

ZDROJE FINANCOVÁNÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ VE STÁRNOUCÍ POPULACI

THE SOURCES OF FUNDING FOR CZECH HEALTH SYSTEM IN THE AGING POPULATION

Jan Mertl

Abstract

The paper will focus on the fiscal aspects of universal health financing schemes. These are financed in the Czech Republic from two main sources, the proportional health tax and general taxes (government budget). Proportional health tax revenue is linked to the level of economic activity and the phase of economic cycle. Financing from general taxes is significantly subject to the political cycle and public choice and is linked to the government's budgetary constraints and public debt. This paper will explain the logic of using these funding sources in an aging population, considering expected demographic trends in Czechia and Czech Fiscal Council's projections. A normative research element is the proposal to change the health tax rate to cover the expenditure of health insurers on productive-age people. The paper will highlight the importance of the sustainability of health financing and will also remind the scope for optional schemes that can support this process for those interested.

Key words: health insurance, health tax, universal health coverage

JEL Code: I13, H51, H20

Úvod

Současné zdravotnické systémy vyspělých zemí lze rozdělit na univerzální a volitelnou část (Mertl, 2021). Financování těchto částí se řídí odlišnými pravidly, jak ukážeme komparací jejich základních atributů.

V tomto příspěvku se zaměříme zejména na stranu zdrojů univerzální části systému, tedy prozkoumáme, jakou konfiguraci lze identifikovat u příjmů českého veřejného zdravotního pojištění a jaké ekonomické charakteristiky a vazby jednotlivé zdroje mají.

Významným pojmem z hlediska zdrojů financování je fiskální prostor pro zdravotnictví. Na úrovni zdravotnictví je chápán jako schopnost vlády mobilizovat a alokovat zdroje na

zdravotnictví bez ohrožení bilance a udržitelnosti veřejných rozpočtů (Cashin & Tandon, 2010). Kvantitativně souvisí s celkovou ekonomickou úrovní, daňovou kvótou a podílem veřejných výdajů na HDP (Heller, 2006). V rozvojových zemích procházejících procesem konstrukce fiskálního prostoru jsou zásadní mechanismy jeho tvorby (Meheus & McIntyre, 2017; Shaikh & Ali, 2020), ve vyspělých zemích jde zejména o optimalizaci existujícího fiskálního prostoru ve vztahu k výkonnosti a nárokům zdravotnictví (OECD, 2015).

V mezinárodním srovnání se konstrukce fiskálního prostoru i poměr univerzální a volitelné složky výrazně liší. Záleží především na tom, co je v dané zemi chápáno jako žádoucí a chtěné v rámci veřejné volby (teleologický princip), současně je významný soulad nastavení zdrojů financování s teorií veřejných financí (Engliš, 1930; Ulbrich, 2013; Rosen & Gayer, 2014) a využití konkrétního sociálního modelu (Vostatek, 2013).

Budeme používat následující terminologii: v souladu s českou legislativou můžeme hovořit o systému veřejného zdravotního pojištění a zdravotních pojišťovnách jako institucích alokujících veřejné zdroje na univerzálně dostupnou zdravotní péči. Tam, kde mluvíme o (stávajícím či budoucím) povinném účelovém odvodu z výdělku do systému veřejného zdravotního pojištění označovaném v legislativě jako „pojistné na veřejné zdravotní pojištění“, jemuž odpovídá normativní univerzální nárok legislativně věcně definovaný jako úhrada objektivně nutné zdravotní péče, lze používat také pojem zdravotní daň (Mertl, 2017a).

1 Univerzální část systému a její výdajové profily

Avizované rozdělení systému na univerzální a volitelnou část je základním východiskem pro analýzu zdrojů financování systému. Důvodem je odlišná, až protichůdná logika financování obou částí a z ní vyplývající ekonomické charakteristiky, obsažené v následující tabulce.

Tab. 1: Univerzální a volitelná část zdravotnického systému

	Univerzální část	Volitelná část
Pacient péči	musí dostat na základě objektivní indikace a lege artis postupů	chce nebo může mít na základě průniku své poptávky s nabídkou medicíny
Financována z	povinně vybraných zdrojů	dobrovolně utracených zdrojů
Obsah je definován	zákonem a veřejnou volbou	v interakci nabídky a poptávky
Cena a objem péče jsou určeny	procesem hromadné produkce a nákupu péče za vybrané zdroje	tržním vztahem klientů, poskytovatelů a plátců péče

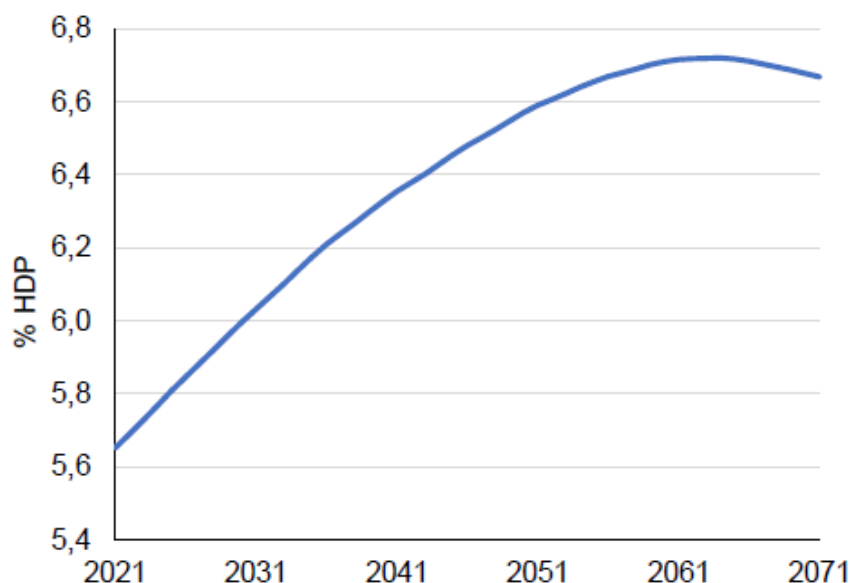
Financována na principu	solidarity a rozložení daňového břemene	ekvivalence
Poskytování a spotřeba péče jsou limitovány	dostupným objemem vybraných zdrojů pro zdravotnictví na makroúrovni	individuálním rozpočtovým omezením

Zdroj: vlastní zpracování

V tomto příspěvku se zabýváme primárně povinně vybíranými zdroji univerzální složky systému, které tvoří rozpočtové omezení na makroúrovni. Proto nás zajímá i agregátní úroveň výdajů měřená poměrem k HDP a další agregátní ukazatele příjmů a výdajů systému. Nejedná se o to, že bychom chtěli podceňovat individuální poptávku, ale ta patří do volitelné složky systému, v univerzální složce je prostřednictvím objektivizace normativního nároku přenesena na makroúroveň, jakkoli je tento proces logicky kontroverzní ve smyslu zohlednění individuálních preferencí, ale na druhé straně objektivizován pomocí medicíny založené na důkazech.

V aktuální projekci Národní rozpočtové rady lze nalézt následující grafy, ukazující předpokládaný vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví. Autoři k tomu uvádějí, že „Při realizaci střední varianty demografické projekce by celková výše nákladů hrazených z veřejného zdravotního pojištění postupně rostla až do 60. let tohoto století na úroveň vyšší o 1,1 p.b.“ (Národní rozpočtová rada, 2021). Lze říci, že tento nárůst by byl významný, ale v mezinárodním srovnání nikoli katastrofický – nastane-li však, je nutné jej v nastavení veřejných příjmů pokrýt.

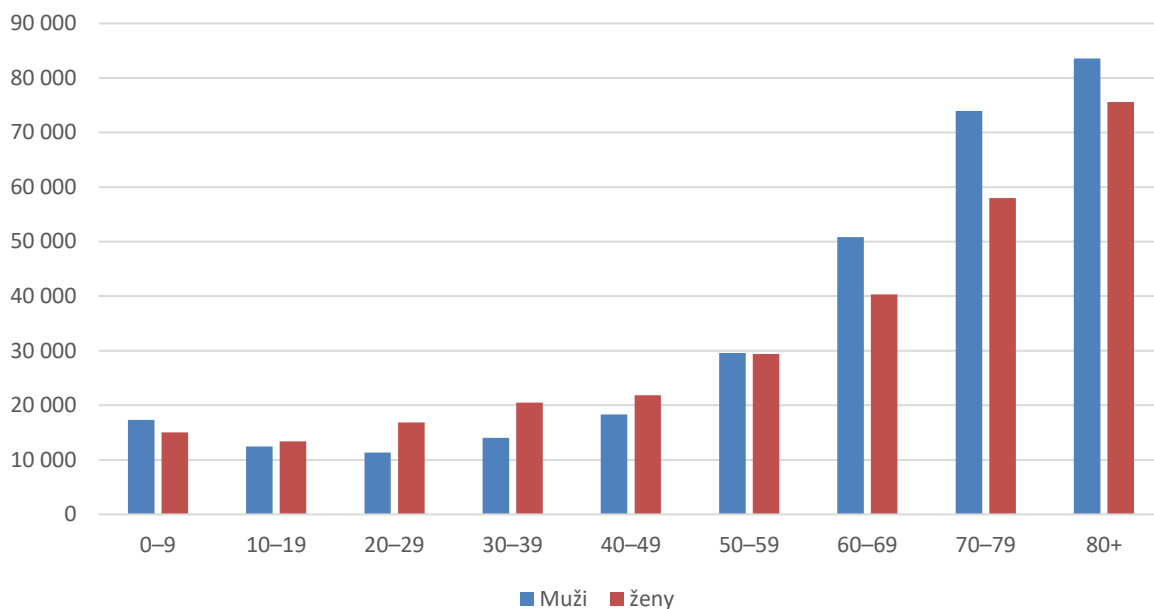
Obr. 1: Projekce podílu veřejných výdajů na zdravotnictví na HDP (%)



Zdroj: (Národní rozpočtová rada, 2021)

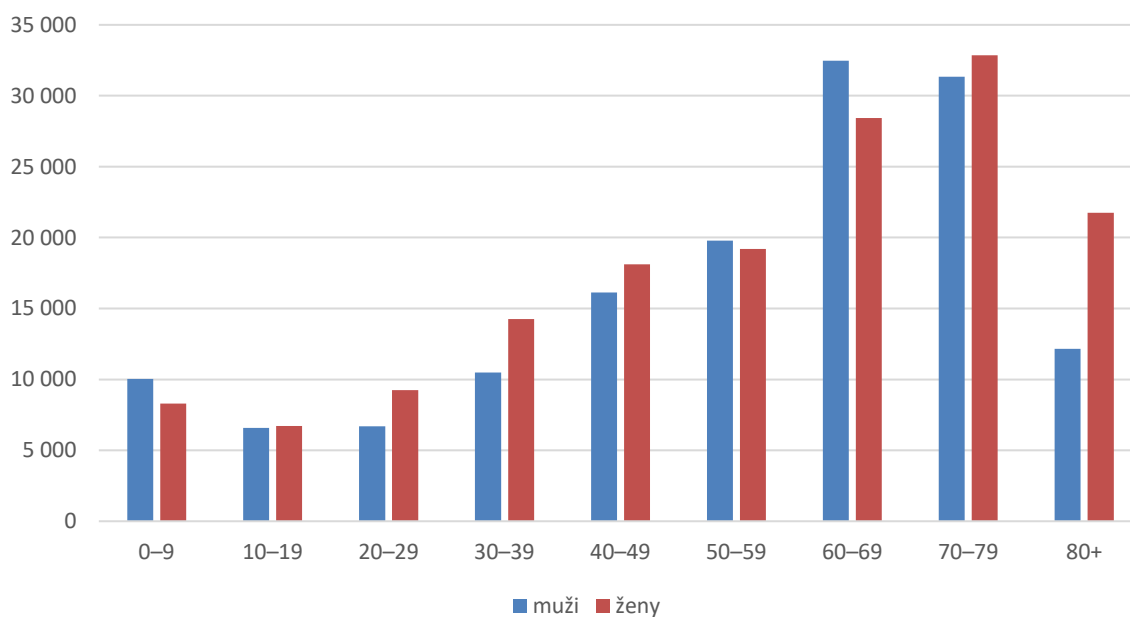
Existuje řada přístupů k modelování zdravotních výdajů (zdravé stárnutí – komprese morbidity, prodlužování chronických zdravotních problémů – expanze morbidity, aj. (Tinker, 2002)). Ty ovlivňují výsledky projekcí zejména od věku 50+, kdy, jak je patrné z následujícího grafu, dochází k výraznému nárůstu jednotkových nákladů na zdravotní péči.

Obr. 2: Výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce podle věkových skupin, 2019, Kč



Zdroj: (ČSÚ, 2021)

Obr. 3: Výdaje zdravotních pojišťoven absolutně podle věkových skupin, 2019, mil. Kč



Zdroj: (ČSÚ, 2021)

Mírně odlišná je situace celkových výdajů, která ukazuje, že např. ve skupině 80+ již výdaje na muže jsou podstatně nižší, z prostého důvodu, že v této věkové skupině jich již žije podstatně méně, a v celkovém průběhu grafu od skupiny 30+ je nárůst celkových výdajů o něco rovnoměrnější než u jednotkových. Porovnání těchto grafů ukazuje význam délky dožití i délky zdravého dožití pro projekce zdravotnických výdajů, nepřímo pak také význam prevence a oddálení nástupu chronických onemocnění typicky manifestujících doživotně (diabetes, hypertenze), kdy není jedno, kdy daný člověk klinicky onemocní, protože vedle významného dopadu na kvalitu života to má i význam ekonomický, neboť očekávaná doba života s nemocí znamená i dlouhodobé financování příslušné terapie.

2 Zdroje financování univerzální části systému

Český systém veřejného zdravotního pojištění je dle platné legislativy (zák. č. 48/1997 Sb.) financován z pojistného, které povinně platí ekonomicky aktivní osoby (zaměstnanci, OSVČ), tzv. osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP – fakticky osoby bez aktivních příjmů z výdělečné činnosti podle § 6 a 7 zákona o dani z příjmů č. 586/1992 Sb.) a stát za tzv. státní pojištěnce. Z hlediska teorie veřejných financí se jedná o dva hlavní zdroje financování: proporcionalní zdravotní daň z výdělku (resp. příjmů fyzických osob dle § 6 a 7 a arbitrárně stanoveného základu pro OBZP – nyní minimální mzda) a dotaci ze státního rozpočtu, kterou lze kvantifikovat i v jednotkovém vyjádření „na jednoho státního pojištěnce“, ale fakticky se jedná o fiskální transfer do systému zdravotního pojištění ze všeobecných daní.

Důvody pro toto nastavení jsou jak ekonomicky racionální, tak i zvykové a historické. Je zřejmé, že mezi dvěma hlavními zdroji je inverzní vztah: snížení inkasa zdravotní daně (daně základem a sazbou) lze kompenzovat zvýšením dotace ze státního rozpočtu a obráceně. Makroekonomicky se tyto zdroje chovají odlišně. Inkaso z proporcionalní zdravotní daně je při dané sazbě přímo závislé na objemu jejích základů – tedy zjednodušeně řečeno výdělků, které závisí na míře ekonomické aktivity a nezaměstnanosti. Státní rozpočet je významně ovlivněn politickým cyklem a v současném paradigmatu relativního zadlužení je výrazně flexibilnějším zdrojem než inkaso zdravotní daně.

Celkový výnos ze zdravotní daně můžeme pro české podmínky definovat následujícím vztahem¹, kde E je výnos ze zdravotní daně, r_h je sazba zdravotní daně, w_i je mzda (daňový základ) jednotlivých pojištěnců a n je jejich počet v daném období (měsíc/rok).

¹ Lze počítat rovnou na makroúrovni, protože česká sazba zdravotní daně je jednotná a proporcionalní.

(1)

$$E = r_h \cdot \sum_{i=1}^n w_i$$

Celkové příjmy systému zdravotního pojištění (HR – health revenues, při vyrovnané bilanci shodné s výdaji G_h) lze pak definovat jako součet výnosů ze zdravotní daně (earmarked health tax revenue – E) a platby státu ze všeobecných daní (přímá dotace ze státního rozpočtu, resp. všeobecných daní – G_T government exp. from taxation).

$$HR = E + G_T \quad (2)$$

Složka E je cyklická z hlediska úrovně ekonomické aktivity, mění se dle objemu daňových základů (mezd) v průběhu ekonomického cyklu. Složka G_T je v průběhu cyklu v zásadě stabilní, je možné ji valorizovat každoročně podle inflace s cílem zachování její reálné hodnoty, respektive schématem nezávislým na míře ekonomické aktivity v průběhu ekonomického cyklu.

Velikost těchto dvou částí je v Česku stanovena arbitrárně, sazba 13,5 procenta je překvapivě stabilní a nezměnila se od startu systému v roce 1993, průběžně se zvyšující částka za státní pojištěnce je stanovována ad hoc, dle politického cyklu. Jak ukážeme dále, od roku 2016 se projevila snaha změny této částky zpravidelnit a částečně racionalizovat. Sporadicky se ještě před epidemií vyskytly návrhy na úpravu tohoto složení – jedním byl pracovní návrh

Ministerstva financí z roku 2019 (MF ČR, 2019; Novinky, 2019), který počítal se zrušením platby státu za státní pojištěnce a její fiskální integrací do zvýšené sazby pojistného na zdravotní pojištění (cca 17,2 %). Vývoj tímto směrem nelze doporučit (a ministerstvo od své představy také poměrně rychle ustoupilo), neboť by znamenal:

- výrazné zvýšení objemu a rigidity zátěže výrobního faktoru práce,
- další zvýšení rozdílů v efektivním zdanění mezi zaměstnanci a dalšími sociálními skupinami,
- komplikace z hlediska očekávaného demografického vývoje (Cylus, Roubal, Ong, & Barber, 2019),
- vysokou závislost vybraného pojistného na fázi ekonomického cyklu,
- obecné snížení stability systému a závislost pouze na jednom zdroji financování.

Druhým radikálním návrhem je přístup prof. Vostatka, který navrhuje naopak zrušení samostatného zdravotního pojištění (a pojistného) a přechod na plné financování ze státního rozpočtu (všeobecných daní). Argumentuje tím, že zdravotním pojišťovněm je v současném pojetí v zásadě jedno, z jakých zdrojů peníze skrze centrální přerozdělení dostanou (s čímž lze z pohledu rozpočtové politiky jistě souhlasit), nižšími administrativními náklady, organizačním zjednodušením a vyšší efektivitou z hlediska daňové teorie (Vostatek, 2019; Vostatek, 2021).

Ukazuje elegantní možnosti integrace stávajícího zdravotního pojistného do existujících

daní, zejména daně z příjmu fyzických osob (Vostatek, 2020). Tento přístup má logiku z pohledu klasické teorie veřejných financí a je pravděpodobně nejjednodušší možný; současně však podléhá dilematům popsaným v literatuře (Buchanan, 1963; Bloom, Cashin, & Sparkes, 2017; WHO, 2020) týkající se účelových zdravotních daní/plateb (earmarked health taxes/payments). Připomeňme alespoň ztrátu signalizační funkce plateb do systému zdravotního pojištění pro daňové subjekty, tj. poplatníky i plátce, snížení tendencí k využití systému více plátců a jejich regulovanou diferenciaci směrem k pojištěncům a zdravotnickým zařízením, ztráta možnosti nezávislého nastavení plateb zdravotního pojištění ve zdanění příjmů a výrazné usnadnění manipulace politiků s celkovým objemem veřejných zdrojů pro zdravotnictví. Tento návrh je tudíž realistický a odborně korektní, ve světě se využívá (např. Velká Británie, Kanada, severské země) ale jeho realizace by znamenala zásadní změnu řady institucionálních a behaviorálních charakteristik systému; nelze jej tedy hodnotit jen z hlediska efektivity rekonfigurace příslušných finančních toků.

Proto budeme nadále pracovat se zachováním obou složek českého fiskálního prostoru: procenta z výdělků (aktivních příjmů) ekonomicky aktivních osob a dotace ze státního rozpočtu, kterou si v případě zájmu můžeme rozpočítat na jednoho pojištěnce. Tato dotace snižuje vedlejší zátěž výrobního faktoru práce pomocí úhrady části nákladů na zdravotnictví ze všeobecných daní.

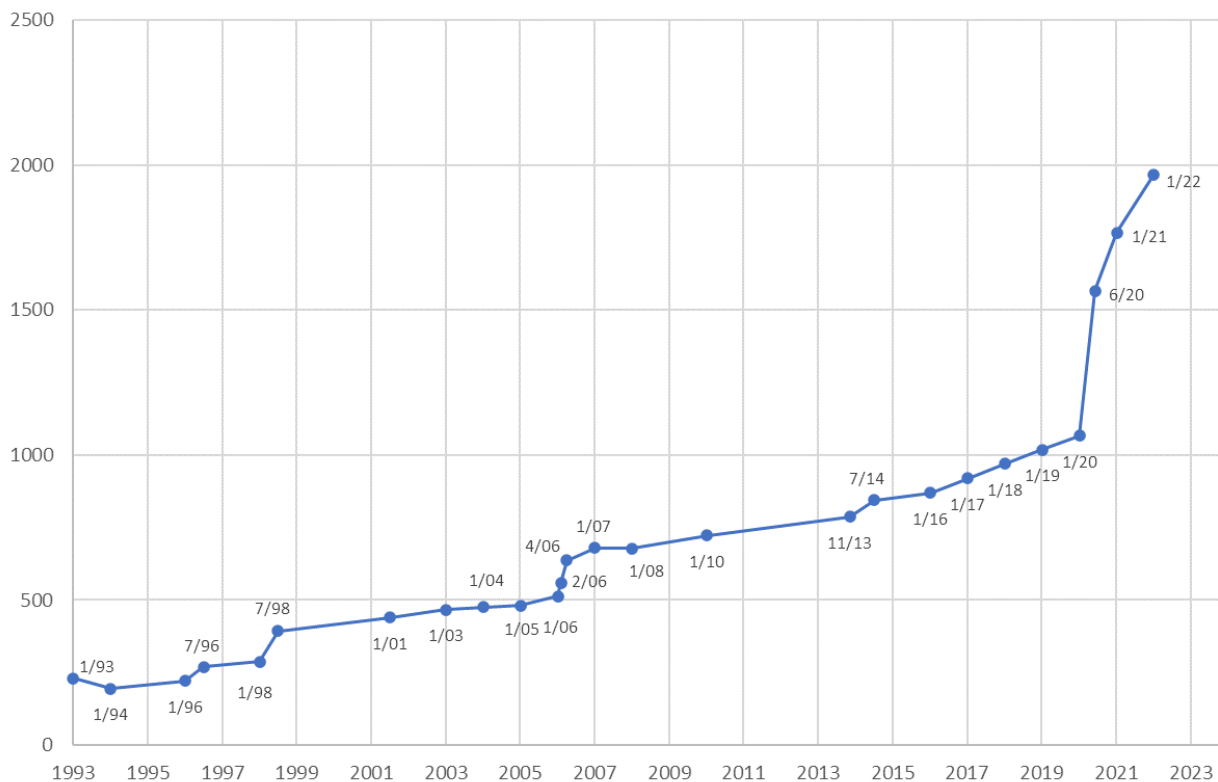
Nepřímým, respektive akumulovaným zdrojem systému jsou také rezervy zdravotních pojišťoven. I když jejich způsob jejich naplňování a role není systematicky využita v koncepci systému (zejména pokud se týká rezervního fondu), v praxi dochází ke kumulaci zůstatků na fondech zdravotních pojišťoven, pokud jejich výdaje jsou nižší než příjmy, čemuž napomáhá i fixní sazba zdravotního pojistného 13,5 %. Při příznivém vývoji mezd tak ceteris paribus inkaso zdravotního pojistného a tím i rezervy zdravotních pojišťoven rostou, při nepříznivém naopak.

3 Vývoj jednotlivých složek financování

V průběhu epidemie covid-19 došlo k navýšení druhého zmíněného zdroje, tedy platby za státní pojištěnce. Ten můžeme sledovat na dalším grafu, který zahrnuje vývoj od startu systému v roce 1993 a plánované navýšení od ledna 2022. Je zřejmé, že zejména navýšení od června 2020 o 500 Kč na jednoho pojištěnce bylo masivní, a celkově za dobu pandemie (leden 2020–leden 2022) dojde téměř k zdvojnásobení platby ze státního rozpočtu do systému veřejného zdravotního pojištění (1018 versus 1967 Kč). Přičemž platí, že navýšení měsíční platby o

každých 100 Kč na osobu znamená nárůst příjmů systému (a výdajů státního rozpočtu) přibližně o 7,2 miliardy korun ročně (cca 6 mil. státních pojištěnců × 100 × 12).

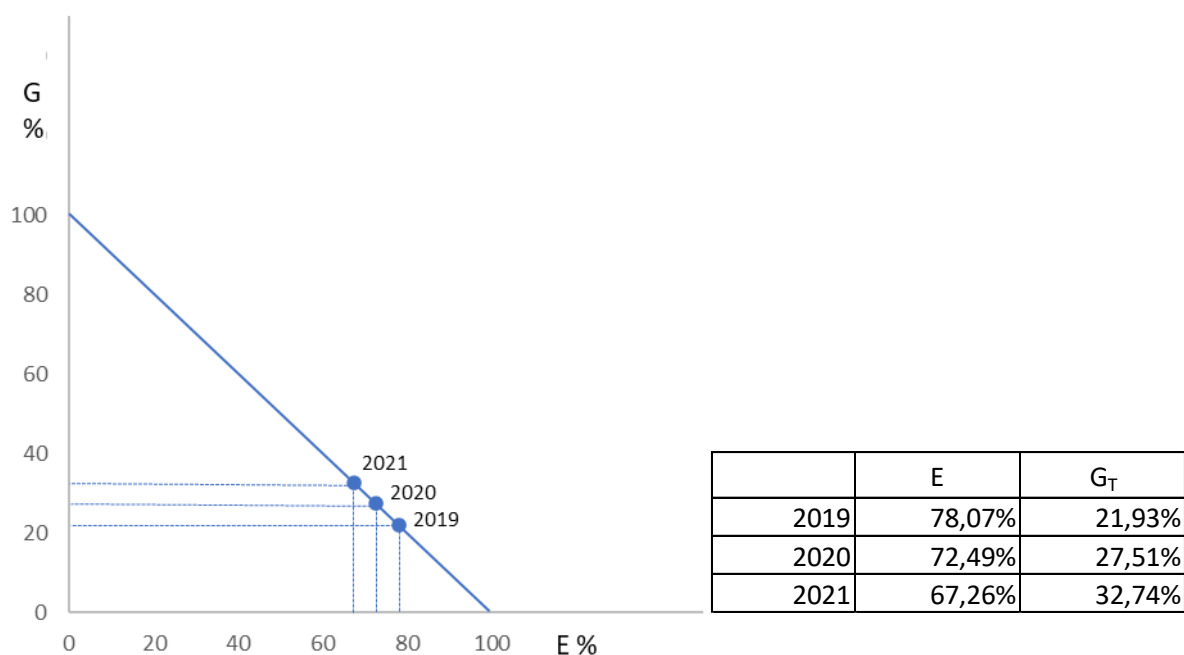
Obr. 4: Vývoj platby za 1 státního pojištěnce, 1993–2022 (Kč)



Zdroj: (VZP, 2021a)

Vliv těchto změn na poměr zdrojů veřejného zdravotního pojištění ukazuje následující obrázek, který dokumentuje posun ke zvýšení podílu financování ze všeobecných daní (složky G_T) i inverzní charakter těchto změn. Na trojúhelníkovém grafu je patrný posun poměru obou složek od roku 2019 do roku 2021 směrem doleva nahoru.

Obr. 5: Změna poměru zdrojů veřejného zdravotního pojištění v letech 2019-2021



Zdroj: vlastní zpracování, data (MF ČR, 2021). E – účelové platby (zdravotní pojistné/daň), G_T – platba státu (všeobecné daně). 2021 – předpoklad dle Státního závěrečného účtu 2020.

Z hlediska teorie veřejných financí bychom s cílem zabránění tzv. posunovému efektu neboli efektu západky (Peacock & Wiseman, 1979) mohli brát uvedené navýšení platby ze státního rozpočtu jako pouze dočasnou kompenzaci dopadů epidemie na financování zdravotnictví. Pak by ale bylo účelné z pohledu fiskální odpovědnosti po obnovení ekonomické aktivity (a tedy návratu a stabilizace inkasa zdravotního pojistného na „předcovidovou“ úroveň) příslušnou částku opět alespoň částečně snížit (např. tak, aby byla zachována její reálná hodnota před nástupem epidemie, tedy se zohledněním míry inflace). To se však v současné době nejeví jako pravděpodobné, naopak, jak je nastíněno na výše uvedeném grafu, je plánován nárůst částky od 1. ledna 2022 o dalších 200 Kč na jednoho pojištěnce. Tím dochází jak ke zvýšení celkového objemu veřejných výdajů na zdravotnictví, tak i podílu financování ze státního rozpočtu na těchto výdajích, kdy dle údajů MF ČR pokrývá tento podíl k srpnu 2021 cca třetinu veřejných výdajů na zdravotní péči. Tyto dva procesy (kompenzace důsledků epidemie a navyšování veřejných výdajů na zdravotnictví bez ohledu na ni) se tak kombinují, což je z hlediska koncepce systému netransparentní. Ač to je v případě financování ze všeobecných daní obtížnější než u účelové zdravotní daně, za standardní situace má být zřejmé, v jakém

objemu dochází ke změnám financování zdravotnictví a zda to je kryto příjmy státního rozpočtu, tedy jak to ovlivní rozpočtové omezení vlády.

Druhou teoretickou možností je využít provedené zvýšení plateb ze státního rozpočtu ke snížení sazby zdravotní daně. Poptávka po tomto řešení je často zmiňována ve smyslu snížení vedlejšího odvodového zatížení práce, doporučovaného Česku některými mezinárodními institucemi (např. OECD). I když není jednoznačné, zda je prospěšné k takovému snížení přistoupit, bude-li to chtěno v rámci veřejné volby, pak to technicky (ve vazbě na zmíněný inverzní vztah mezi těmito dvěma veličinami, z nichž jedna byla v průběhu epidemie podstatně navýšena) možné je. Racionální dolní mezí pro sazbu zdravotní daně se pak jeví potřebné procento, které spolehlivě pokryje výdaje na zdravotní péči pro osoby v produktivním věku (19-64 let). Jedná se o sociální skupinu, která je ekonomicky aktivní a z jejichž příjmů je zdravotní daň obvykle odváděna. Z hlediska kalkulace dolní meze sazby však není nutné při výpočtu sazby s použitím kritéria věku klasifikovat státní pojištěnce podle sociálních skupin. Postačí vzít v úvahu *výdaje zdravotních pojišťoven podle věku*, což je velmi jednoduché a transparentní kritérium, oproti stávající klasifikaci tzv. státních pojištěnců podle sociálního statusu, která je podstatně složitější a vede též k problematice souběhů různých typů činnosti. Tyto výdaje pak pokrytí příjmy ze zdravotní daně s adekvátně nastaveným základem v jednotlivých sociálních skupinách (třeba i podobně jako dosud); v provedené rámcové retrospektivní kalkulaci pro roky 2010, 2017 a 2018 autorovi tohoto příspěvku vycházel odhad potřebného procenta z tehdejšího úhrnu vyměřovacích základů včetně rezervy na běžnou cyklickou fluktuaci přibližně 8,5 %. Při zachování fiskální neutrality uvedené operace nemusí být daného prostoru využito zcela, objem snížení inkasa daní snížením sazby zdravotní daně však musí být roven nárůstu financování ze státního rozpočtu, resp. všeobecných daní – tedy na úkor navýšení jiné daně v rámci českého daňového mixu, případně snížení jiných vládních výdajů. Stejně tak výpočet dolní hranice pro snížení sazby lze při významnější změně (např. po odeznění dopadů epidemie covid-19 na veřejné finance) provést znovu, základní princip *pokrytí výdajů zdravotních pojišťoven na osoby v produktivním věku účelovou zdravotní daní* však zůstává stejný.

Závěr

Některé projekce ukazují, že bilance systému v následujících letech může být ohrožena, a to v závislosti na vývoji mezd, ukončování podpůrných programů covid-19 a v delším horizontu i s přispěním očekávaného demografického vývoje (Národní rozpočtová rada, 2021). Z pohledu

rozpočtové odpovědnosti a fiskální udržitelnosti lze doporučit, aby se spolehlivě pokryly vzniklé reálné výdaje v souvislosti s epidemií, ale na druhé straně po normalizaci ekonomických parametrů byla racionalizována výše a mechanismus stanovení výdajů na zdravotnictví ze státního rozpočtu (s ohledem na zachování jejich reálné hodnoty a žádoucí role v systému), případně zvažena výše sazby pojistného s ohledem na zátěž výrobního faktoru práce a *výdaje zdravotních pojišťoven na osoby v produktivním věku*. Je však vhodné ji stanovit jednotně a nevznikne-li v čase výrazná disproporce vůči výdajům zdravotních pojišťoven ji neměnit, což má pozitivní vliv na jednoduchost, předvídatelnost a stabilitu daňového systému. Arbitrární navyšování platby státu má opodstatnění v mimořádných situacích, které jsme byli svědky, ale z hlediska zdravotní politiky je potřebné nalézt systémové řešení. I když to je politicky vysoce kontroverzní, je účelné se v budoucnu věnovat také nastavení podílu zaměstnanců, OSVČ a osob s příjmy pouze podle § 8 a 9 zákona o dani z příjmů (kapitálové a další pasivní příjmy) na inkasu povinně placeného pojistného na zdravotní pojištění, resp. stanovení základu pro zdravotní daň. Tento způsob by zároveň z hlediska budoucího demografického vývoje odstínil vliv stárnutí populace na vedlejší odvodové zatížení práce, protože dopady zvyšování výdajů na osoby v poproduktivním věku by šly primárně k tíži státního rozpočtu, tedy všeobecných daní. To nás samozřejmě nezbaví nutnosti respektovat rozpočtové omezení vlády, ale může pomoci v chování trhu práce v průběhu demografických změn.

Ač se tento příspěvek zabýval univerzální složkou systému, v závěru je vhodné upozornit, že do budoucna je významný také rozvoj složky volitelné. Je přirozené, že při vysokém tlaku na zdravotnictví, jehož jsme byli nyní svědky, se prostor pro volbu a volitelnost snižuje, neboť systém sotva stíhá řešit to, co je nezbytně nutné. Do budoucna se však tento prostor zase otevře, a pravděpodobně se bude v souvislosti s rostoucími nároky obyvatelstva i mírně zvětšovat. Nedořešené tedy zůstává, jakými produkty (pojistnými, předplacenými či jejich kombinací) je financovat a současně nepoškodit zdraví a zachovat dostupnost péče občanům, kteří si je nebudou moci nebo chtít zakoupit. V té souvislosti je významné také definovat úlohu zdravotních pojišťoven při nabídce volitelných produktů.

Poděkování

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

Použitá literatura

- Bloom, D., Cashin, C., & Sparkes, S. (2017). *Earmarking for health. Theory and Practice*. Geneva: WHO.
- Buchanan, J. (1963). The Economics of Earmarked Taxes. *Journal of Political Economy*, 71(5).
- Cashin, C., & Tandon, A. (2010). *Assessing public expenditure on health from a fiscal space perspective*. Washington: World Bank.
- Cylus, J., Roubal, T., Ong, P., & Barber, S. (2019). *Sustainable health financing with an ageing population: implications of different revenue raising mechanisms and policy options*. Copenhagen: WHO/European Observatory.
- ČSÚ. (2021). Výdaje zdravotních pojišťoven v Česku podle věku a pohlaví pojištěnců, 2019. *Výsledky zdravotnických účtů 2010-2019*. Praha. Získáno 1. 10. 2021, z <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-m6hwrlzbbw>
- Engliš, K. (1930). *Teleologie jako forma vědeckého poznání*. Praha: František Topič.
- Heller, P. (2006). The prospects of creating 'fiscal space' for the health sector. *Health Policy and Planning*, 26(2), stránky 75-79.
- Meheus, F., & McIntyre, D. (2017). Fiscal space for domestic funding of health and other social services. *Health Economics, Policy and Law*, 12(2), stránky 159-177.
- Mertl, J. (2017a). The possibilities of transition from health insurance contributions to earmarked health tax in the Czech Republic. *Ekonomický časopis*, 65(7), stránky 668-687.
- Mertl, J. (2021). Konstrukce a financování univerzální a volitelné části zdravotnických systémů. *Fórum sociální politiky*, 15(4), stránky 2-11.
- MF ČR. (2019). *Alena Schillerová v pořadu Otázky Václava Moravce diskutovala o daňových reformách a státním rozpočtu*. Získáno 10. 4. 2020, z <https://www.mfcr.cz/cs/aktualne/v-mediich/2019/alena-schillerova-v-poradu-otazky-vaclav-34566>
- MF ČR. (2021). *Zpráva o hospodaření dalších složek veřejných rozpočtů a o fondech organizačních složek státu - Příloha F SZÚ 2020*. Načteno z Vládní návrh Státního závěrečného účtu ČR za rok 2020 : <https://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/statni-rozpocet/plneni-statniho-rozpocetu/2020/statni-zaverecny-ucet-za-rok-2020-41689>
- Národní rozpočtová rada. (2021). *Zpráva o dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí 2021*. Praha: Úřad národní rozpočtové rady.
- Novinky. (2019). *Schillerová: Platba za státní pojištěnce je anomálie*. Získáno 1. 9. 2019, z [Novinky.cz: https://www.novinky.cz/ekonomika/clanek/schillerova-platba-za-statni-pojistence-je-anomalie-40274096](https://www.novinky.cz/ekonomika/clanek/schillerova-platba-za-statni-pojistence-je-anomalie-40274096)
- OECD. (2015). *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. Paris: OECD.
- Peacock, A. T., & Wiseman, J. (1979). Approaches to the analysis of government expenditure growth. *Public Finance Review*, 7(1), stránky 3-23.
- Rosen, H., & Gayer, T. (2014). *Public Finance*. New York: McGraw-Hill Education.

- Shaikh, B. T., & Ali, N. (2020). COVID-19 and fiscal space for health system in Pakistan: It is time for a policy decision. *The International journal of health planning and management*, 35(4), stránky 813-817.
- Tinker, A. (2002). The social implications of an ageing population. *Mechanisms of Ageing and Development*, 123(7), 729-735. Získáno 15. 2. 2020, z <https://sciencedirect.com/science/article/pii/S0047637401004183>
- Ulbrich, H. H. (2013). *Public Finance in Theory and Practice Second edition*. Získáno 14. 4. 2020, z <https://taylorfrancis.com/books/9780203817018>
- Vostatek, J. (2013). Politická ekonomie financování zdravotní péče. *Politická ekonomie*, 61(6), stránky 834-851.
- Vostatek, J. (2019). Health & Long-term Care Financing. *Theoretical and Practical Aspects of Public Finance 2019 - Proceedings of 24th international conference*. stránky 141-148. Praha: VŠE.
- Vostatek, J. (2020). Český důchodový (ne)systém vyžaduje zásadní reformu. *Fórum sociální politiky*, 14(1), stránky 2-9.
- Vostatek, J. (2021). Český (ne)systém financování dlouhodobé péče. *Fórum sociální politiky*, 15(1), stránky 2-6.
- VZP. (2021a). *Vyměřovací základ a výpočet pojistného*. Získáno 1. 9. 2021, z Informace pro plátce - státní pojištěnci: <https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/vymerovaci-zaklad-a-vypocet-pojistneho>
- WHO. (2020). *Arguments for and against earmarking*. Získáno 1. 9. 2021, z Earmarking revenues for health: https://www.who.int/health_financing/topics/sin-taxes/earmarking-table.jpg?ua=1

Kontakt

Jan Mertl

Vysoká škola finanční a správní

Estonská 500

101 00 Praha 10

jan.mertl@outlook.com