

In view of the existing quantomania, one may be forgiven for asserting that there is more to be said for rough estimates of the precise concept than precise estimates of economically irrelevant concepts.

MISHAN

1. Úvod

Cílem textu je prezentovat možné algoritmy stanovení přínosů, metody oceňování jednotlivých komponentů, diskutovat případná omezení a otevřené otázky a přispět k celkové ekonomické interpretaci.

Problematika oceňování a ekonomického hodnocení zdravotnických programů¹ je po teoretické stránce poměrně značně rozpracovaná v odborné literatuře (k pramenům podrobněji především *DRUMMOND et al., 2001*) a začíná být i široce známá naší odborné veřejnosti (viz např. *ŽALOUDÍK, VYZULA 2002*).

V praktické rovině je však stanovování ekonomické efektivity i nadále velice problematické. Vzhledem ke sporným etickým i úzce technicko-metodologickým otázkám bývají výsledky ekonomických studií prakticky vždy napadnutelné a jejich význam pro rozhodování je tak omezený. Hlavním problémem je charakter užitků plynoucích ze zdravotnických programů. Vystupují zde zachráněné lidské životy a zdraví, což jsou kategorie, které se dají oceňovat v peněžních jednotkách jen velice obtížně, pokud vůbec.

2. Vymezení přístupu

Starší odborná literatura (příklady cituje zejména *Drummond (1981:134-35)*) chápala přínosy jako tři vzájemně se doplňující komponenty: ušetřené medicínské zdroje (tzv. přímé užitky), odvrácená ztráta produkce (nepřímé užitky) a nehmotné užitky.

- Úspory plynoucí z nižšího čerpání medicínských zdrojů se většinou vyjadřovaly tržními cenami těchto zdrojů.
- Hodnota odvrácené ztráty produkce se vyjadřovala prostřednictvím hodnoty příjmu osob, jejichž nemocnost či úmrtí byla redukována.²
- Nehmotné užitky zůstávaly většinou nevyčísleny.

Existuje řada studií, které tuto metodologii využily při definování nákladů na onemocnění (*costs-of-illness*).

Hodnota přínosů tak byla z velké části tvořena právě odvrácenou ztrátou produkce.

V zásadě se tento postup teoreticky opírá o koncept lidského kapitálu (*human capital approach*). Tento přístup byl mnohými ekonomy velice silně kritizován. Užitky plynoucí ze spotřeby zdravotnických služeb a s nimi i ochota jednotlivců či společností platit za ni podle nich nemají vůbec žádnou vazbu na odhadované změny v produktivitě.

Důvodů pro toto odmítání je hned několik. Je vůbec otázkou zda příjmy (mzda) skutečně odrážejí individuální produktivitu pokud uvážíme známá selhání pracovních trhů. Nemluvě již o tom, že případné úmrtí jednoho člověka nezbytně nemusí znamenat absolutní úbytek

¹ Přidržíme se terminologie obvyklé v odborné literatuře, i když u nás není zcela obvyklé hovořit obecně o zdravotnických programech (*Health Care Programmes*). Spíše by se asi hovořilo o činnostech, opatřeních, způsobech léčby apod.

² Přesněji řečeno, jedná se o propočet současné hodnoty budoucího toku důchodů, který by osoba mohla mít, nebýt zkoumaného onemocnění či smrti.

produkce, protože je jeho pracovní místo přirozeně obsazeno dalším člověkem. Náklady ve společenském vyjádření pak v podstatě nastanou pouze v souvislosti s vyhledáním nového pracovníka a jeho zapracováním.

Pro dnešní hodnocení tohoto přístupu, je příznačná oficiální metodika farmakoekonomických studií používaná v Austrálii (MINISTERSTVO, 1995). Změny pracovní schopnosti se při vyjadřování přínosů nových léčiv „nepodporují“ (s.52). „Nemělo by se předpokládat, že je pro společnost ekonomicky výhodné obnovení pracovní schopnosti“. Důvody pro toto možná razantní stanovisko jsou následující (tamtéž):

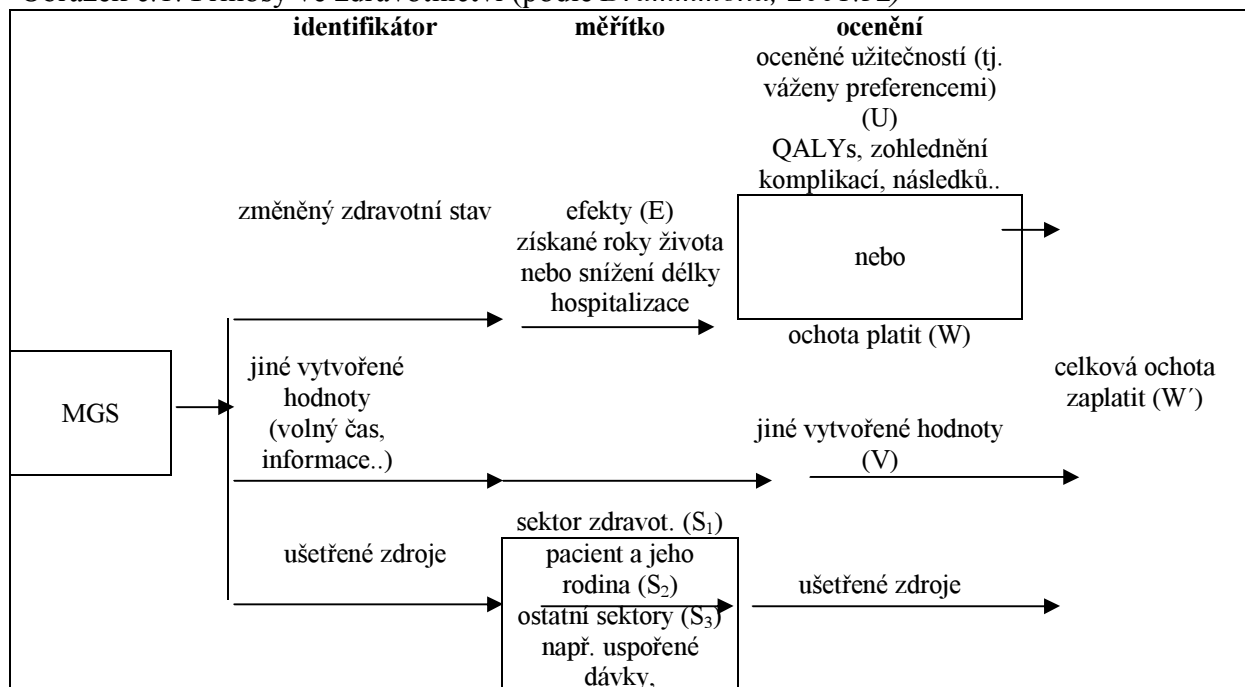
- zisky z výroby se při krátkodobé absenci vyrovnávají po návratu do práce
- zaměstnavatelé mají obvykle nadbytek pracovní síly
- výroba se při dlouhodobé absenci vyrovná prostřednictvím náhrady jinak zaměstnaného pracovníka

Jinými slovy: ekonomická produkce je omezována makroekonomickými faktory, nikoliv nedostatkem pracovníků. Zvýšené náklady na zdravotnictví se pravděpodobně nebudou projevovat zvýšenou produkcí.

Zřejmě **klasický přístup** k chápání nákladů a důsledků zdravotnických programů je prezentován v knize *Drummond et. al* (2001). Zde jsou náklady chápány jako zdroje spotřebované na úrovni zdravotnického systému (C_1), pacienta a jeho rodiny (C_2) a dalších sektorů (C_3) (např. sociálního zabezpečení).

Užitky resp. přínosy (používáme jako synonyma pro anglický termín *benefits*) jsou pak vymezeny jako změny zdravotního stavu, jiné vytvořené hodnoty (např. pocit jistoty z poznání vlastního zdravotního stavu), uspořené zdroje (viz obr.1)

Obrázek č.1: Přínosy ve zdravotnictví (podle *Drummond, 2001:32*)



3. K vyjádření přínosů

Oceňování

Jak již bylo řečeno, jedním z přístupů při ekonomických analýzách je odvozování hodnoty života od hodnoty ušlé produkce, měřené jako současná hodnota hrubých příjmů dosažených jednotlivcem po dobu jeho života. (Někdy v modifikaci na čisté příjmy, tj. po odečtení hypotetické spotřeby.)

Mischan (1971) definuje hodnotu života s odvoláním na Paretovský princip. Podle toho je hodnota života jednotlivce rovna minimální částce náhrady (kompenzace), které je třeba k vyvážení nedobrovolného vystavení takového jedince zvýšenému riziku úmrtí. Takové vyvažování zvýšeného rizika smrti zahrnuje platby jednotlivci samotnému, jednak platby ostatním, kteří mohou být jeho smrtí dotčeni. Mishan zdůrazňuje, že se podle něho nejedná o jeden z přístupů, nýbrž že je to „jediný ekonomicky opodstatněný přístup“ vůbec. (podle NAS, s.108).

Jiné přístupy využívají individuálního oceňování zvýšené šance přežít. Jinými slovy hledáme, jakou cenu, resp. o kolik zvýšenou cenu jsou lidé ochotni zaplatit za zboží, jehož funkcí je prokazatelně redukce nebezpečí smrti (např. airbagy...).

Schelling (1968) v této souvislosti poukazuje na potřebu zjistit, kolik by byli jednotlivci ochotni vynaložit peněz na snížení pravděpodobnosti, že zemřou. Jednou z cest, jak to lze zjišťovat, je podle něho použití technik intenzivních dotazníkových akcí.

Jones-Lee (1994) rozpracovává pojem „statistický život“. Klasifikuje metody zjišťování ochoty platit za zvýšení bezpečnosti a ochoty akceptovat vyšší riziko do dvou skupin: *revealed-preference approach* (sledování reálného chování lidí na trzích spotřebního zboží a pracovních trzích) a *questionnaire approach* (dotazníková šetření konfrontující respondenty s různými hypotetickými situacemi). Doporučuje chápat oba přístupy spíše jako komplementy a nestavět je proti sobě. (podle NAS, s.109) V této souvislosti se v literatuře mluví o tzv. *Contingent valuation method* (NAS s.110 an, DRUMMOND s.213 an) – sofistikované dotazníky tam, kde neexistuje pozorovatelné jednání, ze kterého by se jinak odvozovalo ochota platit či strpět...

Všechny tyto přístupy mají pro okamžité použití zásadní nevýhodu v tom, že by si vyžadovaly samostatný výzkum. Pokud je nám známo, doposud u nás nebyl publikován výzkum zabývající se tím, nakolik jednotlivci hodnotí svůj život, resp. životy ostatních.

U některých autorů (STIGLITZ, 1995) nacházíme třetí alternativu při oceňování hodnoty lidského života či obecně zdravotních přínosů. Neaspiruje na teoreticky čisté řešení a v podstatě se ryze pragmaticky snaží o analogii precedentu. Pro vyčíslení „ceny“ zdravotního přínosu se použijí hodnoty, které ve své rozhodovací praxi společnost, reprezentovaná státním orgánem již jednou definovala např. v souvislosti s rozhodnutím o odškodněním či náhradě pozůstalým.