Konkurenčnost zdravotnických trhů

JUDr. Ivan Malý, CSc., katedra veřejné ekonomie, ESF MU Brno

1. Úvod

Tento příspěvek je věnován problematice, která je (alespoň podle autorova názoru) velmi významná jak z hlediska teorie, tak i tvorby a hodnocení praktické politiky. Reformní, resp. transformační kroky na poli zajišťování zdravotní péče jsou v mnoha případech vedeny snahou využít působení tržních mechanismů v zájmu efektivnějšího využití zdrojů. Transformace českého zdravotnictví se tím v podstatě příliš neliší od reforem, kterými prošly či procházejí zdravotnické systémy v mnohých dalších zemích. Ve většině z nich se mezi jejich principy setkáme (alespoň v rovině návrhu) s větší transparentností finančních toků, konkurencí mezi plátci i poskytovateli péče a zvyšováním motivace všech zainteresovaných subjektů k „žádoucímu" chování prostřednictvím využívání ekonomických nástrojů.

Nebývají to většinou témata jednoznačně kladně přijímaná. Existuje mnoho důvodů pro maximální obezřetnost při jejich reálném uplatňování. Už několikaletá zkušenost s tvorbou a realizací systémových změn ve zdravotnictví ukazuje, jak nevyzpytatelně se někdy mohou chovat všichni jeho „hráči". Chceme-li být schopni lépe predikovat důsledky konkrétních opatření, pak bychom měli mít jasnou představu o tom, jaké jsou parametry prostředí, ve kterých ho hodláme zavádět. **Mezi jinými je to právě míra konkurenčnosti prostředí, ve kterém se subjekty pohybují, která může velmi výrazně podmiňovat jejich chování a reakce na zamýšlené i nezamýšlené změny systému.** Jako racionální hypotéza (resp. hypotéza hodná bližšího zkoumání) v této souvislosti zní např. teze, že jinak se na zavedení kapitační platby bude adaptovat lékař, v jehož blízkém okolí praktikuje řada jeho kolegů a jinak ten, jehož klientela v podstatě nemá na výběr alternativu.

Cílem příspěvku je:

a) prezentovat význam poznání míry konkurenčnosti zdravotnických trhů pro úvahy o financování zdravotní péče,

b) pojmenovat nejnovější trendy v této oblasti a konfrontovat je s „klasickými" (a občas mechanicky reprodukovanými) tezemi,

c) zamyslet se nad mírou a charakterem konkurence ve vybraných segmentech zdravotnických trhů, jakož i nad našimi současnými možnostmi je poznat.

Ve druhé části, která následuje bezprostředně po úvodu, je nejprve obecně rekapitulována geneze a význam problému konkurence v ekonomii zdravotní péče. Poté se příspěvek zaměřuje na zvláštnosti (omezení) konkurence známé z literatury. Ta jsou konfrontována se současným vývojem reálných vztahů v různých zdravotnických systémech. Třetí části je zaměřena na bližší specifikaci a konkretizaci problému v našich podmínkách. Jsou zde uvedeny příklady praktických projevů konkurenčního chování v nejvýznamnějších segmentech zdravotnických trhů - ambulantní a lůžkové péči a na trhu zdravotního pojištění. V závěru jsou naznačeny další připravované kroky ve výzkumu konkurenčnosti českého zdravotnictví.

2. Obecně o konkurenčnosti zdravotnických trhů

Když se zhruba od padesátých letech tohoto století začala koncipovat ekonomie zdravotnictví, resp. ekonomie zdravotní péče, jako relativně samostatná mikroekonomická disciplína řešící problematiku alokace zdrojů v souvislosti s poskytováním zdravotnických služeb, věnovali ekonomové velkou pozornost analýze zdravotnických trhů. Hledali zdůvodnění pro empiricky pozorované masivní zásahy vlády, které byly ve větší či menší míře společné prakticky všem zdravotnickým systémům. Zamýšleli se nad jejich dynamikou, formami a dopady. Základní úvahou v této souvislosti bylo, jak by (asi) fungovala zdravotní péče, pokud by alokace zdrojů byla svěřena standardnímu mechanizmu, tj. trhu.

Výsledkem byly dnes již klasické práce, identifikující specifické charakteristiky zdravotnických trhů, které je odlišují od podmínek trhů běžných. Jinými slovy jsou zde popisována typická tržní selhání (např. *Ginzberg* 1951, 1954 a především *Arrow* 1963). *K. Arrow* analyzoval americké zdravotnictví v článku *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care.* Konstatoval zde, že se od „běžných" trhů se zdravotnické trhy odlišují zejména v povaze poptávky, v očekávaném chování lékařů, v nejistotě výsledného produktu a v podmínkách nabídky (tamtéž:948).[1] Kromě samotného faktoru nejistoty výsledného produktu rovněž zdůraznil, že „ani v ryze tržních společnostech mezi lékaři prakticky nedochází ke konkurenci prostřednictvím reklamy a cen" (tamtéž: 949; vlastní překlad).

Nekonkurenčnost, resp. omezená konkurenčnost potenciálních i reálných zdravotnických trhů byla zmiňována i později dalšími autory. Např. u nás dobře známý *J.Stiglitz* (1997) věnuje srovnání trhů se zdravotní péčí a standardními konkurenčními trhy poměrně dosti místa. I on konstatuje omezení konkurence a vyvozuje z toho především, že ceny zdravotnických služeb mohou převyšovat náklady produkce a mohou přežívat neefektivní výrobci (tamtéž:343). Z podmínek požadovaných pro dobře fungující konkurenční trh není, podle něho, splněna u trhů zdravotní péče žádná (tamtéž:344) Porovnání je prezentováno v následující tabulce.

Tab.1 ROZDÍL MEZI TRHY ZDRAVOTNÍ PÉČE A STANDARDNÍMI KONKURENČNÍMI TRHY (převzato ze Stiglitz, 1997:344)

standardní konkurenční trhy	trhy zdravotní péče
velké množství prodávajících	jen omezené množství nemocnic (mimo velkých měst)
firmy podnikající pro maximalizaci zisku	většina nemocnic neexistuje kvůli zisku
homogenní komodity	heterogenní komodity
dobře informovaní kupující	špatně informovaní nakupující
spotřebitelé platí přímo	pacienti hradí pouze část nákladů přímo

Stiglitz „trhem zdravotní péče" myslí pravděpodobně trh zdravotnických služeb, kdy v roli producenta vystupují nejčastěji zdravotnická zařízení a lékaři. (Nerozlišuje tedy ani mezi

[1] Tyto jednotlivé odlišnosti sice nejsou sami o sobě nijak unikátní a můžeme se s nimi setkat i u celé řady jiných odvětví, avšak ve svém souhrnu tvoří novou kvalitu. To nás opravňuje k tomu, abychom se zdravotnictvím zabývali jako relativně samostatným předmětem.

ambulantní a lůžkovou péčí a zcela stranou ponechává trh se zdravotním pojištěním a další trhy, viz další text.) Co říci k jeho charakteristice těchto trhů, která pochází z konce osmdesátých let? Nakolik se shoduje s tím, co můžeme pozorovat v poslední dekádě u nás resp. přímo ve USA?

Omezené množství nemocnic

Je sporné, co lze považovat za „velké“ množství prodávajících. Jiní američtí autoři věnující se ekonomii zdravotní péče se shodují v tom, že tržní konkurence (resp. tržní ideologie viz. *Vladeck*, 1994:504) se stala za poslední desetiletí určujícím faktorem, který ovlivňuje chování nemocnice a zdravotnických pracovníků (*Feldstein*, 1993:300, *Shortel* at al., 1994:402). Počet poskytovatelů tedy zcela zřejmě nepovažují za „ne dost velký“. Vezmeme-li v úvahu hustotu silniční sítě a vybavenost amerických domácností osobními vozidly, pak problém omezeného počtu nemocnic patrně přetrvává pouze ve velmi rustikálních oblastech.

Je zajímavé, že *Stiglitz* ve svém textu nezmiňuje prioritu geografické a časové dostupnosti, o které se obecně soudí, že má hlavní slovo při pacientově volbě poskytovatele (alespoň pokud jde o akutní případy). V těchto případech vykazují jednotlivé nemocnice charakteristiky přirozeného monopolu ve svém (byť i malém) přirozeném spádovém území. Roli pacienta jako subjektu, který volí mezi poskytovateli služeb, dále zmenšuje i skutečnost, že i když je na rozhodnutí času dostatek, není toto rozhodnutí učiněno pacientem, nýbrž jeho rodinným nebo praktickým lékařem, který v řadě zemí plní funkci tzv. „strážce dveří“.

Srovnáme-li tuto charakteristiku s podmínkami naší republice, zjistíme, že se v žádném případě nemůže týkat poskytovatelů ambulantní péče (což ovšem *Stiglitz* ani netvrdí). Ale ani u lůžkové péče pravděpodobně nemůžeme paušálně konstatovat nedostatečný počet poskytovatelů. Z probíhajících výběrových řízení lze naopak dedukovat, že až na výjimky v některých příhraničních oblastech se všeobecně má za to, že počet nemocnic (nejen počet lůžek) je „příliš vysoký“.

Absence ziskových pohnutek

Poměrně zjevným rozdílem mezi trhy se zdravotní péčí a trhem standardním je formální nepřítomnost motivu zisku. Většina nemocnic má i dnes ve Spojených státech statut neziskové organizace, i když počet ziskových subjektů roste. Zkušenosti nicméně ukazují, že v „boji“ o pacienta (pokud jsou zařízení financována v závislosti na některém z výkonových ukazatelů) se jednotlivá zařízení utkávají v podstatě bez ohledu na svůj statut. Zavedení modelů vnitřního trhu (Velká Británie), resp. řízené soutěže (USA) nečinilo problémy ani mezi neziskovými subjekty. Faktem ovšem je, že tyto na podmínky soutěže nereagovaly primárně snížením nákladů, nýbrž tendovaly spíše ke zvýšení rozsahu a kvality služeb. Konkurence nákladová resp. cenová se na zdravotnických trzích začala objevovat až poměrně v nedávné době (v USA) a je výsledkem postupného přechodu na nové typy metod plateb za poskytovanou péči (kapitace, předplacená péče apod.).

V našich podmínkách je třeba otázku absence ziskových pohnutek posuzovat velmi opatrně. Zatímco nemocnice fungující na ziskovém principu tvoří zatím jen zlomek z celkového počtu lůžek a orientují se v podstatě na velmi omezený okruh služeb, u lékařů v soukromých praxích je pravděpodobně motiv zisku poměrně významný. Současná realita sice většinou staví otázku spíše jako dipól „přežít versus nepřežít“ než jako tlak na maximalizaci zisků, nicméně výsledné chování je obdobné. Dalo by se charakterizovat především snahou o maximalizaci vykazovaných výkonů (dříve počet bodů, dnes postupně počet zaregistrovaných

pacientů[2]) a organizovaný tlak na výši úhrady. Pro konkurenci v „cenách“ péče (ve výši nákladů) doposud nebyly vytvářeny systémové podmínky.

Heterogennost komodity

S touto charakteristikou není potřeba polemizovat. Heterogenní charakter zdravotnických služeb se pravděpodobně ještě prohloubil. Někteří autoři však poukazují na to, že i běžné reálné trhy se vyznačují značnou heterogenností a že jejich konkurence se netýká ani tak cen, jako jiných aspektů. *Vladeck* (1994:505, vlastní překlad) uvádí: „Konkurence v reálné ekonomice je většinou jednou z variant toho, co ekonomové po 40 let nazývají ‘monopolistickou soutěží’. V ní se konkurenti snaží jeden od druhého odlišit na základě necenových charakteristik. Mohou volit odlišnost v produktu, lokalizaci, image, marketingu. Schopnost odlišit svoji produkci něčím jiným než cenou se ukazuje jako nejefektivnější strategie. Kodak není výrobce s nejnižšími cenami ..., Budweiser není nejlevnějším druhem piva. Avšak oba svůj podíl na trhu koncentrovali natolik, že se dostali do problémů s antitrustovými zákony...“

Nedokonale informovaný kupující

Pro zdravotnické služby je i dnes typické, že jsou poskytovány vysoce kvalifikovanými pracovníky. Pacient není zpravidla schopen posuzovat přiměřenost zdravotnických výkonů a jejich přínosy. Výsledný efekt projevující se na zdravotním stavu totiž jen omezeně reflektuje kvalitu výkonu, neboť je výslednicí celé řady faktorů. Pacient se musí spolehnout na doktorův úsudek o tom, který lék je potřeba, zda je možná operace apod. Deleguje tedy svou spotřebitelskou suverenitu na lékaře, který v tomto případě vystupuje v dvojí roli: poskytovatele služby a tzv. zprostředkujícího agenta. Tento stav prokazatelně vede k tzv. nabídkou indukované poptávce, kdy poptávané množství péče je ovlivňováno velikostí nabídky, tedy zjednodušeně počtem lékařů a lůžek (*Feldstein*, 1993:86-95).

Nedokonalá informovanost „kupujících“ je současně další překážkou fungování cenové konkurence. I kdybychom přijali myšlenku, že pacienti dokáží snadno získat informaci o (různé) ceně jednotlivých poskytovatelů a že je pro ně z nějakého důvodu relevantní (např. že významnou část musí uhradit formou přímé platby), stejně není jisté, že by cena sehrávala svoji regulační roli. Potenciální pacienti, kteří mohou volit mezi lékařem nabízející nižší ceny a dražšími konkurenty, mohou usoudit, že lékař chce takto zvýšit poptávku po svých službách, avšak nedostatek poptávky jim může současně napovídat, že se nejedná o dobrého lékaře.

Přes fakt, že v poslední době vzniká v mnoha zemích řada sdružení pacientů, jejichž cílem je získávat a šířit informace o způsobech léčby určitých onemocnění a mezi populací roste pravděpodobně i úroveň obecných znalostí o správném životním stylu, typická informační nerovnováha ve zdravotnictví přetrvává. Medicína jako věda nestojí, složitost léčebných procedur a techniky roste. Těží z vysoce specializovaných vědních oborů jako je biochemie, genové inženýrství apod.

Tento faktor se tedy jeví jako pravděpodobně nejvýznamnější překážka pro efektivní fungování zdravotnických trhů a tím i důvod pro to, aby pacienti platili přímo pouze část nákladů spojených se zdravotní péčí. Jinými slovy, autor nepokládá faktor přímosti resp. nepřímosti plateb za faktor, který by **vysvětloval** odlišnosti mezi zdravotnickými a běžnými

[2] Už se dokonce údajně objevily případy, kdy lékaři „tunelovali“ kartotéky. Nahlašovali pacienty, kteří se u nich nezaregistrovali. (MF Dnes, 1998)

trhy, nýbrž za rozdíl, který by **měl být vysvětlen** vnitřními (a řekněme „objektivními“) charakteristikami procesů, které probíhají v daném odvětví.

Shrnutí 1

Tradičně se v souvislosti se zdravotnictvím hovoří o **omezené konkurenci**. Toto tvrzení je nutno upřesnit:

1. Nemá valného smyslu vyvozovat omezenost konkurence z porovnání reálného prostředí zdravotnických služeb s ideální „učebnicovou“ představou o dokonalé konkurenci. Málokterý reálný trh by v takovém srovnání obstál.
2. Omezenost resp. míra konkurence se liší mezi jednotlivými segmenty trhu. Absolutně nezbytným se jeví oddělovat minimálně oblast ambulantních služeb všeobecných lékařů a specialistů a lůžkovou péči.[3] Tyto segmenty se od sebe liší relativním množstvím poskytovatelů, varietou jejich tržního podílu, schopností využívat při soutěži jiného než cenového odlišení produktu i mírou informační nerovnováhy mezi poskytovatelem a pacientem.
3. Není pravda, že by si poskytovatelé zdravotnických služeb nekonkurovali. Přirozeně soutěží o omezené zdroje, které potřebují pro svůj ekonomický rozvoj, jen vnější projevy konkurence nemusí být vždy tradiční (typicky reklama). Teprve v nedávné době nabývá v některých zemích konkurence cenový charakter. Dochází k ní především tam, kde se spojují dva faktory: relativně hustá síť poskytovatelů a vhodně zvolený způsob úhrady nákladů péče. Za jiných podmínek na sebe bere konkurence tradiční podobu konkurence kvalitou, resp. rozsahem služeb. V tom je situace ve zdravotnictví stejná jako v ostatních odvětvích, kde existuje regulovaná cena.
4. Existuje celá řada důvodů pro tvrzení, že konkurenčnost prostředí, ve kterém se poskytovatelé zdravotnických služeb pohybuji, roste. Její úroveň je jistě rozdílná v jednotlivých zemích, nicméně se zdá, že jde o společný a obecný trend. Pravděpodobně to souvisí se zvyšující se vzácností zdrojů v poměru k potřebám.Stejně tak lze říci, že lze pozorovat signály o tom, že stále většího relativního významu nabývá právě cenová konkurence.

3. Konkurenčnost zdravotnických trhů v ČR

Co víme o konkurenčnosti zdravotnických trhů v ČR? Zdá se, že soustavná analýza této stránky našeho zdravotnického systému nebyla doposud provedena a už vůbec ne publikována. Je to s podivem, neboť hlavní systémové změny směřovaly explicitně k posílení prvků soutěže. (Pro stručnost zde snad stačí zmínit samotný výkonový způsob financování, privatizaci a decentralizaci.) Dalo by se tudíž čekat, že při vyhodnocování jejich dopadů bude jednou ze sledovaných dimenzí stupeň konkurenčnosti a formy jejího projevu.

Tento příspěvek v žádném případě neaspiruje na substituování potřebné komplexní analýzy. Jde v něm o stručné naznačení základních příkladů, souvislostí a hypotéz. Z toho důvodu používá rozdělení zdravotnických trhů na jednotlivé segmenty bez hlubšího zdůvodnění i argumentace. V zájmu stručnosti se příspěvek omezuje na tři segmenty trhu - služby poskytované ambulantními zařízeními a nemocnicemi a zdravotní pojištění.

Ambulantní péče

[3] Zcela separátní zkoumání ovšem není úplně možné. Už jen proto, že si tyto segmenty do jisté míry konkurují navzájem. Sice omezeně a spíše v dlouhodobém horizontu, ale zcela nepochybně.

U ambulantní péče je pravděpodobně třeba rozlišovat mezi péčí primární a specializovanou. U první z nich nelze považovat síť poskytovatelů za předimenzovanou, pokud se můžeme spolehnout na úsudek největší zdravotní pojišťovny. (*VZP* 1998:3) To nemusí nutně znamenat, že zde nedochází k projevům soutěžního chování mezi poskytovateli. Jsou však patrně územně omezené na ty lokality, kde dochází k vyšší hustotě lékařských praxí. Ve druhém případě je situace odlišná. Největší plátce pokládá za prokázanou předimenzovanost své smluvní sítě. Plánuje zahájení její redukce. To může významně ovlivňovat formu a intenzitu konkurence. Nepůjde jen o to být úspěšnější v boji o pacienta, ale také půjde o to získat vůbec smlouvu s pojišťovnou nebo možná dokonce tuto smlouvu si udržet.

Oč vlastně tito poskytovatelé soutěží? To je do jisté míry ovlivněno formou jejich financování.[4] V podstatě je ovšem vždy předmětem soutěže, pokud k ní dochází, pacient. Druhým předmětem jsou disponibilní finanční zdroje jako takové. Zde totiž existuje celá hierarchie konkurenčních alternativ jejich použití, od případů, kdy jsou spotřebovány lůžkovými zařízeními v rámci odvětví zdravotnictví, nebo jinými odvětvími veřejného sektoru, nebo se dokonce do veřejné sféry nedostanou. Snaha různých zájmových skupin (typicky lékaři) účinně lobovat o to, aby prostředků na financování zdravotnictví bylo celkově více, je dobře pozorovatelná. Zde dochází k zajímavému paradoxu, kdy tento druhý cíl vyžaduje koordinovanou „přátelskou" akci subjektů, které jsou jinak tlačeny do soutěžního modelu chování..

Jaké nástroje používají se zde používají? V „boji" o pacienta nehraje cena (náklady) služby v podstatě roli. Snaha o snižování nákladů naopak může pacienty odradit, mohou vyhledat „průchodnějšího" lékaře, který jim např. předepíše dražší lék. Poskytovatelé se tedy mohou především pokoušet o zvýšení kvality služby, zejména v jejích servisních aspektech. Kultivuje se prostředí čekáren, organizuje se objednávání pacientů tak, aby nemuseli pokud možno čekat apod.

Těžko říci, jaké pohnutky pro případné změny chování poskytovatelů speciální ambulantní péče přinese zmiňovaná snaha o redukci počtu smluvních partnerů pojišťoven. V zásadě jsou možné tři varianty:

a) poskytovatelé se budou snažit o nalezení optima mezi maximalizací svých celkových příjmů a nepřekročení odhadnuté výše průměrných nákladů na jednoho pacienta, což je ukazatel, který sleduje pojišťovna;

b) poskytovatelé se semknou a organizovanou politickou akcí zpochybní legitimnost redukce;

c) nestane se nic, protože redukce bude probíhat „přirozenými" formami (nenahrazením končícího poskytovatele), bez ohledu na ekonomické ukazatele.

Jak je to se subjektivním hodnocením konkurenčnosti? Více než 50% ambulantních zařízení si ve třetím čtvrtletí loňského roku vybralo pro období do vydání tzv. rámcové smlouvy formu financování paušální sazbou. Je otázkou, zda jejich výběr nelze interpretovat jako snahu vyhnout se rizikům plynoucím mimo jiné i z konkurenčnosti prostředí, resp. riziku odlivu pacientů ke konkurenci. Bohužel pro tuto hypotézu zatím není dostatek argumentů. Pokud by se potvrdila, představovalo by to jasný signál, že sám „terén" hodnotí prostředí jako spíše konkurenční.

Lůžková zařízení

[4] Ambulantní zařízení si mohla ve 3. čtvrtletí minulém roce zvolit ze tří variant: hodnota bodu ve výši 46 haléřů, paušální sazbu nebo kombinaci paušální sazby, časového omezení 10 hodinami na jeden pracovní den a 77 haléřů za bod. Od loňského října navíc začal u praktických lékařů přechod na kombinovanou kapitačně výkonovou platbu

U lůžkových zařízení existuje v současnosti zcela specifická situace. Systém jejich financování byl původně nastartován tak, že podporoval konkurenci. Došlo k jasně patrnému členění na „vítěze“ a „poražené“, resp. na zařízení, která ekonomicky prosperovala anebo se dostala do obrovských dluhů. Z pohledu analogie tržního prostředí chyběl už jen jeden krok - bankrot, resp. odchod „neúspěšných“ z trhu. Právě v té chvíli se ovšem naplno projevilo, že soutěžní prostředí generuje v případě našich nemocnic více problémů, než řeší. Zrušení nemocnic nebylo politicky průchodné. Nebylo ovšem ani *skutečně* ekonomicky zdůvodněné - všem zúčastněným bylo jasné, že nastavení parametrů systému financování nemuselo být správné a nezohledňovalo některé zásadní aspekty jako je potřeba dosažitelnosti (byť nadprůměrně nákladné) zdravotní péče, dlouhodobě nákladnější struktura případové směsi, zděděné vysoké fixní náklady neodstranitelné bez dodatečných investic atd. I tzv. „neúspěšní“ tedy na trhu zůstali a s nimi i předimenzovanost sítě. Ta je sice čas od času některými zpochybňována, nicméně fakt, že veřejná správa v součinnosti s VZP prosadila provádění výběrových řízení[5] indikuje, že z hlediska kolektivního rozhodování zde bylo dosaženou jakéhos konsensu.

Zadlužení nemocnic a celého systému dosáhlo takového rozměru, že pokračování v původním způsobu financování nebylo možné. Současné provizorium, kdy paralelně existuje několik alternativ úhrady poskytnuté péče, znamená cílevědomé snížení konkurenčnosti prostředí, neboť převažují paušály odvozené od historických nákladů. Do budoucna je připravována varianta s rozšířením systému DRG, který by měl paušály postupně nahrazovat. Nemocnice tedy budou postupně opět vystavovány určitému konkurenčnímu prostředí, kdy budou soutěžit o pacienty.

Dá se předpokládat, že použité nástroje budou podobné těm, které se objevovaly v období čistého *fee-for-service*. Typická byla promyšlená personální politika vedení nemocnic: přednost při udělení souhlasu s otevřením soukromé praxe dostali ti zaměstnanci, kteří se hodlali prosadit ve spádové oblasti konkurenta. Předpoklad, že specialista orientuje „své“ soukromé pacienty do „své“ nemocnice fungoval spolehlivě. Výjimkou nebyly ani nejrůznější čistokrevně marketingové akce, kdy nemocnice organizovala akce sloužící pro zvýšení informovanosti o svých službách - opět zejména v obcích ležících u hranic jejího spádového území. Potřeba úspěšně konkurovat, resp. získávat další pacienty pomáhala byla hnacím motorem i pro zkvalitňování služeb laboratoří, zejména pokud byly využívány praktickými lékaři.

Uvedené příklady se omezují na víceméně doprovodné, nemedicínské aktivity. Lze však předpokládat, že když se management nemocnic pouštěl do těchto a podobných činností, vyvíjel podobný tlak i na ryze medicínské aspekty, čímž rostla kvalita poskytovaných služeb. Opět jde o hypotézu, nicméně její prokázání by pravděpodobně nebylo nadměrně obtížné.

K cenové konkurenci nedocházelo a pravděpodobně v nejbližší době ani docházet nebude. V současném systému není prostor pro přetahování klientů, resp. plateb od pojišťoven prostřednictvím nižších cen účtovaných poskytovateli. Kontrola růstu nákladů je realizována jinými opatřeními (zmíněnými paušály, regulacemi ze strany VZP a redukcí lůžkového fondu výběrovými řízeními).

Institut výběrového řízení je administrativním nahrazením živelné soutěže při řešení zadání „snižte počet lůžek - snížíte tím i náklady“. Chování poskytovatelů je bezprostředně motivováno snahou *prokázat* pozitivní výsledky v hodnocených skutečnostech (úroveň léčby,

[5] Výběrová řízení jsou uskutečňována na základě ustanovení §§ 46-52 zákona č.48/1977 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Jeho cílem je redukce a reprofilace lůžkového fondu.

stížnosti pacientů, hospodaření...). V podstatě se jedná o snahu „prodat“ svá lůžka veřejné správě a tím i dosáhnout na úhrady pojišťoven. Vzhledem ke krátkosti času, který uplynul od přijetí zákona a uskutečňováním výběrových řízení, nelze očekávat, že by docházelo k nějaké zásadní *změně* chování nemocnic ve smyslu způsobu poskytování péče. Pozorovat lze spíše „pilování techniky“ jak prodat své dosavadní výsledky, lobování a uzavírání účelových aliancí, ve kterých dochází k dělení trhu.

Trh zdravotního pojištění

Tento trh lze uvést jako příklad procesu učení se z vlastních chyb. Na počátku bylo zásadní rozhodnutí o zavedení konkurence plátců zdravotní péče. Ta měla blahodárně působit na uspokojování potřeb pojištěnců (pojišťovny se vskutku snažily o nabídku různých nadstandardních služeb v zájmu přilákání atraktivních skupin klientů) a rovněž mělo jít o nástroj, který by bránil cenovému diktátu jednoho plátce (cena bodu se u jednotlivých pojišťoven liší dodnes).

Bohužel, brzy se ukázalo, že je nadále neprůchodné, aby se z peněz veřejného pojištění hradily u někoho „nadstandardní“ služby, když jinde není ani na nezbytnou základní péči. Následoval „logický“ krok - pojišťovnám bylo zakázáno poskytovat nadstandard hrazený z všeobecného zdravotního pojištění. Tím se jejich nabídka služeb prudce nivelizovala. Vznikla rozumná pochybnost, k čemu že jich vlastně tolik potřebujeme.

Ani relativní rozdíly ve struktuře klientů mezi jednotlivými pojišťovnami, které měly za následek jejich rozdílné ceny bodu, nehrály ve vztahu k poskytovatelům žádoucí roli. Dominantní postavení VZP a právní úprava povinnosti poskytnout zdravotní péči způsobovaly, že v úvahách zdravotnických zařízení nebylo místo na nějaké licitování s plátci ve smyslu hledání lukrativnějších kontraktů.

Při přijímání principu konkurence plátců se počítalo s tím, že v brzké době vznikne významný prostor pro tzv. nadstandardní péči, pro kterou se budou jednotlivci připojišťovat. Vývoj ukázal, že se jedná o odborně složitou a politicky neprůchodnou úlohu. Trh jedné gigantické (VZP slouží v současnosti cca 70-75 % populace) a dvou desítek malých pojišťoven de facto pozbyl smyslu. Tomu odpovídal i zpola živelný a zpola cílevědomý proces redukce počtu pojišťoven a jejich koncentrace. Dnes je u nás 11 zdravotních pojišťoven a předpokládá se další pokles.

Když se ponechá stranou obecná otázka, zda v systému povinného, solidárního, všeobecného a univerzálního zdravotního pojištění přináší konkurence plátců nějaké užitky, které by vyvažovaly přirozenou snahu o tzv. adversní výběr pojištěnců, pak by mohlo být zajímavé, jaké formy na sebe bralo a bere konkurenční chování našich pojišťoven.

Velmi typické byly např. nabídky plné či zvýhodněné úhrady antikoncepčních přípravků, léčebných pobytů u moře pro děti, oční optiky, stomatologických zákroků. Mají společné nasměrování na mladou a střední generaci (teenagery, mladé rodiny, pracující), tj. skupiny, které vykazují relativně nízké průměrné náklady na zdravotní péči. Došlo k učebnicovému projevu selekce pojištěnců na základě rizika a bonity.

V současné době se mnohé pojišťovny orientují na společensky prospěšnější aktivity, kterými soutěží o své klienty. Daly se zaznamenat případy, kdy pojišťovny iniciovaly nebo podpořily projekty podporující zdravější životní styl a prevenci. Objevují se tendence k promyšlenějšímu přístupu k tvorbě pojistných plánů a snahy o zavádění určitých modelů „řízené péče“ v komplexní síti smluvních partnerů pojišťovny.

4. Závěr

Konkurence je jev, který se zdravotnictví nevyhýbá. Zdravotnická zařízení přirozeně soutěží o disponibilní zdroje jak mezi sebou, tak i s dalšími odvětvími a činnostmi, které uspokojují lidské potřeby. Jde tu o soutěž o pacienta, kvalitní pracovní sílu, finanční prostředky potřebné k investicím, možnost vykonávat určité náročné zákroky, seberealizovat se apod. Prostředky soutěže jsou velmi pestré. O klasickou konkurenci v ceně resp. nákladech se ve zdravotnictví jedná poměrně málo často, avšak existují signály z některých zemí, že se s tímto jevem setkáváme stále častěji. Jedná se pravděpodobně o důsledek nejnovějších metod financování zdravotní péče. Běžnější (a u nás typická) je konkurence kvalitou poskytovaných služeb.

Dopady konkurence nelze jednoznačně hodnotit jako žádoucí či nežádoucí. Pro lepší schopnost předvídat dopady nejrůznějších systémových změn a regulačních opatření je však lépe, když je aktuální míra konkurenčnosti známa. Lze vyslovit hypotézu, že tato míra bude záviset jak na objektivních faktorech typu počet poskytovatelů daného typu služeb pro danou populaci, tak i na subjektivních postojích a chování poskytovatelů. První skupinu není až tak těžké analyzovat, u druhé lze určité závěry získat z analýzy praktického chování subjektů (způsob vyjednávání o cenách a příjmech) a průzkumu jejich názorů.

Takto koncipovaný výzkum u nás nebyl doposud proveden. V letošním roce se bude ucházet o podporu grantové agentury ministerstva zdravotnictví projekt s tímto zaměřením. Jeho cílem by mělo být jednak zmapování „objektivní“ i subjektivně vnímané konkurenčnosti důležitých segmentů zdravotnických trhů a jednak navržení metodiky, která by umožňovala míru a povahu konkurence měřit a tudíž i porovnávat v místech i čase. Určitě by mohlo jít o nezanedbatelný příspěvek k teorii i praxi fungování veřejného zdravotnictví.

Literatura:

ARROW, K. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 5(1963): 943-969

FELDSTEIN, P.J. (1993): Health Care Economics. Delmar Publishers, 4th edit. 1993

GINZBERG, E. (1951): Economics of medical care. The American Economics Review 2(1951):617-626

GINZBERG, E. (1954): What Every Economist Should Know About Health and Medicine. American Economic Review, 1(1954):104-119

KOVNER, A. R., NEUHAUSER, D. (edit.) (1994): Health Services Management - Readings and Commentary. AUPHA, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 5th edit., 1994.

MF DNES (1998): Nìkteøí lékaøi tunelují kartotéky. *Mladá Fronta Dnes,* 19. leden 1998, str.1

ROBINETTE, T.K. (1994): Adapting to the Age of Competition: A Paradigm Shift for Voluntary Hospitals. In. ed. Kovner, A. R., Neuhauser, D.: Health Services Management - Readings and Commentary. AUPHA, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 5th edit., 1994.

SHORTELL, S.M., MORRISON, E.M., ROBBINS, S.: Strategy Making in Health Care Organizations: A Framework and Agenda for Research. In. ed. Kovner, A. R., Neuhauser, D.: Health Services Management - Readings and Commentary. AUPHA, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 5th edit., 1994, 402 - 429

STIGLITZ, J.E.(1997): Ekonomie veøejného sektoru. GRADA Publishing, 1997

VLADECK, B. C. (1994): The Dilemma between Competition and Community Services. In. ed. Kovner, A. R., Neuhauser, D.: Health Services Management - Readings and Commentary. AUPHA, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 5th edit., 1994, 504-514

VZP (1998): Zdravotnì pojistný plán VZP ČR. in *Zpravodaj VZP,* ročník 6, č.5/1997, str.2-10