

PODPORA ZDRAVÍ A EKONOMIE

HEALTH PROMOTION AND ECONOMICS

DISKUSE K ČLÁNKU DOC. MUDR. J. KŘÍŽE: PREVENCE A EKONOMIKA

Arnošt Klesla

VŠE, Národohospodářská fakulta, Katedra hospodářské a sociální politiky, Praha

Rostoucí problémy udržitelnosti vyrovnaných veřejných rozpočtů ve stárnoucím Česku, včetně omezených možností transferových plateb státu v oblasti hospodářské, sociální a zdravotní politiky, otevírají problémy dosud zevrubně nediskutované a vnímané odbornou i širokou veřejností v období uplynulé první dekády 21. století nanejvýš okrajově. Mám za to, že k tomuto druhu problémů patří i další možnosti posílení role podpory zdraví ve smyslu žádoucí změny životního stylu české populace jako faktoru veřejného zdraví a hospodářské prosperity. Článek doc. Kříže „Prevence a ekonomika“ (1) podle mého názoru posunul pochopení významu problematiky mimořádného potenciálu primární prevence a podpory zdraví z hlediska pozitivních ekonomických efektů o hodný kus kupředu. Měli bychom se asi všichni, ekonomové zabývající se ekonomikou a ekonomikou zdraví, možná lehce zastydět, že nezbytnou odbornou diskusi tímto způsobem neotevřel někdo z nás. Nicméně následná pozitivní reakce našich významných lékařských autorit (Holčík, Kotulán) i obsahově navazující článek mladého vědeckého kolektivu Marketingového institutu (2) potvrdily aktuálnost tohoto tématu pro pokračování odborné diskuse a systematický výzkum, v němž podle mého názoru v naší zemi výrazně zaostáváme.

Navíc jsme v tomto roce svědky dalšího pokusu vlády o změnu podmínek pro poskytování zdravotní péče, včetně prevence a podpory zdraví. V kontextu obsahu článku doc. Kříže z roku 2011 je pro další diskusi a výzkum velmi důležité, že změny v systému zdravotního zabezpečení a péče, zaváděné v tomto roce Ministerstvem zdravotnictví, jsou zaměřeny mj. i na zvýšení spoluúčasti pacientů, prohloubení jejich práv a povinností a celkově na zvýšení odpovědnosti občanů Česka za péči o své vlastní zdraví. Přes diskutabilní pojetí některých konkrétních opatření této reformy považuji podstatně významnější zapojení občanů do podpory a ochrany jejich vlastního zdraví za základní východisko k řešení udržitelnosti zdravotních a sociálních systémů. Není to ostatně jen náš problém, udržitelnost sociálních a zdravotních systémů trápí celou rapidně stárnoucí Evropu. Téma efektivity (primární) zdravotní prevence je zřetelně velmi důležité i pro klíčovou oblast konceptu podpory zdraví dle Ottawské deklarace (3), kterou je změna životního stylu celé populace, zaměřená na zafixování zdravého způsobu života v české veřejnosti jako nástroje

zvýšení úrovně veřejného zdraví se všemi očekávanými a potřebnými příznivými efekty.

Navíc, z národohospodářského hlediska představuje zdraví významný potenciál pro využití a rozvoj lidského kapitálu (4), který je důležitým faktorem hospodářského růstu. Z tohoto hlediska je využití ukazatele QALY, ale zejména DALY pro výpočet indikátoru CBR (Cost-benefit ratio), vysvětleného v článku doc. Kříže, mimořádně důležité. Představuje východisko k přijetí standardu pro měření a posouzení efektivity programové prevence a podpory zdraví jako významného aspektu a podmínky hospodářského růstu. Zavedení této metody jako standardu měření efektivity primární prevence v našich podmínkách bych považoval za významný krok k uplatnění zásad zdravotní strategie EU pro léta 2008–2013 (Bílá kniha – Společně pro zdraví), která klade důraz na podporu zdraví zvýšením významu prevence. Navíc jako základ pro veřejné politiky v zemích společenství připomíná Bílá kniha poprvé i ekonomické efekty zdraví formulací zásady: „Zdraví je největší bohatství, je základní podmínkou hospodářské produktivity a prosperity“ (5).

Efektivně zajištěné intervence v rámci primární prevence jsou předpokladem úspěchu každého komplexního programu podpory zdraví. Občas mívám pocit, že by v diskusi o podpoře zdraví neuškodilo připomenout, že programová podpora zdraví musí mít spolehlivou lékařskou odbornou oporu a dohled. Zajišťování kvalitní programové podpory zdraví nemůže být zájmovou bezplatnou aktivitou, uplatnění zkušeností z dobré praxe nestačí. Vynakládání nezbytných prostředků však často zpochybňují přetrvávající názory na oprávněnost nároku na bezplatné zdraví od státu a jsou často zdrojem negativních přístupů k ekonomickým aspektům ochrany a podpory zdraví.

Jsem jiného názoru, protože za rozhodující subjekt zdraví a jeho odpovědné podpory považuji každého (dospělého) občana, který by se měl ve svůj prospěch o své zdraví a zdraví svých dětí průběžně a řádně starat, především dodržováním zásad zdravého způsobu života. Stále se zvyšující požadavky na financování podpory zdraví z veřejných zdrojů zde nejsou namístě. Životní styl determinuje zdraví z celé poloviny, na rozdíl od zdravotnických služeb, kterým se přisuzuje jen pětina celkového vlivu na zdraví. Přitom ekonomická stránka zdravého životního stylu představuje spíše příznivý

faktor v zajištění programové podpory zdraví v Česku. Jak je uvedeno v článku citací prof. Holčíka, podpora zdraví v podobě zdravého způsobu života založeného na střídmosti (uměřenosti) může být i velmi levnou záležitostí, dostupnou prakticky každému. Nízké náklady na prevenci (např. střídma konzumace zdravé stravy bez kouření) přináší spolehlivě příznivé ekonomické efekty v podobě úspor za drahou léčbu na straně výdajů, ale i nezkrácenou mzdu namísto ušlého příjmu po dobu pracovní neschopnosti z důvodu nemoci na straně příjmů.

Přestože se naprosto ztotožňuji s tímto přístupem, musím na tomto místě položit otázku: Když je zdravý životní styl v každodenním životě snadno zvládnutelný, a navíc i levný, dokážeme metodami měření efektivity intervencí zjistit, proč se situace v Česku zejména ve vývoji výskytu neinfekčních nemocí jako přímého důsledku nezdravého životního stylu stále nelepší? Především ve vyšších věkových skupinách (50+) zaměstnanců (6)? Jak ekonomicky analyzovat hlavní příčiny stálého postupu tzv. civilizačních nemocí v posledních letech v Česku (6)? Konkrétně v ekonomicky produktivním věku 19–64 let se podle statistik ÚZIS jedná především o nemoci pohybového aparátu, diabetes a obezitu. Například nově zjištěné případy onemocnění na diabetes mellitus každoročně rostou stále rychlejším tempem (7) a v roce 2011 se blížily hranici 65 tis. nových případů za rok. Přitom roční léčba jednoho pacienta stojí v průměru až 25 tis. Kč, což znamená roční výdaje zdravotních pojišťoven přes 20 mld. Kč.

Vyčerpávající odpověď na tyto otázky rozhodně není triviální. Základní východiska však naznačuje pasáž diskutovaného článku „Obecné otázky výhodnosti prevence“. Doc. Kříž uvádí názory amerických autorů (Woolf) ovlivněné zřetelně pojetím zdraví jako specifického statku, které zřejmě vychází z přístupu americké ekonomické školy ke zdraví jako součásti lidského kapitálu a poptávky po zdraví podle Grossmana (8). Tato teorie nahlíží na zdraví jako na vrozenou zásobu kapitálu zdraví, kterou je třeba stále, až do smrti, obnovovat investicemi. Jedná se o statický model ekonomického chování, vedoucí k přístupu rozšířenému z USA do všech vyspělých zemí. Tento přístup spočívá v optimalizaci investic do zdraví podle ceny zdraví odvozené z ceny za léčbu jednotlivých typů a skupin nemocí.

Mám za to, že tento přístup lze samostatně uplatnit v našich podmínkách především v případech, kdy jsou specifické formy primární prevence cíleně zaměřeny na určitou nemoc a spolehlivě a měřitelně snižují její výskyt (očkování proti chřipce atd.). Tato situace je však charakteristická zejména pro skupinu infekčních nemocí. Odpověď na položenou otázku ohledně analýzy příčin výskytu neinfekčních nemocí nám tedy zřejmě tato metoda neposkytne. Jejich léčba je zdoluhavá a nákladná a má nejednoznačné výsledky (diabetes). Tyto chronické nemoci však jsou, jak uvádí doc. Kříž, většinou úspěšně preventabilní, a to především dodržováním a pěstováním zdravého způsobu života. Cenu podílu zdravého životního stylu, nahrazujícího intervence, však v případě určité nemoci lze vyjádřit (pokud vůbec) snad jen odhadem, který ovšem nepřinese na výstupech z výpočtu nákladové efektivity dostatečně relevantní výsledky.

Soudím proto, že by měly být další diskuse i výzkum v oblasti podpory zdraví, včetně prevence, orientovány i na další analýzu ekonomických aspektů nejen z hlediska

nákladovosti, ale též z hlediska ekonomického přístupu k chování (potenciálních) účastníků programové podpory zdraví, jejíž výsledky významně ovlivňuje jejich životní styl.

Pro analýzu chování a vztahu lidí k jejich vlastnímu zdraví v sociálně-ekonomických podmínkách dnešního světa se nabízí řada přístupů. Známý a využívaný jsou především psychosociální přístupy (Kebza a další). V podmínkách Česka však dosud nejsou poněkud překvapivě využívány přístupy, které pro analýzu a pochopení lidského chování nabízí ekonomie. S ohledem na přetrvávající pojmové nepřesnosti v oblasti ekonomiky zdraví si na tomto místě dovoluji připomenout, že se nejedná o přístupy k ekonomice zdravotnictví (jako oboru) nebo ekonomice zdravotní péče, ale o (teoretické) přístupy ekonomie jako vědy zkoumající chování lidí v otázkách uspokojování jejich potřeb, hmotných i nehmotných. Ekonomické teorie jsou často přijímány odbornou veřejností jiných oborů poměrně skepticky. Často neprávem, protože ekonomie má ostatním oborům včetně zdravotní prevence a podpory zdraví co nabídnout. Především se jedná o to, že správná struktura, zaměření a volba nástrojů každého programu by měly vycházet ze znalosti chování cílové skupiny, pro kterou jsou určeny. V této souvislosti je třeba připomenout, že i podpora zdraví a prevence nemocí se odehrávají v konkrétním ekonomickém prostředí a podmínkách, které významně ovlivňují chování lidí. Právě ekonomie disponuje metodami umožňujícími toto chování analyzovat, modelovat a následně ovlivňovat.

V našem tématu je to především ekonomický přístup mikroekonomické analýzy lidského chování v oblasti péče o vlastní zdraví vycházející z teorie lidského kapitálu a racionální volby podle G. Beckera (9). Zřejmě nejvýznamnější model tohoto směru, M. Grossmana, jsem již zmínil. Je třeba zdůraznit jeho komplexní pojetí, zmíněná a diskutovaná metoda CBR z něj vychází jako ze základního přístupu. Obsahuje však více proměnných, zahrnujících hlavní aspekty zachování a obnovy zdraví. Například počítá z celkového počtu dnů v roce kromě času stráveného prací, nemocí a vytvářením jiných statků i s časem věnovaným investicím do zdraví. Zdraví pak chápe jako faktor, který poskytuje člověku čas pro produktivní i neproduktivní činnosti. Uplatnění tohoto modelu v dalším výzkumu by tak po mém soudu mělo potenciál celkem přesně zohlednit a v potřebném detailu i komplexně ukázat hlavní souvislosti mezi mírou výdajů nezbytných pro uchování a obnovu zdraví v lidském životě a hlavních efektů v podobě jak úspor nákladů na nepotřebnou léčbu, tak i zvýšení produktivity práce a efektů z dalších činností, kterými se člověk ve svém životě zabývá a v jejichž důsledku vytváří hodnoty.

Analýza chování lidí ve vybrané cílové skupině podle uvedeného modelu však je podmíněna předpokladem racionálního chování zúčastněných, kteří investují do zachování a obnovy svého zdraví na základě své svobodné volby. Více nebo méně v rámci svého životního stylu, přímo cílenou prevencí nebo i léčbou. Avšak vždy s určitou značnou dávkou odpovědnosti, a hlavně cílevědomě se snahou vyhnout se nemoci nebo alespoň obnovit své zdraví léčbou nemoci. Efektivně tak minimalizovat ztráty a zachovat maximální dosažitelné výnosy, obvykle ze mzdy.

Odpovídá však takto koncipované modelové východisko chování všech vrstev a segmentů české společnosti v oblasti podpory zdraví a zdravého životního stylu? Může přinést takto koncipovaný výzkum reálná a v praxi využitelná východiska pro zvýšení účinnosti programové prevence a podpory zdraví ve školách, ve městech, na pracovištích, na venkově? Lze touto cestou získat relevantní poznatky a výstupy, které by přinesly nové podněty při aktualizaci veřejných politik podpory zdraví napříč obory a resorty, jak deklaruje například program Zdraví 21?

Obávám se, že nikoliv, a příčinu vidím zejména v přístupu české společnosti k otázce zdraví a nemoci. V této souvislosti souhlasím s tvrzením v diskutovaném článku, že v ČR nebyli dosud lidé vystaveni nutnosti zamýšlet se nad finanční hodnotou nemoci ani zdraví. Doplnil bych toto tvrzení a rozšířil jeho význam na vztah dospělých občanů Česka k vlastnímu zdraví ve smyslu výnosů a ztrát v důsledku zdraví a nemoci.

Výsledky průzkumů (10) dokazují, že dospělé obyvatelstvo v Česku, zejména v produktivním věku, má ke svému zdraví vztah, který bych označil za ambivalentní. Na jedné straně většina lidí uznává nenahraditelnost zdraví pro šťastný a spokojený život a upřímně si přeje jeho zachování bez nemoci a utrpení. Na druhé straně se silně projevuje velmi nedbalý přístup, hraničící s neodpovědností k plnění základních povinností a dodržování povinností pojištěnce zdravotní pojišťovny, podmiňujících udržení a upevňování zdraví, zejména v oblasti prevence a tím spíše podpory zdraví. Za příklad může sloužit nízká účast zaměstnanců v produktivním věku na pravidelných dvouletých preventivních prohlídkách u praktického lékaře. Údaje zdravotnické statistiky (11) dokládají účast v rozsahu jen asi 5,5 % v roce 2010. Přitom optimum se pohybuje kolem 20 %, v ideálním případě by hodnoty byly dvojnásobné. Ne nadarmo obsahuje reforma uplatňovaná od tohoto roku i pravidla sankcí za nedodržování léčebného režimu pacientem. Rozporuplný vztah k vlastnímu zdraví má v české společnosti zajisté své příčiny a vysvětlení opět není jednoduché.

Dovolím si v této souvislosti přispět do budoucí diskuse o tomto tématu vlastním návrhem vysvětlení, vycházejícím z kulturně-historické zkušenosti našeho národa. Jsem přesvědčen, že lidé v Česku většinou díky kulturně-duchovní tradici považují zdraví spíše za dar nebes a nemoc za fatální událost, předem vůbec nebo málo ovlivnitelnou, asi jako úraz. Každý je dnes navíc součástí systému zdravotního pojištění a „bezplatné“ zdravotní péče ze zákona. Tímto způsobem se většina dospělé populace cítí být dostatečně zajištěna proti případnému nekontrolovatelnému průběhu nemoci a ohrožení zdraví nebo i života. Touto cestou je vytvořen a ve veřejném mínění tradován z dob reálného socialismu zakořeněný obecný názor, že je o zdraví každého a všech dostatečně postaráno bez jejich přičinění a individuální odpovědnosti (6). Z hlediska pojmů standardní ekonomie v této situaci dominuje jednání nazývané morální hazard.

Má ekonomie však i pro tyto velmi rozšířené případy řešení? Vždyť v případě takového chování a rozhodování nelze hovořit o racionalitě, cílevědomosti nebo odpovědnosti za vlastní zdraví. Jak analyzovat a vysvětlit problém silně rozšířeného iracionálního chování a nezodpovědného vztahu k vlastnímu zdraví?

Odpovědi na tyto otázky přináší behaviorální ekonomie, která na rozdíl od standardní ekonomie pracuje s kategorií tzv. psychologického užítu a zabývá se častým způsobem jednání lidí vyznačujícím se omezenou racionalitou. Tvůrci tohoto tzv. psychologického realismu v ekonomii, Kahneman, Tversky, představovaného dnes Thalerem, Sunsteinem a dalšími, vycházejí z toho, že většina lidí je zaneprázdněna, má nedostatek času, a nemá tedy ani časové předpoklady pro detailní uvážení svých rozhodnutí. Proto si rozhodovací procesy podvědomě zjednodušují a dopouštějí se zcela nebo částečně chybných rozhodnutí (6). Kahneman a kol. (12) nazvali tato zjednodušování heuristikami a formulovali čtyři typy tohoto uvažování (reprezentativnost, dostupnost, kotvení a pravidlo palce). Kromě heuristik upozornili behavioralisté při zkoumání pravidel lidského rozhodování a uvažování také na anomální případy, které zavádějí člověka při rozhodování k iracionálním volbám. Z hlediska našeho problému zmíním alespoň dva typy anomálních případů iracionální volby.

Prvním je „efekt nadměrného sebevědomí“. Oproti vzdělání, které většina lidí chápe jako nezbytný předpoklad ke zlepšení příjmů a kvality života, přeceňuje drtivá většina lidí zejména v nižším věku kvalitu svého zdraví, a v důsledku toho podceňuje péči o své zdraví (6). Podpurným efektem je morální hazard ze zdravotního pojištění, posilovaný nabídkou zdravotních služeb poskytovaných „zadarmo“ dokonce ze zákona.

Druhým případem iracionality je „efekt rámování“. Toto chování charakterizuje situace jedince, který stojí před množstvím mnohdy protichůdných, často odborně náročných informací, a nežli by se zabýval jejich racionálním vyhodnocováním, raději rozhodne rámcově, podle způsobu, jakým je mu řešení podáno. V případě péče o zdraví, složitého biologického procesu vyžadujícího rozsáhlé odborné znalosti, svěří většina lidí nejen sledování svého zdravotního stavu, ale i svého zdraví zcela do rukou lékaře a vytvoří si tak příjemný klamný pocit vyřešení problému s tím, že odpovědnost za jejich zdraví převzal někdo jiný, mnohem kompetentnější. Příkladem je situace, kdy dospělý občan v Česku, který se necítí zdravý, velmi často nehledá v případě neúspěchu prvního vyšetření další diagnostické možnosti u jiného lékaře, v jiném zdravotnickém zařízení, aby byla odhalena a léčena příčina nemoci (choroba), ale sám sobě i svému okolí argumentuje na toto téma obvykle způsobem „lékař nic nenašel (jsem tedy zdravý)“.

Poznatky a přístupy behavioralistů považuji za mimořádně inspirující. Jsem toho názoru, že skutečně důsledné uplatnění možností analýzy lidského chování, které poskytuje behaviorální ekonomie, může významně obohatit současnou praxi a posunout paradigma celé oblasti podpory zdraví od medicínského pohledu k sociálně-ekonomickému pojetí, především v otázkách efektivního působení na žádoucí změnu životního stylu celé společnosti. Jako příklad může posloužit pochopení a využití heuristiky v oblasti intervencí. V protikuřáckých intervencích lze například s výhodou využít efektu rámování, kdy v situaci obtížné volby záleží na způsobu, jakým se adresátovi podá žádoucí varianta. Správná, pozitivní formulace je doménou sociálněmarketingových programů. Pokud však tato forma komunikace přináší převážně negativní podněty, používá nepříjemné formulace nebo je zastrašující pro jedince ve snaze odradit

jej od rizikového zdravotního chování, aniž by mu přinášela být zprostředkovaně jiný srovnatelně nehmotný užitek (například prestiž, být „in“), její působení se může snadno změnit na kontraproduktivní. Behaviorální přístup k chování a volbě nám totiž umožňuje pochopit, že podstatou rizikového chování, například kouření, není pro kuřáka primárně nebezpečný zlovyk, ale užitek ze statku, jež by si měl odepřít a substituovat jej nehmotným statkem, zdravím, které je ovšem možné zdánlivě obnovit stále spolehlivěji léčbou, navíc „zdarma“. Kromě heuristiky rámování zde jde o překonání další anomálie v racionálním rozhodování, o efekt lpění na statu quo. Znamená silnou preferenci lidí setrvávat na předem stanovené pozici a neměnit své zavedené chování, dokud motivace ke změně nejsou dostatečně přesvědčivé, zejména v případě, kdy nevýhody opuštění představují větší obtíže nebo hrozbu než výhody vyplývající ze změny (6). V protikuřáckých programech by tak měly být především akcentovány mimořádné užítky z nekouření, například v podobě zvýšení společenské prestiže v případě zlepšení vzhledu u žen a v případě mužů třeba zvýšení jejich mužnosti. Obě tyto výhody jsou novým nebo znovunalezeným užitek, který by si mohl kuřák pořídit i souběžně s kouřením (kosmetické přípravky, nebo Viagra), ale jen za cenu dalších, poměrně vysokých výdajů. Znalost behaviorální ekonomie umožňuje dále pochopit, že v tomto případě musí protikuřácký program najít způsob, jak překonat další iracionální efekt chování v podobě tzv. averze ke ztrátě. Tento efekt působí na chování jedince tak, že stejnému nárůstu zisku je přisuzována jedincem menší váha oproti stejnému nárůstu ztráty. Substitut, kterým má být nahrazen zdraví škodlivý statek, tedy musí přinést větší užitek, než přinášel původní statek, aby jedinec považoval substituci alespoň za přijatelnou, ne-li výhodnou (6). Další příklady by bylo možné uvést celou řadu, ale pro názornost připomeňme třeba možnosti nahradit pocit sytosti a uklidnění z přejídání zvýšením osobní společenské prestiže v důsledku zachování nebo získání fyzické krásy a štíhlé postavy (6).

Jsem přesvědčen, že ekonomický přístup k chování lidí, ať již standardní, využívající sofistikované matematické modely, nebo behaviorální psychologický realismus i kombinace obou, má mimořádný potenciál z hlediska možností přispět k dalšímu rozvoji celé oblasti a konceptu podpory zdraví v Česku. Osobně se domnívám, že v kontextu změn zahájených převedením sociálního zabezpečení v pracovní neschopnosti z důvodu nemoci k 1. 1. 2009 na zaměstnavatele a pokračujících významnými změnami podmínek pro poskytování léčebné péče v roce 2012 se vytvoří rostoucí tlak na zvýšení spoluúčasti pacienta na léčebné péči a prohloubení odpovědnosti pojištěnců zdravotních pojišťoven za podporu a ochranu vlastního zdraví. Tato postupná změna zvýrazní potřebu

věnovat podstatně větší pozornost účelnosti a účinnosti programové podpory zdraví a primární zdravotní prevenci, které bude, domnívám se, třeba řešit v mnohem komplexnější podobě. Možnosti ekonomického přístupu k analýze chování jsou nástrojem, který je s to přispět k řešení tohoto očekávaného úkolu a zvýšit kvalitu a efektivnost všech komplexních programů a veřejných politik i konkrétních programů podpory zdraví, a to nejen v teoretické, ale i praktické rovině.

LITERATURA

1. Kříž J. Prevence a ekonomika. *Hygiena*. 2011;56(3):89-94.
2. Chytková Z, Karlíček M, Hrkal M. Sociálně marketingové programy na podporu zdravého životního stylu: možné teoretické přístupy. *Hygiena*. 2011;56(4):127-31.
3. World Health Organization. Health promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2012 Jun 27]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>.
4. Becker G. Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education. 3rd ed. Chicago: The University of Chicago Press; 1993.
5. Bílá kniha - společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013. Brusel: Komise Evropských společenství; 2007.
6. Klesla A. Alternativní přístupy k podpoře zdraví [disertační práce]. Praha: VŠE; 2012.
7. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Péče o nemocné cukrovkou 2010. *Zdravotnická statistika*. Praha: ÚZIS ČR; 2011.
8. Grossmann M. On the concept of health capital and the demand for health. *J Polit Econ*. 1972;80(2):223-55.
9. Becker G, Murphy K. A theory of rational addiction. *J Polit Econ*. 1988;96(4):675-700.
10. Agentura INRES-SONES. Výzkum názorů a postojů občanů a lékařů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života. Praha: INRES – SONES; 2012.
11. Chudobová M. Činnost praktických lékařů pro dospělé v roce 2010. *Aktual Inf ÚZIS ČR*. 2011(17):1-5.
12. Kahneman D, Slovic P, Tversky A, editors. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. New York: Cambridge University Press; 1982.

*Ing. Arnošt Klesla
VŠE, Národohospodářská fakulta,
Katedra hospodářské a sociální politiky
Nám. W. Churchilla 4
130 67 Praha 3
E-mail: arnost@klesla.com*