

ÚVOD DO KONCEPCE A ANALYTICKÝCH NÁSTROJŮ
REFORMY ZDRAVOTNICKÉHO SEKTORU A PODPŮRNÉHO FINANCOVÁNÍ

Přípravný modul pro dálkové studium
(zkráceno)

Jeremiah Hurley, Ph.D.
David Feeny, Ph.D.
Mita Giacomini, Ph.D.
Paul Grootendorst, Ph.D.
John Lavis, MD, MSc.
Greg L. Stoddart, Ph.D.
George Torrance, Ph.D.

Centrum pro ekonomiku zdravotnictví a politickou analýzu
McMaster University

Srpen 1998

Finanční podporu tomuto modulu poskytl Institut pro ekonomický rozvoj Světové banky v rámci svého programu Flagship zaměřeného na reformu zdravotnického sektoru a podpůrného financování.

Obsah	Strana
Předmluva	i-ii
Politický scénář (ZADÁNÍ CASE STUDY)	iii-v
Kapitola 1: Efektivnost	1-14
Kapitola 2: Spravedlnost	15-31
Kapitola 5: Zdravotní péče, trhy se zdravotním pojištěním a úloha vlády	99-111
Kapitola 6: Financování zdravotní péče	112-127
Kapitola 7: Dotování zdravotní péče a renumerace (odměny) poskytovatelům zdravotní péče	128-145

PŘEDMLUVA

Jako politický činitel působící ve zdravotnickém sektoru, čelíte neustálému proudu složitých rozhodnutí, jak nejlépe spravovat váš systém zdravotnictví. Možností se nabízí mnoho a každá má své politické stoupence, kteří se přimlouvají za její výhody – reforma základní péče prostřednictvím vztahu zákazník – poskytovatel; zajištění péče prostřednictvím systému řízené konkurenční soutěže; hrazení nákladů prostřednictvím platby pacientů atd. Oblast je nesmírně rozsáhlá. Jak máte vyhodnotit, která z reforem je pro vaši situaci nejvýhodnější a umožní vám dosáhnout cílů stanovených pro váš zdravotní systém?

Tento krátký modul takové odpovědi nemůže poskytnout (to nedokáže žádná odborná kniha). Přesto doufáme, že na konci celého učebního programu Flagship o reformě zdravotnického sektoru a podpůrného financování budete moci kriticky zhodnotit možnosti postupů, které se vám nabízejí. Cílem tohoto modulu, který je základní součástí programu Flagship, je představit základní ekonomické koncepce zdravotnictví, které můžete použít pro analýzu – z ekonomického hlediska – a které možnosti postupu mají pro váš zdravotní systém význam. Hlavní hledisko je proto zaměřeno na koncepční a analytické ekonomické nástroje, které se uplatňují na zdravotnický sektor. Cílem je vysvětlit základní principy, které tvoří ekonomický přístup k reformě zdravotnictví. Uznáváme, že kritéria efektivnosti a spravedlnosti, které ekonomický přístup zdůrazňuje, jsou pouze podmnožinou plného souboru kritérií, která se při reformě zdravotnictví uplatní. Tento modul vychází z předpokladu, že dokonalé porozumění koncepci ekonomie zdravotnictví je potřebnou, i když nikoliv jedinou, podmínkou pro komplexní analýzu možností reformy zdravotnictví (a samozřejmě předpokladem maximální prospěšnosti následných modulů programu Flagship).

Ekonomické koncepce jsou popsány netechnickým způsobem a výklad vychází z úrovně vhodné pro toho, kdo o ekonomických koncepcích mnoho slyšel, ale nikdy je systematicky nestudoval. Naše vlastní vzdělávací činnost je zaměřena na široké rozpětí studentů od klinických lékařů, kteří nemají žádné ekonomické vzdělání, až po vysokoškolsky vzdělané ekonomy – proto rozlišuje tři vzdělávací úrovně. První z nich nazýváme „porozumění“. Tato úroveň studenty seznámí s ekonomickými koncepcemi a jistými postupy, jak je v každodenní životě aplikovat (např. při čtení a kritické analýze novinových zpráv), ale za tuto hranici daleko nezasahuje. Druhou úroveň nazýváme „aplikace“. Studenti se jejím prostřednictvím dostávají na hlubší úroveň porozumění, která jim umožňuje pohodlnou aplikaci koncepcí systematickým a promyšleným způsobem, který analyzuje politické možnosti postupu. Konečně třetí úroveň je nazvána „pokročilost“ – s touto znalostí je odborník schopen přispívat k vývoji v oblasti ekonomie zdravotnictví. Hlavním cílem tohoto modulu je dovést čtenáře na úroveň porozumění a mnohé z nich k prvním fázím aplikace. Prostřednictvím následných modulů, které tvoří program Flagship, pak studenti mají širokou možnost aplikovat koncepce na konkrétní záležitosti reformy zdravotnictví, zajišťující plné dosažení aplikační úrovně porozumění, která je pro vás, jako analytika zdravotnictví a politického činitele, tak důležitá.

Tento modul byl připraven pro dálkové studium. Jedná se o samostatnou příručku, takže úspěšné studium nevyžaduje jiné materiály než ty, které jsou zde obsaženy (ačkoliv i další materiály mohou být v případě dostupnosti užitečné). Každá kapitola obsahuje základní učební materiál, příklady a ilustrace, které čtenářům jednotlivé koncepce ujasňují a konkretizují, soubor studijních otázek (s navrženými odpověďmi) a další doporučenou četbou, pro ty, kdo budou chtít některé téma prostudovat podrobněji. V závěru uvádíme i rejstřík klíčových termínů a koncepcí pro snadné odkazové nalezení. Když se některé rejstříkové slovo v textu objeví poprvé je vytištěno tučně. Při studiu modulu je materiál rozšiřován sekvenčním způsobem, i když jsme se pokusili uvádět křížové zpětné odkazy na hlavní myšlenky uvedené v předchozích kapitolách. Dálkové studium se někdy může stát trochu namáhavým, samotářským zážitkem. Proto doufáme, že vlastnosti našeho modulu vám umožní hodnotné a příjemné studium.

POLITICKÝ SCÉNÁŘ

Stát - Coltrane

Základní údaje a demografie

Coltran je rozvojová země s nízkým až středním národním důchodem. V roce 1996 dosáhl počet obyvatel Coltranu 15,1 milionu a během posledního desetiletí počet obyvatel rostl s průměrným ročním přírůstkem 2,1%. Celkem 55% obyvatel žije v městských oblastech, z nich většina v hlavním městě. Toto hlavní město s téměř 2,3 miliony obyvatel se stalo ekonomickým centrem země a výrazně převýšilo ostatní dvě velká města.

Ukazatele ekonomické činnosti

Ekonomický výkon Coltranu během posledního desetiletí byl velkým zklamáním. Celkový reálný HDP byl zvýšen s průměrným ročním nárůstem pouhých 0,2%. Při rostoucím počtu obyvatel, HDP na obyvatele ve skutečnosti klesal (viz Tabulka 1).

Tabulka I

	1992	1993	1994	1995	1996
Reálný HDP v miliardách (\$PPP)	54,2	54,3	54,4	54,5	54,6
Reálný HDP obyvatele (\$PPP)	3 900	3 828	3 756	3 687	3 619

Vedle stagnujícího ekonomického výkonu se Coltran v průběhu posledních pěti let potýkal s inflací s roční mírou dosahující až 90%. Pokusy o modernizaci neuspěly a ekonomika Coltranu zůstává stále významně nerozvinutá. Zemědělská výroba je nadále převládající ekonomickou činností Coltranu a v zemědělství pracuje 56% pracovní síly (viz Tabulka 2).

Tabulka 2

	ZEMĚDĚLSTVÍ		PRŮMYSL		SLUŽBY		CELKEM	
	1985	1996	1985	1996	1985	1996	100	100
Zaměstnaná pracovní síla v %	67	56	9	18	24	26	100	100
Podíl v % na HDP	33	30	13	16	51	54	100	100

Základní výrobou zemědělství, hlavním zdrojem příjmů z exportu Coltranu jsou kávová zrna. V minulých letech nepříznivé vlivy počasí a celosvětová konkurence významně snížily příjmy Coltranu z vývozu kávových zrn. Během minulých pěti let se příjmy z vývozu zrn snížily o 65% a Coltran nyní čelí velkému běžnému účetnímu schodku.

Snížení exportních příjmů spojené s nadměrnými vládními výdaji vedlo k rozpočtovým schodkům

a zvýšení zahraniční zadluženosti. Od roku 1990 do roku 1996 celkový zahraniční dluh stoupl z 26,0 miliard \$ na 39,3 miliard \$. Následný nárůst nákladů na dluhovou službu významně omezil možnosti vlády. (viz Tabulka 3).

Tabulka 3

Roky	CELKOVÝ ZAHRANIČNÍ DLUH		Poměr dluhové služby jako % exportu zboží a služeb
	US (\$miliardy)	V % HDP	
1985	23.9	46	18
1990	26.0	49	24
1996	39.3	72	52

Následkem těchto problémů s rostoucí zadlužeností, Coltran čelí významnému tlaku mezinárodních organizací jako je Světová banka a Mezinárodní měnový fond, které vyžadují restrukturalizaci ekonomiky a posílení fiskální politiky.

Sociální a zdravotní oblast

V roce 1996 celkové výdaje na zdravotnictví a školství vyjádřené v procentech HDP byly 3,4% a 2,4%, se státními výdaji v procentech HDP rovnajícími se 2,3% a 2,1%. Obyvatelstvo Coltranu dosahuje v průměru nízkého vzdělání, pouze 33% získává vzdělávání i po dovršení věku 12 let. Během minulého desetiletí pomalu vzrostla míra gramotnosti u dospělé populace a nyní je na hodnotě 73%.

Zdravotnický systém Coltranu používá kombinovaný systém financování a dotací. Existuje veřejně dotovaný a řízený systém nemocnic a klinik, které jsou bezplatné pro všechny obyvatele. Státní zaměstnanci mají samostatný sociální systém pojištění financovaný prostřednictvím plateb zaměstnanců a vládní subvencí a existuje rovněž malý, ale rostoucí soukromý sektor pro ty, kteří mohou platit v hotovosti.

Během minulého desetiletí státem financovaný zdravotnický systém Coltranu zasáhlo několik tvrdých finančních škrťů, které byly následkem snižujících se finančních možností vlády. Od roku 1990 do 1996 roční reálné náklady na obyvatele v oblasti zdravotnictví klesly z 85 \$ na osobu na 52 \$. V roce 1996 mělo pouze 62% z celé populace přístup ke službám zdravotnického systému a vesnické obyvatelstvo mělo malý nebo žádný přístup k pohotovostním zdravotním službám.

S danou složitou finanční situací a všeobecným voláním po restrukturalizaci, Coltran musí lépe vynakládat své zdroje pro zdravotní péči. Hlavním problémem, kterému Coltran čelí, je potřeba udržení hladiny nákladů a současné zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro venkovské obyvatelstvo a zaměření na dlouhodobě potřebné oblasti.

Výbor pro politické priority

V rámci procesu stanovování priorit, vláda založila Výbor pro politické priority, který tvoří – hlava státu (předseda vlády), ministři jednotlivých ministerstev a další klíčoví vládní úředníci. Jako součást procesu restrukturalizace musí zdravotnický sektor bojovat s dalšími sektory o omezené veřejné prostředky. S poznáním významu úvah uvedeného Výboru, vás ministryně zdravotnictví požádala, abyste pracoval jako analytik připravující její činnost ve Výboru. Budete muset připravovat souhrny, zpracovávat pro ministryni analýzy a řídit další činnosti, které zajistí dobrou reprezentaci ministerstva zdravotnictví. Nebudete však muset připravovat politické analýzy, které si ministryně připravuje sama.

V následujících měsících bude Výbor pro politické priority zvažovat zda, jak a u jaké oblasti rozšířit přidělené prostředky k následujícím novým iniciativám:

- 1) nákup nových letadel pro ministerstvo obrany;
- 2) výzkum a zemědělský rozvoj zaměřený na boj se škůdci;
- 3) národní program gramotnosti pro dospělé;
- 4) národní protikuřácká kampaň;
- 5) vertikálně organizovaná prevence proti malárii a léčebný program;
- 6) rozšíření současného zdravotního programu zaměřeného na matky a děti;
- 7) národní soupis léků na předpis lékařů;
- 8) dokončení národní sítě center základní zdravotní péče;
- 9) rozšíření zařízení pro dialýzu a transplantaci ledvin v národní nemocnici;
- 10) výstavba nové dálnice se zvláštním důrazem na renovaci příjezdových silnic; a
- 11) výstavba fotbalového stadionu v hlavním městě.

Výbor bude rovněž posuzovat alternativní způsoby placení těchto nových programů.

KAPITOLA 1:

EFEKTIVITA*

Protože finanční omezení Coltranu jsou velmi tvrdá, předseda vlády rozhodl, že při výběru iniciativ, které mají být financovány, musí Výbor pro politické priority vybrat pouze ty návrhy, jejichž efektivnost lze prokazatelně doložit. Když však projdete nabídky a původní úvahy výboru, zjistíte, že při obhajobě svých návrhů mnoho ministrů má odlišnou představu, když používají slovo „efektivnost“, a že se tyto významy velmi často liší od těch používaných ekonomy, kteří připravili pro Výbor podpůrné a výchozí zprávy. Před zahájením práce na tomto úkolu jste si myslel, že víte, co efektivnost znamená, ale nyní jste zmaten více než kdy dřív! Co efektivnost opravdu znamená?

I. Úvod: základní koncepce a nástroje

I. 1. Efektivnost

Ekonomie je věda, která studuje, jak jednotlivci a společnosti rozdělují omezené výrobní zdroje mezi konkurenční alternativní použití a rozdělují výrobky z těchto použití mezi členy společnosti. Zdravotní péče a zdraví jsou univerzálně považovány jako dva důležité produkty, na které všechny společnosti věnují své zdroje. **Ekonomie zdravotnictví** je tedy věda o tom, jak jsou omezené zdroje rozdělovány mezi alternativní využití pro léčení nemocí a podporu, udržení a zlepšení zdraví. Dále studuje, jak zdravotní péče a zdravotnické služby, jejich náklady a příjmy a zdraví samo je rozdělováno mezi jednotlivce a skupiny ve společnosti.

Termín **zdroje** znamená základní vstupy do výroby – čas a schopnosti jednotlivců, půdu a přírodní zdroje (vzduch, voda, nerosty, atd.), kapitál (továrny, zařízení, atd.), a znalost výrobních procesů. Peníze, ačkoliv jsou důležitým prostředkem výměny a velmi užitečným měřicím nástrojem, ekonomové nedefinují jako zdroje samy o sobě; například význam finančních rozpočtů vychází z kontroly zdrojů, kterou propůjčují těm, kteří sestavují rozpočty.

Základní problém, kterému čelí všechny společnosti – a důvod, proč ekonomie existuje jako vědecká disciplína – je ten, že zdroje jsou omezené. Omezenost znamená, že neexistuje, a nikdy nebude existovat dostatek zdrojů, který by uspokojil všechny lidské ekonomické potřeby. Toto pozorování je zcela jasné při každodenním pohledu na záležitosti nemocí a zdraví, ale stejně platné je i v jiných oblastech lidské činnosti. Existuje trvalý konflikt mezi alternativními využitími zdrojů a trvalá potřeba výběru mezi alternativními alokacemi. Proto ekonomové definují reálné náklady činnosti (například poskytování nemocničních služeb) jako další výstupy, které musí být vypuštěny (například další zdravotnické služby jako je imunizace nebo nezdravotnické služby nebo komodity jako je obrana či motorová vozidla), protože tyto zdroje jsou použity na tuto činnost.

Ekonomové označují tento důležitý základní pojem jako **náklady alternativních příležitostí (alternativní náklady)**. Ilustrační příklady 1.1 a 1.2 uvádějí příklady **nákladů alternativních příležitostí**. Politici ve všech společnostech musí mezi takovými kompromisy volit každý den.

Dvě základní charakteristiky ekonomické analýzy vycházejí z koncepce nákladů alternativních příležitostí. Za prvé se ekonomie zabývá hodnocením a volbou mezi alternativními možnostmi postupu, které mohou, ale nemusí být výslovně definovány. Za druhé zjišťuje náklady a následky jednotlivých alternativ.

Základní kritérium, které ekonomie používá pro organizaci a vedení těchto analýz je právě kritérium „efektivnosti“. Základní pojem „efektivnost“ tak, jak je tento termín chápán téměř každým, je docela jednoduchý: získat „co nejvíce“ z omezených zdrojů! Ale za tímto intuitivním sdělením není vždy jasné, co

vlastně „co nejvíce“ zahrnuje nebo jak toho dosáhnout a – varovné slovo hned v úvodu – ekonomové přikládají pojmu efektivnost velmi přesný soubor významů. Některé z těchto významů nemusí být každému zřetelné, každým schvalované či stejně chápané.

Příklad 1.1: Náklady alternativních příležitostí při problému plánování

Na základě předběžné analýzy jste si rychle uvědomil žádost ministerstva obrany na nová letadla. Pokud bude schválena, prakticky vyloučí všechny ostatní nové iniciativy. Chcete zajistit, aby si výbor byl vědom vysokých nákladů alternativních příležitostí této žádosti a pokusíte se zjistit, co by mohlo být realizováno, pokud by tato žádost ministerstva obrany byla snížena na polovinu.

Při práci s odborníky z příslušných programových oblastí a vlastním studiem vědecké literatury, dojdete k závěru, že 50% snížení žádosti ministerstva obrany by umožnilo dosažení 10% zvýšení národního poměru gramotnosti a 15% snížení počtu kuřáků v zemi, pokud by byly v těchto oblastech realizovány nové programy modelované podle nejnovějších úspěšných programů.

Příklad 1.2: Nemocniční výdaje a mezisektorové náklady alternativních příležitostí

Mezisektorové následky konkrétního rozhodnutí o financování zdravotní péče se zřetelně projeví v kanadské provincii Ontario. Ve fiskálním roce 1990-91 vláda provincie schválila zvýšení rozpočtu o \$350 milionů dolarů určených na nemocniční služby. Odborníci pracující v oblasti veřejného zdraví určili, že tyto prostředky mohly být použity k zajištění 70 000 státem podporovaných ubytovacích jednotek pro rodiny s nízkými příjmy nebo pro 547 000 státem placených míst v mateřských školách, obě dvě tyto možnosti byly považovány za alternativní investice do zdraví. (Labonte, 1990).

Před zvážením těchto významů detailním způsobem bude užitečné se zaměřit na veličinu problému alokace zdrojů, kterému čelí společnost ve chvíli, kdy berou v úvahu důsledky omezenosti zdrojů, konkurenčních využití zdrojů a různých společenských potřeb. Tento problém je zobrazen na obrázku 1.1 s konkrétním odkazem na úlohu zdravotní péče a zdraví.

Obrázek 1 - I zobrazuje, jak mohou být zdroje použity alternativními způsoby k "výrobě" zdravotnických služeb, zdraví a obecnému prospěchu. Nižší projednané pojetí efektivnosti a jejích významů může být aplikováno na „výrobu“ každého z nich. (Lavis and Stoddart, 1994). Protože efektivita je instrumentální pojem, je vždy nutné jasně vysvětlit hledaný výsledek, nebo výrobu, která bude získána.

Na obrázku 1.1 mohou být zdroje použity pro různé účely, které jsou zde rozděleny do tří skupin označených „zdravotnické služby“, „další faktory zdraví“, a „další faktory obecného prospěchu.“ Zdravotnické služby přispívají k všeobecnému prospěchu prostřednictvím svého vlivu na zdraví, stejně jako další faktory zdraví jako je vzdělávání, sociální programy a bezpečnost na pracovištích. Tyto další faktory zdraví mohou mít rovněž přímý vliv na obecný prospěch. Třetí kategorie, další faktory všeobecného prospěchu, mají v zásadě pouze přímý vliv na obecný prospěch, ačkoliv i do této kategorie mohou patřit některé spotřebitelské výrobky – například potraviny – které mohou ovlivnit obecný prospěch nepřímo svým vlivem na zdraví.

Tři hlavní prvky efektivnosti (Pauly, 1970; Culyer, 1985) mohou být shrnuty běžným jazykem následovně:

- 1) Neplýtvat zdroji
- 2) Vyrábět každý výrobek za nejnižší cenu
- 3) Vyrábět typy a množství výrobků, kterých si lidé cení nejvíce.

Efektivní rozdělení zdrojů je takové, které zároveň splňuje všechny tři požadavky. První dva požadavky se vztahují pouze na výrobu, třetí zavádí spotřebu - a tím spojuje obě strany **nabídky a poptávky** výměny výrobku. (Pojetí nabídky a poptávky je detailně vysvětleno v Kapitole 4.)

První výše uvedený prvek efektivity vyžaduje, aby pro dané množství výstupu bylo minimalizováno množství vstupů pro něj použitých. (Tento požadavek může být rovněž formulován tak, že maximální výstup je vyroben z jakékoliv dané kombinace vstupů.) Pokud není tato podmínka splněna, pak je možné získat vyšší výstup prostřednictvím jiného složení zdrojů, nebo uvolnit některé zdroje na alternativní použití bez obětování jakékoliv současné výroby. Tento prvek efektivity je označován termínem **technická efektivity**. Nemocnice, které mají větší velikost, než je pro zajištění služeb vlastním komunitám potřeba, jsou příkladem technické neefektivity. Příklad 1.3 uvádí případovou studii jiného příkladu. V zásadě bude existovat několik technicky efektivních kombinací vstupů (například kombinace práce a kapitálu) pro danou úroveň výroby.

Příklad 1.3: **Technická efektivity poskytování zdravotního pojištění: příklad Spojených států**

Woolhandler a Himmelstein (1991) doložili technickou neefektivnost amerického systému zdravotního pojištění, který je založen na řadě soukromých pojišťovacích společností. Při srovnání s jedním systémem s plátcí a veřejně spravovaným pojišťovacím systémem, který funguje v Kanadě, došli ke zjištění několika zdrojů technické neefektivity.

" ... Existence velkého počtu pojišťovatelů nutně vede k potřebě určení jejich vhodnosti, které by bylo zbytečné, kdyby byl každý pojištěn v rámci jednoho komplexního programu. Místo jednoho aparátu vyhodnocujícího pojistky v každém regionu – jsou jich potřeba stovky. Fragmentace rovněž snižuje velikosti pojištěné skupiny a omezuje úspory vzniklé na základě velkého rozsahu... Konkurence mezi pojišťovateli vede k marketingu a přesunům nákladů, ze kterých mají prospěch jednotlivé pojišťovací firmy, ale zvyšují se náklady celého systému ... Vybírání společných plateb, odpocitatelných položek a omezení odpovědnosti pojišťoven je velmi nákladné... (str. 1256-7)

"... Hlavní výhodou státních programů v ohledu efektivity je jejich využití existujících struktur výběru daní, vyhnutí se potřebě nadbytečné byrokracie pro výběr peněz za zdravotní služby. " (str. 1257)

"... Existence mnoha platičů ve Spojených státech rovněž vyvolává náklady na byrokracii pro poskytovatele zdravotní péče. Nemocnice musí účtovat několik pojišťovacích programů s různými objemovými omezeními pojistného krytí, způsobilostí a dokumentací. Navíc účtování za každého pacienta vyžaduje velký interní účetní aparát pro stanovování nákladů a poplatků jednotlivým pacientům a pojišťovatelům..." (str. 1257)

Technická neefektivnost je velmi drahá. Woolhandler a Himmelstein odhadují, že v USA administrativní náklady tvoří 19-24 % výdajů na zdravotnictví, zatímco jejich odhad v Kanadě je 8-11%. Pokud by byl systém zdravotního pojištění v USA technicky efektivní jako je v Kanadě, každoroční úspory by dosáhly výše 100 miliard dolarů.

Další složka efektivity vychází z technické efektivity, ale bere v úvahu relativní náklady různých vstupů. Vedle dosažení technické efektivity vyžaduje, aby vstupy byly kombinovány tak, aby minimalizovaly náklady jakéhokoliv daného výstupu. (Požadavek může být rovněž stanoven tak, že výstup (výroba) je za daných nákladů maximalizován). Například pokud je práce dostatek a není vzhledem ke kapitálu drahá v jedné

ekonomice ve srovnání s druhou, pak nejméně nákladné výrobní metody zaměstnají relativně více pracovní síly v první ekonomice. Tato složka efektivnosti je definován jako **efektivnost nákladů.** Ačkoliv způsob výroby výstupu s efektivností nákladů se může v různých podmínkách lišit, pro daný výstup v konkrétním vymezení bude běžně existovat pouze jedna kombinace vstupů, která bude mít efektivnost nákladů. (Stanovit, zda konkrétní kombinace vstupů je nákladově efektivní pro výrobu konkrétního výstupu, je možné pouze pokud byla porovnána s jednou či více alternativními kombinacemi vstupů použitých pro stejný účel.) Všimněte si rovněž, že zatímco efektivnost nákladů nás může informovat o tom, jak vyrobit výstup s nejmenšími náklady, neodpovídá na otázku, zda má být výstup vyroben. Když něco nemá smysl dělat, nemá smysl to dělat dobře!

Třetí složka efektivnosti spojuje dodání výstupů s poptávkou po nich tím, že rozšíří analýzu o zvážení preferencí a hodnot členů společnosti, kteří výstupy spotřebují. Vyžaduje, aby vedle dosažení technické efektivnosti, byly zdroje použity k výrobě typů a množství výstupů, které nejlépe uspokojují lidi – to znamená těch, kterých si lidé cení nejvíce. Ekonomové používají k popisu tohoto komplexního pojetí efektivnosti termín **alokační efektivnost.** Je možné, že alokace zdrojů může být technicky efektivní a nákladově efektivní, ale nemusí mít alokační efektivnost, pokud výrobci dodávají příliš velké či malé množství zboží či služeb vzhledem k přáním spotřebitelů. Pokud matky malých dětí vyžadují poradenské služby pro výchovné problémy místo častých preventivních zdravotních prohlídek, pak může být alokační efektivnost zlepšena změnou kombinace služeb základní zdravotní péče a to i v případě, že preventivní zdravotní prohlídky dětí, které byly poskytovány, byly nákladově efektivní.

Běžným jazykem efektivnost znamená „dělat věci dobře“ (technická efektivnost a efektivnost nákladů) a „dělat správné věci“ (alokační efektivnost). Příklad 1.4 dokládá každou ze tří složek efektivnosti v kontextu základní zdravotní péče. Kromě toho - pokud zvolíme příklad služeb zdravotní péče – neexistuje žádné jediné správné mezinárodní řešení pro jejich poskytování. Ačkoliv teoreticky mají všechny země přístup ke stejným výrobním znalostem, relativní náklady různých vstupů (např. zdravotní sestry oproti lékařům, léky oproti nemocničním dnům) se v různých zemích liší a občané-spotřebitelé v různých zemích mají různé preference a hodnoty. Proto je možné (dokonce očekávané), že země vykáží rozdíly ve způsobu poskytování služeb, v tom, jaké služby poskytují a komu je poskytují a to nezávisle na jakýchkoliv rozdílech v efektivnosti, které mohou existovat.

Příklad 1.4: Efektivnost v návrhu center základní zdravotní péče

Při posuzování návrhu na zavedení národní sítě center základní zdravotní péče se zaměříte na efektivnost center a rozhodnete se použít tři složky efektivnosti (technická efektivnost, efektivnost nákladů a alokační efektivnost), abyste mohli návrh posoudit detailněji.

Nejprve se porovnáte počty zaměstnaných lékařů a sester s předpokládanými počty potřeb jednotlivých komunit z hlediska základní zdravotní péče. Pokud byly počty zaměstnanců stanoveny příliš vysoko vzhledem k těmto potřebám, pak mohou být někteří lékaři a sestry po delší části dne bez práce, a to bude technicky neefektivní. (Technická neefektivnost může vzniknout rovněž poskytnutím neefektivních léčebných procedur, ale vy se rozhodnete, že pro posouzení tohoto aspektu budete potřebovat pomoc odborných expertů.)

Počty zaměstnanců se zdají být náležité, takže nyní zhodnotíte efektivnost nákladů. Zjistíte, že návrh plánuje, že rutinní služby jako imunizace a zdravotní prohlídky budou poskytovat lékaři, ačkoliv by je mohly provádět se stejnou kvalitou zdravotní sestry. Ale lékaři jsou placeni mnohem více než sestry, takže to vypadá, že efektivnost nákladů návrhu by mohla být vylepšena, pokud by kombinace poskytovatelů byla upravena tak, aby sestry byly využívány více a lékaři méně.

Nakonec zhodnotíte typy služeb, které budou v centrech poskytovány, a chcete zjistit efektivnost alokace návrhu. Například víte, že některé komunity s existujícími centry oznámily, že se matky domnívají, že existuje málo (někdy vůbec žádné) poradenských služeb o výživě a výchovných problémech dětí, ačkoliv by tyto matky daly těmto službám přednost před těmi, které jsou v současnosti poskytovány. Ale poradenské služby nejsou na seznamu služeb. Existuje tak prostor pro zlepšení alokační efektivnosti v nových (ale i v existujících) centrech.

Jste si vědom toho, že návrh byl původně sestaven asociací praktických lékařů před tím, než byl schválen ministerstvem zdravotnictví, a že odráží některé jejich zájmy na organizaci jejich praxí a typů služeb, které rádi poskytují; přesto se rozhodnete požádat ministerstvo, aby návrh v nově předloženém znění upravilo z hlediska aspektu kombinace poskytovatelů (efektivnost nákladů) a typů služeb (alokační efektivnost).

Přehledy o alokační efektivnosti nezbytně vyžadují hodnotové soudy o tom, jaká kritéria budou použita pro posouzení, zda konkrétní alokace zdrojů „nejlépe vyhovuje“ lidem, nebo zda je „nejvíce ceněnou“, nebo zda má „příliš mnoho či příliš málo“ některého zboží a služeb. Standardní kritérium v ekonomii vychází z ekonomické teorie známé jako ekonomie blahobytu. Kritérium je známo jako **Paretovo kritérium** (nazvané podle sociologa a ekonoma Vilfreda Pareta, který žil v 19. století) a stanovuje, že alokační efektivnost byla dosažena v situaci, kdy není možná změna alokace zdrojů, aniž by jakákoliv osoba na tom byla lépe bez toho, aniž by tím bylo způsobeno, že nejméně jedna osoba by na tom byla hůře (Boadway a Bruce, 1984).

Existují nejméně dvě další důležité charakteristiky efektivnosti založené na Paretově kritériu (Culyer, 1985; Boadway a Bruce, 1984). U první z nich je pojetí efektivnosti individuální; sociální „blahobyt“ je považován za funkční pouze v rámci individuálního blahobytu, každý jednotlivec je považován za nejvhodnějšího posuzovatele svých zisků a ztrát a individuální blahobyt závisí pouze na zboží a službách, které tento jednotlivec spotřebovává. (Ve skutečném světě jsou všechny tyto předpoklady problematické. Lidé se zajímají o blahobyt jiných lidí, svých sociálních skupin a svých komunit. Jednotlivci často musí činit rozhodnutí za ostatní. A i když se starají pouze o sebe, zajímají se jednotlivci i o ostatní věci – například charakter společnosti, ve které žijí – pak teprve o zboží a služby, které konzumují.)

Druhá charakteristika – výsledky efektivní na základě tohoto pojetí efektivnosti závisí na distribuci příjmů a bohatství mezi jednotlivce společnosti. Jinými slovy podle Paretova kritéria neexistuje žádná unikátní alokace zdrojů, která je tou (jedinou) efektivní alokací, spíše existuje soubor efektivních alokací, jedna pro každou odlišnou distribuci příjmu a bohatství. V praxi může být tato obtížnost překonána přijetím existující distribuce příjmů a bohatství, ačkoliv to představuje velmi důležitý hodnotový soud, který by měl (ale zřídkakdy je) být výslovně stanovený při projednávání efektivnosti.

Tyto charakteristiky standardního ekonomického přístupu k alokační efektivnosti znamenají, že společnost může preferovat „neefektivní“ (v Paretánském smyslu) alokaci zdrojů před „efektivní“ alokací, například pokud ji členové společnosti jistým způsobem považují za spravedlivější (Culyer, 1985, 1989; Reinhardt, 1998). Změna politiky, která odstranila státní dotace soukromých nemocnic ve prospěch rozšiřujících se státních bezplatných klinik, může být dobrým příkladem. Další způsob, jak toto pravidlo vyjádřit, může být to, že volba mezi několika efektivními alokacemi zdrojů musí být učiněna na základě jiných kritérií než je efektivnost. (McGuire a kol., 1988).

Užitečnost Paretova kritéria je v praxi velmi omezena, protože mnoho změn alokací zdrojů ve skutečnosti zhorší situaci mnoha lidí. Tedy téměř u všech politických postupů jsou vždy ten vyhrávající a prohrávající. Při pokusu rozšířit rozsah tohoto kritéria bylo některými ekonomy navrženo, že dostatečnou podmínkou pro pohled na změnu v alokaci zdrojů jako na zlepšení alokační efektivnosti je to, že ti, kteří získají z této změny, si váží

svých zisků tak dostatečně, že v zásadě jsou schopni kompenzovat prohrávajícím hodnotu jejich ztrát a tak zanechají prohrávající ve stejném stavu, ve kterém byli před zavedením změny (Boadway and Bruce, 1984). Tento potenciál Paretova kritéria nevyžaduje, aby náhrada byla skutečně vyplacena, což mnoho pozorovatelů, včetně některých ekonomů, považuje za eticky neakceptovatelné (Baumol, 1977; Reinhardt, 1992, 1998). Předpokládejme například, že by zavedení poplatků uživatelů zlepšilo přístup pro bohaté, ale snížilo dostupnost pro chudé lidi. Pokud by zisky bohatých byly dostatečně velké, aby kompenzovaly chudé, potenciální Paretovo kritérium by tento postup považovalo za efektivní, i kdyby bohatí ve skutečnosti nekompenzovali chudým sníženou dostupnost. Přesto je to toto potencionální Paretovo kritérium alokační efektivnosti, které je základem ekonomické měřící techniky analýzy poměru vynaložených prostředků k celkovému zisku popsané v kapitole 3.

Studijní otázky

1.1 Je možné, aby ekonomika nebyla efektivní, i když všichni výrobci vyrábějí své zboží a služby s nejnižšími náklady?

1.2 Jste ve funkci analytika –poradce ministryně zdravotnictví pro iniciativy týkající se zdravotní péče, které jsou předkládány Výboru pro politické priority a navštíví vás primář lékařského personálu největší nemocnice v zemi. Lobuje pro novou iniciativu pro zařízení pro rozšíření dialýzy ledvin a transplantací a předkládá vám několik vědeckých klinických studií – všechny jsou výborně připravené zkušební klinické testy – které dokazují efektivnost nákladů nové transplantační techniky ve srovnání s dřívější technikou a s dialýzou. Jeho požadavkem je, aby pokud má „důkaz o efektivnosti nákladů“, byla jeho iniciativa dotována bez dalšího odkladu. Jak byste mu odpověděl?

1.3 Primář lékařského personálu není spokojen s vaší odpovědí na výše uvedenou otázku 1.2. Obratem odpovídá, že byste měl alespoň souhlasit s tím, že dodatečné dotace by měly být poskytnuty jeho nemocnici, protože zdraví je cílem, který každý považuje za hodnotný; pak on a další pracovníci nemocnice zjistí, který program v nemocnici by měl dostat zvýšené zdroje. Další programy v rámci jeho nemocnice budou tak schopné „konkurovat“ transplantačnímu programu. Jaká bude vaše odpověď nyní?

KAPITOLA 2:

SPRAVEDLNOST*

S vědomím, že efektivnost je pouze jedním důležitým kritériem Výbor pro politické priority rovněž usiluje o to, aby jeho rozhodnutí byla spravedlivá. Vyvstalo několik problémů: zdravotní iniciativy jsou zcela odlišné (např. prevence kouření a dialýza ledvin) a členové výboru se ptají, zda je cílem vlády samotná spravedlivá distribuce zdravotnických služeb nebo spíše spravedlivé rozdělení zdraví a užitku. Další otázkou je, zda některé programy, jako je dialýza ledvin, budou mít dostatečnou kapacitu, aby ošetřily všechny ty, kteří by z nich mohli mít prospěch. Měl by Výbor doporučit spravedlivý proces pro zajištění dostupnosti k takové specializované službě? Iniciativy jsou rovněž zaměřeny na pomoc různým skupinám lidí. Dialýza ledvin například přinese užitek zejména obyvatelům měst, programy pro matky a děti pomohou přímo matkám a dětem a rozšířená síť center základní zdravotní péče přinese užitek lidem žijícím na venkově. S předpokladem, že bude potřebovat pojednat o aspektech spravedlnosti, vás ministryně zdravotnictví pověřila, abyste navrhl několik principů spravedlnosti, kterými by se výbor řídil při analýze aspektů spravedlnosti různých iniciativ.

1. Úvod

Ekonomie zdravotnictví se v první řadě zabývá hledáním nejefektivnějších alokací zdravotnických zdrojů k dosažení politického cíle (např. zlepšení zdraví obyvatel nebo ochrana zdraví jednotlivců). Efektivnost však není jediným kritériem pro posouzení distribuce zdrojů. Spravedlnost je zvláštním a důležitým zájmem, kterým se musí ekonomové zdravotnictví a političtí analytici často zabývat. Mnoho správních orgánů (to znamená zemí, států, provincií, obvodů) má formální povinnost vyžadující, aby zdravotní péče byla rozdělována spravedlivě (viz např., Wagstaff a Van Doorslaer, 1993). Přesto se však politici ne vždy shodnou na tom, co to znamená „být spravedlivý“ – ať již v principu či v praxi. Politické otázky týkající se spravedlnosti jsou často morální, etické i technické povahy. Principy, které analytici zdravotnictví používají pro zajištění a zhodnocení spravedlnosti vycházejí z řady různých oborů: filozofie, etiky, práva a politologie, ale i z ekonomie.

Aspekty spravedlnosti se objevují na mnoha úrovních zdravotnického systému. Na různých úrovních se mohou uplatnit různá kritéria, důvody a principy. Státní ministerstvo zdravotnictví bude mít například zájem na spravedlivém rozdělení rozpočtových prostředků všem regionálním zdravotnickým obvodům, ale i na spravedlivém rozdělení odborníků po celé zemi. Regionální zdravotní centra mohou mít zájem na spravedlivém rozdělení služeb primární a sekundární péče mezi městskými a venkovskými oblastmi nebo mezi sociální skupiny jako jsou ženy a děti, senioři či chudí lidé. Poskytovatelé služeb v místních klinikách se mohou potýkat s problémem výběru pacientů pro prioritní ošetření léky v omezeném množství či u jiných jednotek.

Každý, kdo rozhoduje – ve státní správě, administrativě i na klinikách (Lomas, 1990) – čelí unikátnímu souboru daného zboží zdravotních služeb, procesům spravedlivé distribuce a charakteristikám, které určují potřebné příjemce či ty, kteří si příjem zaslouhují.

V této kapitole se zaměříme na základní pojetí spravedlnosti a projednáme, jak mohou ovlivnit ekonomické rozhodování v oblasti zdravotnictví.

II Analýza spravedlnosti

II.1. Základní prvky analýzy

Distribuce zdravotního (nebo zdraví produkujícího) zboží nevyhnutelně znamená distribuci podle přijatelných postupů či kritérií. Tyto postupy a kritéria se vztahují k určitým charakteristikám distribuovaného

zboží, ale i k charakteristikám příjemců, kteří ho dostanou. Zásady hledání distributivní spravedlnosti pojednávají o třech základních analytických aspektech:

(1) Definování zboží, které bude distribuováno a vlastnosti, které mohou ovlivnit jeho spravedlivou distribuci.

Přijatá metoda pro distribuci jednoho typu zboží nemusí být přijatelná pro distribuci jiného. Zdravotní péče se liší od jiného zboží jako jsou automobily, potraviny, zábava, vzdělání atd. Různé typy „zboží/ zdravotní péče jako je zdravotní pojištění, služby zdravotní péče, a zdravotní výstupy se rovněž liší jeden od druhého. (Mooney, 1987). Příslušné vlastnosti zboží zahrnují například to, zda je zboží považováno za nezbytnost či luxus, zda je zboží velmi drahé nebo si ho mohou dovolit všichni.

(2) Určení správného politického hlediska.

Politický postup zajišťující spravedlnost se může zaměřit na jeden nebo oba ze základních aspektů: (a) jak rozdělit (tj. spravedlivé postupy) a (b) přijatelnost výsledného rozdělení (tj. přijatelný konečný stav). Cíle spravedlnosti mohou být definovány v termínech spravedlivých postupů, spravedlivého konečného stavu nebo oběma hledisky.

(3) Definování příslušných *vlastností potencionálních příjemců*, které mohou ospravedlnit jejich nárok na určité zboží.

II.2. Typy zboží

II.2.i. Přehled zboží zdravotní péče určeného pro distribuci

Pro účely spravedlivého plánování politiky zdravotního sektoru může být zboží zdravotní péče rozděleno do různých kategorií (Mooney, 1986). Následující zboží jsou základním zbožím zdravotní péče, jehož distribuce je často zkoumána z hlediska spravedlnosti:

- (1) zdravotní pojištění
- (2) vstupy zdravotní péče
 - poskytovatelé
 - programy, služby, zákroky
- (3) dostupnost zdravotního pojištění a zdravotní péče
- (4) využití zdravotní péče
 - použití služeb (nebo "využití")
 - použití efektivních služeb ("naplnění potřeb")
- (5) prospěch vytvořený (1), (2), (3) a (4)
 - specifické zdravotní vlivy ("výstupy")
 - všeobecný prospěch ("blahobyt")

Při produkci zdraví a blahobytu každý uvedený prvek do jisté míry závisí na předcházejícím: zdravotní vlivy závisí na využití zdravotního systému, využití závisí na dostupnosti služeb pro jednotlivce a obyvatelstvo, dostupnost závisí na existenci služeb. Vztah je pouze přibližný přesto: tj. dostupnost zdravotního pojištění nemusí nutně zajišťovat přístup k efektivním službám a dosažení zdravotního prospěchu nezaručuje zlepšení

blahobytu. Rovněž zdraví i blahobyt závisí na zdroji mimo zdravotní péči -- např. vzdělání, zaměstnanost, výživa, veřejná hygiena, sociální podpora, mír atd.

Politici v oblasti zdravotnictví hledají spravedlivou distribuci „nejvyššího“ prvku na tomto seznamu: přijatelnou úroveň zdraví a blahobytu sdílenou členy komunity či státu. Je zřejmé, že zdraví a blahobyt nejsou „věcmi“, které může vláda rozdělovat doslova (to znamená, že vláda nemá dodávky zdraví, které by předávala). Vlády přesto mají často přímou kontrolu nad vstupy (poskytovateli, programy, pojištěním), které mohou produkovat zdraví a jistou míru nepřímého vlivu na chování jednotlivců (dostupnost a využití služeb). Při sledování spravedlnosti ve zdravotním sektoru se politici snaží upravit služby spravedlivě a stimulovat náležitou dostupnost a využití – to znamená, že mají tendenci se zaměřit na alokaci „nižšího“ zboží-pojištění, poskytovatele, dostupnost atd. s nadějí, že ovlivní zdraví a blahobyt. Pro sledování úspěchu politiky politici v ideálním případě nezkoumají pouze distribuci služeb a míry jejich použití (např. Baker a van der Gaag, 1993), ale rovněž výslednou distribuci „vyššího zboží“ zdraví a blahobytu.

II.2.ii. Vlastnosti zboží, které ovlivňují spravedlivou distribuci

Povaha zboží ovlivní jeho spravedlivou distribuci. Důležité vlastnosti zahrnují fyzickou povahu zboží, míru, ve které zboží má obecnou–zákaznickou hodnotu mezi členy komunity a převládající kulturní přesvědčení o zboží a jeho náležitých prostředcích distribuce. Můžeme zkoumat dopady spravedlnosti výše uvedeného zdravotního zboží s ohledem na každou z těchto vlastností.

Fyzická povaha zboží. Fyzická povaha zboží, zvláště pak jeho dělitelnost a exkluzivnost ovlivní způsob, jakým může být rozdělováno (Stone, 1988; Elster, 1992). Například nejenom, že politici nemají dodávky zdraví, které by mohli distribuovat ve společnosti, ale i genetické vybavení způsobuje, že existují skutečné fyzické limity míry, do které jakékoliv politické postupy mohou činit distribuci zdraví v populaci spravedlivou. Mezi zdravotními službami – kapitálově náročná povaha nemocnic činí jejich rovnoměrné rozložení na ve velké geografické oblasti složité (a nesmyslné). Následně zkoumání distribuce samotných nemocnic může poskytnout zkreslený obraz dostupnosti nemocničních služeb a politické postupy zajišťující dostupnost nemocnic se musí zaměřit na zboží potřebné pro dosažení nemocnic. Politici, kteří se zabývají spravedlivou dostupností nemocnic v Zambii se například nezaměřují jen na alokaci samotných nemocnic, ale rovněž na alokaci zboží jako je palivo a doprava potřebná pro dosažení regionálních institucí. (Cederlof, 1996).

Naproti tomu pracovní síla poskytovatelů zdravotních služeb je lépe dělitelným zbožím. Ačkoliv lékaři a další zdravotní odborníci mají tendenci se shromažďovat ve městech – stejně jako nemocnice – mnoho z nich zde není vázáno fyzickou nutností. Následně se tedy politici mohou reálně rozhodnout redistribuovat poskytovatele, zvláště poskytovatele základní zdravotní péče tak, aby byli v dané oblasti rovnoměrněji rozloženi.

Exkluzivnost může ovlivnit rozhodnutí politiků o principech spravedlivého rozdělení. V rozvojových zemích mnoho moderních technologií jako jsou zařízení pro dialýzu ledvin představuje omezené zdroje, protože jejich nákupní a provozní náklady jsou vysoké a vyžadují pro svůj provoz odborné specialisty. Další zdroje jsou přirozeně omezené (levné i drahé) jako jsou lidské orgány a tkáně (včetně krve). Tam, kde potřeba předbíhá dodávku omezených služeb jako je dialýza, spravedlnost se často zaměřuje na spravedlivou alokaci zboží – čekací seznamy, loterie, nebo jiné metody pro spravedlivou alokaci *šancí* jednotlivců získat dialýzu (tyto metody jsou projednány níže).

Obecná proti zákaznické hodnotě: Zboží může mít buď přibližně stejnou hodnotu pro každého (obecná hodnota), nebo místo toho mít zákaznickou hodnotu, kdy si někteří cení hodnoty zboží více než ostatní (Stone, 1988). Ve zdravotním sektoru je dostupnost zdravotní péče důležitým příkladem zboží se zobecněnou hodnotou. Politikové zajišťující spravedlnost se pokoušejí distribuovat přístup tak, aby existovala stejná

dostupnost nejméně základních služeb pro všechny. Naproti tomu služby zdravotní péče samy o sobě mají zákaznickou hodnotu – cílem politiků je zajistit, aby pouze ti, kteří budou mít ze služeb užitek, tyto služby dostali. (tzn. aby nebyly plýtvány u těch, kteří z nich nebudou mít užitek. U některých služeb zdravotní péče přesto může vzniknout hodnota pro ostatní kromě příjemce služby, nebo může vytvářet prospěch či břemeno u jiných než u příjemce. Imunizace proti nakažlivé nemoci přináší prospěch nejenom tomu, kdo ji přijímá, ale i těm, kteří ji nepřijímají.

Kulturní přesvědčení: Komunity mají často silné kulturní přesvědčení, že konkrétní zboží by mělo být rozdělováno jistým způsobem, zatímco jiné by mělo být rozdělováno jinak (Hochschild, 1981; Walzer, 1983; Deutsch, 1985; Elster, 1992). Některé země (jako je Kanada) si cení univerzálního krytí zdravotního pojištění (jako symbolu národní solidarity). Jiné země (jako jsou USA) pocítují silnější ideologické závazky ke konkurenčním trhům než k univerzálnímu zdravotnímu pojištění (Stone, 1993). Všeobecněji – jak byste reagovali, kdybyste zjistili, že primář chirurgie obvodní nemocnice umožnil lidem, aby si kupovali a prodávali místa na seznamu čekajících pacientů? Tuto reakci porovnejte s reakcí na zjištění, že pokladníci místního divadla dovolili lidem kupovat a prodávat lístky na populární představení. Většina z vás se zalekne první situace – ve většině případů se to zdá být nesprávné a zakázané – zatímco druhý případ většinu lidí nijak neznepokojí. Trhy jsou považovány jako spravedlivý způsob pro distribuci jistého druhu zboží, ale ne pro jiné a pojetí spravedlnosti je jedním z důvodů, proč se spoléháme méně na tržní mechanismus ve zdravotním sektoru než je tomu v jiných sektorech. (v kapitole 4 projednáme rovněž některé aspekty efektivnosti). Dokonce i v zdravotním sektoru politici činí významné rozdíly mezi různými typy zdravotních služeb. Mnoho vlád nyní definuje jako „základní“ balíček zdravotních služeb, které budou široce distribuovat mezi obyvatele (viz např., GCCHC, 1992; World Bank, 1993; Wilson a kol., 1995; Berthgold, 1995). Tyto základní služby jsou odlišeny od ne-základních nebo „nadstandardních“ služeb, o kterých se domnívají, že jsou legitimněji distribuovány prostřednictvím soukromého trhu. Představy o tom, které služby jsou „základní“ se liší podle hodnot a kritérií politiků. Světová banka například předepsala základní balíček, který obsahuje pět základních typů služeb: prenatální a porodní služby, plánování rodiny, léčení nemocných dětí, léčba tuberkulózy a léčba pohlavních chorob. (World Bank, 1993).

Dalším příkladem je zboží „dostupnost služeb“: bariéry v přístupu jsou v různých komunitách odlišné; od kulturních bariér jako jsou jazykové nedostatky či nedostatečné vzdělání až po materiálnější bariéry jako je doprava, financování, pracovní volno atd. Spravedlivější distribuce dostupnosti zahrnuje pochopení kulturních norem o distribuci těchto doplňkových zboží.

11. 3. Politické hledisko: spravedlivé procesy vs. spravedlivé konečné stavy

Existují dvě možná politická hlediska pro zajištění spravedlivé alokace zdrojů. První hledisko je zaměřeno na vývoj spravedlivých *procesů* distribuce zboží. Druhé hledisko je zaměřeno na určení spravedlivých *konečných stavů* po konečné distribuci zboží. Analytickové politiky ve zdravotním sektoru se mohou zabývat jedním z těchto hledisek či oběma hledisky.

II.3.i. Proces-principy distributivní spravedlnosti

Proces-principy spravedlnosti se drží toho, že spravedlivé procedury nutně distribuují zdroje spravedlivě. Domnívají se, že pokud jsou dodržovány spravedlivé postupy, konečná distribuce bude *de facto* spravedlivá. Procesní principy mohou být zvláště důležité ve dvou situacích: když zboží, které je distribuováno, nemůže být rozděleno, aby bylo sdíleno všemi těmi, kteří na něj mají nárok, takže se spravedlivá distribuce zaměřuje na to, aby poskytla každému jednotlivci spravedlivou možnost získat zboží (zatímco ostatní nedostanou žádné); nebo pokud informační problémy zamezí možnosti učinit platná vyhodnocení finální distribuce zboží a posouzení konečného stavu je tak nemožné.

Posuďte následující scénář:

V největší fakulní nemocnici v zemi vykoná kardiolog operaci by-passu u jedné pacientky. Když se u ní objeví komplikace, chirurg pacientku umístí na ventrikulární pomocné čerpadlo. Po stabilizaci zapíše pacientku na seznam čekatelů na srdeční transplantaci. Pacientka, která je velmi bohatá, si stěžuje na to, že čekání je příliš dlouhé a nabídne další pacientce, která je před ní na seznamu, peníze za její místo. Když je tato nabídka odmítnuta (pacientkou i správcem nemocnice), stěžuje si, že by se raději zúčastnila loterie, která by dala každému pacientovi rovnocenné šance na okamžitou transplantaci. To však není možné, protože ne každý může dostat každý typ srdce. Takže musí čekat až na ni dojde řada na základě seznamu čekajících pacientů a na základě jejich klinických kritérií.

Mezitím veřejný činitel v oblasti zdravotnictví z venkovského obvodu lobuje u ministryně zdravotnictví, aby zastavila dotace srdečních transplantací jakýmkoliv způsobem (např. prostřednictvím zdrojů nemocnic, výcvikových programů atd.). Trvá na tom, aby peníze byly přesměrovány na jiné věci – na zastavení epidemie malárie v jeho obvodu. Dále volá po tom, aby byl ustanoven proces, který by definoval základní služby, pro které bude poskytováno univerzální krytí. Ministryně dává přednost procesu, ve kterém by rozhodovali politici, zatímco veřejný činitel podporuje proces, který by zahrnoval širokou veřejnost

Tento scénář vyvolává řadu otázek. Mezi nimi je procesní princip morální povinnosti, či imperativ udělat „tu správnou věc“ v dané situaci, princip, na který lékaři kladou velký důraz (viz např. Beauchamp a Childress, 1983a). Ve zdravotní péči jsou morální povinnosti od profesní funkce běžně očekávány. Kardiolog cítí morální závazek nezanechat pacientku bez pomoci, veřejný činitel cítí morální závazek bojovat za zlepšení zdravotního stavu obyvatel v jeho regionu. Zvláště etické povinnosti klinických lékařů zachránit pacienty v nebezpečí mohou přesměrovat velké množství zdrojů do intenzivní a pohotovostní péče. Do té míry, kdy komunita uznává tuto konkrétní morální povinnost jako spravedlivou a správnou, může pak přijmout výsledné alokace jako spravedlivé. Přesto jako vodítka pro alokace zdrojů se často morální povinnosti dostávají do konfliktu s jinými kritérii spravedlnosti jako je efektivnost (viz např. Hadorn, 1991).

Uvedený scénář zmiňuje procesní princip loterie, která je vyžadována pacientkou očekávající transplantaci srdce. Ačkoliv je jen zřídka používána v klinické praxi (naproti klinickému výzkumu, který je založen na náhodných kontrolních prohlídkách), mohou být loterie některými lidmi považovány za spravedlivý způsob, jak rozdělit nedělitelné zboží, protože dávají každému kandidátovi stejnou šanci na získání omezeného zboží, než na získání přiměřené části. Výhodou loterie je její objektivnost z hlediska vlastností příjemců – všichni mají stejnou pravděpodobnost vítězství bez ohledu na to, kdo jsou. Následkem toho, je možnost nespravedlivé diskriminace minimální. Loterie však nejsou běžné částečně proto, že lidé ne vždy chtějí mít stejnou šanci – chtějí spravedlivou šanci, která odráží to, co považují za svůj legitimní nárok na zboží (Elster, 1992). To se blíže vztahuje na aspekt, který zkoumáme dále v této kapitole, kdy mají politici v oblasti zdravotnictví zájem na spravedlivém konečném stavu (na rozdíl od procesů) a často vyhledávají nespravedlivou diskriminaci při alokaci zdravotní péče mezi kandidáty, kterou loterie zamezují.

Čekání v řadě je alternativním procesem pro alokaci omezeného a potřebného zdroje (Stone, 1988). Čekání v řadě v oblasti zdravotní péče není často založeno pouze na délce času na seznamu čekajících, ale je upraveno zvláštními vlastnostmi příjemců jako je vážnost jejich zdravotního stavu (tyto diskriminační vlastnosti jsou rovněž projednány v další části této kapitoly).

Další procesní princip spravedlnosti je volná výměna, prováděná v ideálním případě na dokonalém trhu (viz např. Nozick, 1974). Tento problém nastává v oblasti zdravotnictví velmi často zvláště v souvislosti s alokací zdravotního pojištění a služeb mezi bohatými lidmi. Zastánci trhu argumentují tím, že takové výměny rozdělují zdroje spravedlivě, pokud: (1) jsou transakce zcela dobrovolné, (2) lidé mají úplné informace o následcích svých transakcí a (3) neexistují žádné počáteční rozdíly v bohatství lidí. Tyto podmínky jsou na trzích jakéhokoliv zboží zdravotní péče splněny jen zřídka. Filozofická východiska procesů volné výměny a problémy při jejich na nutně nedokonalé trhy zdravotní péče jsou projednány v kapitolách 4 a 5.

Procesy řízení a rozhodování, jako jsou ty, které se vztahují na definování služeb, které budou hrazeny, mohou být strukturovány tak, aby zajišťovaly spravedlivé plánování zdrojů. Mohou být použity různé procesy. Například pro mandáty širokého pojištění mohou být použity procesy, kterých se účastní široká veřejnost. V přidělovém systému zdravotní péče se staly kontraktační procesy populárním ideálem pro přidělová rozhodnutí (Rawls, 1971; Daniels, 1985; Goold, 1996). Tyto procesy vyžadují, aby ti, kteří rozhodují, určili alokaci zboží tak, jako by neměli žádnou představu o tom, v jaké situaci se budou nacházet sami po té, co bude zboží rozděleno. Jednoduše řečeno tito činitelé si musí vybrat jako kdyby platilo, že „teď“ záleží jen na štěstí.“ Tento přístup má tendenci (do jisté míry) minimalizovat škodu všem, jejichž postavení se zhorší. Balíček omezených služeb pro chudé ve americkém státě Oregon byl například kritizován z důvodů, že chudí nebyli dostatečně zapojeni do přidělovacích procesů a že ti, kteří rozhodovali (státní zaměstnanci) nesměli schválit takový balíček omezených služeb pro své vlastní zdravotní výhody (prostřednictvím zdravotního pojištění státních zaměstnanců) (viz např., Fox and Leichter, 1991; Daniels, 1991).

II.3.ii. Principy konečného stavu distribuční spravedlnosti

Pokud se rozhodující činitelé zaměří na aspekty konečného stavu distribuční spravedlnosti, mají menší zájem na procesu distribuce a více se zajímají o to, kde zdroje nakonec skončí (tj. o distribuci konečného stavu). Důležité principy konečného stavu mohou být ilustrovány zvážením problému alokace státního rozpočtu na zdravotní péči. V mnoha zemích jsou rozpočty předávány do obvodů. Jaký je nejspravedlivější způsob rozdělení provinčního rozpočtu mezi obvody? Ačkoliv jsou občas používány přidělení podle počtu obyvatel, analytici se v nedávné době zaměřili na úpravu přidělení podle počtu obyvatel tak, aby odrážely odlišnosti jednak v relativních potřebách zdravotní péče ve všech obvodech a náklady poskytovaných služeb. Například Zambie upravuje své přiděly podle počtu obyvatel i podle hustoty obyvatelstva v obvodu, ceny paliv a dostupnosti bank a výskytu cholery ve správním obvodu (Cederlof, 1996). V provincii Britská Kolumbie se vzorec přidělu regionálních dotací upravuje podle složení obyvatelstva podle věku, pohlaví a podle různých faktorů zdravotních potřeb, který je měřen standardizovanými ukazateli úmrtnosti (British Columbia Ministry of Health, 1996).

A v rámci národní zdravotní péče ve Velké Británii je po mnoho let část alokace regionálního rozpočtu založena na standardizovaném ukazateli úmrtnosti jako indikátoru chorobnosti (Mays, 1989).

Rovnoprávnost je klíčovým konceptem pro analýzu konečného stavu státního rozdělování. Téměř všechny distribuce konečného stavu zdůrazňují význam zrovnoprávnění distribuce jistého zboží mezi příjemce (Sen, 1992). Odporující teorie vznášejí argument, jaké zboží to vlastně je. Proto, ačkoliv jsou blízce s těmito teoriemi spjaty, rovnoprávnost není stejným pojmem jako spravedlnost. Přísně rovnoprávná distribuce rozpočtu se může zdát být zcela nespravedlivou, například mnoho obvodů může namítat, že jejich postavení je vzhledem

k jisté klíčové vlastnosti výjimečné, a proto mají oprávněný nárok na více finančních prostředků na zdravotnictví. Poskytování nestejných přidělů podle počtu obyvatel, které jsou v souladu s jejich potřebami a náklady, může být nutné proto, aby byl zajištěn stejný přístup pro všechny obyvatele každého obvodu.

Aristoteles jako první formuloval ideu „formální spravedlnosti, která definuje spravedlivou distribuci konečného stavu, ve které jsou rovnoprávní členové léčení rovnoprávně a nerovnoprávní jsou léčení nerovnoprávně podle stupně jejich nerovnoprávnosti. (Beauchamp and Childress, 1983b). V ekonomii je často používán termín horizontální spravedlnost pro označení distribuce stejných množství zboží mezi příjemce, kteří jsou podobně situováni podle příslušných aspektů jejich situace. Proto se vzorec financování pokouší zajistit, aby ti se stejnými potřebami a náklady dostávali stejná množství stanovená na jednoho obyvatele. Naproti tomu vertikální spravedlnost nařizuje rozdělovat nestejná množství mezi různě situované příjemce v rozsahu podle míry, do které jsou různě situováni. Proto se vzorec obdobně pokouší zajistit, aby ty obvody, kde je vynakládána větší zdravotní péče, dostaly větší podíl rozpočtu.

Příklad 2.1 rozebírá některé tyto procesy a principy konečného stavu, které jsou součástí nejnovějšího dokumentu WHO, který pojednává o přidělování omezeného množství tělesných orgánů.

Aby aplikovali koncepcce vertikální a horizontální spravedlnosti musí analytikové definovat, které aspekty mají mít postavení potencionálních příjemců, aby odpovídaly posudkům rovnoprávnosti a které aspekty mít nemusí. (Je nutné poznamenat, že toto stanovení je složitější u vertikální než u horizontální spravedlnosti, protože implikuje porovnání nerovných situací.) Výše uvedená diskuse o vzorci financování byla zaměřená na potřeby a náklady, ale příslušné aspekty se u různých situací a východisek liší. To nás zavádí k našemu poslednímu problému analýzy spravedlnosti: určení náležité charakteristiky potencionálních příjemců.

Příklad 2.1: Postup při přidělování orgánů: Z hlediska spravedlnosti procesů

Tělesné orgány jsou vzhledem k počtu lidí, kteří by mohli mít prospěch z jejich transplantace vždy omezené, následkem toho pravidla přidělování orgánů nabízejí výborné příkladové studie toho, jak mohou být uplatněny principy spravedlnosti. Následující ukázky jsou ze zásad doporučených Světovou zdravotnickou organizací WHO (WHO, 1991) a vysvětlují oba procesy a konečné stavy, které činí zásady přidělování orgánů spravedlivými.

„Lidské tělo a jeho části nemohou být předmětem obchodních transakcí. Podle toho darování či poskytnutí platby (poskytnutí jakékoliv jiné náhrady či odměny) za orgány musí být zakázáno.“ (str. 1470)

Tato stať poukazuje na přijatelné procesy výměny, to znamená, že nemohou být pro distribuci tělesných orgánů použity trhy a není přijatelné směňovat orgány za jiné zboží jako je hotovost či jiné „odměny“.

„Tělesný orgán může být odstraněn z těla dospělého žijícího dárce pro účely transplantace, pouze pokud k tomu dá tento dárce svobodný souhlas. Dárce nesmí být pod jakýmkoliv nevhodným vlivem a tlakem a musí být dostatečně informován, aby mohl porozumět rizikům, prospěchu a následkům souhlasu a tato hlediska zvážit.“ (str. 1470)

„Lékařům a dalším odborníkům musí být zakázáno podílet se na procedurách transplantací orgánů, pokud mají důvod se domnívat, že příslušné orgány byly předmětem obchodních transakcí.“ (str. 1471)

Tato pravidla vymezují principy morální povinnosti. Darování tělesných orgánů je spravedlivé, pokud má dárce možnost se svobodně rozhodnout a je náležitě informován. Poskytovatelé jsou povinni nepoužívat orgány, které byly získány nezákonně.

„Ve světle principů distributivní spravedlnosti a rovnoprávnosti, by měly darované orgány dostupné pacientům na základě lékařských potřeb a ne na základě finančních či jiných úvah " (str. 1471)

Tento oddíl se zaměřuje zejména na spravedlivé konečné stavy a zvláště na charakteristiku příjemců orgánů. Lidé se stejným zdravotními potřebami by měli mít stejnou šanci získat orgán. Finanční charakteristika jako je pacientův příjem, by šanci získat orgán neměla ovlivnit.

Další projednání principů spravedlnosti v kontextu darování orgánů najdete v Elster (1992).

II.4. Charakteristika potencionálních příjemců

Jaká charakteristika příjemce by ospravedlnila jejich nároky na větší podíl ze zdravotních zdrojů? Zaměření na spravedlivou distribuci konečného stavu vyžaduje diskriminaci některých příjemců. Za „příjemce“ mohou být považováni buď jednotlivci nebo, z důvodu politického rozhodování o veřejnosti, populace nebo skupiny. Zda je konkrétní důvod diskriminace (např. míra potřeby, geografická lokace, rod, věk, příjmová skupina) spravedlivá či nespravedlivá bude záviset na závazcích komunit vůči příslušným skupinám či jednotlivcům. Posuďte následující situaci:

AIDS decimuje lidstvo

~ mnoho komunit, zasahuje chudé, pracovní a profesní třídy stejnou měrou. Provinční speciální výbor projednává postup, jak rozdělit omezené protivirové léky proti AIDS. Během jednání v komunitě jeden ze zástupců obvodů požaduje, aby jeho provincie poskytla pracovníkům ve zdravotnictví prioritní přístup k lékům. Namítá, že je to spravedlivé, protože zdravotníci pracují v boji s epidemií AIDS ze všech nejvíce. Další vystupují požaduje, aby všichni odborníci a manažeři dostali preferenční přístup. Dokládá to tím, že země investovala velké částky na jejich vzdělání a výcvik a že jejich předčasná úmrtí představují pro zemi „ztrátu mozků“.

V tomto příkladě je konkrétně diskutovanou vlastností přínos jednotlivce pro společnost a princip spravedlnosti je v tom, že zdravotní péče by měla být poskytována podle příspěvku jednotlivce a to buď v minulosti, současnosti či v budoucnosti. Političtí analytici zjistili řadu morálních problémů spojených s hodnocením „příspěvků“ používajícího kritéria lidského kapitálu pro distribuci zdravotní péče a dalšího sociálního zboží. (Robinson, 1986). Hlavním problémem je, že zdravotní produktivita a společenská produktivita jsou vzájemně propojeny: nemocní jednotlivci mohou velmi těžko přispívat, takže preferenční přístup pro „produktivní“ rovněž často znamená preferenční přístup pro „zdravé“. Dalším problémem je, že širší socioekonomické podmínky – včetně historické diskriminace – mohou činit jisté třídy lidí (např. ženy, etnické menšiny) méně produktivními v měřitelných jednotkách (např. zdanitelné příjmy, intelektuální příspěvky). Příspěvkový princip se odráží například v doporučení, aby dny zdravého života vytvořené zákrokem zdravotní péče byly měřeny z hlediska věku – konkrétní mzdovou hladinou těch, kteří jsou zasaženi. (Barnum, 1987). Přesto správně či nesprávně, příspěvkové principy často implicitně řídí distribuci péče a analytici musí být schopni to běžně rozpoznat – vždy ve zdůvodněních přednostního přístupu.

Další důležitá vlastnost může být doložena následujícím scénářem:

Venkovský obvod rozvíjí centrální plán pro distribuci klinik základní zdravotní péče. V jedné malé vesnici existují nyní existují dvě kliniky, každé z nich slouží jedné náboženské skupině. Vzhledem k tomu, že jedno náboženství zakazuje společný pobyt žen a mužů, jeho klinika je dále rozdělena podle pohlaví: jedna skupina lékařů a pokojů je vyhrazena pro ženy a děti, druhá pro muže. Analytici v obvodu určili, že uzavření jedné

kliniky a žádost, aby zbývající klinika sloužila všem obyvatelům, by zlepšilo efektivnost i kvalitu. Aktivisté z každé náboženské komunity požadují, aby jejich klinika zůstala otevřená a jediná.

Tento příklad ilustruje vlastnosti příslušenství ke skupině. Analýza spravedlnosti distribuce na základě konečného stavu a příslušenství ke skupině vyžaduje, aby lidé v různých skupinách byli léčeni stejně, nebo aby jisté skupiny měly přednostní přístup k jistým typům zdrojů. Skupiny mohou být definovány ze společenského hlediska (např. podle komunity, vyznání, či jiné skupiny), ekonomicky (např. bohatí či chudí), demograficky (např. podle pohlaví, věku, rasy, hlediska město/venkov), nebo podle jiných dimenzí. Například v Tanzanii analýza, která rozdělila obyvatelstvo podle hladiny příjmu, zjistila, že o něco více než třetina uživatelů vládou dotovaných nemocnic jsou bohatí občané, kteří by byli schopni si zdravotní péči zaplatit sami. Analytici kritizovali vládní dotace takových služeb jako nespravedlivé s argumentem, že vládní dotace by měly být rezervovány pro chudé. (Shaw and Griffin, 1995).

To, zda skupiny budou vhodné z hlediska analýzy spravedlnosti v konkrétním kontextu, bude určeno faktory jako je druh zboží, které je distribuováno, kulturní normy, ideologie a přesvědčení o historických nárocích nebo nespravedlnostech. Význam a oprávněnost rozdělení do určitých skupin je nejlépe možné pochopit v rámci konkrétního společenského kontextu. Analýza spravedlnosti založená na skupinách s alokací zdrojů může být bezpochyby použita pro sociální spravedlnost a diskriminaci a aplikace jistých charakteristik může odporovat principům mezinárodních lidských práv (těch, které se zaměřují na práva jednotlivce).

Závěrem tedy můžeme uvést, že analýza spravedlnosti distribuce zdravotního zboží vyžaduje kritické zhodnocení povahy distribuovaného zboží, určení, zda je spravedlnost nejlépe sledovat prostřednictvím kritéria procesu či konečného stavu, a jaké vlastnosti příjemců jsou nejrelevantnější pro zhodnocení, zda rozdělení bylo provedeno spravedlivě. Následující kapitola je věnována některým přístupům k empirickému hodnocení spravedlnosti ve zdravotním sektoru.

Studijní otázky

2.1 Poslední dobou vzrostl zájem na přechodu k rozdělování finančních prostředků na služby zdravotní péče založeném na „základě potřeb,“ které by zlepšilo spravedlnost státem placeného systému zdravotní péče. Kdekoli centrální vlády platily poskytovatelům přímo, peníze byly rozdělovány podle tradičního rozdělení poskytovatelům. To znamená, že oblasti s mnoha lékaři a nemocnicemi dostávaly více prostředků a oblasti s menšími službami dostávaly méně – bez výslovného ohledu na relativní velikost místního obyvatelstva. Dotování na základě potřeb by změnilo toto rozdělení peněz místním vládám na základě ukazatelů velikosti a míry zdraví populace (např. čím větší populace či větší nemocnost, tím více peněz by místní vláda dostala na zdravotní služby. Tyto indikátory zdraví populace slouží k úpravě vzorce přidělu prostředků podle počtu obyvatel.

Zvažte následující otázky: (a) Jaké "zboží" je distribuováno financování na základě potřeb? (b) Kdo je příjemcem zboží? (c) Jak mohou místní politici zajistit, aby zdravotní služby byly rozděleny podle potřeb v rámci každé jednotlivé jurisdikce?

2.2. Velmi často slyšíme ekonomy, jak mluví o pojetí kompromisu „spravedlnost-efektivnost“ – který tvrdí, že je možno dosáhnout spravedlivé distribuce pouze rezignováním na efektivnost. Existuje tento kompromis ve zdravotním sektoru ve všech případech?

KAPITOLA 5:

TRHY ZDRAVOTNÍ PÉČE A ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ A ÚLOHA VLÁDY *

Ministři průmyslu a financí neochotně přijali na posledním zasedání argument ministryně zdravotnictví, který vyvrátil jejich tvrzení, že soukromý, neregulovaný trh přinese náležitou distribuci obstaravatelů základní péče a služeb základní zdravotní péče. Namítli však, že i když vláda potřebuje aktivně podílet na řešení otázek geografického rozdělení obstaravatelů a zdravotní péče, proč se musí podílet na státním pojištění? Argumentovali tím, že vládní podíl na pojištění zdravotní péče není nutný. Copak nemáme trhy s pojištěním automobilů, domácností a další; namítali. Proč nenecháme jednoduše soukromý trh s pojištěním zdravotní péče působit, aby vyřešil problém nepředvídatelnosti potřeby zdravotní péče? Vaším úkolem je znovu poskytnout ministryni rady týkající se fungování trhu, který je spojen se zdravím, tentokrát trhu se zdravotním pojištěním.

1. Zdravotní pojištění a trhy s pojištěním

Protože většina nemocí je nepředvídatelných, člověk si nemůže plánovat spotřebu zdravotní péče stejným způsobem, jakým si plánuje spotřebu potravin. Při existenci nejistoty se však může skupina lidí, z nichž každý nese riziko negativní události (např. nemoci), lépe zabezpečit tím, že spojí svá rizika a tím sníží riziko, kterému čelí každý člen skupiny. **Sdílení rizika** může riziko snížit, protože ačkoliv je výskyt události pro jednoho člověka nepředvídatelný, počet takových událostí, které se stanou v rámci velké skupiny lidí předvídatelný je (ačkoliv se samozřejmě neví, který člen skupiny bude událostí postížen).

Lidé sdílejí riziko mnoha způsoby, často prostřednictvím netržních mechanismů, jako v případě, kdy členové velké rodiny či komunity pomáhají někomu, kdo utrpěl ztrátu (např. mu byl zničen dům). Pojištění je jednou formou silení rizika a to tou, která je velmi vhodná pro ty finančních rizik spojených s nemocí. Za jistou malou peněžní platbu na začátku období se pojišťovatel zavazuje, že odškodní člověka konkrétním způsobem v případě, že nastane určená, nejistá událost.

Rizika mohou být sdílena pouze pro věci, které mohou být obchodovány. Protože se zdravím se nedá obchodovat, nemůže skupina lidí dát na začátku roku pojišťovateli kousek svého zdraví za zajištění toho, že během roku nedostanou vážnou nemoc. Není možné proto sdílet riziko samotné nemoci. Je však možné sdílet finanční rizika spojená s nemocí a to většina zdravotních pojištění dělá. Za platbu pojistného na začátku období se pojišťovatel zavazuje, že odškodní pojištěné osobě výdaje spojené s určeným typem služeb zdravotní péče.

Kdy sdílení rizika přinese člověku užitek? Když má člověk **odpor k riziku**. Odpor k riziku se vztahuje k té míře, kdy dává přednost jistému (dokonale předvídatelnému) příjmu před riskantní alternativou, že bude mít stejný očekávaný příjem. Předpokládejme, že člověk se jměním 50 000 \$ ví, že má 90% naději, že zůstane zdravý po celý rok a že mu nevzniknou žádné výdaje na zdravotní péči a 10% šanci, že dostane nemoc, která bude vyžadovat výdaj 20 000 \$ na obnovu úplného zdraví. Nabídněme tomuto člověku následující volby. První – nemusí dělat nic a podstoupit riziko, že onemocní, v takovém případě má 90% naději, že na konci roku bude mít 50 000 \$ a 10% šanci, že skončí s 30 000 \$ (utrátí 20 000 \$ za zdravotní péči). Očekávané jmění je 48 000 \$ ($50\,000 \$ \times 0,90 + 30\,000 \$ \times 0,10$). Druhá volba – může se vzdát 2000 \$ nyní a mohou mu být uhrazeny všechny náklady spojené s onemocněním, a tím si zajistí jisté jmění 48 000 \$. Když odhlédneme od bolesti a utrpení spojeného s nemocí, se kterým nelze obchodovat, člověk, který má odpor k riziku, přijme druhou možnost. Obě možnosti poskytují stejné očekávané jmění, ale u druhé volby jej bude dosaženo s jistotou, zatímco při první volbě člověk stále čelí riziku.

Nyní předpokládejme, že takových lidí je 10 000. Pokud mají odpor k riziku, každý z nich bude preferovat platbu pojistného ve výši 2000 \$ a odškodnění v případě onemocnění. Pokud zaplatí pojistné organizaci, celkový příjem této organizace bude 20 milionů \$. Během roku 10% lidí onemocní (ačkoliv nevíme, kdo to bude), a tím vzniknou celkové náklady na zdravotní péči ve výši 20 milionů \$, částka je stejná jako vybraný příjem. Tak tím, že každý člověk zaplatil 2000 \$, se tyto lidé podělili o svá rizika a tím si přinesli užitek. Pro osobu, která má odpor k riziku, je – do té míry, kdy je pojistné dostatečně nízké – je výhodnější vzdát se malé částky příjmu s jistotou než riskovat, že nebude mít žádné výdaje, když bude zdravá a velké výdaje, pokud onemocní.

V tomto příkladě je pojistné 2000 \$ přesně rovno očekávaným nákladům nemoci ($0,10 \times 20\,000$ \$). Tomu se říká **pojistně technické čisté pojistné**. Pokud je vybíráno pojistně technické čisté pojistné, celkový příjem pojišťovatele bude přesně rovno očekávaným ztrátám. Ve skutečnosti je lidem účtováno víc než je pojistně technické čisté pojistné, protože se musí uhradit náklady spojené s provozem pojišťovací společnosti (výběr pojistného, vymáhání plateb atd.) a pokud se jedná o soukromou, ziskovou agenturu, musí i poskytnout zisk. Výše účtovaná částka pojistně technického čistého pojistného se nazývá **činitel zatížení**. Tak dlouho, pokud lidé mají averzi k riziku, jsou ochotni platit trochu více než je pojistně technické čisté pojistné a částka, kterou nad toto pojistné chtějí zaplatit se zvyšuje se zvýšením jejich averze vůči riziku.

Zdravotní sektor vykazuje širokou rozmanitost pojišťovacích úprav, Pojišťovací agentura může být soukromá nebo státní, platby, které plátcí platí, mohou být nazývány pojistným či s daněmi, a dávky mohou být vypláceny ve formě odškodnění (fixní platby za konkrétní události), náhrady skutečně vzniklých nákladů nebo ve formě přímého poskytnutí služeb zdravotní péče. Aby byly pojistné úpravy efektivní a udržitelné, musí se úspěšně vyrovnat se třemi příčinami tržního selhání: (1) úspory ze zvýšené výroby; (2) morální riziko; a (3) volba rizika.

I Rovněž by byli ochotni zaplatit částku vyšší než pojistně technické čisté pojistné do té míry, kdy zdravotní péče uleví bolesti a utrpení v době nemoci – faktor, který, jak si ještě připomeneme, výše uvedený příklad přehlíží.

Aby byly spravedlivé jako prostředek zajišťující dostupnost zdravotní péče, musí pojišťovací úpravy rovněž zaručit, že je si pojistné mohou všichni dovolit.

Úspory ze zvýšené výroby souvisí s fenoménem, že se průměrné organizační náklady organizace snižují při zvyšování výroby. Klasickým zdrojem úspor ze zvýšené výroby jsou velké fixní náklady. V pojišťovacím sektoru, ačkoliv se některé náklady u různého objemu liší (např. vyřizování odškodného), jiné významné náklady jako výpočet výše pojistného v závislosti na dané riziko se s počtem pojištěných lidí nemění. V podmínkách velmi velkých populací se může uplatnit **počet** velkých pojišťovatelů, kteří tak docílí zisků z úspor ze zvýšené výroby a konkurence mezi pojišťovateli. Ale malé trhy neudrží počet velkých pojišťovatelů a člověk si musí vybrat mezi velkým počtem menší, méně technicky efektivních firem nebo dojde k tomu, že státní orgán přistoupí k regulaci malého počtu velkých pojišťovatelů, kteří poskytují státní zdravotní pojištění. Studie systému zdravotního pojištění v Jižní Koreji například prokázala, administrativní náklady na jednoho pojištěnce byly nejnižší u pojišťovacích skupin s přibližně 1,7 miliony pojištěnců. Systém má ve skutečnosti stovky malých pojišťovacích organizací, některé mají pouze 30 000 členů a náklady v těchto menších organizacích jsou až dvakrát vyšší (Yang, 1995). (To vše bez ohledu na větší riziko bankrotu, kterému čelí menší organizace, který zároveň představuje větší riziko pro jejich klienty, jejichž náklady na zdravotní péči nemusí být v případě úpadku firmy proplaceny.)

Pojistné krytí může změnit chování jednotlivce způsoby, které vedou k tržnímu selhání. první způsob – s vědomím, že jejich finanční ztráty jsou kryty, pojištění lidé mohou činit méně preventivních opatření proti pojištěné ztrátě. Ti, kteří mají zdravotní pojištění, mohou být méně opatrní, aby se vyhnuli zranění či nemoci. druhý způsob – pro zdravotní sektor důležitější, protože pojištěnec neplatí plné náklady léčby, mohou mu v případě pojistné události vzniknout větší náklady, než kdyby byl neměl žádné pojištění. Když onemocní, smí lékaře navštívit vícekrát, spotřebovat více léků atd., než kdyby žádné pojištění neměl. Tendence, kterou má pojistné krytí vyvolávat reakce v chování, které zvyšují očekávané ztráty se nazývá **morální riziko**.

Tržní selhání způsobené morálním rizikem může být doloženo výše uvedeným příkladem. Někdo, kdo neměl pojištění, onemocněl a očekával, že mu vzniknou výdaje 20 000 \$ za zdravotní péči a bez ohledu na administrativní náklady pojišťovací agentura by se zhroutila – i když vybrala každému člověku pojistné 2000 \$. Ale předpokládejme, že ve chvíli, kdy mají plné pojištění a už nemusí platit výdaje v hotovosti, každý, kdo onemocní spotřebuje 25 000 \$ za zdravotní péči. Pojišťovatel vybral 20 milionů \$ příjmu, ale bude čelit odškodnému ve výši 25 milionů \$, to povede k provozní ztrátě. Pokud bude očekávat změnu v chování a bude účtovat pojistné 2500 \$, mnoho lidí si odmítne pojištění koupit, protože *ex ante* vnímají, že pojistné technické čisté pojistné je 2000 \$. (Tento příklad vynechává složitou otázku, jak by spotřebitel věděl, kolik bude pojistné technické čisté pojistné, vyžaduje to totiž odhad průměrného nákladu na zdravotní péči pro celou skupinu pojištěných lidí. Neznalost, kolik si má smysl koupit pojištění vede lidi k tomu, že se pojišťují nadměrně, to znamená, že platí příliš vysoké pojistné nebo si kupují krytí služeb s nízkými náklady, které by byli mohli zaplatit v hotovosti. Stejně tak lidé se mohou pojistit málo, protože podceňují rizika či náklady.)

Zvýšené výdaje spojené s morálním rizikem mohou být zapříčiněny z reakcí v chování pacientů či poskytovatelů. Pacienti, jejichž péče je nyní subvencována, mohou vyžadovat větší množství služeb, poskytovatelé, kteří vědí, že pacienti nehradí plné náklady služeb, mohou zvýšit rozsah doporučené léčby a/nebo ceny těchto služeb. Pojišťovatelé se často snaží působit proti těmto tendencím různými typy administrativních či regulačních mechanismů. Na straně poptávky pojišťovatelé často zavádějí provize **podílu na nákladech**, které vyžadují, aby pojištěnec zaplatil jistou část služeb, které využil. Tyto provize mohou mít formu odpočtů, které vyžadují, aby osoba zaplatila plný náklad využitých služeb do jistého limitu; podíl na pojištění, které vyžaduje, aby pacient zaplatil určitou částku za každou službu, kterou využije. Na straně nabídky se pojišťovatelé často pokouší kontrolovat ceny placené poskytovatelům. Obecněji – pojišťovatelé často zavádějí různé typy výkazů využití a kontrolních činností, které se pokoušejí zajistit, že jsou poskytovány pouze ty služby, které jsou potřebné.

Třetí problém na pojišťovacích trzích vychází z informačních asymetrií mezi pojišťovateli a pojištěnými, které vedou k systematickému výběru pouze jistých typů lidí do společného pojištění. Abychom tomuto problému porozuměli, upravme si následovně výše uvedený příklad. Místo každého jednotlivce z 10 000, který je vystaven stejnému riziku nemoci (10%), předpokládejme, že pro jednu čtvrtinu z nich je riziko nemoci 5%, pro druhou čtvrtinu 15% a pro zbývající polovinu zůstává 10%. Bez jakýchkoliv problémů morálního rizika očekávané ztráty zůstávají 20 milionů \$.

Předpokládejme, že pojišťovatel není schopen určit, kteří lidé čelí riziku 5%, 10%, a 15%, a proto účtuje každému stejné pojistné ve výši 2000 \$. Účtování každého pojištěnce stejným pojistným je známo jako **komunitní rating**. Pokud je možné je komunitní rating výhodný, protože nevyžaduje (a neumožňuje) pojišťovateli vypočítat rizikový stav různých zákazníků. Co se stane s komunitním ratingem? To závisí na tom, kolik toho lidí ví o svém rizikovém stavu. Pokud stejně jako pojišťovatel rovněž neví, do které rizikové skupiny patří, (to znamená, že pojišťovatel i pojištěnci mají stejnou informaci, která se týká stavu individuálního rizika), pak účtování stejného pojistného nepředstavuje žádný problém. Pokud však pojištěnec ví, zda u něj je velké, střední či malé riziko nemoci (obvykle má o svém zdravotním stavu lepší informace než pojišťovatel), nastanou problémy. Ti, kteří mají nízké riziko a čelí očekávané ztrátě pouze 1000 \$ ($0,05 \cdot 20\,000$ \$) odmítnou zaplatit pojištění s pojistným ve výši 2000 \$, a zanechají v pojištěné skupině 2 pouze ty, se středním a vysokým rizikem, pojišťovatel ztratí peníze – celkový příjem se rovná 15 milionům ($7500 \cdot 2000$ \$), ale očekávaná ztráta bude 17,5 milionu \$ ($5000 \cdot 2000 + 2500 \cdot 3000$ \$). Pokud na to pojišťovatel reaguje zvýšením

² Technicky je možné, že existují jednotlivci s nízkým rizikem, kteří jsou dostatečně averzní k riziku a budou ochotni zaplatit dvojnásobek technicky pojistného čistého pojistného, ale hlavním bodem zůstává, že v pojištěné skupině zůstanou výhradně pojištěnci se středním a vysokým rizikem.

pojistného na 2333 \$, průměrně očekávanou ztrátu mezi jednotlivci se středním a vysokým rizikem, lidé se středním rizikem (s očekávanou ztrátou 2000\$) nyní odmítnou zakoupit pojištění a v pojištěné skupině zůstanou jen ti s nejvyšším rizikem.

Tento proces, kterým jednotlivci s nízkým rizikem vypadávají z pojištěné skupiny a nechávají v ní pouze jednotlivce s vysokým rizikem je známý jako **adverzní selekce**. Za adverzní selekce mají jednotlivci lepší informace, které se týkají stavu jejich rizika než pojišťovatelé a jednotlivci s nízkým rizikem dobrovolně volí nezakoupení pojištění, protože pojistné stanovené pojišťovatelem neodpovídá jejich individuálnímu stavu rizika. Adverzní selekce může zkomplikovat dodržení pojišťovacích plánů, zvláště těch, které používají komunitní rating.

Druhý typ rizikové selekce se nazývá **cream-skimming**, které je výsledkem kroky, které činí pojišťovatelé, kteří jsou schopni – rozlišit jednotlivce s vysokým- a nízkým-rizikem lépe než to jednotlivci sami. Při cream-skimmingu pojišťovatel účelně vybírá jednotlivce s nízkým rizikem, jejichž očekávané ztráty jsou nižší než vybírané pojistné a zajišťují vyšší zisky. Pojišťovatelé mohou realizovat cream-skimming řadou způsobů, včetně úpravy pojistek s odpočty a podílové pojistky, které stimulují jednotlivce, aby se zařadili do různých rizikových kategorií, prodejem pojištění pouze za určitých podmínek, kdy je známo, že jednotlivci mají v průměru nižší míru rizika a tak dále.

Existují dva základní postupy omezení možností adverzní selekce a cream-skimmingu. Jedním z nich přijetí individuálního rizikového ratingu pojišťovatelem, kdy pojistné účtované pojištěncům odráží stav rizika dané osoby. Existují dva závažné problémy s individuální rizikovým ratingem. Výpočet sazeb upravujících riziko může představovat velmi nákladný a přesto relativně nepřesný proces (dobré informace pro hodnocení rizika jsou často nedostupné). Proto i při použití nejlepších moderních metod, jsou úpravy přece jenom nepřesné. Druhým problémem je pojistného upraveného podle míry rizika je, že vyvolávají problémy spojené s nespravedlností tím, že pojištění je pro jedince s nízkým příjmem nedostupné a přitom jsou to právě oni, kdo v průměru mají vyšší riziko onemocnění.

Druhý postup omezení adverzní selekce a cream-skimmingu je stanovení rizikové skupiny takovým způsobem, který zajistí účast jedinců ze všech rizikových kategorií. Toho může být dosaženo prostřednictvím skupinových pojistek, kdy je členství v pojištěné skupině pouze vzdáleně spojené se zdravotní stavem. Pojištění založené na zaměstnání jsou příkladem tohoto postupu. Zahrnutí kompletní rizikové skupiny může být zajištěno rovněž povinným státním pojištěním, ve kterém jsou v pojištěné skupině všichni obyvatelé dané oblasti. Příklad 5.1 uvádí některé zaznamenané případy adverzní selekce a cream skimmingu a popisuje organizační reakce, které vyvolaly.

Jednou z konečných úvah při hodnocení technické efektivity alternativ úprav pojištění

³ Ve skutečnosti to dokumentuje rozdíl mezi pojištěním zdravotní péče a spotřebních statků (např. automobily, domácnosti atd.). Hodnoty takových majetků a s nimi spojené pojistné se obvykle zvyšují s příjmem a jměním. Naproti tomu potřeba zdravotní péče a sní spojené podle rizika upravené pojistné je u členů nejvyšších společensko-ekonomických skupin nejnižší (Musgrove, 1996).

jsou administrativní náklady. Důležité jsou dva zdroje administrativních nákladů. První jsou náklady spojené s výrobou a prodejem samotného pojištění a zahrnují náklady na výpočty pojistného, prodej pojištění, vyřizování odškodného atd. Druhým zdrojem administrativních nákladů jsou ty náklady vzniklé na trhu zdravotní péče. Jak jsme poznamenali v příkladu 1.3 pro poskytovatele mohou být náklady předkládání pojistných škod mnoha různým pojišťovatelům, z nichž každý má svá vlastní pravidla a předpisy, mnohem vyšší než v pojišťovacích systémech s jedním nebo několika pojišťovateli. Zkušenosti ukazují, že takové celkové administrativní náklady jsou běžně výrazně vyšší v soukromém kontextu s mnoha pojišťovateli než ve státních systémech, které mohou používat komunitní rating, který získává prostředky prostřednictvím daňových systémů a který nevyvolává marketingové náklady. (Daně však vyvolávají efektivní náklady do té míry, kdy mění ceny a tím ovlivňují rozhodnutí lidí týkající se práce, spotřeby a spoření.) Porovnání administrativních nákladů v kanadském systému zdravotní péče a systému v USA například zjistilo, že představují pouze 7-10 procent systémových nákladů v kanadském systému s jedním státní pojišťovacím systémem ve srovnání s téměř 25 procenty nákladů v USA (Himmelstein a Woolhandler, 1986; Woolhandler a Himmelstein, 1991).

II. Zdravotní péče, zdravotní pojištění a úloha vlády

Předcházející i tato kapitola zdůraznily příčiny a typy tržních selhání, které se mohou vyskytnout na trzích zdravotní péče a trzích s pojištěním. Tržní selhání na kterémkoliv z nich může odůvodnit úlohu vlády při zásahu ke zlepšení efektivnosti (to znamená i bez ohledu na zájmy na spravedlnosti). Před projednáním typů vládních činností, která směřuje proti tržnímu selhání, je důležité zdůraznit, že dobrá ekonomická analýza musí zpracovávat trhy zdravotní péče a zdravotní pojištění společně, protože v kombinaci mohou vést k tržní dynamice, která nemůže být pochopena při samostatné analýze každého trhu. Ve skutečnosti společné zvážení obou trhů může vést k zcela jiným závěrům pro politický postup, než by tomu bylo při analýze každého trhu zvlášť.

Přítomnost pojištění zdravotní péče ovlivňuje působení trhů zdravotní péče mnoha způsoby. Kromě toho, že chrání pacienty před příliš velkými náklady léčby, vyvolává větší využívání služeb a zavádí pojišťovatele jako aktivní účastníky na trh. Pojišťovatelé často regulují a sledují chování poskytovatelů i pacientů. Dále dlouhodobě přítomnost širokého pojistného krytí ovlivňuje to, jaké technologie zdravotní péče jsou vyvinuty. Někteří analytici přikládají velkou úlohu dynamice mezi pojistným krytím a rozvojem drahým lékařských technologií při vysvětlování trvalého vzrůstu nákladů zdravotní péče v rozvinutých zemích v období od 1. světové války (Weisbrod, 1991). Proto analýzy a politické postupy na trhu služeb zdravotní péče musí vzít v úvahu zdravotní pojištění.

Obdobně mohou aspekty trhu služeb zdravotní péče ovlivnit formu pojistek na trhu zdravotního pojištění. Při ekonomické analýze pojištění, politický příkaz bojovat s morálním rizikem nařizuje podílové platby (to znamená poplatky uživatelů), které nutí příjemce zaplatit část pojištěných služeb a tím snižují spotřebu nejméně ceněných služeb. Ale taková politika v oblasti zdravotní péče, kdy lidé mohou často jen velmi špatně

posoudit skutečnou hodnotu, kterou pro ně služba má, z důvodu informačních problémů, s sebou často nese významné negativní postranní účinky, když spotřebitelé omezí potřebné i nepotřebné služby. Následkem toho analytikové v oblasti zdravotní péče často obhajují politická opatření na straně nabídky, která kontrolují morální riziko před opatřeními na straně poptávky. (Musgrove, 1996, Evans 1984).

Takovým otázkám čelí analytikové, kteří chtějí vypracovat doporučení, která se týkají úlohy vlády v oblasti zdravotní péče. Nestací pouze říci, že musí být učiněna vládní intervence namířená proti tržnímu selhání či zaměřená na zájmy spravedlnosti; je rovněž nutné určit, který typ vládní intervence nejlépe vyřeší politický problém (Musgrove, 1996): (1) poskytnutí informací jednotlivcům a organizacím, které jim pomohou dělat více informovaná rozhodnutí (např. informace, které se týkají zdravotních rizik kouření; vědecké důkazy poskytovatelům, které se týkají efektivnosti klinických zásahů); (2) řízení jednotlivců i organizací, za účelem ovlivnění toho, jak a které aktivity podstoupí (např. nařízení ukládající výrobcům léků, aby prokázali jejich účinnost; regulování pojistného, které pojišťovatel smí účtovat); (3) rozkazy jednotlivcům a organizacím podstoupit jisté aktivity (např. nařízení povinného očkování dětí; povinné příspěvky pracujících do fondu sociálního pojištění); (4) financování zdravotní péče ze státních fondů (např. příspěvek z daňových příjmů do fondu sociálního pojištění; podpora vzdělávání lékařů prostřednictvím stipendií); a (5) poskytování nebo dodávání služeb (např. provoz nemocnice nebo kliniky, která poskytuje zdravotní péči). (viz Musgrove, 1996 – další pojednání o těchto postupech).

Tyto nástroje jsou často používány v kombinaci (např. financování zdravotní péče prostřednictvím státního fondu sociálního pojištění vyžaduje mnoho nařízení). Existuje jen málo jasných pravidel pro to, jaký typ prostředků se nejlépe hodí k různým typům politických problémů. Klíč leží ve sladění nástroje s povahou tržního selhání a s dovednostmi, institucemi a kulturou daného kontextu – nápravná daň nebude účinná, pokud nefunguje efektivní systém výběru daní, stejně tak regulační přístup neuspěje při absenci náležité regulační sítě.

Příklad 5.1: Volba rizika v pojišťovacích systémech

Adverzní selekce

Uruguay

Uruguay poskytuje dobrý příklad systému, kde chybí adekvátní opatření, která by kontrolovala adverzní selekci. Za reformou zavedených v 70tých a 80tých letech dvacátého století, zaměstnanci státního sektoru dostali možnost volby mezi několika soukromými plány známými Kolektivní instituce zdravotní pomoci - Collective Institutions of Medical Assistance (IAMCs), které poskytují základní balíček služeb a vyžadují pevné příspěvky, které stanovila vláda. Protože plány nejsou povinné a příspěvky nejsou upraveny podle míry rizika, mladší a zdravější členové populace dobrovolně opustili systém, a by se připojili buď k částečným plánům nebo k veřejnému systému. Následkem toho poměr starších lidí v IAMC stoupl a přispěl k finanční krizi v institucích IAMC.

Pramen: Medici a kol. (1997).

Chile

Stejně jako uruguayská i chilská vláda zavedly tržní síly do systému zdravotní péče v roce 1981, aby pokryla výdaje zdravotní péče a zvýšila efektivnost a poskytla alespoň části populaci alternativu k systému státní zdravotní péče a vyhnula se placení subvencí těm, kteří jsou na tom finančně dobře. Zvýšená konkurence byla stimulována propagací vytvoření soukromých pojišťovacích plánů (ISAPRE) jako alternativy ke státem poskytovaným zdravotním službám. Na rozdíl od zdravotního systému v Uruguayi však chilský systém zčásti zabránil výskytu individuální adverzní selekce prostřednictvím použití zaměstnaneckých pojistek, které získaly lidi z různých rizikových skupin. Mnoho lidí však přesto kupuje pojištění v hotovosti. Po reformách v byly státní zaměstnanci nuceni zaplatit 7% své mzdy do jimi zvoleného plánu ISAPRE nebo státního plánu (FONASA). Nezaměstnaní lidé, chudí (jejichž mzdy byly příliš nízké, aby si mohli dovolit koupit pojistky ISAPRE), invalidé a chronicky nemocní lidé, byli pojištěni Národním zdravotním fondem nebo plánem FONASA. Výsledný systém je sice možná efektivnější, ale je nesporně ve svém financování méně spravedlivý.

Pramen: Medici a kol. (1997).

Zaire

V městském regionu Kinshasa zdravotnická asociace CASOP (Caisse de Solidarite Ouvriere et Paysanne) používá plány založené na zaměstnancích, aby získávali členy a minimalizovali rizika adverzní selekce. Ve venkovské oblasti Bwamandy, Bwamandský pojišťovací plán využívá rodinné členství, kdy je rodina povinná připojit se k plánu po náboru jednoho jejího člena.

Pramen: Medici a kol. (1997).

Příklad 5.1: Volba rizika v pojišťovacích systémech pokr.

Cream-Skimming

Chile

Po zavedení soukromých pojišťovacích plánů se chilský zdravotní systém stal dvouvrstevný. Zaměstnanci státního sektoru s vyššími platy jsou schopni platit větší platby vedle jejich 7% příspěvků a následkem toho jsou schopni si zaplatit dražší soukromé plány. Dělníci, jejichž příspěvek nedosahuje částky požadované pro plán ISAPRE jsou nuceni platit rozdíl v hotovosti a tím činí soukromý plán méně přitažlivým. Vyžadováním plateb vyššího pojistného jsou plány ISAPRE schopny vyloučit jednotlivce s nízkými příjmy, kteří jsou pravděpodobně vystaveni větším zdravotním rizikům. Navíc plány ISAPRE omezují krytí a zvyšují pojistné těm, jejichž zdravotní rizika se postupem času zvyšují. Tím, že jejich plány jsou neatraktivní pro jednotlivce s nákladnými chronickými nemocemi jsou plány ISAPRE schopny realizovat cream-skimming a získat zdravé, mladé a bohaté dělníky. Lidé s nízkými příjmy, starší lidé a invalidé, nezaměstnaní a chronicky nemocní jsou vyčleněni do státního plánu a tvoří téměř dvě třetiny populace.

Pramen: 'Medici et al (1997).

Filipíny

Inspirována systémem zdravotní péče USA, filipínská vláda zavedla organizace na udržení zdraví (HMO), aby podpořila konkurenci a nákladovou efektivnost. tyto organizace HMO však provádějí prostřednictvím formy jejich balíčků a zaměstnaneckých plánů, které jsou zaměřené na nejbohatší oblast, cream-skimming. Oslovením mladých, zdravějších dělníků s vyššími příjmy vyššími podílovými platbami a kvalitnějšími službami, jsou HMO schopny realizovat vybrat si kategorie nižších rizik. HMO navíc používají různé procedury (nazvané "upisování"), kterými diskriminují větší rizika a vylučují starší lidi. Následkem jejich schopnosti upravovat služby pro bohatší lidi, kteří zaplatí více za kvalitnější služby organizace HMO udržují své očekávané ztráty pod vybraným pojistným a získávají vyšší zisk.

Pramen: Hsiao (1994).

Spojené státy

V rámci amerického programu Medicare, který poskytuje státní pojištění starším občanům USA, se starší občan může přihlásit do paušálních zdravotních plánů nebo plánů s placením za poskytnuté služby. V rámci paušálního sektoru Medicare vypočítal paušální platbu placenou v přihlašovací plánu založeném na očekávaných nákladech v sektoru s placením použitých služeb. V 80tých letech kdy se přihlášení do paušálního plánu rozšířilo administrátoři Medicare čelili problému cream-skimmingu. Paušální zdravotní plány měli tendenci realizovat cream-skimming a vybírat relativně zdravé jedince ze dvou důvodů: (1) pokud očekávané náklady jednotlivce byly nižší než průměrný náklad služeb placených úhradou, zdravotní plán na takovém jednotlivci vydělal; a (2) jelikož relativně zdraví se připojili k paušálním plánům, v druhém systému zůstali pouze ti častěji nemocní, tím zvýšili průměrný náklad v sektoru placení úhrad a následně i paušální poplatky placené ve zdravotních plánech. Představitelé Medicare opravili vzorec financování paušálního pojištění ve snaze, aby platby lépe odrážely rizikový stav jednotlivce.

Pramen: Newhouse (1986).

Na závěr tedy shrňme – dobrá politika ve zdravotním sektoru vyžaduje, trhy zdravotního pojištění a zdravotní péče byly analyzovány společně. Ačkoliv každý vyvolává různé otázky, které musí být řešeny, vztah mezi nimi znamená, že opatření vytvořená pro každý z nich ovlivňují i ten druhý trh. Vytvoření efektivních, spravedlivých a udržitelných systémů zdravotní péče vyžaduje, aby analýzy vzaly náležitě do úvahy vlastnosti zdravotní péče jako komodity, povahu zdravotního pojištění a trhů s pojištěním a spojení mezi nimi. Dále, protože jsou trhy zdravotní péče dynamické s faktory reagujícími na omezení a opatření, která jsou na nich zavedena, a na chování ostatních na trhu, musí se politické postupy neustále vyvíjet, aby reagovaly na tyto změny.

Studijní otázky

5.1. Z hlediska odvozování užitku z pojištění, proč se často obhájí tvrzení, že nejprve by mělo být vyvinuto pojištění služeb pro hospitalizované pacienty a až následně služeb pro pacienty ošetřované ambulantně?

5.2 Na mnoha místech v USA a v Kanadě odmítají společnosti se zdravotním pojištěním prodávat občanům individuální pojistky. Jak to můžete vysvětlit?

5.3 Váš kolega napadl vaše tvrzení, že si lidé kupují zdravotní pojištění, protože jsou averzní vůči riziku. Poukazuje na velké množství lidí, kteří hazardně hrají nebo podnikají rizikové sportovní aktivity jako doklad toho, že většina lidí naopak vyhledává riziko. Má pravdu?

KAPITOLA 6:

FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE *

Výbor pro priority a plánování rozhodl, že jednou z iniciativ, které budou realizovány, bude národní síť center základní zdravotní péče, ale ještě nebylo rozhodnuto o otázkách financování. Ministryně zdravotnictví vás požádala, abyste připravil doporučení, jak by měly být získány prostředky na financování tohoto plánu. Jako vždy jsou fiskální tlaky na vládu velké, ale pokud mají tato centra být skutečně dostupná, nesmí být prostředky získané z hotovostních plateb nadměrné. Ministryně vám nařídila, abyste připravil politický návrh, který doporučuje zdroje finančních prostředků v rámci veřejného i soukromého sektoru, které mohou být použity pro získání prostředků potřebných pro podporu sítě základní péče.

1. Financování, dotování a remunerace – některé základní rozdíly

Finanční tok v systému zdravotní péče se skládá ze tří základních částí::

- 1) **financování** (financing): získávání či vybírání příjmů určených k zaplacení provozu systémů od jednotlivců, skupin a firem;
- 2) **dotování** (funding): rozdělování příjmů alternativním činnostem v rámci sektoru zdravotní péče, obvykle prostřednictvím rozpočtů nebo plateb veřejným, neziskovým i ziskovým institucím, firmám a dodavatelům; a
- 3) **remunerace** (remuneration): náhrady (mzdy) zaměstnancům zdravotního sektoru za jejich práci.

Bohužel termín “financování” je často používán k označení každé z těchto částí, ačkoliv jsou analyticky navzájem od sebe odlišné. V této a v dalších kapitolách bude termín “financování” vyhrazen pouze pro první uvedenou činnost – tzn. získávání příjmů. To může být realizováno řadou různých způsobů včetně přímých plateb uživatelů zdravotních služeb, soukromého pojistného, plateb sociálního pojištění, přímých daní (např. osobní daň z příjmu, daň ze zisků společností), nebo nepřímých daní (např. daň z obrátu, spotřební daně). Příjem může být získán domácí či zahraniční půjčkou a bilaterální či multilaterální finanční pomocí.

Termín “dotování” použitý pro popis druhé uvedené činnosti, zahrnuje rozdělování již získaných peněžních prostředků organizacím poskytujícím zdravotní péči. Příklady mechanismů dotování zahrnují předběžné platby nemocnicím založené na očekávané kombinaci léčených případů, komplexní rozpočty pro státní zdravotnická oddělení, projednané platby velkým odborným skupinám lékařů, a výplatu grantů regionálním či obvodním zdravotním orgánům k úhradě zdravotní péče s výjimkou moderní terciární péče.

Platby mezd zaměstnancům pracujícím v těchto organizacích a ve firmách, které s nimi spolupracují, jsme označili “remunerací”. Zaměstnanci mohou být vypláceni několika způsoby včetně platu, hodinových mezd, platu za vykonanou práci, paušální, sezónní platbou nebo na základě smluv kombinujících tyto mechanismy, možná i s dodatečnými stimuly uvedenými v takových smlouvách.

Počet kombinací financování, dotování a remunerace, které se mohou potencionálně ve zdravotním systému objevit, je proto docela velký. Někdy mohou být tyto kombinace nepřehledné. Platí to zejména v případech praxí lékařů, kde se rozdíl mezi financování a remunerací vztahuje k tomu, jak je placen provoz i samotný lékař. Například ordinace může účtovat státnímu či soukromému pojišťovacímu plánu na základě

platby za vykonané služby nebo může dostávat paušální platbu za své pacienty – ale zároveň může i platit své lékaře platem nebo platy a premii závislymi na celkovém výkonu organizace.

Rozdíly mezi financováním, dotováním a renumerací mohou být v jistých zvláštních případech zcela zastřeny, nebo se zcela překrývají. Například když jednotlivý pacient zaplatí plné náklady služby přímo poskytovateli zdravotní péče a tato platba zároveň financuje a dotuje službu a odměňuje poskytovatele. Takový systém je nejjednodušší; všechny ostatní zavádějí rozdělení mezi dvě nebo tři různé složky. Účinky takových rozdělení a alternativní mechanismy pro každou aktivitu popisujeme v této kapitole (věnované financování) a v následující kapitole (věnované dotování a remuneraci).

II. Financování zdravotní péče – některé základní principy

Zdravotní služby mohou stát velké částky peněz. Často si lidé, kteří tyto služby potřebují, nemohou zaplatit plné náklady a rozhodnou se, že je nepoužijí i s možnými negativními následky pro jejich zdraví i zdraví ostatních. Jak jsme uvedli v kapitole 5.5 o trzích se zdravotní pojištěním, získávání příjmu na společné úrovni umožňuje vytváření skupin, které sdílejí riziko. Zatímco člověk sám nemůže přesně předpovídat, kolik peněz bude potřebovat, aby zaplatil za zdravotní služby, které bude ve svém životě potřebovat, (nemůže to předpovědět ani pro mnohem kratší období) a nemusí být schopen ušetřit požadovanou částku, skupina, která má potřebnou velikost, může takové předpovědi udělat a získat potřebný příjem. Skupiny se mohou spojit či mohou být mnoha způsoby určeny do skupinového rizika včetně spojení zaměstnavatelem (např. velká cukrová plantáž), sektorem (např. výrobní dělníci), povoláním (např. učitelé), geograficky (např. ostrov), politickým subjektem (např. stát).

Většina vlád se významně podílí na získávání prostředků pro zaplacení služeb základní zdravotní péče jako je očkování alespoň pro jisté skupiny obyvatel. Mnoho vlád se rovněž podílí na získání prostředků nutných pro “diskreční” služby jako jsou náklady na krátkodobé hospitalizace.

II.1 Možnosti získání prostředků

Peníze na zaplacení služeb zdravotní péče mohou být ze čtyř hlavních zdrojů: přímé platby, pojistné ze soukromého pojištění, příspěvky na sociální pojištění a daně. Přímé platby zahrnují hotovostní výdaje spotřebitelů za nákup služeb zdravotní péče v případě, že nevlastní pojištění (to znamená zaplacení plných nákladů služeb). Tyto přímé platby představují hotovostní platby, které jsou vyřizovány v době, kdy jsou zdravotní služby využity či přijímány. Například pacient může hradit plnou cenu léků předepsaných lékařem (přímý nákup), plnou cenu prvních dvou léků a nic za další léky (odpočet), nebo pouze 10% celkové ceny (podílové pojištění), nebo 1.00 \$ za jeden lék (podílová platba).

Pojistné soukromého pojištění představují platby pojišťovateli za očekávané výdaje na zdravotní služby. Člověk platí pojistné bez ohledu na to, zda používá či přijímá služby zdravotní péče a výše pojistného může být upravena podle míry rizika či na základě komunitního ratingu. Například může být pojistné upraveno následovně : 70 letý muž, který pravidelně kouří, platit 200 dolarů ročně a 25 letý muž, který nikdy nekouřil, může platit 50 dolarů bez ohledu na to, zda kdokoliv z nich používá nebo dostává v daném roce služby zdravotní péče. Pokud jsou výše pojistného komunitně upraveny, oba muži platí pojistné 125 dolarů. Soukromé pojištění může být použito jako hlavní zdroj příjmu nebo jako doplněk k dalším způsobům.

Příspěvky a sociální pojištění rovněž představují platbu průměrně očekávaných výdajů (i když obvykle pro skupinu více než pro samotného jedince) a tyto příspěvky jsou rovněž placeny bez ohledu a to, zda přispěvateli vzniknou výdaje na zdravotní péči. Plány sociálního pojištění jsou obvykle spojeny se zaměstnáním

a příspěvky, obvykle část výdělků, jsou obvykle vybírány jako daň ze mzdy, která je zpracovávána odděleně od hlavní příjmu vlády.

Například v Argentině zaměstnanci státního sektoru, kteří se účastní v jednom ze statutárních nemocenských fondů nebo ve fondu Obras Sociales platí povinný příspěvek ze mzdy ve výši 3% (plus 1,5% za každého nezaopatřeného člena rodiny), s tím, že 3 - 6% příspěvku platí zaměstnavatelé. Zdanitelný příjem pro účely stanovení výše příspěvku je 3 750 dolarů měsíčně (Medici a kol., 1997).

Daně a další formy základních příjmů vlády mohou být přímé či nepřímé. Přímé daně, které jsou placeny přímo jednotlivci či organizacemi vládě zahrnují daň z příjmu fyzické osoby nebo majetkovou daň, daň z příjmu společností a daň z kapitálového zisku osob či společností. Nepřímé daně, které se vybírají prostřednictvím zprostředkovatele zahrnují spotřební daně (známé jako daně z obratu včetně daně z přepychu, daně z přidané hodnoty, a spotřebních daní). Přímé daně mohou být obvykle snadno upraveny tak, aby odrážely individuální schopnost platit. Například sazba daně z příjmu může být stanovena na 30% u příjmu do 20 000 dolarů ročně a 40% u příjmu nad touto částkou. Daň z obratu na druhou stranu je stanovena na stejnou sazbu (např. 8%) pro každého, ačkoliv z ní mohou být jisté druhy zboží vyjmuty, to znamená, že různí lidé platí různý podíl svých výdajů v daních. Například osvobození z daně pro zboží pro spotřebu domácností znamená, že chudí lidé platí v těchto daních menší podíl ze svého příjmu než platí bohatí lidé.

Další způsoby získávání prostředků na služby zdravotní péče jsou potenciaálně méně udržitelné. Deficitní financování, kdy si vlády půjčují peníze od domácích či zahraničních investorů (vydáváním dluhopisů), aby doplnili základní příjmy vlády, poskytuje pouze krátkodobé vyřešení finančních obtíží. obdobně bilaterální či multilaterální finanční pomoc zdravotním službám nemůže být považována za dlouhodobou možnost řešení.

Různé země používají různé kombinace způsobů získávání prostředků a tyto kombinace se mohou v dané zemi v průběhu času měnit. Kombinace financování v konkrétní zemi (nebo konkrétní iniciativy v rámci země jako je naše příkladová národní síť center základní zdravotní péče) se skládá z relativních podílů přímých plateb, pojistných soukromého pojištění, příspěvků na sociální pojištění a daní. Příklad 6.1 uvádí popis dvou typických kombinací financování – jedné, která závisí téměř výhradně na daňových příjmech a druhá s více kombinovaným souborem příjmových zdrojů - s příklady zvolenými u ekonomik s nízkým příjmem (Pobřeží slonoviny) a středně vysokým příjmem (Peru).

II. 2 Efektivnost ve financování zdravotní péče

Existují dva důležité aspekty efektivnosti vzhledem k plánům financování. První se vztahuje na administrativní náklady spojené s výběrem příjmu. Ty se u jednotlivých zdrojů příjmů mohou výrazně lišit a jak jsme uvedli v kapitole 5 (a v příkladu 1.3 v kapitole 1), administrativní náklady jsou obvykle vyšší v rámci systémů s mnoha pojišťovateli než u státem financovaného, které vybírají příjem prostřednictvím daňového systému. Musíme však uvést, že administrativní náklady v rámci státem financovaného systému kriticky závisí na typu použitých daní. A opravdu udržitelnost státem financované zdravotní péče závisí na fungování efektivního systému výběru daní. Druhý aspekt, nazvaný ekonomická efektivnost, se vztahuje na náklady na efektivnost, které vznikají buď kvůli tržnímu selhání (např. na trhu soukromého pojištění) nebo v případě daní, které ničí tržní ceny a rovnovážná množství daného zboží a služeb.

Teoreticky je pojistně technické čisté pojistné alokačně efektivní v tom, že každý platí pojistné, které přesně odráží jeho očekávané použití zdravotní péče. Ve výše uvedeném příkladě 70 letý muž platil čtyřikrát vyšší pojistné než 25letý zdravý muž. Přesto, jak jsme naznačili v kapitole 5 o trzích se zdravotním pojištěním, existuje řada faktorů, které mohou učinit tyto trhy neefektivními a v extrémním případě potenciaálně

neudržitelné (např. úspory ze zvýšené výroby, adverzní selekce, morální riziko). Proto úspěšné a efektivní použití mechanismů soukromého pojištění závisí na úpravě trhů s pojištěním, které překonají tyto problémy.

Systemy financování založené na daních rovněž trpí problémy s efektivností. Jakákoliv jiná daň než korektivní daň (např. proti externalitám) nebo paušální daň nebo paušální daň (kdy každý platí stejnou částku) vytváří neefektivnosti, protože deformuje ceny, kterým jsou lidé a organizace vystaveni v ekonomice a ničí řetězec mezních podmínek požadovaných pro efektivnost (tj. $MSC = NTC = P = NTB = MSB$). V případě příspěvků na sociální pojištění (typicky zavedených ve formě srážky ze mzdy) nebo vládního zdanění, cena zboží nebo služby je upravena daní. Daň ze zisku či příjmu ovlivňuje relativní ceny práce a odpočinku a tím potencionálně ovlivňuje nabídkové rozhodování jednotlivců o svém zaměstnání. Spotřební daně, jako jsou daně na tabák a další zboží, ovlivňují kombinaci spotřebovaného zboží, např. rozhodují, zda a kolik lidí kouří. (Samozřejmě pokud je cílem omezit kouření, pak je daň na tabák nejméně částečně korektivní a proto způsobuje ekonomickou neefektivnost v menším rozsahu.) a celková spotřební daň či daň z obratu ovlivňuje rozhodnutí o současné či budoucí spotřebě (spoření). Tento typ nákladu "efektivnosti" se nazývá nadměrné daňové zatížení, které dokresluje příklad 6.2 věnovaný spotřební dani.

Tyto účinky efektivnosti mohou být považovány za součást širší otázky: všechny možnosti získávání příjmů vytváří stimuly a překážky pro jisté chování jednotlivců a organizací. Například přímé platby snižují míru využití zdravotní péče, pokud někteří lidé nejsou ochotni nebo schopni zaplatit poplatky. Příklad 6.3 uvádí detailnější popis důsledků přímých plateb na chování lidí. Soukromé pojištění placené zaměstnavatelem může bránit toku dělníků mezi firmami a způsobovat fenomén zvaný "job-lock" – uzamčení v práci. Například mnoho dělníků ve Spojených státech (které se významně spoléhají právě na pojištění placené zaměstnavateli), kteří již mají diagnostikovanou nemoc, váhají s přechodem od jednoho zaměstnavatele k druhému, protože mnoho pojišťovacích společností nehradí předem existující stav a změna zaměstnání s sebou nese často změnu pojišťovacího plánu. To brání efektivnosti pracovního trhu. Dělníkův podíl na pojistném soukromého pojištění nebo příspěvku na sociální pojištění, stejně jako daň z příjmu, mohou ovlivnit rozhodování tohoto dělníka o kompromisu mezi pracovním a volným časem. Korporační daně, pokud jsou stanoveny výrazně jinak než v jiných zemích, mohou ovlivňovat rozhodnutí firem o umístění provozu: nízké daně mohou lákat firmy k přestěhování do země a vysoké daně naopak nabádají firmy odstěhovat se jinam.

Jak naznačují tyto příklady hodnocení pravděpodobných důsledků v chování u různých možnostech získávání příjmů představuje důležitou součást jejich kritického hodnocení. Samozřejmě, že konkrétní důsledky se mohou lišit v závislosti na dalších používaných finančních postupech, regulačních podmínkách a kulturních normách. Ne všechny tyto důsledky mohou být předem předvídatelné. Přesto je zvažování těchto důsledků v chování je důležité při zvažování zavedení nových způsobů získání prostředků na zdravotní služby (stejně tak jako u národní sítě center zdravotní péče). Od úvah o efektivnosti se nyní můžeme obrátit na úvahy o spravedlnosti při volbě kombinace financování s použitím některých principů projednaných v kapitole 2 věnované spravedlnosti.

Příklad 63: Podíl na nákladech a důsledky v chování

Přímé platby představují jeden způsob získávání příjmu na podporu národní sítě center základní zdravotní péče. Jeden typ přímé platby, který zvláště zajímá Výbor pro politické priority a plánování je možnost "poplatků uživatelů". McPake (1993) v nedávné době prostudovala ekonomickou literaturu zaměřenou na poplatky za zdravotní péči u pacientů v rozvojových zemích. Došla k pěti závěrům. První – poplatky uživatelů ve většině případů zvýšily hrubý příjem (ale zvýšily čistý zisk, pouze pokud hrubý příjem převyšil administrativní náklady na výběrový systém). Druhý závěr – po zavedení nebo zvýšení poplatku uživatelů, většina dobře zpracovaných studií zjistila, že lidé použili zdravotní služby méně a že tento vliv se projevil

zejména u chudších lidí. Třetí – studie nebyly schopny určit kvalitu zdravotních služeb a zda vlivy využití byly menší, pokud se zlepšila kvalita. Čtvrtý – jen málo studií odděleně zkoumalo vlivy na základní a nadstandardní služby nebo na služby, které mají či nemají externí účinky. Poslední – uživatelské poplatky mohou zlepšit užitek většiny, pokud administrativní náklady na výběrový systém mohou být minimalizovány a příjem je znovu investován do zlepšení kvality zdravotních služeb, ale toto zlepšení je získáno na úkor vertikální spravedlnosti.

Osvobození chudších lidí od poplatků nebo snížení těchto poplatků je často uváděno jako řešení regresivity uživatelských poplatků. Tyto skupiny nemusí být určovány přímo, protože osvobození nebo cenová diskriminace může být realizována na úrovni typu zařízení, geografické oblasti nebo služby. Při průzkumu zemí s nízkým, středním příjmem (když 26 ze 73 odpovědělo), Russell a Gilson (1997) zjistili, že 7 zemí (27 procent) nemělo žádné opatření pro osvobození chudých od poplatků a i když opatření existovalo, existovalo mnoho administrativních a politických překážek pro zavedení tohoto opatření. Průzkum rovněž prokázal, že 7 zemí nemělo opatření pro udržení příjmu v zařízení za účelem zlepšení kvality a 5 zemí s takovými opatřeními nemělo pokyny pro místní manažery týkající se vynaložený takto získaných prostředků.

11.3 Spravedlnost ve financování zdravotní péče

Různé možnosti získávání příjmů mají různé důsledky pro spravedlnost. Přímé platby pojistné soukromého pojištění mají tendenci uvalovat větší platební zátěž za zdravotní služby na skupiny s nižším příjmem ve srovnání se skupinami s vyšším příjmem (relativně vzhledem k výši jejich příjmu) Například pojistné ve výši 200 dolarů ročně představuje velký podíl (20%) příjmu muže, který si vydělává pouze 1000 dolarů ročně, ale velmi malý podíl muže, který si vydělává 100 000 dolarů ročně (0,20%). Ekonomové nazývají takové způsoby získávání příjmu, kdy lidé s nižšími příjmy platí větší podíl svého příjmu než jednotlivci s vyšším příjmem – jako regresivní. Systémy financování, kdy příspěvky lidí s velkými příjmy jsou větším podílem jejich příjmu než u lidí s nízkými příjmy se nazývá progresivní. Sazby daně z příjmu jsou často progresivní jak je tomu například v Pobřeží slonoviny, kde jsou stanoveny v rozsahu od 26 procent u skupiny s nejnižším příjmem až po 32 procent u skupiny s nejvyšším příjmem, nebo v Peru, kde sazby daně z příjmu u osob jsou stanoveny od 8 procent u nejnižších příjmů až po 45 procent u nejvyšších příjmů (Baker and van der Gaag, 1993).

Přímé hotovostní platby a soukromé pojištění mají tendenci být regresivní s výjimkou samozřejmě případů, kdy z důvodu neschopnosti platit lidé s nízkými příjmy nepoměrně sníží používání zdravotních služeb nebo se vzdají soukromého zdravotního pojištění. Ale to má další negativní následky. sociální pojištění má tendenci být regresivní, protože příspěvky jsou obvykle podílem mzdy pouze do nějakého limitu, proto lidé s vysokými příjmy platí menší podíl svého příjmu. Jak jsme již výše uvedli daň z příjmu fyzických osob má tendenci být progresivní v tom, že mezní daňové sazby se často s příjmem zvyšují. Výzkum v rozvinutých zemích naznačuje, že přímé hotovostní platby jsou více regresivní než soukromé pojištění, které je naopak regresivnější než sociální pojištění (Van Doorslaer a kol., 1993). Jonsson a Musgrove (1997) naznačují, že některá tato zjištění se nevztahují na země s nízkým a středním příjmem. Například soukromé pojištění je často vysoce progresivní v chudých zemích, protože si jej kupují pouze bohatí lidé.

Přesto důsledky pro spravedlnost různých způsobů získávání prostředků a kombinací financování se mohou významně lišit podle pravidel, která řídí úroveň vhodnosti, sazby příspěvku a míry pojistného krytí. Například soukromé pojištění se může stát progresivním, pokud je přídatkem k státnímu krytí skupin s vysokým příjmem (kteří jsou pojištěni dvakrát), a regresivní, pokud je hlavním zdrojem krytí většiny populace. Sociální pojištění může být progresivní, pokud neexistuje žádný limit výše příjmu pro příspěvek a pokud důchodci a nezaměstnaní jsou od placení pojistného sociálního pojištění osvobozeni. Zdanění může být

regresivní, pokud většina daňových příjmů pochází z nepřímých daní, které neosvobozují výdaje na základní komodity jako jsou potraviny a domov, které vyžadují velký podíl příjmu domácností s nízkým příjmem.

V termínech platebního zatížení za zdravotní péči jsme již v kapitole 2 pojednali o dvou principech, které byly navrženy, aby hodnotily důsledky spravedlnosti různých kombinací financování: vertikální a horizontální spravedlnost. Vertikální spravedlnost nařizuje, aby příspěvky na zdravotní péči byly rozlišeny přímo ve vztahu k schopnosti lidí platit: bohatší domácnosti by měly platit "náležitě" větší platby než chudší domácnosti. Vertikální spravedlnost tak volá po progresivních a nejméně proporcí (konstantním podílu příjmu) metodách financování a vertikální spravedlnost je obvykle předmětem úvah do té míry, kdy se průměrné platby zvyšují, když se zvyšuje příjem a majetek. Horizontální spravedlnost nařizuje, aby příspěvky na zdravotní péči byly stejné pro domácnosti se stejnou schopností platit. Horizontální spravedlnost je proto hodnocena do té míry, kdy existuje rozdíl v úrovni příspěvku mezi těmi, kteří mají stejnou schopnost platit, která je měřena příjmem a bohatstvím.

Třetí princip, který byl navržen k hodnocení spravedlnosti financování zdravotní péče, je princip užitku. Princip užitku nařizuje, aby ti, kteří mají užitek ze služby za tuto službu zaplatili. Ve zdravotním sektoru je princip užitku sledován do té míry, kdy se průměrné platby zvyšují se zvýšením míry využití zdravotních služeb.

Poplatky uživatelů jsou například zcela v souladu s principem užitku. Podle tohoto principu by člověk s vysokým příjmem a konkrétní nemocí za stejnou zdravotní službu platil stejně jako člověk s nízkým příjmem se stejnou nemocí. Tento princip odporuje vertikální i horizontální spravedlnosti, které vyžadují, aby člověk s vyšším příjmem zaplatil víc než ten s nižším příjmem a ti, kteří mají stejnou schopnost platit, by měli zaplatit stejné částky.

Aby mohli využít tyto principy, ekonomové vypočítávají "kdo, platí co" za různých finančních způsobů hrazení a různých kombinací financování. Míra, do které domácnosti s vysokým příjmem přebírají větší podíl finančního zatížení platby za zdravotní služby nebo kdy domácnosti se stejně vysokým příjmem přebírají stejný podíl zatížení může být určena s použitím detailních údajů o platbě zdravotní péče na rovní domácnosti, které jsou obvykle získávány z průzkumů výdajů domácností (viz Giffitt and Mills, 1983; Van Doorslaer a kol., 1993). Jak jsme vysvětlili v kapitole 3, pro určení toho, kdo a co platí používají ekonomové termín fiskální dopad.

Vzpomeňte si rovněž, že ekonomové často rozlišují mezi pojetím statutárního dopadu a ekonomického dopadu. Statutární dopad se vztahuje na ty, kdo ve skutečnosti hradí platby, zatímco ekonomický dopad se vztahuje na ty, kteří nesou ekonomickou zátěž, to mohou být jiní lidé, kdykoliv organizace, která formálně platí daně či pojistné přenesle náklady na jinou stranu, která pak nese ekonomický dopad. Příklad spotřební daně na benzín z Příkladu 6.2 takový případ popisuje. Statutární dopad padá na prodejce benzínu, kteří musí na konci každého měsíce zaplatit vládě 10 centů z každého litru benzínu, který prodali. Ekonomický dopad je však zcela jiný. Při rovnováze po zavedení daně (viz Příklad 6.2), je cena placená spotřebiteli 46 centů, částka, kterou si nechává prodejce 36 centů a 10 centů dostává vláda. Proto z 10 centů daně spotřebitelé hradí 6 centů (platí 46 centů oproti 40 centů před zavedením daně) a prodejci platí pouze 4 centy (dostávají 36 centů místo 40 centů před zavedením daně). Tímto způsobem byl prodejci schopni přesunout většinu ekonomické zátěže daně na spotřebitele. Schopnost prodejce přesunout tuto zátěž závisí na cenové elasticitě poptávky a cenové elasticitě nabídky zdaněného zboží (vzpomeňte si na elasticitu z kapitoly 4). Například pokud jsou ostatní faktory stejné, čím méně je poptávka po zdaněném zboží elastická, tím větší podíl daně bude přesunut na spotřebitele zboží.

Spravedlnost zatížení platby za zdravotní služby představuje pouze jednu část pohledu, druhou je pohled na spravedlnost užitku "spotřeby" zdravotních služeb (tj. spravedlnost rozdělení zdravotní péče. Principy vertikální

a horizontální spravedlnosti nám znovu napomohou zhodnotit vlivy přerozdělení prostřednictvím studií dopadu výdajů. Princip vertikální spravedlnosti vyžaduje, aby zdravotní péče byla rozdělena nespravedlivě podle potřeb lidí (tj. ve vztahu k stupni jejich zdraví/nemoci). Lidé, kteří jsou více nemocní dostávají více zdravotní péče než zdravější lidé. Princip horizontální spravedlnosti zase vyžaduje, aby zdravotní péče byla rozdělena stejně lidem se stejnými potřebami. Jednotlivci se stejnou vážností nemoci by měli dostat stejné množství zdravotních služeb. Tyto principy jsou často aplikovány zkoumáním nespravedlností týkajících se potřeby použití zdravotní péče. Protože je důležitým faktorem, který souvisí se zdravotním stavem, byl použit v některých analýzách příjmu (Van Doorslaer a kol., 1993). Jak jsme uvedli v kapitole 2 v případě očkování, kde by potřeba mohla být považována za univerzální Musgrove (1986) zjistil velké rozdíly v pokrytí mezi městskými a venkovskými oblastmi (s pokrytím očkování dětské obrny, záškrtu, černého kašle a tetanu čtyřikrát vyšším v městech než na venkově), zjištění, které implikuje nespravedlivé rozdělení očkování.

Hodnocení spravedlnosti platební břemena zdravotních služeb může být kombinováno s hodnocením spravedlnosti rozdělení užitku spotřeby zdravotních služeb. Domácnosti s vysokým příjmem mohou například platit vyšší podíl zdravotních nákladů, ale toto přerozdělení z domácností, může být negováno, pokud domácnosti s vysokým příjmem rovněž spotřebovávají větší podíl zdravotních služeb. Připomeňme si údaje z Tanzanie uvedené v Tabulce 3.4, které ukázaly, že dokonce i ve státním systému zdravotnictví byla tou skupinou, která tvořila největší část pacientů hospitalizovaných i ošetřených v nemocnici, byla klientela patřící k nejbohatším lidem s nejvyšším příjmem. (Shaw and Chiffin, 1995). Spravedlnost může být zvažována i z hlediska různých generací, nejenom z hlediska domácností, zvláště v zemi, která používá finanční deficit, zatímco užitek ze zdravotní péče vzniká současným generacím, ale platební břemeno za tyto služby padá na generace budoucí. Obecněji – existují velké mezigenerační převody ve financování zdravotní péče, protože starší lidé spotřebovávají průměrně na osobu více služeb, zatímco většinu plateb platí ti, kteří jsou v pracovním věku.

Studijní otázky

6.1. Popište s použitím termínů definovaných v této kapitole následující kombinaci financování: V republice Nivavuk mají všichni občasný přístup k základním zdravotním a klinickým službám prostřednictvím poskytovatelů zdravotní péče a organizací, kteří jsou placeni ministerstvem zdravotnictví. Za tyto služby se nevybírají žádné poplatky. Občané rovněž mohou zvolit možnost, že z jejich týdenního platu budou sráženy peníze na doplňkové zdravotní pojištění, které kryje volitelné klinické služby. Všichni občané musí zaplatit prvních 500 dolarů z celkových nákladů na volitelné služby v každém čtvrtletí a ti, kteří si vydělávají více než 15 000 dolarů ročně musí zaplatit 10% z celkové ceny těchto služeb nad 500 dolarů. Soukromé pojištění, které je využíváno téměř výhradně bohatými lidmi, tyto poplatky hradí. Vláda získává prostředky ze tří zdrojů: plošná daň z příjmu, spotřební daně na alkohol a tabák a prodej vládních obligací na otevřeném trhu. Chudí a bohatí používají tyto základní služby přibližně stejným poměrem, ale bohatí lidé využívají mnohem více volitelné (nadstandardní) služby.

6.2. Kriticky zhodnoťte výhody této kombinace financování.

6.3 Uvažte, jak byste získávali prostředky potřebné pro novou zdravotní službu vyžadovanou v Nivavuku. Konkrétnější úkol – uvažte, jak byste zaplatili za síť lékařských pohotovostních týmů v regionu kolem hlavního města, které jsou potřebné jako předběžná podmínka pro pořádání významné mezinárodní akce. Politici se domnívají, že stávající finanční zdroje jsou vyčerpány a nechtějí, aby se nové způsoby získávání příjmů dostali do konfliktu se snahami přitáhnout a udržet nadnárodní firmy.

KAPITOLA 7:

DOTOVÁNÍ A RENUMERACE ZDRAVOTNÍ PÉČE *

Výbor pro politické priority se rozhodl, že bude dotovat národní síť center zdravotní péče ze základních daňových příjmů. Dostal jste úkol, abyste vypracoval výkazové pojednání o tom, jak budou centra dotována a jak budou odměňováni poskytovatelé, kteří budou v centrech pracovat. Je velmi důležité, aby přijaté metody dotování a renumerace kromě úhrady nákladů i stimulovaly poskytování náležité zdravotní péče.

1. Dotování a renumerace – základní koncepce

Jakmile byly získány prostřednictvím nějakého finančního mechanismu peněžní prostředky na hrazení zdravotního pojištění a služby zdravotní péče, dostáváme se k problému rozdělení těchto peněz do **organizace zdravotní péče** a poskytovatelům, jak jsme uvedli v předcházející kapitole, vztahuje se na toto rozdělení dotování i renumerace. Dotování představuje poskytování zdrojů organizacím zdravotní péče, které jsou potřebné pro zajištění základního rozsahu zdravotnických činností. U sítě základní péče to znamená, jak převádět peníze od národní vlády do center základní péče – problém dotování. pojem renumerace (odměňování) užší pojem, který označuje poskytování odměny profesionálním zaměstnancům za čas a práci při poskytování zdravotní péče. U zmíněných center je způsob placení zaměstnanců problém remunerační. Někdy jsou tyto činnosti kombinovány do stejné transakce. Dotování a renumerace splývají, pokud například pojišťovatel platí nezávislému praktickému lékaři poplatek za poskytnutou péči. Ale analytici stále více zdůrazňují rozdíl mezi dotováním a renumerací, protože metoda, kterou je dotován organizace zdravotní péče, může jiná než metoda, kterou organizace odměňuje své poskytovatele. Protože dotování i renumerace zahrnují problém poskytování zdrojů organizacím ve zdravotním sektoru a zaměstnancům za nějakou činnost, podléhají mnoha stejným platebním principům. Aby byl náš výklad snadnější, při projednávání otázek, které se týkají dotací i renumerace, používáme obecný pojem platba, který označuje alokaci těchto peněžních prostředků. Pokud je však rozlišení pro danou analýzu důležité, ponecháváme původní termíny “dotování” či “renumerace”.

Všechny platební plány jsou vystaveny ze dvou základních prvků, které mohou být kombinovány řadou různých způsobů. Prvním prvkem je platební mechanismus, který se vztahuje na základ, po němž jsou peníze vyměňovány mezi dvěma stranami platebního plánu. Platba za služby, platy a paušální poplatek jsou tři široce rozšířené platební mechanismy. Druhým prvkem jsou strany, které se účastní výměny. Běžnými stranami v rámci platebních plánů jsou vláda, pojišťovatelé zdravotní péče, poskytovatelé, organizace zdravotní péče a příjemci pojistné částky.

Platební plány mají důležitou roli při vytváření efektivních, spravedlivých a udržitelných zdravotních systémů. Platební plán například vytváří finanční stimuly, které se týkají toho, kdo poskytuje služby (a v jaké kvalitě je poskytuje), jaké služby jsou poskytovány a komu jsou tyto služby poskytovány.

Tyto dva základní prvky tvoří tři důležité otázky, které si klademe, když zvažujeme jakékoliv platební uspořádání::

1. KDO je placen? Je to místní nebo regionální zdravotní komise, poskytovatelská organizace jako je klinika, poskytovatelé sami, příjemce dávek atd. ?
2. Za JAKOU ČINNOST JE PLACEN? Je to za nesení rizika, odpovědnost za zajištění dostupnosti péče, poskytování péče atd. (nebo více těchto subjektů)?
3. JAKÁ je JEDNOTKA platby? Je to jednotlivá služba, jednotka péče nebo za jednoho příjemce služby?

Odpovědi na tyto otázky určují jaká a kým vykonávaná činnost spouští peněžní tok a kdo je finančně stimulován, aby něco dělal v systému zdravotní péče. Například dotování sítě základní péče prostřednictvím plateb **poplatků za službu** lékařům (kde lékař dostává platbu, kdykoliv poskytne hrazenou službu) odrazuje od použití poskytovatelů, kteří nejsou lékaři (protože pouze lékaři mohou vykazovat platby vládě), stimuluje poskytování péče (protože se platí pouze za tuto službu), ale odrazuje od poskytování péče, která není definována jako služba v platebním seznamu (protože "hrazená" služba je platební jednotkou). Úprava platebního plánu tak, aby místo lékařům byly placeny poplatky za poskytnuté služby centrům základní péče udržuje stimul poskytovat pouze péči definovanou jako hrazená služba v seznamu placených služeb, ale takto stimuluje poskytování lékařskými i nelékařskými poskytovateli. Konečně další úprava tohoto plánu tak, aby centrum zdravotní péče bylo hrazeno paušálně, kdy organizace dostává pevnou částku peněz za každé období za každého pacienta, aby zajistilo stanovené potřeby zdravotní péče registrovaných pacientů, poskytuje stimul využívat lékařské i nelékařské poskytovatele, ale organizace zdravotní péče má nyní stimul zvyšovat počet zapsaných pacientů a je odrazována od poskytování nepotřebných služeb (ve skutečnosti bez kontrolního mechanismu má stimul neposkytovat služby dostatečně). Jak vysvětluje tento příklad, změna vypláceného a za co je placeno a na jakém základě, má významné účinky na stimuly vytvořené v systému zdravotní péče pro různé činitele za účelem dosažení různých cílů.

V následujícím úseku výkladu detailněji pojednáme o těchto dvou klíčových prvcích platebního plánu (platební mechanismus a strany plánu), jak mohou být kombinovány za účelem tvorby alternativních plánů financování a renumerace a některé principy, které musí být při tvorbě těchto plánů zváženy.

11. Platební mechanismy

Tabulka 7.1 uvádí seznam platebních mechanismů, které posoudíme, a uvádí rovněž souhrnnou informaci o každém z nich.

Tabulka 7.1: Alternativní platební mechanismy

Mechanismus	Použito dotování, renumerace, nebo obojí?	Klíčové stimuly
Poplatek za službu	obojí	Počet služeb použité zdroje na jednu službu přílišná léčba: příliš mnoho služeb na osobu a případ
Na základě diagnózy	obojí	
Paušální poplatek	obojí	
Plat	pouze renumerace	
Mzda (nepříliš častá pro lékaře)	pouze renumerace	
Celkový rozpočet	pouze dotování	

Poplatek za službu: Poplatek za službu je mechanismus, kterým poskytovatel nebo organizace zdravotní péče přijímá platbu pokaždé, když poskytne hraditelnou službu (např., chirurgická procedura, diagnostický test). Poplatek za službu může být použit pro dotování organizací i odměňování poskytovatelů v rámci organizace.

Platba je hrazena pouze po poskytnutí služby a celkový počet plateb závisí přímo na počtu poskytnutých služeb. Poplatek za službu stimuluje technickou efektivnost (tj. minimalizaci nákladů) při výrobě služby. Ale protože poskytovatel je placen pokaždé, když je služba poskytnuta bez ohledu na to, zda je služba potřebná či efektivní, nestimuluje efektivnost využití služeb při léčbě. Jedním z nejméně **studovaných aspektů platby za službu** je stimul poskytovat příliš mnoho služeb.

Platba na základě diagnózy. Platba na základě diagnózy je mechanismus, kdy poskytovatel či organizace zdravotní péče dostává pevnou, předem stanovenou platbu za každý výskyt, kdy **léčí** pacienta s konkrétní diagnózou (např. infarkt myokardu, zápal plic, komplikovaná zlomenina). Může být použita pro dotování organizace či odměňování poskytovatelů v rámci organizace, i když je hlavně používaná prvním uvedeným způsobem. Platba za každou diagnostickou kategorii je stanovena předem (a obvykle je rovna průměrnému nebo očekávanému nákladu za pacienta s danou diagnózou), a neliší se podle skutečné služby **poskytnuté pro léčbu pacienta**. Za každý vyléčený případ organizace/poskytovatel nese jisté riziko spojené s náklady na léčbu: pokud náklady poskytnutých služeb na jednoho pacienta přesáhnou pevnou platbu stanovenou na diagnózu ~ organizace musí pohltit nadměrné náklady; pokud však skutečné náklady jsou nižší než platba na základě diagnózy, organizace si zbytek ponechá. Protože si organizace/poskytovatel ponechává rozdíl mezi skutečnými náklady a pevnou platbou za každý léčený případ, tento typ platby stimuluje technickou a nákladovou efektivnost při výrobě služeb a použití služeb pro léčbu pacienta (to znamená, že minimalizuje celkové náklady na léčbu na jednu diagnózu). **potencionálně negativní stránkou** tohoto postupu je, že rovněž poskytuje stimul k nízké léčbě pacienta, k výběru pouze méně závažných případů v rámci každé diagnostické kategorie a klasifikovat diagnózy takovým způsobem, aby byli platby spojené s vyléčenými případy maximální v případě, pokud existuje jakýkoliv rozsah toho, jak stanovit diagnózu.

Paušální poplatek: paušální poplatek je platební mechanismus, kdy organizace dostává pevnou, předem stanovenou částku peněz za časové období (např. měsíc, rok) za každého člověka, za kterého je odpovědná z hlediska poskytnutí stanovených zdravotních služeb (např. základní péče, primární a sekundární péče). Může být použita k dotování organizací či renumeraci poskytovatelů v rámci organizace. Částka vyplácená za jednu osobu je stanovena předem a podle skutečně poskytnutých služeb dané osobě se neupravuje. Při paušálním poplatku nesou organizace či poskytovatel významné finanční riziko; ve skutečnosti se totiž organizace stává pojišťovatelem zdravotní péče. Paušální sazba je určena hodnocením očekávaných nákladů na uspokojení potřeb zdravotní péče. Někteří lidé vážně onemocní a budou vyžadovat léčbu, která stojí mnohokrát více než je paušální sazba; jiní nebudou nemocní vůbec a nebudou potřebovat žádnou zdravotní péči. Paušální poplatek může být použit pouze tam, kde velikost populace, za kterou je organizace odpovědná, je dostatečně velká, aby dokázala efektivně slučovat rizika zdravotní péče. Paušální poplatek poskytuje stimuly poskytovat péči technicky i nákladově efektivním způsobem a poskytovat pouze péči, která je náležitá. Rovněž však poskytuje stimuly k vybírání si pacientů “cream-skimming”, a to těch zdravých lidí, jejichž očekávané náklady jsou pod paušální sazbou (tento problém může být částečně zlepšen výpočtem rizikově upravených paušálních sazeb, podle kterých paušální poplatek přesněji odhadne očekávané náklady na každého člověka).

Celkový rozpočet: celkový rozpočet je platební mechanismus, kterým organizace, skupina poskytovatelů nebo jeden poskytovatel dostává celkový rozpočet na stanovené časové období. Celkový rozpočet může být určen výhradně pro dotování. Celkový rozpočet může být založen na řadě potencionálních kritérií: dřívější náklady, počet poskytnutých služeb, počet a typ úkonů léčebné péče (v nedávné minulosti nebo očekávaný v nejbližší budoucnosti), rozsahu léčené populace atd. Celkový rozpočet může být například částek paušálních plateb za všechny jednotlivce, za které organizace přijme odpovědnost. V tomto smyslu mohou být některé z výše uvedených mechanismů použity pro tvorbu celkového rozpočtu. Pokud jsou stanoveny do budoucnosti mohou celkové rozpočty efektivně poskytovat prostředky a zároveň umožnit organizaci významnou volnost pro rozhodování, jak prostředky použít. Tato volnost je ztracena, pokud je celkový rozpočet vytvořen z předem

stanovených částek určených pro konkrétní kategorie výdajů nebo “oborové položky” Takový **položkový rozpočet** omezuje schopnost organizace rozdělit zdroje do jednotlivých vstupů či programů.

Plat: -plat je platební mechanismus, kdy profesionální zaměstnanec dostává předem stanovenou částku peněz, aby převzal za organizaci jisté povinnosti, obvykle to znamená být schopen poskytovat potřebné služby zdravotní péče v konkrétní dobu (a na konkrétních místech). Může být použit pouze pro renumeraci. Jeho stimuly jsou z hlediska poskytované míry služeb danému pacientovi nebo poskytování konkrétního typu služeb neutrální. Protože platba je založena na minimálním splnění daných povinností (udržení vlastního zaměstnání), někteří odborníci namítají, že vytváří stimuly ke snížené aktivitě při práci (viz např., Rosen, 1989).

Mzda: mzda je platební mechanismus, kdy poskytovatel dostává předem stanovenou částku peněz za každou hodinu odpracovanou pro organizaci. Může být použita pouze pro renumeraci. Ačkoliv je mzda obvykle stanovena předem, celkové platby závisí na počtu odpracovaných hodin. Stimuly jsou podobné stimulům platu, s tím, že platba je více spojena s časem stráveným na pracovišti.

Jak jsme již uvedli, různé platební mechanismy vytvářejí různé stimuly pro chování těch, kdo jsou placeni. Příklad 7.1 shrnuje některá zjištění, která se týkají reakcí poskytovatele na změny platebních mechanismů ve dvou různých úpravách.

příklad 7.1: Reakce organizací a poskytovatelů na platební mechanismy

Pochopení toho, jak organizace a poskytovatelé zdravotní péče reagují na změny platebních mechanismů, prostřednictvím kterých dostávají peníze je jedna ze základních činností ekonomů zabývajících zdravotní péčí. Ekonomické teorie jsou velmi užitečné pro analyzování na pojmové úrovni povahy stimulů chování vytvořených konkrétním platebním mechanismem. Přesto velikost a povaha reakce v konkrétních podmínkách závisí na široké řadě kontextových faktorů včetně nepeněžních aspektů platebního systému, výše platby, podmínek, ve kterých poskytovatelé pracují, cílů poskytovatelů, toho, jak si vykládají význam platebních změn atd. Nabízíme vám několik příkladů toho, jak poskytovatelé reagovali na různé platební mechanismy.

Změna z paušální platby na kombinovaný systém paušální platby a platby za provedenou službu v rámci systému základní zdravotní péče v Dánsku

V říjnu 1987 byla v Kodani změněna metoda platby praktických lékařů z paušálního poplatku na kombinovaný systém s paušální platbou a poplatky za vykonanou službu za specifikované služby včetně konzultací (telefonické a osobní), návštěv domácností, a jistých laboratorních a odborných služeb. Změna platební metody vedla k významným změnám ve vzorech poskytování zdravotní péče praktickými lékaři. V době paušálního poplatku měli při péči o pacienta lékaři stimul minimalizovat náklady vzniklé pro jejich vlastní rozpočet. Toho mohlo být dosaženo efektivností při použití služeb (např. objednávání pouze potřebných testů) nebo přesunutím nákladů do jiného rozpočtu (například předání pacienta odborníkovi, léčba potom byla hrazena s rozpočtu na odbornou péči, nikoliv z rozpočtu praktického lékaře). V kombinovaném systému se objevil stimul poskytovat mnohem více služeb placených poplatkem za službu. Studie využití služeb před a po reformě prokázala ve srovnání se skupinou praktických lékařů z vedlejšího okrsku, jejichž systém zůstal nezměněn, že, počet poskytnutých léčebných a diagnostických služeb placených poplatkem byl u kodaňských lékařů významně vyšší a ještě více se snížil počet pacientů doporučených k odborníkům. V tomto případě lékaři významně reagovali a reagovali způsobem, který dal vzhledem ke změně platební metody očekávat. (Pramen: Krasnik a kol., 1990)

Změna platebních modelů v ruské federaci

Jako součást ekonomické a společenské reformy ruská federace zahájila reformační procesy za účelem nahrazení svého systému zdravotní péče (národní zdravotní služby) systémem s povinným zdravotním pojištěním (N1HI). Regionální fond N4HI podepisuje smlouvy s pojišťovateli, kteří pak podepisují smlouvy s poskytovateli a poskytovatelskými organizacemi o zajištění služeb pojištěncům, za které nesou odpovědnost. Většina nemocnic nyní dostává platby za péči o hospitalizované pacienty prostřednictvím plateb na základě diagnózy. Jak se dalo u nemocnic placených za diagnózu očekávat přechod na nový systém vedl ke snížení délky hospitalizace pacientů a zvýšením obsazením nemocnic ve srovnání s nemocnicemi, které by nadále placeny na základě vynaložených nákladů. Péče o nehospitalizované pacienty je nyní dotována prostřednictvím řady různých metod, včetně paušálního poplatku, léčebného výkonu a poplatku za vykonanou službu. Znovu, jak bylo očekáváno, paušální poplatek byl spojen se zvýšením zaměření na činnosti základní zdravotní péče a snížením využitím hospitalizovaných pacientů. Zvýšil se počet služeb hrazených poplatkem. Na rozdíl od předpokladů, reformy vedly pouze k malému počtu uzavření nadbytečných kapacit. Jedním z důvodů je to, že současná metoda stanovení platebních sazeb poskytovatelům vylučuje užitkové náklady (např. voda, elektřina) a jisté pevné náklady poskytování péče, které jsou placeny přímo místními vládami z odděleného balíčku prostředků. Proto poskytovatelé, kteří nenesou tyto náklady, nemají žádný důvod tato zařízení uzavřít. (Pramen: Sheiman, 1997)

IV. Platební plány

Platební *plán* se vytváří, pokud je kombinován jeden nebo více platebních mechanismů s konkrétním souborem účastníků. Změna platebního mechanismu, účastníků, nebo obojího může mít významný vliv na stimuly vytvářené v rámci systému zdravotní péče. To může být doloženo u sítě center základní zdravotní péče na obrázku 7. 1 (ii). Předpokládejme například, že finančním prostředníkem je národní vláda v rámci státního plánu zdravotní péče založeného na daňových příjmech. Jeden možný plán dotování a remunerace – vláda platí poskytovatelům základní péče na základě poplatků za poskytnutou službu. Druhou možností je, že vláda uzavírá smlouvy s poskytovateli zdravotní péče, kdy se poskytovatelé zavazují plnit stanovené potřeby zdravotní péče u každého příjemce, který se k nim přihlásí, a dostanou za to roční paušální platbu. Konečně třetí možností vládní dotace centrům základní péče ve formě celkových rozpočtů a výplata poskytovatelů ve formě platu.

“Jednoduchá” změna mezi těmito volbami významně upravuje stimuly, se kterými se setká vláda poskytovatelé základní péče, a politické problémy, které musí být řešeny. Volba platebního mechanismu může například ovlivnit to, kdo nese finanční rizika, sledování vyžadovaných mechanismů, potřebné administrativní kapacity a schopnost kontroly nákladů. Při plánech platby za poskytnutou službu a platových plánech, vláda jedná jako pojišťovatel tím, že spojuje finanční rizika občanů; v rámci paušálního plánu vláda převádí rizika na poskytovatele základní péče, kteří pak vystupují zároveň jako pojišťovatelé a poskytovatelé zdravotní péče.

Při platbě za vykonané služby by vláda měla mít zájem na sledování nadměrného poskytování služeb; při paušálním poplatku by měla sledovat a zaměřit se na *nedostatečné poskytování*; *plat* je z tohoto hlediska míry poskytovaných služeb neutrální, ale vláda by měla sledovat správné pracovní nasazení poskytovatelů.

Při platbě za vykonanou službu, vláda musí vytvořit **administrativní systém schopný zpracovávat tisíce** nároků podaných poskytovateli ; při paušálním poplatku musí vláda vytvořit administrativní systém schopný stanovovat paušální sazby podle míry rizika, při platovém systému musí být stanoveny platové sazby.

Konečně v systému poplatků za službu jsou celkové náklady určovány součtem cen za lékařské služby, zajištěných poskytovatelem a počtem poskytovatelů. Efektivní kontrola výdajů vyžaduje kontrolu každého z těchto prvků, a to je často složité. Při paušální poplatku jsou ostatní věci stejné, náklady jsou určovány násobkem paušálních sazeb a počtem přihlášených pacientů bez ohledu na jakékoliv faktory nabídky či

poptávky. Konečně při celkovém rozpočtu s platy jsou celkové náklady určovány hlavně podle uvážení vlády či jiného plátce.

Tyto plány rovněž dokládají dva základní alternativní přístupy k dotování: orientované na poskytovatele a orientované na obyvatelstvo. Poplatky za provedenou službu a celkový rozpočet s platem jsou příklady **plánů založených na poskytovateli**. V těchto plánech peníze tečou přímo poskytovatelům. Naproti tomu paušální platba je příkladem **plánu založeném na obyvatelích**. V rámci takových plánů jsou peníze v zásadě spojeny s příjemci péče, takže v jistém smyslu tečou tam, kde jsou obyvatelé bez ohledu na distribuci poskytovatelů. Částka peněz, kterou dostanou regiony či organizace zdravotní péče přímo souvisí s počtem lidí, za které má zodpovědnost. Proto při plánech založených na obyvatelích, i kdyby region neměl žádné poskytovatele zdravotní péče, jsou do tohoto regionu přiděleny zdroje na zdravotní péči, které umožňují obyvatelům získat potřebnou zdravotní péči v jiných regionech. Takový plán může během času přilákat poskytovatele do volných oblastí. Naproti tomu při plánu poplatků za poskytnutou péči či platovém plánu, peníze jsou přidělovány tam, kde se nacházejí poskytovatelé, to vždy neznamená úzký vztah s tím, kde vznikají potřeby zdravotní péče (to znamená, kde bydlí příjemci péče). To představuje významný problém pro venkovské oblasti, kde často je málo poskytovatelů a naopak velká potřeba zdravotní péče, a je tím ovlivněna spravedlnost distribuce poskytovatelů a dostupnosti služeb pro obyvatele. (viz Birch a kol, 1994 – pojednání těchto otázek.) Příklad 7.2 dokumentuje přechod z dotování založeného na poskytovateli na dotování založeném na obyvatelstvu v jedné zemi a příklad 7.3 mapuje plány financování/dotování a renumerace vybraných zemí na prvcích uvedených na obrázku 7. 1.

Příklad 7.2: Přechod z dotování založeného na poskytovateli na dotování založené na obyvatelstvu

Kromě jiných věcí vládní Národní strategický zdravotní plán v Zambii, 1995-1999 vyžaduje přechod z dotování na základě plánu založeném na poskytovatelích na dotovací plán založený na obyvatelích. Plán vyžaduje, aby prostředky byly přerozdělovány z úrovně centrální nemocnice na nižší úrovně a z provincií do obvodů. Prostředky jsou přidělovány na základě vzoru váženého paušálního poplatku (na jednoho obyvatele), ve kterém jsou čtyři vážené faktory: (1) hustota obyvatel v obvodu; (2) ceny paliv v obvodu; (3) dostupnost banky v obvodu; a (4) výskyt cholery v obvodě. První tři vážené faktory odrážejí (a zastupují) rozdíly mezi obvody, které se týkají nákladů na zajištění stejných služeb. Proto odrážejí rovněž i zájem na spravedlnosti dostupnosti snahou zajistit, aby všechny obvody měly podobnou kapacitu pro poskytování služeb. Poslední faktor – výskyt cholery odráží zájmy spravedlnosti i efektivnosti. Zájmy spravedlnosti vyžadují, aby ti, kteří mají větší potřeby zdravotní péče, získávali více zdrojů na splnění těchto potřeb; zájmy na efektivnosti vyžadují, aby zdroje byly přiděleny tam, kde budou mít největší zdravotní užitek, to obvykle (ačkoliv ne vždy) odpovídá oblastem s největší potřebou zdravotní péče.

Během prvních dvou let Národního strategického zdravotního plánu se podíl rozpočtu přiděleného obvodům zvýšil z 34% na 45%, a poměr rozpočtu přiděleného radám Univerzitní fakultní nemocnice a centrální nemocnice se snížil z 33% na 23%. V tuto chvíli není jasné, jak daleko se budou dotovací metody přesunovat směrem k přístupu založeném na obyvatelstvu s použitím vzorce váženého přístupu, ale již dnes reforma představuje významný přesun..

Lékařské služby v Kanadě: Lékařské služby v Kanadě jsou financovány téměř výhradně prostřednictvím státního systému pojištění spravovaného každou z 12 provinčních a oblastních vlád. Každý obyvateľ provincie je pojištěn státním plánem, který je financován z základních daňových příjmů placených provinciálním i federální vládě. Lékaři účtují náklady provinčním pojišťovacímu plánu služby poskytnuté pacientů. V tomto platebním plánu, který je blízký plánu (iii) na obrázku 7. 1, jsou příjemci plánu obyvatelé provincií; federální vláda je zprostředkovatelem na úrovni I, který převádí peníze na provinční vlády (šipka d) prostřednictvím grantů na jednu hlavu; provinční **vláda rovněž** dostává peníze od obyvatel prostřednictvím daní (šipka f);

konečně, provinční vláda, která jedná jako pojišťovatel a slučuje rizika, platí lékařům (šipka e) prostřednictvím platby za vykonané služby.

Reformovaný systém dotování v Rusku: Jak jsme uvedli v příkladu 7. 1, Rusko nahradilo svůj státem financovaný systém zdravotní péče modelem povinného zdravotního pojištění. V rámci tohoto systému byl v každém regionu vytvořen fond zdravotního pojištění (fond MHI). Obyvatelé regionu neplatí fondu žádné přímé platby. Místo toho je fond MHI financován kombinací příspěvků zaměstnavatelů (3,4% z každého příjmu zaměstnance) za zaměstnané obyvatele regionu a místní vláda poskytuje příspěvky za ty, kteří jsou nezaměstnaní. MHI pak rozděluje fondy do paušálních plateb soukromým neziskovým a komerčním pojišťovatelům na základě počtu lidí, kteří se přihlásili do jejich plánu. Pojišťovatel pak uzavírá smlouvy s poliklinikami a nemocnicemi. Obvykle dotují polikliniky poskytovatelů prostřednictvím paušálních plateb za stanovené služby primární a sekundární péče. V rámci poliklinik jsou poskytovatelé odměňováni prostřednictvím kombinovaného systému dojednaných na každé klinice mezi poskytovateli. V termínech diagramu tak existují dvě úrovně finančních prostředníků – fond MHI a pojišťovatelé. Peněžní toky mezi nimi (např. šipky d & c plánu I (iii)) jsou realizovány na základě paušálních plateb. (Pramen: Sheiman, 1994, 1997)

Platba za zdravotní služby v Egyptě: Jako mnoho jiných zemí má Egypt plurální systém financování zdravotní péče, kde jsou třemi nejdůležitějšími komponenty přímé hotovostní platby, daněmi financovaný systém péče a systém sociálního pojištění zaměstnaných obyvatel. Přístup přímých hotovostních plateb, který tvoří 55% výdajů na zdravotní péči v Egyptě, odpovídá plánu (i) na obrázku 7. 1. Peníze tečou přímo o jednotlivých uživatelů k poskytovatelům (šipka a) například ve formě poplatků placených lékařům. Financování, dotování a remunerace splývají. Ve státní systému zdravotní péče nejlépe zobrazeném v plánu (ii), peníze získané výběrem daní od obyvatel plynou k vládě (přes tok označený šipkou b). Vláda pak rozděluje tyto prostředky dotování nemocnic a klinik ve formě rozpočtů a/nebo platů (šipka c). Tento státní systém představuje přibližně 32% výdajů na zdravotní péči. Konečně přibližně 9% prostředků protéká systémem sociálního pojištění. V rámci tohoto systému peníze tečou od zaměstnavatelů a zaměstnanců (přes šipky d a f v plánu(iii)) do Organizace zdravotního pojištění (1-HIO). HIO, která vlastní nemocnice a kliniky a statice lékařské pomoci, pak dotuje poskytovatele ve formě rozpočtů a platů . (Pramen: Rafeln, 1997)

V. Principy tvorby platebních schémat

Příklad uvedený v předchozím výkladu doložil řadu základních důležitých principů, které musí být zváženy při tvorbě platebních plánů. Prostřednictvím nejvhodnějších platebních úprav pro zajištění efektivního, spravedlivého a udržitelného systému zdravotní péče se v různých podmínkách liší – existují některé společné otázky, které musí být projednány u každé platební úpravy. Nyní se s těmito principy seznámíme.

Rovnováha perspektivních a retrospektivních složek. **Perspektivní** se vztahuje na tu složku celkové platby, která je stanovena předem, **retrospektivní na tu složku** celkové platby určené po té, co byly služby poskytnuty. **Obrázek 7.2 zobrazuje perspektivní i retrospektivní složky** běžných platebních mechanismů. Například v případě poplatku za provedenou službu se plná čára zobrazující perspektivní složku vztahuje pouze na náklad za jednu službu a tím naznačuje skutečnost, že poplatky za službu jsou běžně stanoveny předem. Všechny ostatní složky, které určují celkové výdaje a jsou stanoveny retrospektivně a závisí částečně na chování poskytovatelů a příjemců péče. Všimněte si rovněž, že protože všechny tyto další složky jsou určovány retrospektivně, jediná složka z celkových výdajů, za kterou nesou poskytovatelé finanční riziko je náklad za jednu službu. V té míře, kdy poskytovatel udrží skutečnou výši nákladů za službu pod výši poplatku, který za službu dostal, vydělává peníze. V případě platby na základě diagnózy se perspektivní složka rozšiřuje na ty prvky spojené s celým případem léčby. Proto při platbě na základě diagnózy nese poskytovatel riziko za výdaje spojené s náklady za každou poskytnutou službu i počtem služeb použitých pro vyléčení jednoho případu. Všimněte si, že když přecházíme od poplatku za službu k perspektivním celkovým rozpočtům, poměr celkových výdajů stanovených předem se rozšiřuje, to znamená zvýšený přechod finančního rizika z dotujícího subjektu na dotovanou organizaci.

Z hlediska dotujícího subjektu je zvýšení míry perspektivních složek výhodné, protože stimuluje u poskytovatelů minimalizaci nákladů ve výrobě všech aspektů léčby včetně předem určené platby a dotovateli umožňuje kontrolní mechanismus nákladů (protože větší část celkových výdajů je pevně stanovena předem). Ale protože rovněž převádí finanční riziko na dotovanou organizaci, perspektivní platba zvyšuje stimuly nedostatečně léčit a vybírat si jen vhodná rizika léčby. Proto v jakémkoliv platebním kontextu je klíčovým úkolem nalézt vhodnou rovnováhu mezi perspektivní a retrospektivní složkou, která odráží tyto vzájemně si konkurující zájmy. (Další pojednání těchto otázek najdete v Robinson, 1993).

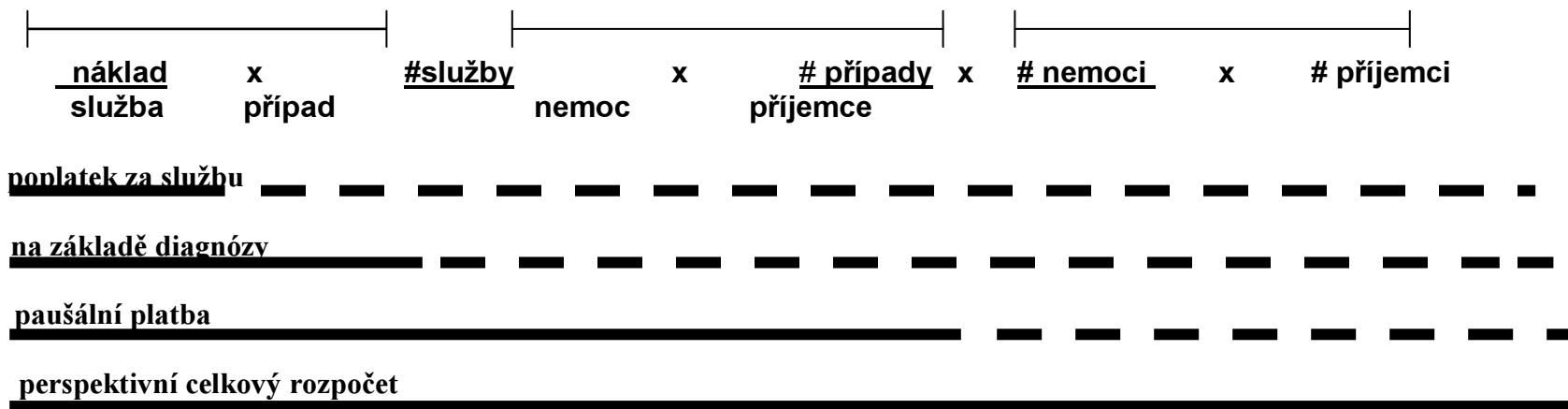
Zajištění toho, že ti, kdo nesou finanční riziko, jej mohou slučovat efektivně. Jak zdůraznil předchozí odstavec, způsob, jakým je finanční riziko sdíleno mezi dotovatelem a dotovanou organizací závisí na jednotce platby a zda je tato platba stanovena retrospektivně nebo perspektivně. Změna z retrospektivní na perspektivní platbu (např. z poplatků stanovených dle úvahy poskytovatelů na fixní, předem stanovené poplatky), nebo přechod z menších na větší platební jednotky (např. z poplatku za službu na paušál stanovený na základě diagnózy), nebo obojí, převádí riziko z dotující organizace na dotovanou organizaci. Efektivnost, spravedlnost a udržitelnost jakéhokoliv platebního plánu

Celkové výdaje

(vztahuje se na intenzitu služeb)

(vztahuje se na zdravotní rizika populace)

(vztahuje se na velikost populace)



plat, mzda –závisí na základě jednání

- KLÍČ:**
- Perspektivní složka: u platebního mechanismu se příjem u těchto složek neliší. Poskytovatelská organizace má stimul snižovat náklady spojené s těmito složky a tak zvýšit tak zisk. Perspektivní složka zahrnuje ty aspekty výdajů, za které nese poskytovatel finanční riziko.
 - — —** Retrospektivní složka: u platebního mechanismu se příjem u těchto složek liší. Poskytovatelská organizace má stimul manipulovat s těmmito složkami, a aby zvýšila hrubé a čisté zisky.

Předpokládejme, že poplatky jsou fixní. Pokud poskytovatel může poplatky stanovit a jednostranně upravit, pak ani tyto poplatky nejsou perspektivní.

Paušální poplatky mohou být neupravené nebo upravené podle míry rizika, v obou případech budou perspektivní. Neupravené paušální sazby jsou stejné pro všechny příjemce péče bez ohledu na rizikový status. Upravené paušální poplatky se liší podle zdravotních rizik příjemců a tím snižují rozsah možností tzv. cream-skimmingu – vybírání nejvhodnější pacientů dotovanou organizací.

závisí na schopnosti dotovaných organizací nést rizika, která jim platba přidělí. Například při paušálním poplatku může být malá skupina lékařů schopna efektivně sloučit rizika spojená se službami základní péče, ale bude velmi nepravděpodobné, že se jim to podaří pro služby primární i sekundární péče dohromady. Proto pokud je cílem dotovat celou řadu služeb prostřednictvím paušální platby, musí být dotovaná organizace dostatečně velká (tj. musí mít dost velký počet příjemců péče), aby mohla sjednotit rizika spojená s odbornými službami. Pokud jsou rizika příliš velká, je možné snížit nebo kontrolovat vystavení dotované organizace riziku prostřednictvím úprav, které kombinují perspektivní a retrospektivní platební mechanismy – např. poplatky za služby a paušální platbu nebo poskytnutím dodatečné platby “proti ztrátě”, která uhradí poskytovatelům výdaje, které jsou nad předem určenou hranici.

Minimalizovat prostor pro vlastní sobecké strategické a manipulativní reakce těch, kdo jsou dotováni. Toho je dosaženo zajištěním důležitých složek, které určují, že rozhodující prvky, které určují to, **že platby nejsou pod kontrolou** dotovaných subjektů, nebo, kde tomu nemůže být zabráněno, zavedením efektivních monitorovacích mechanismů. Obrázek 7.2 znovu doloží některé tyto principy. **Při platbě za vykonanou službu**, mohou poskytovatelé potencionálně manipulovat s počtem služeb, tento faktor je pod jejich kontrolou – aby udrželi výši svých zisků. Naproti tomu při paušálním poplatku mohou být příjmy zvýšeny pouze zvýšením počtu příjemců péče. Přesto se však v tomto systému mohou poskytovatelé strategicky **pokusit realizovat cream-skimming** tím, že budou atraktivní pouze pro relativně zdravé lidi, na jejichž péči vynaloží podprůměrné náklady, této **strategii** je částečně možno čelit použitím paušální platby upravené podle míry rizika. dalším rozměrem strategických reakcí je přesunutí nákladů mezi činiteli zdravotního systému. Takové **příležitosti jsou vytvářeny**, kdykoliv existuje spojení mezi dvěma stranami systému dotovaného z různých rozpočtů nebo různých zdrojů.

Například při platební změně provedené v Kodani (příklad 7. 1), kdy byli poskytovatelé primární péče dotováni výhradně paušálním poplatkem, mnohem častěji převáděli pacienty do péče odborníků a tím přesouvali náklady z vlastního rozpočtu do rozpočtu odborných služeb. Tento fenomén byl pozorován i v Chile, kde státní základní péče je dotována paušální platbou, zatímco odborné služby v nemocnicích jsou dotovány platbami na základě diagnózy nebo poplatky za vykonanou službu. Snížení prostoru pro přesuny nákladů závisí na zajištění toho, aby některé organizace v systému měly odpovědnost za různé sektory, a proto měly zájem na celkových nákladech a nikoliv na nákladech pouze jedné či několika vybraných částí. (jak rovněž dokládá příklad 7.3 o ruském systému).

Zajištění dostupnosti administrativních a kontrolních kapacit potřebných pro efektivní provoz platebního systému. poplatek za službu vyžaduje schopnost provozu poplatkového plánu a vyřizování tisíců individuálních žádostí. Paušální platba vyžaduje schopnost určit míru rizika a stanovit sazby, které odpovídají zdravotním rizikům příjemců péče (zajištění toho, že zdroje odpovídají potřebám, jsou spravedlivé vůči poskytovatelům a snižují prostor pro cream-skimming). Platový systém může mít nejmenší administrativní nároky ze všech alternativní remuneračních metod, ale může rovněž vyžadovat větší míru kontroly na pracovišti. Pokud nebude dobře administrativně spravován, nebude dobře fungovat žádný systém.

Zajištění toho, že platební mechanismus odpovídá podmínkám. Existuje žádný jediný způsob, jak dotovat či odměňovat. Nejlepší metoda v konkrétních podmínkách závisí, kromě jiných věcí, na tom, čeho se chce

dosáhnout. Poplatek za službu může být vhodný, pokud nejdůležitější činnosti mohou být dobře stanoveny v plánu poplatků a kde mohou být negativní postranní vlivy (např. zvyšování využití) snadno kontrolovány; poplatek za službu však jen velmi nepravděpodobně bude vhodný pro podmínky, které vyžadují komplexní řízení případů, protože tento typ činnosti není jednoduché zachytit konkrétními položkami na poplatkovém plánu. V takových situacích může být vhodná paušální platba či platový systém.

Závěrem - zatímco všechna výše uvedená hlediska jsou zaměřena na způsoby dotování péče a odměňování poskytovatelů, v rámci všech těchto plánů existují alternativní způsoby stanovení úrovní plateb, které mohou mít významný vliv na chování poskytovatelů a dalších subjektů působících ve systému zdravotní péče. Existují tři základní postupy při stanovení úrovní sazeb. První je jednostranné **určení dotovatelem**. Tento postup je obecně použitelný pouze, pokud má dotovatel tak významnou **tržní sílu**, že ti, kdo nejsou spokojeni s danými sazbami mají málo možností. Například americký systém U.S. Medicare, který poskytuje pojištění starým lidem, stanovuje poplatky tímto způsobem a to za předpokladu, že bude dost poskytovatelů, kteří tyto poplatky přijmou. Druhým postupem je jednání mezi plátcem a dotovaným. Tento postup je široce používán v soukromých i státní finančních systémech. Například v Kanadě jsou poplatky lékařů stanoveny jednáním mezi provinciálními lékařskými asociacemi a provincionálními vládami; obdobně v Evropě nemocniční fondy běžně projednávají s asociacemi poskytovatelů výši poplatků. Třetí postup je založen na tržním přístupu, který umožňuje samotným poskytovatelům stanovení sazeb. Ačkoliv není tento postup ve státem dotovaných systémech častý, může být součástí soukromých pojišťovacích systémů.

Studijní otázky

7.1. Váš kolega se na vás obrátil s nejasným zjištěním studie platební reformy realizované před dvěma lety. Lékaři základní péče jsou dotováni na základě paušální platby za stanovený soubor služeb základní zdravotní péče; sekundární a terciární péče je dotována prostřednictvím plateb za vykonanou službu odborníkům a celkovými rozpočty poskytovanými nemocnicím. Pacienti jsou přijímáni do nemocnice téměř výhradně odborníky. Ve snaze kontrolovat náklady nemocnic, byl platební plán upraven tak, aby poskytoval praktickým lékařům stimul snižovat náklady na hospitalizaci vzniklé u jejich pacientů. Zvláště po této úpravě vedle pravidelné paušální platby za základní péči, každý praktický lékař dostával prémii nebo stimulační platbu, která se rovnala třetině nákladů za každý **hospitalizační den jeho pacientů**, který byl pod průměrem regionálního hospitalizačního počtu dní **v regionu, kde lékař působil**. Hodnocení této iniciativy však ukázalo, že plán stimulu neměl na počty hospitalizačních dní žádný vliv. Jaké jsou důvody toho, že platební reforma nebyla úspěšná?

7.2. Náklady státní části zdravotního systému ve vaší zemi se zvyšují takovou mírou, která je dlouhodobě neudržitelná. Lékaři jsou placeni na základě poplatku za vykonanou službu a v nejbližší době začne jednání o výši těchto poplatků. Aby byly kontrolovány náklady, ministryně vydala nařízení, že poplatky mohou být zvýšeny pouze o méně než 1 % ročně. Bude toto opatření efektivní?

7.3 Po zjištění, že nebude schopna kontrolovat náklady v rámci systému plateb za vykonanou službu (viz otázka 2), vláda změnila dotování na paušální poplatek v rámci celkového dotačního modelu. Podle tohoto modelu dostal praktický lékař nebo skupina praktických lékařů dostala paušální platbu za každého registrovaného pacienta, na úhradu veškeré primární, sekundární a terciární péče. Během dvou let však bylo jasné, že nový dotovací model přinesl významné problémy způsobené velkým počtem menších dotovaných subjektů, kteří zbankrotovali, protože jejich výdaje přesáhly paušální platby. Proč se to mohlo stát?

7.4 Posuďte následující požadavek, který vznesl jeden váš kolega na nedávném jednání.
"Převod plateb lékařů i nemocnic ze zpětné retrospektivní platby (z náhrady systému poplatku za vykonanou službu a náhrady na základě nákladů) na systém perspektivních plateb (platy a platby na základě diagnózy) prostřednictvím: (1) snížení využití lékařských služeb; (2) snížení využití nemocničních služeb; (3) přijmout zavedení nových technologií zdravotní péče; a (4) snížit míru poskytování služeb zdravotní péče pod společensky optimální úroveň."

Table 8.5: **Globální výdaje na zdravotnictví, 1990**

Demografický region	Celkové výdaje na zdraví (miliardy US dolarů)	Zdravotní výdaje v procentech celkových svět. výdajů	Zdravotní výdaje státního sektoru jako procento celkových regionálních výdajů	Procento HDP vynaložené na zdraví	Zdravotní výdaje na obyvatele (v dolarech)
Zavedené tržní ekonomiky	1 483	87	60	9,2	1 860
Bývalé socialistické ekonomiky					
v Evropě	49	3	71	3,6	142
Latinská Amerika	47	3	60	4,0	105
Středo-východní Asie	39	2	58	4,1	77
Zbytek Asie a ostrovy	42	2	39	4,5	61
Indie	18	1	22	6,0	21
Čína	13	1	59	3,5	11
Subtropická Afrika	12	1	55	4,5	24
Demograficky rozvíjející se země	170	10	50	4,7	41
Svět	1 702	100	60	8,0	329

Pramen: World Bank 1993), str.52.

Vedle koncepčních otázek definování hranic zdravotních výdajů, se obvykle stupeň přesnosti a zkreslení liší u různých kategorií výdajů. U výdajů podle plátce například, odhady vládních výdajů na zdravotní péči jsou obecně docela přesné. Na druhou stranu soukromé zdravotní výdaje domácností na léky, které nejsou na předpis, služby poskytovatelů nevládních licenci a další zdravotní vstupy (často odvozené z údajů získaných z průzkumů výdajů domácností nebo údajů o prodeji v maloobchodech) jsou často měřeny s mnohem menší přesností. V mnoha zemích jsou tyto soukromé výdaje systematicky podhodnocovány. (Berman, 1997).

Porovnání výdajů v čase. Jsou reálné zdravotní výdaje vyšší tento rok než před pěti lety? Odpověď na tuto otázku vyžaduje odhad **změn cenové hladiny**. V podmínkách, kde soukromé hotovostní výdaje představují převážnou část zdravotních výdajů, pokrytí zdravotní složky indexem spotřebitelských cen (CPI) může být široké, a proto index CPI může poskytnout vhodný základ pro převod nominálních na reálné výdaje. V podmínkách, kde soukromé výdaje nepředstavují hlavní roli, zdravotní složka indexu spotřebitelských cen odráží zejména trendy položek hrazených soukromě a tento index proto není vhodný pro použití k deflaci celkových zdravotních výdajů, které zahrnuje jiné složky zdravotní péče – jako jsou státem dotované lékařské služby a nemocnice.

Zpracování srovnání mezičasových výdajů zdravotní péče je dále komplikováno změnami kvality, které není možno bezprostředně měřit. Proto s významným pokrokem znalostí v oboru medicíny, kvalita návštěvy lékaře může být dnes mnohem vyšší než před deseti lety. Tato změna kvality se nemusí nutně projevit v indexu cen pro lékaře.

Mezinárodní srovnání výdajů. Odhad výše výdajů na zdraví v konkrétní zemi je složitý. Jak jsme již uvedli, je použití těchto odhadů pro kvalitní srovnání mezi zeměmi je ještě více problematické. V ideálním případě by musela každá země použít stejný soubor rozhodnutí o vymezení zdravotních výdajů a služeb. Ale například ortopedické služby jsou v některých zemích zařazeny a v jiných ne. Definice nemocnice se rovněž liší. I když jsou tyto definice standardizovány, konkrétnější položky mohou užitečnost srovnání výdajů na nemocniční služby oslabit. Například v Kanadě odměňování lékařů, kteří jsou zaměstnání státními zdravotními institucemi, je považováno za součást výdajů těchto státních institucí a nikoliv od odhadů výdajů na zdravotní služby. Srovnání jsou rovněž problematická z důvodů rozdílů v cenových indexech a kvůli nedostatečné porovnatelnosti těchto indexů.

IV. **Zdravotní účty – detailní pohled: národní zdravotní účty(NRA).**

Zdravotní účty poskytují strukturu pro shromažďování informací o tom, “kdo platí, kolik a za co” (Berman, 1997). Vycházejí z práce v OECD, ve Světové bance a v rámci národních systémů (zvláště plurálního systému Spojených států), Waldo (1996), Berman (1997) a další navrhli jednoduchý maticí systém o národních zdravotních účtů (NHA). NHA vycházejí z účtů národních důchodů a po zpravování a doplnění těchto údajů představují užitečný způsob, jak shrnout klíčové informace o peněžním toku služeb v rámci zdravotních

systémů a systémů zdravotní péče. NHA v podstatě přejímají postup výdajů na účtech národního důchodu a aplikují je detailně a komplexně na zdravotní sektor. NHA poskytují kvantitativní podklad pro informace k politice ve zdravotnictví. Pokud jsou metody mezi zeměmi sladěny, poskytují účty NHA i mezinárodní srovnání.

Při účtování národního důchodu, které jsme projednali výše v oddílech I a II, je hledisko zaměřeno na výrobu služeb zdravotní péče – přidanou hodnotu v sektoru služeb zdravotní péče. Ve struktuře NHA je hledisko zaměřeno na spotřebu služeb zdravotní péče. Kdo je spotřebitelem těchto služeb? Kdo platí tyto služby? Jako satelitní účet ke **struktuře účtování národního důchodu**, účty NHA zpracovávají politicky relevantní informace způsobem, **kteřý je schopen určit a upozornit** na hlavní vlastnosti zdravotního systému a jeho trendy.

NHA vychází z maticového přístupu k podání a zaměřuje se na peněžní toky. V jednom souboru výdajových účtů zdravotní péče jsou výdaje klasifikovány podle typu poskytovatele (řádky: například celkový údaj, organizace, lékaři, lékárny) a tím, kdo platí (sloupce: například celkový údaj, vláda, pojišťovatelé, domácnosti). Matice mohou být rovněž sestaveny tak, aby vykazovaly zdroj příjmu plátce, geografický region, nebo charakteristiku pacientů (pohlaví, postavení v distribuci důchodu, atd.) (Berman, 1997).

Příklad Indie v roce 1991 je uveden v tabulce 8.7. Řádky představují typ péče (primární, sekundární, terciární), zatímco sloupce představují zdroje plateb za služby zdravotní péče. Tabulka 8.8 (autorem Berman, 1997) poskytuje seznam typů subjektů obvykle zahrnutých v NHA.

Odhady účtů NHA jsou částečně odvozeny ze stejných informací, které jsou při definování vymezení zdravotní péče. Waldo (1996) navrhuje zahrnutí spotřeby zboží a služeb, jejíž záměrem je prodloužit život či zpomalit jeho zhoršování. Waldo zahrnuje činnosti vykonávané s cílem zlepšení zdravotního stavu jako jsou ty, které jsou orgány pro kontrolu léků jako je Food and Drug Administration ve Spojených státech nebo Health Protection Branch v Kanadě. (Všimněte si, že ve struktuře NIA je tato činnost obvykle zahrnuta jako součást přidané hodnoty při poskytování vládních služeb a nikoliv pod položkou služeb zdravotní péče.) Waldo rovněž do NHA zahrnuje služby infrastruktury jako jsou zdravotní a hygienická zařízení a podpora biologického a lékařského výzkumu.

Waldo (1996) předkládá řadu doporučení částečně za účelem pokusu sladit účty NHA v různých zemích a zvýšit platnost mezinárodních srovnání. Doporučuje, aby léčba praktických lékařů bez licence byla zaznamenána odděleně od praktických lékařů s licenci. Dále doporučuje, aby řada výrobků, které nejsou prodávány na předpis lékař (zubní kartáčky, zubní pasty) byly vyloučeny, ale aby léky nevydávané na předpis, byly zahrnuty v odděleném seznamu. (Ti z vás, kteří se zajímají o detaily tohoto rozdělení by měli vyhledat Waldo 1996.)

Vzhledem k tvorbě kapitálu Waldo doporučuje zařazení investic do budov a zařízení, stejně jako investice do lidského kapitálu ve formě vzdělání a výcviku. Oddělené uvedení vzdělání a dalšího vzdělávání by umožnilo mezinárodní srovnání. Nakonec Waldo doporučuje, aby investice do znalostí ve formě výzkumu a rozvoje byly rovněž zahrnuty, ale znovu uvedeny odděleně. Taxonomie navržená Waldem je uvedena v tabulce 8.9.

NHA pro Indii (Berman, 1997; viz tabulka 8.7) upozorňuje na důležitou úlohu výdajů domácností a význam služeb poskytovatelů bez licence. Indický případ není výjimečný. V řadě případů odhady NHA zdůraznily **úlohu** soukromých výdajů, které nejsou vždy zaznamenány či uvedeny v jiných odhadech. V Indii Berman (1997, str. 19) naznačuje, že “největší část výdajů domácností na základní péči jde pravděpodobně nekvalifikovaným poskytovatelům a nikoliv kvalifikovaným lékařům a lékárnám”. Tento výsledek rovněž není

ojedinělý. Přístup NHA poskytuje strukturu pro integraci informací z různých zdrojů včetně průzkumů domácností, které se týkají výdajů na zdravotní péči. Zdůrazněním významu soukromých výdajů, zvláště poskytovatelům bez licence, jsou výsledky v Indii poučné. Tyto výsledky byly rovněž zaznamenány v řadě méně rozvinutých zemí, kde byl vypracován účet NHA.

V. Měření "výroby" zdravotního systému

Základním záměrem zdravotních výdajů je zlepšit zdravotní stav nebo předejít jeho zhoršení (Někdo by mohl namítnout, že zdravotní stav je důležitou složkou celkového blahobytu.) Ministr financí chtěl znát indikátory peněžní hodnoty, takže je vyžadováno jisté měřítko hladiny okamžitého vlivu na zdraví populace. Ale jak se dá měřit zdraví populace? Existuje řada různých ukazatelů zdravotního stavu. Zdraví je vícerozměrný pojem – není tedy překvapivé, že neexistuje žádné ideální souhrnné měřítko zdravotního stavu. Komplexní pojednání o těchto otázkách by přesáhlo rozsah tohoto modulu. Přesto stručný úvod může být užitečný, o tomto tématu jsme rovněž mluvili ve třetí kapitole.

Úmrtnost / Průměrná délka života. Jedním z významných způsobů hodnocení zdraví je zavedení dichotomické klasifikace: živý nebo mrtvý. Ačkoliv se jedná o hrubé kategorie – jsou to kategorie zřetelné, důležité a významově odlišné. Řada měřítek využívajících toto jednoduché rozlišení zahrnuje úmrtnost (počet úmrtí na 1 000 obyvatel), úmrtnost v souvislosti s věkem, standardizované úmrtnosti (vážené průměry úmrtností v určitém věku), průměrná délka života očekávaná při narození, dětská úmrtnost (úmrtí dětí na 1 000 živě narozených dětí), dětská úmrtnost (pravděpodobnost úmrtí mezi narozením a pátým rokem života vyjádřená poměrem na 1 000 živě narozených dětí) a očekávaná délka života s podmínkou dosažení určitého věku (jako as 5 nebo 10 let věku). Příklady různých měřících ukazatelů jsou uvedeny v tabulce 8.10. Protože počet úmrtí není

Table 8.9: Taxonomie národních zdravotních účtů navržená Waldem podle kategorie typ služby

Státní zdravotní výdaje

1. Zdravotní služby a pomocný materiál

- 1. 1 Osobní zdravotní péče
- 1. 2 Veřejná zdravotní činnost
- 1. 3 Administrativní činnost

2. Investice

- 2. 1 Budovy a zařízení
- 2. 2 Lidský kapitál (vzdělávání/výcvik)
- 2. 3 Znalosti (výzkum)

Pramen: Upraveno z Waldo (1996), str. 14.

v každém věku stejný, je často užitečné zahrnout různé ukazatele, zvláště pokud jsou zpracovávána srovnání mezičasová či mezinárodní.

Očekávaná délka života při narození je velmi užitečným obecným ukazatelem zdraví populace. Je založena na předpokladu, že současný vzor věk- úmrtnost bude v platnosti i v budoucnosti a stanoví

hypotetickou skupinu narození. Odhady očekávané délky života při narození mohou být použity pro vypracování platných srovnání zdraví populace v různých zemích (a v různé době).

Měření na základě úmrtnosti sdělují velmi mnoho důležitých informací. A to i přesto, že klasifikují všechny stavy “živý” rovnocenně. Populace se mohou lišit podle podmínek břemena úmrtnosti – míry, kdy zdraví omezuje činnost a snižuje kvalitu života spojenou se zdravím. Byla vytvořena řada měřítek úmrtnosti včetně počet osobních dnů omezené činnosti. V praxi měřítka jako počet osobních dnů omezené činnosti odrážejí nejen základní zdravotní stav , ale také povahu práce (fyzicky náročná oproti méně náročné práci) a zaměstnaneckou praxi (dostupnost placených dní v době nemoci). Tak jsou tato měřítka méně ideální než “čistá” měřítka zdravotního stavu.

Tabulka 8.10: Různé ukazatele zdraví podle geografických regionů, 1990

Region	(1)	(2)	(3)	(4)
	očekávané délky života při narození (roky) 1990	dětská úmrtnost 1990 (Věk 24-59 měsíců)	Procenta dětí ovlivněných vývojem (Věk 12-23 měs.)	ztráty, 1980- 90
Subtropická Afrika	52	175	39	10
Indie	58	127	65	27
Čína	69	43	41	8
Ostatní Asie a Austrálie	62	97	53	11
Latinská Amerika a Karibik	70	60	26	5
Středovýchodní Asie	61	111	N.A.	N.A.
Bývalé evropské social. ekonomiky (FSE)	72	22	N.A.	N.A.
Zavedené tržní ekonomiky(EME)	76	11	N.A.	N.A.
Demograficky rozvojové skupiny	63	106	4	3
FSE and EME	75	15	46	13
Svět	65	96	42	12

	% DALY ztracené následkem					
	(5) Přenosných nemocí 1990	(6) Nepřenosných nemocí	(7) Zranění	(8) Celkem	(9) DALY ztracené na 1000 obyv.	(10) (11) Dospělá Úmrtnost, (věk 15-59) muži ženy
Subtropická Afrika	71,3	19,4	9,3	100,0	575	381 322
Indie	50,5	40,4	9,1	100,0	344	272 229
Čína	25,3	58,0	16,7	100,0	178	201 150
Ostatní Asie a Austrálie	48,5	40,1	11,3	100,0	260	243 177
Latinská Amerika a Karibik	42,2	42,8	15,0	100,0	233	228 163
Středovýchodní Asie	51,0	36,0	13,0	100,0	286	229 174
Bývalé evropské social. ekonomiky (FSE)	8,6	74,8	16,6	100,0	168	281 112
Zavedené tržní ekonomiky(EME)	9,7	78,4	11,9	100,0	117	147 73
FSE a EME	-	-	-	-	-	188 86
Demograficky rozvojové skupiny	-	-	-	-	-	250 199
Svět	45,8	42,2	11,9	100,0	259	234 169

Podobným způsobem je použití antropometrických hodnot jako je výška, váha a index tělní hmoty (BMI). (BMI je definován jako tělesná váha v kilogramech dělená tělesnou výškou na druhou [kg/m^2]). BMI < 20 může být spojeno se zdravotními problémy; BMI v rozpětí od 20 do 25 je u většiny lidí považováno za zdraví; BMI v rozpětí mezi 25 do 27 je ozančováno jako nadváha a BMI > 27 jako obezita (viz Statistics Canada, 1994: 77-78). Existují významné doklady, že trendy ve výšce dospělých jsou užitečným ukazatelem trendů ve zdraví populace (Eveleth a Tanner, 1990; Fogel, 1993, 1994; Steckel, 1995). Výška je užitečným ukazatelem dlouhodobého vyživovacího problému (příjem výživy bez pracovních ztrát nebo například ztrát v nemoci). Investice do zdravotní prevence (očkování proti přenosným nemocím; vodní systémy pitné vody), které snižují rizika nákazy, se stejnými ostatními faktory, vedou k výslednému zvýšení výšky dospělých. Obdobně zvýšený příjem potravy (**kvalitní i kvantitativní**) **povede ke zvýšení lidské výšky** v následující skupině. S daným vztahem mezi výškou a stavem výživy, zaostávající vývoj (nízká velikost v daném věku) může být použita jako ukazatel dlouhodobých vyživovacích problémů u dětí (Fogel, 1993, 1994; Steckel, 1995). Protože hmotnost je **citlivější** na krátkodobé výkyvy, ztráta (nízká hmotnost na danou výšku) může být použita jako **ukazatel krátkodobé podvýživy** (viz tabulka 8. 10).

Kombinace úmrtnosti a chorobnosti. Mnohdy je důležité a poučné zkoumat trendy úmrtnosti a chorobnosti odděleně. Pro některé účely je však užitečné získat přehled celkových trendů. Indexy jako jsou roky zkvalitněného života (roky QALY; viz Torrance a Feeny, 1989) nebo nejnověji vypracovaná varianta, roky upravené neschopnosti (roky DALY; viz Murray, 1994; Murray a Lopez, 1996), které byly vysvětleny v kapitole 3, poskytují metodu shrnutí informací o chorobnosti a úmrtnosti. Klíčovým bodem je, že všechny roky života nejsou rovnocenné. Život prožitý s dobrým zdravím je jiný než život prožitý s vážnou neschopností. Takové indexy poskytují užitečné výsledné měření pro studie ekonomického hodnocení i pro sledování trendů ve zdravotním stavu populace. Celkové výsledky v tabulce 8. 10 zdůrazňují významné mezinárodní rozdíly ve zdraví a relativní břemeno, které může být přisouzeno přenosným nemocím.

Roky QALY a DALY byly detailně popsány v kapitolách věnovaných měření efektivnosti a spravedlnosti. Roky QALY jsou indexem získaným násobkem času se zdravotním stavem jistou vahou, která vyjadřuje přitažlivost takového zdravotního stavu, obvykle na stupnici, na které dokonalé zdraví = 1.00 a smrt (žádný zdravotní stav 0,00). Výsledky závisí na volbě vah. Použití skóre užitečnosti ze systému Health Utilities Index Mark 2 (Torrance a kol., 1996), údajů o zdravotním stavu obyvatelstva z Kanady z průzkumu 1994 National Population Health Survey, a tabulky standardu života v Kanadě v letech 1990-1992, Wolfson (1996) poskytují odhady let upraveného kvalitního života. Jak dokládá tabulka 8.11, úprava aspektů kvality je závažná zvláště pro starší lidi. Ačkoliv zbývá vykonat mnoho práce na zlepšení metody sestavování indexů jako jsou QALY a DALY, které kombinují úmrtnost a chorobnost, tyto postupy poskytují hrubé, ale komplexní měřítko výstupu. Takové měření výstupu je relevantní pro hodnocení služeb zdravotní péče, státních zdravotních programů a pro hodnocení trendů v kvalitě zdraví obyvatel.

Závěrem - metody použité pro sestavování účtů národního důchodu a zdravotní účty prošly významným vývojem a zdokonalením a tento proces není ukončen. Tyto účty poskytují užitečné struktury pro shromažďování informací, která je důležitá pro

podkladové informace pro rozhodování o politice ve zdravotní oblasti. Tyto účty poskytují informace o vstupech, procesech (jako je míra využití) a výstupech (zdravotní stav).

Table 8.11: Očekávaná délka života a hodnota HALE, **podle pohlaví a věku Kanada, 1990 - 1992**

Očekávaná Ve věku	délka života roky	Délka života se zlepšeným zdravím (HALE)		rozdíl %
		roky	roky	
Obě pohlaví				
15	63,4	55,6	7,6	12
25	53,8	46,7	7,1	13
35	44,3	37,9	6,4	14
45	34,8	29,2	5,6	16
55	25,9	21,3	4,6	18
65	17,9	14,3	3,6	20
75	11,2	8,5	2,7	24
85	6,3	4,4	1,9	30

Pramen: Social and Economic Studies Division, Statistics Canada.- Wolfson (1996), str. 43.

Poznámka: HALE = health-adjusted life expectancy – očekávaná délka života s zlepšeným zdravím.

Odkazy:

Berman, P. A. 1997. "National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications." Health Economics, Vol. 6(1): 11-30.