některé kroky v tomto směru, ale každá jednak za jiných podmínek a jednak v jiné formě. Koalice CDU/CSU a FDP vládla v době hospodářské recese a tržní opatření prosazovala na řadě polí na jednu, což se mnohdy vylučovalo. Masivní opatření směrem ke zvýšení efektivity veřejného pojištění spojené s úsporami za léčiva by v letech 2009-2013 nepochybně znamenaly (byť i mírné) oslabení farmaceutického průmyslu. Tato práce naznačuje, že vyhodnocení farmaceutického průmyslu jako speciálního odvětví odolného proti recesi je přinejmenším sporné. Ať už však oprávněně, nebo ne, farmaceutický průmysl takto upřednostněn byl. Dvě odlišné formy, kterými konzervativně-liberální a levicové koalice dospívají k větší samostatnosti pojištěnce, bych charakterizoval takto: Zatímco levicové strany pojištěnce vybaví solidní orientací v systému, v jeho rozhodnutích ho vedou a snaží se o co nejdůslednější poskytnutí rovných podmínek, konzervativně-liberální koalice pojištěnce zkrátka vhodí do nějak nastaveného systému a ponechá celou orientaci, včetně různých omylů a excesů, na něm samotném.

Zůstává bohužel stále praktickým problémem zhodnotit, kterou z cest by si vlastně pojištěnec přál. Výzkumy nepostihují hodnotu, kterou by pojištěnec pro svobodu rozhodnutí obětoval. Proto ji v zásadě všichni dotazovaní obecně vítají. Konzervativní strany vycházejí z ekonomického předpokladu, že právě volbou subjekt ukazuje své preference, a tudíž jím zvolená varianta je optimální. To ovšem platí za spousty nevyřčených předpokladů. Pojištěnec chce pro sebe optimální službu – za co nejméně vynaložených prostředků co nejvyšší kvalitu dostupnou v místě a čase. Otázka

samostatnosti není sama o sobě relevantní, ale je jen prostředkem (možná jedním z prostředků), jak dosahovat optima.

Ať už se ukáže úspěšnější kterákoli z těchto cest, práce dochází k závěru, že zdravotnictví prošlo změnami obojího typu a často v nějaké kombinaci, ale kromě toho se zde objevily i změny vedoucí opačným směrem, tedy k více kolektivnímu modelu. Jedná se zejména o zavedení Zdravotního fondu nebo center zdravotní péče. Spíše než posun směrem ke kompetitivnímu liberálnímu modelu tyto změny hodnotím jako velmi mírné a nejlépe bych je popsal jako rozkročení. Téměř každý z kroků jedním směrem byl následován nějakým krůčkem směrem opačným. Jednotlivé sektory zdravotnictví se vyvíjely odlišně – viz stacionární a ambulantní sektor. Nelze tedy ani z tohoto důvodu konstatovat o zdravotnictví jako celku, že se vydalo jedním směrem.

Hypotéza, že pojištěnec se dnes nachází v jiném postavení v rámci systému, se potvrzuje, ale nestalo se tak v nějak velkém rozměru. Pojištěnec je optikou politických stran jistě více středobodem, má i v určitých případech možnost volby, ale mnohdy trochu tápe, pokud taková možnost opravdu nastane. Existují navíc případy, kdy byla volba naopak mírně omezena. V některých případech volbu omezila i dobře míněná snaha, např. zavést nejrůznější předdefinované programy. Jejich zavedení bylo přímo zdůvodňováno možností volby. Díky tomu, že programy byla schopna realizovat jen část lékařů, konkurenční potenciál se zmenšil, a to zejména v oblastech s nižší hustotou ambulantní péče.

Pokud uznáme, že se podmínky změnily, stalo se tak zejména zásluhou zavedení svobodné volby pojišťovny, které však s sebou neslo některá protichůdná opatření. Smysl získalo teprve s příslušnou úpravou nabídkové strany, tedy diferenciací pojišťoven podle ceny a nabízené kvality služeb. Cenou za tento krok byl poměrně nepřehledný mechanismus vyrovnávání rizik a nakonec i snížená možnost rozhodování pojišťoven o části prostředků. Nové formy péče dle mého názoru nepřinesly posun v samostatnosti pojištěnce. Jednak by o ně musel být větší zájem a jednak by musely opravdu konkurenčním způsobem obohatit nabídku zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že byly zčásti inspirovány kolektivistickým systémem NDR, lze o tom oprávněně pochybovat.

Ve světle debaty načrtnuté v úvodu této práce lze konstatovat, že v oblasti zdravotnictví sice Německo tu a tam vykročilo na neprozkoumaný terén, ale zřejmě nevybočilo

z koridoru konzervativního sociálního státu založeného na subsidiaritě. Svou roli v této rezistenci sehrály především některé velmi tradiční prvky – stavovsky pojatý praktický lékař, který ordinuje „ve svém“ a přináší pojištěnci cenná doporučení a osvětu, soukromé pojištění jako status pro určité profese a vrstvy, které odmítají vůbec pomyslet na jinou formu pojištění, a koneckonců i do určité míry mytizované pojetí farmaceutického průmyslu. Ačkoli tito aktéři mnohdy jednají v různých konstelacích nečekaně, nikdy nezareagovali proti svému vitálnímu zájmu. Protože při velkých reformách vždy hraje velkou roli celková ekonomická situace a skutečně liberálně reformní koalice se k moci dostala v době recese, neodehrál se masivní posun směrem k soutěži a skutečné odpovědnosti pojištěnce.

Summary

The analysis of the system of healthcare in Germany addresses the question how and why the role of injured persons developed over the past 30 years. The hierarchy of all key players within the system (healthcare providers, sickness funds, industry) has undergone distinctive changes; new measures were introduced, and new bodies were established. For the first time, it takes account of patients' preferences. Sickness funds have merged and gained prominence. One could say that the position of these players has been changed. The question remains if the nature of the players, especially insured persons, remained untouched.

The study was based on the approach of actor-centred institutionalism, which is based on the premise that institutions can act in line with impulse, but they can oppose it under some circumstances. An economical evaluation is made in various cases, which helps to evaluate the dimension of each measure.

The distinction of sickness funds was enabled by the cabinets of H. Kohl. Twenty years later, sickness funds are faced with patients who prefer quality and low price and are willing to change their affiliation under some circumstances.

In the 1990s, stationed doctors as well as some hospitals were considered too strong. The aim of the state was to nivelize them with sickness funds. The state surrendered some rights to new bodies, especially the Federal Joint-Committee (G-BA). The affiliation of insured persons with funds was based on the territory, family or employment until early the 1990s. People may differ in their ability or willingness to change from one fund to another. Some factors are immanent, such as the swiftness of change, however, the most important factor is still the fee amount. To establish fair competition, a risk-balancing mechanism (Risikostrukturausgleich – RSA) was introduced. Leftist parties tend to push for a more complex risk-balancing mechanism, whereas CDU/CSU and FDP promote a limitation of this mechanism. Regarding the whole system of statutory and private health insurance, leftist parties repeatedly tried to unify both systems. While CDU/CSU and FDP wanted to introduce a fee, which is not dependent on wage, the other parties pushed for a progressive fee, which resulted in a compromise of Gesundheitsfonds in 2008. Again, the competition among sickness funds was limited.

Another significant feature of the German system is that there are no hospital unions neither at the regional nor at the federal level. The system of DRGs (Disease Related Group) started to be introduced in the mid-1990s; the system optimized the biggest differences in payments. However, hospitals lost some parts of their creativity.

The pharmaceutical market in Germany is closely connected with the healthcare system. Not only does it provide employment, but it also generates more than 10 % of German GDP and the field is far more innovative than other industrial branches. Moreover, the healthcare system recovered much better than the other industrial branches did after the 2008-2011 crises. The Governments of CDU/CSU and FDP motivated consumers to buy generics, which generated savings. In addition to this, some important OTC-switches were realized, especially between 2009 and 2013. The European Union plays an important role in enabling imports of alternative pharmaceuticals from abroad. However, the influence of the EU level is double-edged. Some sectors can be negatively influenced by direct competition with low-income countries.

Right after the Unification, stationed practitioners welcomed the efforts of the Government to limit their numbers. Later on, stationed practitioners started to refuse these reform measures. The Ministry delegated the most competences to unions of doctors and sickness funds. These unions are able to decide independently, but strictly within the framework established by the Ministry. The strongest union, Marburger Bund, aimed at reducing the differences between private and employed doctors.

Healthcare centres (Polikliniken) were considered unsuccessful in the 1990s, yet they were reinvented a few years later. The improvement in work-life balance of doctors or in the density of healthcare facilities failed. Moreover, the idea that healthcare centres would offer more alternatives for patients did not prove to be true. It is important to mention that the re-introduction of health care centres could be seen as a delayed effect of the Unification.

The insured persons – the most important players in the system – act rationally to some extent. Solid information is a necessary precondition for any qualified decision. Otherwise, no real competition would be possible. Various surveys showed that people prefer to be informed by doctors. Since 2013 there is a solid effort to improve health literacy, which started to be one of the global topics. The Government of G. Schröder

was the first one to introduce patients' accounts method, which assumes that a patient facing his own expenses would be more economical.

The aim of this study was to describe and explain the changes the insured persons went through in relation to the other players of the system. In a broader context, a question can be raised: Did the healthcare system change in order to step out of the traditional territory of conservative social state? The study comes to a conclusion that several changes were made, but not to a great extent. Limited competition started between sickness funds. Their number decreased significantly over the past 30 years. They are more powerful than it used to be. The freedom of choice of patients is definitely broader, yet not utilised very much. If the patients choose one of the favourable programmes, their freedom of choice is limited again. Moreover, the way insured people choose their sickness funds is not as information-based as anticipated. At the same time, the system has been developing and getting more complicated. According to partial findings the information is insufficient. The insured persons follow the recommendation of reference groups. No Government put strong emphasis on literacy in healthcare systems until 2015. The situation changed dramatically since the results of the first EU survey were presented.

Many researchers noticed that the aim of most Governments was to give more independence to insured persons. Some of them, such as Rosenbrock and Gerlinger (2013) attribute this effort to both large groups (SPD and The Greens, as well as CDU/CSU and FDP). Others, like Renate Reiter (2017) indicate that the independence and competitiveness are rather typical of socialists than for the others. I would prefer another formulation – both coalitions contributed to the independence, yet each of them in a different way and under different premises. While the socialists set up fair conditions and provided patients with knowledge, the conservatives let them act on their own account instead. Additionally, the conservatives supported independence in various fields at the same time, not only in healthcare. In my opinion, the new forms of health care (new programmes, health care centres) did not contributed much.

Based on these findings the study concludes that none of these changes were that significant in the sense of a shift towards a liberal model. Moreover, some inspiration based on the GDR experience can be found. The health care system did not change its nature, because some structures (stationed doctors, insurance companies or pharmaceutical companies) are based on a long-lasting tradition, which made them

more resilient. It always depends on a concrete combination of interest in politics, on an overall economic situation and unexpected stimuli from abroad.

The social state in Germany did not deviate from the trend over the last 30 years, yet with some exceptions. The most important impulses from which the change benefited were the introduction of the freedom of choice of the sickness fund and the subsequent necessary steps. The new forms of health care re-directed the system in the other direction in some features.

Použitá literatura

1. Monografie a kapitoly sborníků

Abel, T.: Cultural Capital in Health Promotion. In: Health and Modernity. New York: 2007

Abel, T.: Gesundheitskompetenz/Health Literacy: Von Definitionen über Konzepte zu den Operationalisierungen – und zurück. In: Health Literacy/Gesundheitsförderung – Wissenschaftliche Definitionen, empirische Befunde und gesellschaftlicher Nutzen. Köln: 2015

Abelshauer, W.: Deutsche Wirtschaftsgeschichte. Von 1945 bis zur Gegenwart. 2. überarbeitete und erweiterte auflage. München: Verlag C. H. Beck: 2014

Abholz, H., Kochen, M.: Was ist Allgemeinmedizin? In: Kochen (Hrsg.): Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Berlin: Thieme: 2006

Antonovsky, A.: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag: 1997

Arndt, M.: Gesundheitspolitik im Geteilten Berlin 1948 bis 1961. Köln: 2009

Arnold, M.: Warum stellt sich das Thema Ethik der Gesundheitsökonomie. In: Mohr, J. – Schubert, Ch.: Ethik der Gesundheitsökonomie. Heidelberg: Springer Verlag: 1992

Bandelow, N.: Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Opladen: Springer Verlag: 1998

Bandelow, N., Schubert, K.: Wechselnde Strategien und kontinuierlicher Abbau solidarischen Ausgleichs. In: Wewer, G. (Ed.): Bilanz der Ära Kohl. Christlich-liberale Politik in Deutschland 1982–1998. Opladen: 1998

Bandelow, N., Eckert, F., Rösenberg, R.: Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft. Berlin: 2009

Beck, S.: Lobbyismus im Gesundheitswesen. Baden-Baden: 2014

Beske, F.: Reformen im deutschen Gesundheitswesen: Aktuelle Vorschläge aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH: 2002

Borchert, G.: Die Rolle der Patienten und Versicherten im neustrukturierten GKV-System, Festschrift für Wolfgang Gitter, Wiesbaden: Chmielorz: 1995

Braun, B., Streich, W.: Gutes Beitrags-Leistungs-Verhältnis oder Sicherheit - Was wollen die Bürger von ihrer Krankenkasse?. In: Böcken, J., Braun, B., Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2003 - Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Gütersloh: 2003

- Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M.: Gesundheitsökonomik. Das Gesundheitswesen mit seinen Kostensteigerungen und sonstigen Problemen ist ein Dauerbrenner der politischen und sozialen Diskussion. Berlin: 2013
- Busse, R. Methoden der Versorgungsforschung. In: Hey M, Maschewsky-Schneider U., Busse R., Häussler B., Pfaff H., Rosenbrock R., Schrappe M. (Hrsg.): Kursbuch Versorgungsforschung. Berlin: 2006
- Bundesverband der Arzneimittelhersteller: Der Arzneimittelmarkt in Deutschland. Zahlen und Fakten. Bonn: 2015
- Burger, Christina: Marktversagen bei Gesundheitsgütern. Jahrbuch für Wirtschaftswissenschaften. Berlin: 1997
- Butterwegge, C.: Wohlfahrtsstaat am Scheideweg. Wohin steuert die neue Koalition? 2013
- Coca, V., Nink, K., Schröder, H.: Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes 2012. In: Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneverordnungsreport 2012. Berlin: 2012
- Dormann, F., Klauber, J.: Qualitätsmonitor 2017. Berlin: 2017
- Döhler, M., Manow, P.: Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren. Opladen: 1997
- Elling, R.: The Struggle for Workers' Health. A Study of Six Industrialized Countries. Baywood: 1986
- Emanuel, E.: Gesundheitsversorgung im Alter – die Perspektive eines liberalen Kommunitarismus. Marckmann, G. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung im Alter. Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Stuttgart/New York. 2003
- Esping-Andersen, G.: The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton: 1990
- Eucken, W.: Grundsätze der Wirtschaftspolitik. Berlin: 2014
- Frankenberg, G.: Solidarität in einer „Gesellschaft der Individuen“? Stichworte zur Zivilisierung des Sozialstaats. In: Frankenberg, G. (Hrsg.): Auf der Suche nach der Gerechten Gesellschaft. Frankfurt: 1994, s. 210-223
- Frerich, J., Frey, M.: Handbuch der Geschichte der sozialpolitik in Deutschland. Band 1. München: 1996
- Günther, J., Nink, K., Schröder, H.: Was tun bei Sodbrennen? Säuerbedingte Magen-Darm-Erkrankungen, Wissenschaftliches Institut der AOK. Bonn: 2006
- Halbe, B., Jeibmann, M., Kuhnert, F., Orłowski, U., Schirmer, H.: Medizinische Versorgungszentren. Rechtliche, steuerliche und betriebswirtschaftliche Aspekte bei Gründung und Gestaltung. Heidelberg: 2011

Halle, P. Sodbrennen als Frage des Lebensstils. Jena: 2010

Hancher, L.: The European Community Dimension: Coordinating Divergence. In: Mossialos et al. (Eds.): Regulating Pharmaceuticals in Europe: Striving for Efficiency, Equity and Equality. Maidenhead: 2004

Hanušová, P., Stožický, A., Kružík, L.: Požadavky na adaptaci DRG v Německu. Kostelec nad Černými lesy: 2003

Harych, H.: Zur Zukunft der Polikliniken und der ambulanten Versorgung in der DDR. In: thiele, W. (Hrsg.): das Gesundheitswesen in der DDR: Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat. St. Augustin: 1990

Heinze, R.: Rückkehr des Staates? Politische Handlungsmöglichkeiten in unsicheren Zeiten. Berlin: 2009

Henke, K., Leber, W.: Territoriale Erweiterung und wettbewerbliche Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In: Hansmeyer (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der deutschen Einheit II, Schriften des Vereins für Socialpolitik, 229/II. Berlin: 1993

Henning, F., Tennstedt, F.: Quellensammlung zur Geschichte der Deutschen Sozialpolitik 1867 – 1914, Band V. Berlin: 1999

Herder-Dorneich & Wasem: Krankenhausökonomik zwischen Humanität und Wirtschaftlichkeit. Berlin: 1986

Höppner, K. et al.: Kassenwettbewerb: Motive für einen Kassenverbleib. In Böcken, J, Braun, B., Schnee, M. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Berlin: 2004

Hockerts, H.: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Band 1, Grundlagen der Sozialpolitik. Berlin/Bonn: 2001

Klas, C.: Gestaltungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen. Wiesbaden: 2000

Kneips, F., Reiners, H.: Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte-Intentionen-Kontroversen. Bern: 2015

Korte, K. et al.: Stärke durch Wandel? Perspektiven der Union. In: Jesse, E., Sturm, R. (Hrsg.): "Superwahljahr 2011" und die Folgen. 2012 ,s. 45 – 62

Krogull, J.: Wettbewerbsstrukturen im Selbstverwaltungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung. Verfassungs- und gemeinschaftsrechtliche Vorgaben. Baden Baden: 2008

Krukemeyer, M., Marckmann, G., Wiesing, U.: Krankenhaus und soziale Gerechtigkeit. Stuttgart: 2005

Kühn, H.: Ergebnisorientierung versus Wettbewerb in der medizinischen Versorgung, in: Ulrich Laaser/Andrea Schwalbe (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Von der Kosten- zur Nutzenorientierung. Lage: 2000

Labisch, A., Spree, R. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 19. Jahrhundert. Krankenhausträger, Krankenhausfinanzierung, Krankenhauspatienten. Frankfurt/New York: 2001

Langer, B., Pfaff, A., Wasem, J., Rothgang, H., Gress, S.: Ausgestaltung und Sozialpolitische Auswirkungen des Kopfpauschalensystems in der Schweiz. In Gress, S., Pfaff, A., Wagner, G. (Hrsg.): Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie. Expertisen zur Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Düsseldorf: 2005

Lauterbach, K., Lungen, M.: DRG Fallpauschalen – eine Einführung. Stuttgart: 2000

Lauterbach, K., Stock, S., Brunner, H.: Gesundheitsökonomie.. Bern: 2009

Lauterbach, K., Lungen, M., Schrappe, M. Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium. Bern: 2010

Kotler, P., Bliemel, F.: Marketing-Management. Stuttgart:1999

Levy, S.: The empowerment tradition in american social work - a history. New York: 1994

Makoski, K.: Kirchliche Krankenhäuser und staatliche Finanzierung. Geschichte, Ausgestaltung, verfassungsrechtliche Anforderungen. Frankfurt am Main: 2010

Mayntz, R., Scharpf, F.: Der Ansatz der akteurszentrierten Institutionalismus. In: Mayntz, R., Scharpf, F. (Hrsg.): Gesellschaftliche Selbstregulung und politische Steuerung. Frankfurt/New York: 1995

Mohr, K.: Von „Welfare to Workfare“? Der radikale Wandel der deutschen Arbeitsmarktpolitik. In: (Bothfeld, S. et al. (eds.)): Arbeitsmarktpolitik in der sozialen Marktwirtschaft. Berlin: 2009

Kleinfeld, R., Zimmer, A., Willems, U.: Lobbyismus und Verbändeforschung: Eine Einleitung. In Kleinfeld et al. (Hrsg.): Lobbying: Strukturen, Akteure, Strategien. Wiesbaden: 2007, s. 7-35

Kulpok, S.: Auswirkungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) auf die Beitrags- und Kommunikationspolitik der Krankenkassen. München: 2015

Kunczik, M.: Public Relations: Konzepte und Theorien. Stuttgart: 2010

Leif, T., Speth, T.: Die fünfte Gewalt – Anatomie des Lobbyismus in Deutschland. In Bundeszentrale für politische Bildung: Schriftreihe 514, 2006. s 10-36

- Neumann, L., Schaper, K.: Die Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland, Bonn: 2008
- Nieri, A.: Helicobacter Infections in praxis. Thames: 1999
- Nink, K., Schröder, H.: Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland. In: Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungsreport 2004. Berlin: 2004
- Noweski, M., Engelmann, F.: Was ist Gesundheitspolitik? Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale des politikwissenschaftlichen Beitrages zur Gesundheitssystemforschung. Berlin: 2006
- Nozick, R.: Anarchie, stát a utopie. Praha: 2014
- Oberender, P., Ruckdäschel, S.: Das "besondere" Gut Gesundheit - Implikationen für die stationäre Versorgung, in: Heiß, Günter (Hrsg.): Wie krank ist unser Gesundheitswesen, Mainz: 2000, s. 175-187
- OECD 1993: OECD Health Systems. Facts and Trends 1960-1991. OECD Health Policy Studies No. 3. Paris: 1993
- Orren, K., Skowronek, S.: Order and time in Institutional Study: A Brief for the Historical Approach. In: Farr, J., Dryzek, J., Leonard, S. (Eds.): Political Science in History. Research Programs and Political Traditions. Cambridge: 1995
- Pflüger F.: Organisation der Patientenaufklärung. In: Krankenhaushaftung und Organisationsverschulden. MedR Schriftenreihe Medizinrecht. Berlin, Heidelberg: 2002
- Reichelt, H., Steffens, J.: Ursachen und Hintergründe der Gegenwärtigen Finanzierungskrise in der Ost-GKV. Bonn: 1997
- Reiners, H.: Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: 2009
- Reiter, R.: Sozialpolitik asu politikfeldanalytischer Perspektive. Berlin: 2017
- Rice, T.: The Economics of Health Reconsidered. Chicago: 1998
- Ritter, G.: Thesen zur Sozialpolitik der DDR. In: Hoffmann, D., Schwartz, M (Eds.): Sozialstaatlichkeit in der DDR. Sozialpolitische Entwicklungen im Spannungsfeld von Diktator und Gesellschaft 1945/49 – 1989. 2009
- Roos, L.: Der Sozialstaat im Spannungsfeld von Solidarität und Subsidiarität. Köln: 1997
- Rosenbrock, R.: Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Berlin: 1998

- Rosenbrock, R., Gerlinger, T.: Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: 2014
- Rosewitz, B. - Webber, D.: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a. M./New York: 1990
- Rudolf-Virchow-Bund: Gesundheitsreform in der DDR: Leitlinien des Rudolf-Virchow-Bundes. Berlin: 1990
- Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1991. Baden-Baden: 1991
- Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität. Baden-Baden: 2003
- Shigan, E., Hughes, D., Kitsul, P.: Health Care Systems Modelling at IIASA: A Status Report. Vienna: 1979. Dostupné na: <http://pure.iiasa.ac.at/1175/1/WP-79-008.pdf>
- Schaffer, D. et al.: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: 2018
- Simon, M.: Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: 2010
- Schipperges, H.: Hildegard von Bingen: Ein Zeichen für unsere Zeit. Berlin: 1981
- Schmidt-Aßmann, H.: Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen. Berlin: 2001
- Schmidt-Wilke, J.: Nutzenmessung im Gesundheitswesen. Vallendar: 2004
- Schramm, M., Kostka, U., Kracht, H.: Der fraglich gewordene Sozialstaat. 2006
- Speth, R.: Politikberatung als Lobbying. In Dagger, S. et al. (Hrsg.): Politikberatung in Deutschland. Praxi und Perspektiven. Wiesbaden: 2004, s. 164 - 177
- Shigan, E., Hughes, D., Kitsul, P.: Health Care Systems Modelling at IIASA: A Status Report. Vienna: 1979
- Schwabe, U., Paffrath, D.: Arzneiverordnungreport 91. Stuttgart: 1991
- Schwabe, U., Paffrath, D.: Arzneiverordnungs-Report 2004. Berlin: 2004
- Schwabe, U., Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2012. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Berlin/Heidelberg: 2012
- Schwabe, U., Paffrath, D.: Arzneiverordnungs-Report 2016, Berlin: 2016
- Schwartz, F., Badura, B., Blanke, B. (Hrsg.): Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Denkschrift. DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft). London: 1995

- Schwartz, F., Busse, R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. 2. Aufl. München: 2003
- Schwartz, F. et al.: Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Weinheim: 1995
- Schöne-Seifert, B.: Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart: 2007
- Schwartz, F., Busse, R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. 2. Aufl. München: 2003
- Schwefel, D., van Eimeren, W., Satzinger, W. (Hrsg.): Der Bayern-Vertrag. Evaluation einer Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen. Berlin: 1986
- Statistisches Bundesamt. Fachserie 12. Gesundheitswesen 2001, Reihe 6.1: Wiesbaden: 2006
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden: 2015
- Stegmüller, K.: Wettbewerb und Solidarprinzip. Determinanten der Unvereinbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitspapier Nr. 10/1992 der Abteilung für Medizinische Soziologie. Frankfurt am Main: 1992
- Streeck, W., Thelen, K.: Introduction. Institutional Change in Advanced Political Economies. In: Streeck, W., Thelen, K. (Eds.): Beyond continuity: institutional change in advanced political economies. Oxford: 2005
- Tennstedt, F.: Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg. Göttingen: 1981
- Titmuss, R.: Social policy: An introduction. New York: 1974
- Vogt, G.: Ärztliche Selbstverwaltung im Wandel. Eine historische Dokumentation am Beispiel der Ärztekammer Nordrhein. Köln: 1998
- Verband forschender Arzneimittelindustrie: Statistics 2011. Die Arzneimittelindustrie in Deutschland. Berlin: 2011
- Wahl, A.: Kooperationsstrukturen im Vertragsarztrecht. Berlin: 2001
- Wasem, J.: Vom staatlichen zum kassenärztlichen System. Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland. Frankfurt/Main: 1997
- Wehrmann, I.: Lobbying in Deutschland – Begriff und Trends. In Kleinfeld et al. (Hrsg.): Lobbying: Strukturen, Akteure, Strategien. Wiesbaden: 2007, s. 36-64

Woopen, C.: Medizinisches Handeln als Gegenstand von Ethik, Qualitätsmanagement und Gesundheitsökonomie. In: Lauterbach, K., Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Stuttgart/New York: 2003

World Health Organization: The World health report 2000. Health systems: improving performance. WHO, Geneva: 2000

Zollnhöfer, H.: Die Wirtschaftspolitik der Ära Kohl. Eine Analyse der Schlüsselentscheidungen in den Politikfeldern Finanzen, Arbeit und Entstaatlichung, 1982-1998. Berlin: 2001

2. Články v periodických

Abel, T., Sommerhalder, K.: Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung. Bundesgesundheitsblatt. 9/2015, s. 923-929.

Adamy, Wilhelm: Vom Abbau zum Umbau des Sozialstaates – Bilanz konservativer sozialpolitik. *Gewerkschaftliche Monatshefte*. 11/1982

Albrecht, H.: Retter in Weiß oder Billig-Mediziner? Die Zeit, 29. 4. 2010

Andersen, H., Grabka, M., Schwarze, J.: Wechslerprofile – Risikoprofile. Relativer Beitragsbedarf der Kassenwechsler 1997 – 2001, *Arbeit und Sozialpolitik* 7-8/2002, s. 19-32

Ärztezeitung: Kein Interesse an Patientenquittung. 11. 1. 2005

Ärztezeitung: Hausarzt: Mein Chef ist eine GmbH, 10. 6. 2014

Bandeslow, N., Hartmann, A.: Health Policy Prior to the German Federal Election of 2013: The Party Political Marginalisation of a Previously Central Topic in Election Campaigns. *German Politics*. 4/2014, s. 371-385

Benz, A.: Reformillusionen und eigendynamik des Verwaltungsaufbaus in Ostdeutschland. Das Beispiel der Länderneugliederung im Raum Berlin/Brandenburg. *Die Verwaltung* 3/ 1993, s. 328-9-351

Beske, F.: Gesundheitssystemforschung - Ziele und Aufgaben des Instituts für Gesundheitssystemforschung Kiel. *Niedersächsisches Ärzteblatt* 18/1978

Boroch, W., Michel, C.: GKV und PKV nach der Gesundheitsreform – „Systemkonkurrenz“ oder „konvergente Evolution“?. *Geusndheits- und Sozialpolitik*. 11-12/2007, s. 56-60

Bungenstock, J.: Deutscher arzneimittelmarkt zwischen Wettbewerb und Regulierung im zusammenwachsenden Europa. *Wirtschaftsdienst* 2010 Sonderheft, s. 51-58

Busse, R., Schreyögg, J., Henke, K.-D.: Regulation of Pharmaceutical Markets in Germany: Improving Efficiency and Controlling Expenditures?. *International Journal of Health Planning and Management*, 4/2005 s. 329 – 349

Ciliberto, F., Dranove, D.: The effect of physician-hospital affiliations on hospital prices in California, *Journal of Health Economics* 25/2006, s. 29-38

Cohen, J., Millier, A., Karray, S., Toumi, M.: Assessing the economic impact of Rx-to-OTC switches: Systematic review and guidelines for future development. *Journal of medical economics* 6/2013, s. 835-844

Cuellar, A. – Gertler, P.: Strategic integration of hospitals and physicians, *Journal of Health Economics*, 25. a Gaynor, M. Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe (but that's not final), *Journal of Health Economics* 25/2006, s. 175-180

Deutsche Apothekerzeitung: BPI-Hauptversammlung: Ein klares Nein zu Positivliste und Festbeträgen 26/2001, s. 30

Deutsche Apothekerzeitung: Pseudoephedrin bald verschreibungspflichtig? 28/2010, s. 14

Deutsches Ärzteblatt: „Wir sind bei Ärzten noch nicht bekannt“ 6/2014

Ernst, M., Seger, W.: Die historische Entwicklung des politischen Konzeptes der Gesundheitsprämie/Kopfpauschale. *Sozialer Fortschritt* 4-5/2011, s. 105-107

Frankfurter Allgemeine Zeitung: Bundesrat lehnt Positivliste für Medikamente ab. 23. 5. 2003. Dostupné na <http://www.faz.net/aktuell/politik/gesundheitsreform-bundesrat-lehnt-positivliste-fuer-medikamente-ab-1101265.html> (přístup 20. 8. 2017)

Gaissmaier, W., Gigerenzer, G.: Statistical illiteracy undermines informed shared decision making. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 7/2008, s. 411-413

Gress, S.: Freie Kassenwahl und Preis wettbewerb in der GKV – effekte und Perspektiven. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 71 (2002), 4, s. 496-497

Hall, Peter. Policy paradigm, social learning and the state: the case of economic policy making in Great Britain. *Comparative Politics* 3/1993, s. 275-296

Hanker, T., Vauth, C., Mittendorf, T., Schulenburg, J.: Bereitstellung von Gesundheitsinformationen durch Krankenkassen. *Gesundheits- und sozialpolitik* 5/2008

Hansen, L.: Was heißt Eigenverantwortung in der Praxis? Einblicke in den ärztlichen Alltag. *Zeitschrift für Evidenz, Qualität und Fortbildung im Gesundheitswesen* 10/2012, s.

Harro, A.: Retter in Weiß oder Billig-Mediziner? *Die Zeit* 18/2010. Dostupné na <http://www.zeit.de/2010/18/M-Hausaerzte> (přístup 30. 12. 2015)

- Hockerts, H.: Hundert Jahre Sozialversicherung in Deutschland. Ein Bericht über die neuere Forschung. *Historische Zeitschrift* 235 (1983) S. 361 - 385
- Holge, K.: Fusionen statt Wettbewerb. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 6/2009, s.
- Honekamp, I. – Rehmann, A.: Health Care Reform 2007: Justice and Allocational Consequences. *Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler – German Journal for Young Researchers* 2009, vol. 1, issue 1, s. 30-44
- Chew, L. et al.: Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine Journal*, 8/2004, s. 588-594
- Jacobs, K. et al.: Problematische Umsetzung der Gesundheitsreform. *Wirtschaftsdienst*. 10/2008, s. 631-652
- Janura, L. [1]: Breaking traditional boundaries between stationary and ambulatory health care. *Journal of Nursing, Social Studies, Public Health and Rehabilitation*. 1-2/2018, s. 55-66
- Janura, L. [2]: Od prvních průzkumů k akčnímu plánu – zkoumání zdravotní gramotnosti v Německu. *Kontakt*. 4/2018, s. 81-88
- Jung, K. a kol.: Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Ansprüche der Versicherten präzisieren. *Deutsches Ärzteblatt* 7/2000, s. 365-370
- Kondilis, B. et al. Mapping Health Literacy Research in the European Union: a bibliometric analysis. *PLoS One*. 6/2008.
- Köppl, B., Müller, S.: Nicht alle Erwartungen bestätigt. *Deutsches Ärzteblatt*, 47/2008, s. 2500
- Lauterbach, K., Lungen, M.: Gesundheitsfonds – Intention, Systemfragen und Steuerungswirkung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*. 4/2008, s. 11-14
- Lehmbruch, G.: The Process of Regime change in East Germany: An Institutional Scenario for German Unification. *Journal of European Public Policy* 1/1994, s. 115-141
- Leiber, S., Greß, S., Manouguian, M.: Health Care System Change and the Cross-Border Transfer of Ideas: Influence of the Dutch Model on the 2007 German Health Reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 4/2010, s. 540-568
- Machowecz, M.: Die Aufbauhelfer treten ab. *Die Zeit* 14/2015. Dostupné z <http://www.zeit.de/2015/14/osten-beamte-aufbau-pensionierung> (Přístup 29. 8. 2017)
- Meinhardt, V.: Kostenexplosion im Gesundheitswesen? *DIW Berlin – Wochenbericht*. 7/2003, s. 1
- Miehm, A.: Versicherte fliehen vor Zusatzbeiträgen. *Frankfurter allgemeine Zeitung*, 27. 7. 2010.

Miehm, A.: Union wirft FDP „Kniefall vor der Ärztelobby“ vor. *Frankfurter allgemeine Zeitung*, 24. 2. 2011

Miller, R., Luft, H.: Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care?, *Health Affairs*, 5/1997, s. 7-25

Nebling, T.: Die Vermarktung des Versorgungsmanagements einer Krankenkasse Sind besondere Versorgungsformen für gesunde Versicherte von persönlicher Relevanz?. *Gesundheits- und Sozialpolitik*. 3-4/2009, s. 53-63

Nutbeam, D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 3/2000, s. 259-267

Töpfer, A., Opitz, F.: Hohe Versichertenzufriedenheit und -bindung erschweren Differenzierung. *Zeitschrift für Versicherungswesen*. 12/2005. s. 389-392

Orlowski, U.: Integrationsversorgung. *Die BKK* 5/2000, s. 191-199

Orlowski, U. Ziele des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG). *Medizinisches Recht* 4/2004, s. 202-206

Paheenthararajah, K., Hick, C., Karenberg, A.: Medizinproduktberater im Operationssaal. Patientenaufklärung erforderlich. *Deutsches Ärzteblatt* 46/2013

Rieser, S.: Medizinische Versorgungszentren. Chance für ländliche Regionen. *Deutsches Ärzteblatt* 2014, 22, s. 995

Sandt, C., Schmitt, T.: Viele Krankenkassen haben Einsparpotenzial. *Handelsblatt*. 28. 1. 2010. (Dostupné z: <http://www.handelsblatt.com/unternehmen/handel-konsumgueter/handelsblatt-vergleich-viele-krankenkassen-haben-einsparpotenzial/3356428.html>)

Seeleib-Kaiser, M.: The End of the Conservative German Welfare State Model. *Social Policy Administration*. 2/2016, s. 219-240

Schnitzer, S., Richter, S., Walter, A., Balke, K., Kuhlmei, A.: die Bewertung der ambulanten Gesundheitsversorgung aus Versichertensicht – Ergebnisse der KBV-Befragung 2008 – Teil 2. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 6/2008, s. 25

Schölkopf, M., Stapf-Finé, H.: Ergebnis eines internationalen Vergleichs der stationären Versorgung. *Das Krankenhaus*, 2, 2003. s. 111 - 120

Schönbach, K.: Wettbewerb in einem korporatistischen System mit Kontrahierungszwang: Ein Fehlversuch? *Gesundheits- und Sozialpolitik* 3-4/2015, s. 16-23

Seibel, W.: Notwendige Illusionen: Der Wandel des Regierungssystems im vereinten Deutschland. *Journal für Sozialforschung* 32/1992, s. 337-361

Sørensen, K. et al.: Health Literacy and Public Health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 1/2012. (Dostupné z: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-80>) (Přístup: 28. 1. 2018).

Sørensen, K. et al.: Health Literacy in Europe: Comparative results of the European Health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*. 6/2015, s. 1053-1058.

Spenk, C.: Leistungssteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Paradigmenwechsel, *Sozialer Fortschritt*, Jg. 50, Nr. 8, 2001, s. 199-200

Steiner, A., Robinson, R.: Managed Care: US research evidence and its lessons for the NHS. *Journal of Health Services Research and Policy*, 3/1998, s. 173-184

Vestergaard, P., Rejnmark, L., Mosekilde, L.: Proton pump inhibitors, histamine H2 receptor antagonists, and other antacid medications and the risk of fracture. *Calcified Tissue International*. 2/2006. s. 76-83

Weber, G.: Die Patientenquittung - Ein ungenutztes Marketing-Instrument in der gesetzlichen Krankenversicherung? *Gesundheits- und sozialpolitik*, 1-2/2006, s. 30-37

Weber, G.: Wechseldynamik, Wechslerprofile und Motive der Kassenwahlentscheidung. Empirische Befunde zum Konsumentenverhalten in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 6/2009, s. 32-42

Weisshaupt, T., Ebbinghaus, B.: Editorial. Der Umbau des Wohlfahrtsstaates in Krisenzeiten: Institutioneller Wandel in Deutschland im internationalen Vergleich. *Zeitschrift für Sozialreform*. 3/2013, s. 279-290.

Werding, M.: Gab es eine neoliberale Wende? Wirtschaft und Wirtschaftspolitik in der Bundesrepublik Deutschland ab Mitte 1970er Jahre. *Vertelsjahrhefte für Zeitgeschichte*. 2/2008, s. 303-321

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., Greer, D.: Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*. 2/2005, s. 195-203

Zok, K.: Erwartungen an die GKV nach Einführung des Gesundheitsfonds. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3 000 GKV-Versicherten, *WIdO-monitor* 6/2009, s. 1-8

3. Ostatní zdroje

AOK Plus. Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen: Qualitätsbericht Disease-Management-Programm. DMP Diabetes mellitus Typ 2. Sachsen und Thüringen. (Dostupné z: https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/plus/dmp/qs/plus_dmp_qs_ge_2013_dm2.pdf) (Přístup: 15. 2. 2016)

ARD: Umfragen, Analysen – August 2018. (Dostupné z: <https://www.infratest-dimap.de/umfragen-analysen/bundesweit/ard-deutschlandtrend/2018/august/>) (Přístup 20. 10. 2018)

Bayer Vital GmbH: Präsentation zur firmenübergreifenden Stellungnahme zu Punkt 3 der Tagesordnung für die 65. Sitzung des Sachverständigen Ausschusses für die Verschreibungspflicht am 6. Juli 2010 (Dostupné z: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Gremien/Verschreibungspflicht/65Sitzung/Anlage3.pdf?__blob=publicationFile&v=3) (Přístup: 1. 10. 2017)

Bubbenzer, R.: PPI: Millionenfach eingenommene Säureblocker machen abhängig. Sodbrennen-Welt. 2009.

Bundesministerium für Gesundheit [1]: Gesetzliche Krankenversicherung. Personal und Verwaltungskosten 2005. (Dostupné z: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_statistiken/krankenversicherung/PersonalVerwaltungskosten05.pdf) (Přístup: 5. 2. 2016)

Bundesministerium für Gesundheit [2]: Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) (Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/arzneimittelmarktneuordnungsgesetz-amnog.html>) (Přístup: 24. 9. 2017)

Bundesministerium für Gesundheit [3]: Pressemitteilung 4/2009 (Přístupné z: <http://bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2009-04/bundesrat-stimmt-neuregelungen-zu.html>) (Přístup: 21. 6. 2014)

Bundesministerium für Gesundheit [4]. Allianz für Gesundheitskompetenz. Gemeinsame Erklärung. 2017. (Dostupné z: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/E/Erklarungen/Allianz_fuer_Gesundheitskompetenz_Abschlusserklaerung.pdf) (Navštíveno: 5. 2. 2018)

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, e. V.: Die BPI-Mitgliedsunternehmen. (Dostupné z: <http://www.bpi.de/bpi/mitglieder/mitglieder/>) (Přístup: 17. 5. 2017)

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V.: Verhandlungen zum Koalitionsvertrag von CDU/CSU und FDP Trägerschaft Medizinischer Versorgungszentren, 20. 10. 2009 (Dostupné z:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Aufgaben, Ziele (Dostupné z:

Bundeszentrale für politische Bildung [1]: Der Gesundheitsfonds. (Dostupné z: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72984/der-gesundheitsfonds>) (Přístup: 27. 5. 2015)

Bundeszentrale für politische Bildung [2]: Die Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland (Dostupné z: <http://www.bpb.de/geschichte/deutsche-einheit/lange-wege-der-deutschen-einheit/47242/arbeitslosigkeit?p=all>) (Přístup: 3. 6. 2016)

Bundeszentrale für politische Bildung [3]: Staatliche Akteure. (Dostupné z: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72726/staatliche-akteure?p=all>) (Přístup: 14. 9. 2017)

Bundeszentrale für politische Bildung [4]: Teilzeitbeschäftigte. (Dostupné z: <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61705/teilzeitbeschaeftigte>) (Přístup: 2. 1. 2017)

CDU Deutschland: Neue Soziale Marktwirtschaft. Diskussionspapier der CDU Deutschlands

Berlin, 27. August 2001. (Dostupné z: http://www.cdu-rhein-sieg.de/sites/www.cdu-rhein-sieg.de/files/downloads/soziale_marktwirtschaft_lang.pdf) (Přístup: 26. 5. 2015)

CDU/CSU 2004: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell. Berlin: 2004

CSU: Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 26. 10. 2009 (Dostupné z: http://www.csu.de/common/migrated/csucontent/091026_koalitionsvertrag.pdf) (Přístup: 15. 2. 2015)

Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Krankenhausmanagement. (Dostupné z: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=253:99999999&p_th_id=-8) (Přístup: 6. 2. 2016)

Der Arzneimittelbrief: Protonenpumpenhemmer: zu häufige Verordnung und Risiken bei Dauertherapie. 49/2008. (Dostupné z: https://der-arzneimittelbrief.de/de/textdateiupload/2008,42,49_4462.pdf) (Přístup: 16. 6. 2014)

Deutsche Krankenhausgesellschaft: Zahlen, Daten, Fakten 1996. Düsseldorf: 1997

Deutscher Bundestag [1]: Aktuelle Fassung der öffentlichen Liste über die Registrierung von Verbänden und deren Vertretern.) Dostupné z: https://www.bundestag.de/blob/189476/8a29f48fcb37fca15bd96cf003515b23/lobbyliste_aktuell-data.pdf) (Přístup: 14. 10. 2017)

Deutscher Bundestag [2]: Beschlußempfehlung des Ausschusses für Gesundheit (15. Ausschuß). (Dostupné z: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/12/039/1203930.pdf>) (Přístup: 23. 3. 2016)

Deutscher Bundestag [3]: Endbericht der Enquete-Kommission. „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ gemäß Beschluß des Deutschen Bundestages vom

4. Juni 1987 und vom 27. Oktober 1988 - Drucksachen 11/310 und 11/3181. (Dostupné z: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/11/063/1106380.pdf>) (Přístup: 27. 6. 2015)

Deutscher Bundestag [4]: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). (Dostupné z: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/031/1603100.pdf>) (Přístup: 14. 2. 2015)

Deutscher Bundestag [5]: Entwurf eines Gesetzes zur Abänderung des Gesetzes über die Selbstverwaltung und über Änderungen von Vorschriften auf dem Gebiete der Sozialversicherung. (Dostupné z: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/01/025/0102513.pdf>) (Přístup: 22. 4. 2017)

Deutscher Bundestag [6]: Stenografischer Bericht 80. Sitzung. Berlin, Freitag, den 2. Februar 2007. (Dostupné z: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/16/16080.pdf>) (Přístup: 5. 5. 2015)

Deutscher Bundestag [7]: Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten. Drucksache V/4230. (Dostupné z: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/05/042/0504230.pdf>) (Přístup: 17. 12. 2015)

Deutscher Bundestag [8]: Der Ausschuss stellt sich vor. (Dostupné z: <https://www.bundestag.de/ausschuesse/a14/der-ausschuss-stellt-sich-vor-inhalt/542750>) (Přístup: 26. 10. 2018)

Deutscher Bundestag [9]: Sozialbericht 2013. Unterrichtung durch die Bundesregierung. BT-Drucksache 17/14332. (Dostupné z: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/17/143/1714332.pdf>) (Přístup: 12. 9. 2018)

Dierks, M., Seidel, G., Schwartz, W., Horch, K.: Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Gesundheitsberichterstattung - Themenhefte, Juli 2006. (Dostupné z: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9858) (Přístup: 16. 10. 2017)

Ebbinghaus, B.: Comparing Welfare State Regimes: Are Typologies an Ideal or Realistic Strategy? Draft Paper presented at European Social Policy Analysis Network, ESPAnet Conference, Edinburgh, UK, September 6-8, 2012. (Dostupné z: http://www.cas.ed.ac.uk/_data/assets/pdf_file/0005/89033/Ebbinghaus_-_Stream_2.pdf) (Přístup: 21. 10. 2018)

Etgeton, S.: Stefan Etgeton über eine Reform der Krankenversicherung. (video) (Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=cPWW9a0N1s0>) (Přístup: 2. 9. 2018)

FDP-Bundespartei: Für ein liberales Gesundheitssystem mit Eigenverantwortung, Wettbewerb, Wahlfreiheit und Transparenz – gegen Budgetierung, Dirigismus und Bevormundung. Beschluss des Ord. 52. Bundesparteitages der FDP (Dostupné z: https://www.fdp.de/files/363/akt_parteitagsbeschluss.pdf) (Přístup: 3. 8. 2015)

FDP-Bundestagsfraktion: Gesundheitspolitisches Positionspapier der FDP-Bundestagsfraktion. 4-Punkte-Plan des gesundheitspolitischen Sprechers der FDP-Bundestagsfraktion Dr. Dieter Thomae und des Obmanns im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, Detlef Parr, vorgestellt am 21. August 2001

FDP: Beschluss des 55. Ordentlichen Bundesparteitages, Dresden, 5. – 6. Juni 2004. Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle – die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Festbetragsgruppenbildung. (Dostupné z: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/arzneimittel/festbetrag/>) (Přístup: 27. 2. 2017)

Gesellschaft zum Schutz von Bürgerrecht und Menschenwürde e. V.: Kolloquium 60 Jahre Gründung der DDR (dostupné z: http://www.gbmev.de/archiv/Gesundheitswesen_der_DDR_Kolloquium_60_Jahre_DDR.htm) (Přístup: 16. 2. 2016)

GKV-Spitzenverband 2015: Kennzahlen – Leistungsbereiche. (Dostupné z: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/grafiken/gkv_kennzahlen/kennzahlen_gkv_2015_q3/300dpi_10/GKV-Kennzahlen_Leistungsbereiche_Euro_2014_300b.jpg) (Přístup: 5. 2. 2016)

Hamburg: Pakt für Prävention. Gemeinsam für ein gesundes Hamburg! Dostupné z: <http://www.hamburg.de/contentblob/2837478/265304af35bc6927b2ac64bd281dc29c/data/arbeitsforum-4-ergebnisse-gesunder-stadtteil.pdf;jsessionid=6E6BDDB9B3D19819E5CD040E15CD69CC.liveWorker2> (Přístup: 28. 8. 2017)

Herr, David.: Osobní e-mailová korespondence zaměstnance SVRKAiG s autorem z roku 2017.

Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen: Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen 1995, 2005, 2010, 2015. (Dostupné z: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/tabVII4.pdf) (Přístup: 14. 2. 2016)

Inflation in Deutschland. (Dostupné z: <http://www.inflation-deutschland.de/inflation-historisch.html>) (Přístup 14. 9. 2017)

Institut der deutschen Wirtschaft Köln: (März 2010) Bedeutung und Zukunftsperspektive der Pharmaindustrie in Deutschland und Hessen. Bericht der IW Consult GmbH Köln. (Dostupné z: https://www.iwconsult.de/fileadmin/user_upload/downloads/public/pdfs/iw_consult_bedeutung_und_zukunftsperspektive_der_pharmaindustrie_in_deutschland_und_hessen_2010.pdf) (Přístup: 28. 8. 2017)

Interpharma: Wertschöpfung. (Dostupné z: <http://www.interpharma.ch/pharmastandort/1770-wertschoepfung>) (Přístup: 2. 1. 2016)

Kassenärztliche Bundesvereinigung: Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Stand 31. 12. 2016 (Dostupné z: http://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf) (Přístup: 1. 10. 2016)

Koppl, B.: MVZ & Angestellte Ärzte – Lagebericht. 26. 9. 2015 (Dostupné z: http://www.bmvz.de/wp-content/uploads/2015/09/1_3_Koeppl.pdf) (Přístup: 21. 2. 2016)

Leibniz-Fachhochschule – School for Business: Arbeitspapier Nr. 15 der Leibniz-Fachhochschule Hannover. Integrierte Versorgung. Analyse der Ziele und der Nutzenerwartung stationärer Leistungserbringer an integrierte Versorgungsverträge. (Dostupné z: http://www.leibniz-fh.de/fileadmin/Redaktion/pdf/FH/Arbeitspapiere/15._Arbeitspapier_Integrierte_Versorgung_Nutzenerwartung_stationa%CC%88rer_Leistungserbringer.pdf) (Přístup: 29. 8. 2017)

Max Planck Institut für Bildungsforschung: Unstatistik des Monats. (Dostupné z: <https://www.mpib-berlin.mpg.de/de/presse/dossiers/unstatistik-des-monats>) (Navštíveno 1. 6. 2018)

Ministerstvo zdravotnictví ČR: Politika veřejného zdraví v EU. (Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/politika-verejneho-zdravi-v-eu_3097_8.html) (Přístup: 28. 8. 2017)

Pelikan, J., Ganahl, K.: Measuring Health Literacy in General Populations: Primary Findings from the HLS-EU Consortium's Health Literacy Assessment Effort. Studies in health technology and informatics. (Dostupné z: <http://ebooks.iospress.nl/publication/47672>) (Přístup 3. 8. 2018).

Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Gutachten 2001, Band I. Berlin: 2001

Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Band I. Berlin: 2003

Sachverständigenrat für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzenorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Band II. Berlin: 2003

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Sondergutachten 2012 - 7.6 Ergebnisse einer Befragung zur integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB. (Dostupné z: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=436>) (Přístup: 25. 4. 2015)

Selbsthilfefreundlichkeit und Patientenorientierung im Gesundheitswesen: Ein Netzwerk für mehr Patientenorientierung (Dostupné z: <http://www.selbsthilfefreundlichkeit.de/uber-uns/>) (Přístup: 1. 10. 2017)

Smlouva o hospodářské, měnové a sociální unii (Dostupné z: <https://deutsche-einheit-1990.de/ministerien/ministerium-fuer-finanzen/wirtschafts-waehrungs-und-sozialunion/>) (Přístup: 21. 2. 2016)

Sozialgesetzbuch. 44. Auflage (2015). München: Deutscher Taschenbuch Verlag: 2015

Spolkové ministerstvo zdravotnictví [1] (www.bmg.bund.de)

Spolkové ministerstvo zdravotnictví [2]: Statistika (Dostupné z: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/kennzahlen-daten-bekanntmachungen.html>) (Přístup 23.4.2017)

Spolkové ministerstvo zdravotnictví [3]: Úkoly (Dostupné z <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/aufgaben-und-organisation/aufgaben.html>) (Přístup 28. 8. 2017)

Statista [1]: Durchschnittlicher Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den Jahren 1991 bis 2017 (Dostupné z: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/5520/umfrage/durchschnittlicher-krankenstand-in-der-gkv-seit-1991/>) (Přístup: 2. 1. 2017)

Statista [2]: Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte in Deutschland in den Jahren von 1992 bis 2015 (in Millionen Euro) (Dostupné z: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/39019/umfrage/private-haushalte---ausgaben-im-gesundheitswesen-seit-2004/>) (Přístup: 27. 6. 2015)

Statista [3]: Mehrwertsteuersätze für Arzneimittel in ausgewählten europäischen Ländern im Jahr 2014 (Dostupné z: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/200933/umfrage/mehrwertsteuersaetze-fuer-medikamente-in-europa/>) (Přístup: 26. 5. 2015)

Statista [4]: Überschuss/Defizit der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in Deutschland von 2001 bis 2016 (in Milliarden Euro) (Dostupné z: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/219867/umfrage/ueberschuss-und-defizit-der-gesetzlichen-krankenkassen-seit-2000/>) (Přístup: 15. 2. 2016)

Statista [5]: Jährliche Anzahl stationärer Krankenhausfälle in Deutschland in den Jahren 1990 bis 2016 (Fälle je 1.000 Versicherte) (Dostupné z: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/161961/umfrage/jaehrliche-krankenhausfaelle-seit-1990/>) (Přístup: 26. 2. 2016)

Statista [6]: Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland von 1970 bis 2017. (Dostupné z: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/74834/umfrage/anzahl-gesetzliche-krankenkassen-seit-1970/>) (Přístup: 26. 2. 2017)

Statista [7]: Veränderung des Bruttoinlandsprodukts (BIP) in Deutschland gegenüber dem Vorjahr von 1992 bis 2017 (preisbereinigt, verkettet) (Dostupné z:

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2112/umfrage/veraenderung-des-bruttoinlandprodukts-im-vergleich-zum-vorjahr/>) (Přístup: 21. 2. 2016)

Statista [8]: Käme es für Sie in Frage, Ihre Krankenkasse zu wechseln? (Dostupné z: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/178699/umfrage/krankenkassenwechsel/>) (Přístup: 28. 10. 2018)

Statistisches Bundesamt [1]: Gesundheitsausgaben. (Dostupné z: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Gesundheitsausgaben.html>) (Přístup: 27. 6. 2015)

Statistisches Bundesamt [2]: Gesundheitsausgaben im Jahr 2011 bei rund 294 Milliarden Euro. Pressemitteilung vom 4. April 2013. (Dostupné z: http://www.dkgev.de/media/file/13608.RS125-13_Gesundheitsausgaben_A4.pdf) (Přístup: 6. 2. 2016)

Statistisches Bundesamt [3]: 20 Jahre Krankenhausstatistik. (Dostupné z: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile) (Přístup: 1. 9. 2017)

Statistisches Bundesamt [4]: Gesundheit. Grunddaten der Krankenkassen. (Dostupné z: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611167004.pdf?__blob=publicationFile) (Přístup: 1. 9. 2017)

Statistisches Bundesamt [5]: Umsatz im Verarbeitenden Gewerbe (Wertindex): Deutschland, Monate, Original- und bereinigte Daten, Absatzrichtung, Wirtschaftszweige. 2010

Technische Universität Berlin: Busse, R., Blümel, M.: Germany: Health system review. Health Systems in Transition. 2014. (Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1) (Přístup: 25. 4. 2017)

Technische Universität Berlin: Einführung in das Management im Gesundheitswesen - Integrierte Versorgung. (Dostupné z: https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/Modul_Einfuehrung/2014_12_15_IV_VS.pdf) (Přístup: 14. 2. 2016)

Thiesen, C.: Lageberichterstattung über den Bereich Pharmaforschung und -entwicklung. 2011

Verband der Ersatzkrankenkassen: Daten zum Gesundheitswesen: Versicherte. (Dostupné z: https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html) (Přístup: 22. 4. 2017)

VfA: Statistics 2011. Die Arzneimittelindustrie in Deutschland. Berlin: 2011

Wissenschaftliches Institut der AOK: Arzneiverordnungsreport 2016. (Dostupné z: <https://www.akdae.de/Kommission/Presse/Pressemitteilungen/20160926.pdf>) (Přístup 14. 9. 2017)

Zacher, F.: Der Sozialstaat als Prozess. Přednáška ze dne 3. října 1977, Innsbruck. (Dostupné z: https://epub.ub.uni-muenchen.de/9966/1/zacher_hans_f_9966.pdf) (Přístup 15. 3. 2018)

Seznam příloh

Příloha č. 1: Nejdůležitější zákony v německém zdravotnictví (1988-2014)

(seznam)

Příloha č. 2: Spolkoví ministři zdravotnictví (seznam)

Přílohy

Příloha č. 1: Nejdůležitější zákony v německém zdravotnictví (1988-2014)

1988

Zákon o strukturální reformě ve zdravotnictví (Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen; Gesundheits-Reformgesetz, GRG) ze dne 21. 12. 1988

1991

Druhý zákon o změně Páté knihy Sociálního zákona (Zweites Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetz; 2. SGB V-Änderungsgesetz) ze dne 20. 12. 1991

1992

Zákon o zajištění a zlepšení struktury zákonného zdravotního pojištění (Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung; Gesundheitsstrukturgesetz, GSG) ze dne 21. 12. 1992

1995

Třetí zákon o změně Páté knihy Sociálního zákona (Drittes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetz; 3. SGB V-Änderungsgesetz) ze dne 10. 5. 1995

Čtvrtý zákon o změně Páté knihy Sociálního zákona (Viertes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetz; 4. SGB V-Änderungsgesetz) ze dne 4. 12. 1995

1996

Sedmý zákon o změně Páté knihy Sociálního zákona (Siebtes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetz; 7. SGB V-Änderungsgesetz) ze dne 28. 10. 1996

Zákon o zproštění od poplatků v zákonném zdravotním pojištění (Gesetz zur Entlastung der Beiträge i der gesetzlichen Krankenversicherung; Beitragsentlastungsgesetz, BeitrEntlG) ze dne 1. 11. 1996

1997

První a druhý zákon o novém uspořádání samosprávy a odpovědnosti v zákonném zdravotním pojištění (Erstes und zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. und 2.GKV-Neuordnungsgesetz, 1. und 2. NOG) ze dne 23. 6. 1997

1998

Zákon o posílení finančních základů zákonného zdravotního pojištění v nových zemích (Gesetz zur Stärkung der finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern; GKV-Finanzstärkungsgesetz, GKV-FG) ze dne 24. 3. 1998

Devátý zákon o změně Páté knihy Sociálního zákona (Neuntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetz; 9. SGB V-Änderungsgesetz) ze dne 8. 5. 1998

Zákon o posílení solidarity v zákonném zdravotním pojištění (Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung; GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz, GKV-SolG) ze dne 19. 12. 1998

1999

Zákon o reformě zákonného zdravotního pojištění od roku 2000 (Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000; GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000, GKVRefG 2000) ze dne 22. 12. 1999

2001

Zákon o reformě vyrovnávání rizikové struktury v zákonném zdravotním pojištění (Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung) ze dne 10. 12. 2001

Zákon o oddělení rozpočtu pro léčiva a léčivé přípravky (Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets; Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz, ABAG) ze dne 19. 12. 2001

2002

Zákon o zajištění sazeb poplatků v zákonném zdravotním pojištění a zákonném důchodovém pojištění (Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung; Beitragssicherungsgesetz, BsichG) ze dne 23. 12. 2002

2003

Dvanáctý zákon o změně Páté knihy Sociálního zákona (Zwölftes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetz; 12. SGB V-Änderungsgesetz) ze dne 12. 6. 2003

Zákon o modernizaci zákonného zdravotního pojištění (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung; GKV-Modernisierungsgesetz, GMG) ze dne 14. 12. 2003

2006

Zákon o zlepšení hospodárnosti v oblasti zajištění léčiv (Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung; Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz, AVWG) ze dne 26. 4. 2006

2007

Zákon o posílení soutěže v zákonném zdravotním pojištění (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung; GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) ze dne 26. března 2007

2010

Zákon o novém uspořádání trhu léčiv v zákonném zdravotním pojištění (Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung; Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, AMNOG) ze dne 22. 12. 2010

Zákon o udržitelném a sociálně vyváženém financování zákonného zdravotního pojištění (Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung; GKV-Finanzierungsgesetz, GKV-FinG) ze dne 22. 12. 2010

2011

Zákon o zlepšení struktur péče v zákonném zdravotním pojištění (Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung; GKV-Versorgungsstrukturgesetz, GKV-VStG) ze dne 22. 12. 2011

2012

Druhý zákon o změnách předpisů o léčivech a jiných předpisů (Zweites Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften) ze dne 19. října 2012

2013

Třetí zákon o změnách předpisů o léčivech a jiných předpisů (Drittes Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften) ze dne 7. srpna 2013

2014

Čtrnáctý zákon o změně Páté knihy Sociálního zákona (Vierzehntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetz; 14. SGB V-Änderungsgesetz) ze dne 27. 3. 2014

Zákon o dalším rozvoji struktury financování a kvality v zákonném zdravotním pojištění (Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung; GKV-Finanzstruktur- und qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz, GKV-FQWG) ze dne 21. 7. 2014

Příloha č. 2: Spolkoví ministři zdravotnictví

Spolkoví ministři zdravotnictví

1988 – 1991	Ursula Lehr	CDU
1991 – 1992	Gerda Hasselfeldt	CSU
1992 – 1998	Horst Seehofer	CSU
1998 – 2001	Andrea Fischer	Zelení
2001 – 2009	Ulla Schmidt	SPD
2009 – 2011	Philipp Rösler	FDP
2011 – 2013	Daniel Bahr	FDP
2013 – 2018	Hermann Gröhe	CDU
2018 -	Jens Spahn	CDU

Ministři zdravotnictví NDR

1989 – 1990	Klaus Thielmann	SED
1990	Jürgen Kleditzsch	CDU