

POTŘEBA ZDRAVOTNÍ PÉČE A POPTÁVKA PO ZDRAVOTNÍ PÉČI

JAN MERTL

Abstrakt: Ekonomika zdraví již od svého vzniku analyzuje problematiku potřeby a poptávky po zdravotní péči. Teoretická východiska v této oblasti zahrnují přístupy Williamse, Culyera, Newhouse, Mooneyho, Coopera. Některé typy chování jsou označeny jako ekonomicky iracionální a jako s faktorem ovlivňujícím efektivní koupěschopnou poptávku se s nimi nepočítá. To nemusí nezbytně znamenat, že takové typy poptávky neexistují. V případě zdravotní péče pravděpodobně nevystačíme s tímto základním rozdělením. Vyplývá to ze specifik poptávky po zdravotní péči, ale i z její silné závislosti na charakteru poptávajícího. Vztah člověka k vlastnímu zdraví a péči o ně se během života mění. Nelze tedy říci, že by určitý charakter poptávky po zdravotní péči musel nutně přetrvat po celý život pacienta. Příspěvek obsahuje rozdělení populaci do několika skupin, které dle mého názoru poměrně věrně reprezentují jednotlivé typy poptávky po zdravotní péči.

Cílem tohoto příspěvku je v kontextu poznatků existujících přístupů vymezit vybraná pojetí poptávky po zdravotní péči a potřeby zdravotní péče, provést abstrakci při rozdělení populace do jednotlivých modelových skupin a zvážit implikace pro stanovení standardu zdravotní péče v rámci garantovaného zdravotnického systému.

Analyzované aspekty mají silnou vazbu i na způsoby financování zdravotnických systémů, jako je veřejné a soukromé pojištění. Jedním ze závěrů příspěvku je proto i vazba těchto nástrojů financování na typologii spotřeby zdravotní péče a standard dostupné zdravotní péče.

Klíčová slova: Zdraví, zdravotnictví, potřeba zdravotní péče, standard

Úvod

Poptávka po zdravotní péči je komplexní fenomén, který často nevykazuje charakteristiku poptávky po běžné tržní službě. V současné době se často setkáváme s různými pojetími postoje občana (pacienta) ke zdravotní péči. Ekonomika zdraví v té souvislosti již od svého vzniku analyzuje problematiku potřeby a poptávky po zdravotní péči. Teoretická východiska v této oblasti zahrnují přístupy Williamse, Culyera, Newhouse, Mooneyho, Coopera. V souvislosti s posunem role pacienta v systému a rozvojem zdravotnictví jako svébytného sektoru ekonomiky dochází i k posunům ve vnímání potřeb pacientů a k extenzím pojetí jejich poptávky. V tomto pohledu se rovněž střetává liberální a egalitární pojetí zdraví. Běžná ekonomická teorie příliš nerozlišuje mezi různými typy poptávky, zejména pak při použití běžných modelů nezahrnuje to, za jakých okolností je poptávka realizována. Některé typy chování jsou označeny jako ekonomicky iracionální a jako s faktorem ovlivňujícím efektivní koupěschopnou poptávku se s nimi nepočítá. To nemusí nezbytně znamenat, že takové typy poptávky neexistují. Je proto vhodné rozkrýt tuto problematiku hlouběji – i s vědomím, že podobná analýza je nesporně evergreenem ekonomiky zdraví již od jejího vzniku.

Cílem tohoto příspěvku je v kontextu poznatků existujících přístupů vymezit vybraná pojetí poptávky po zdravotní péči a potřeby zdravotní péče, provést abstrakci při rozdělení populace do jednotlivých modelových skupin a zvážit implikace pro stanovení standardu zdravotní péče v rámci garantovaného zdravotnického systému.

Potřeba zdravotní péče a poptávka po zdravotní péči

Nejprve uvedme přístupy, které poptávku po zdravotní péči uvádějí jako cestu, která umožňuje člověku participaci na ekonomických aktivitách, například při vzdělávání (zvyšování zásoby lidského kapitálu) či nabídce svých schopností na trhu práce. Tento přístup akcentuje například Grossman ve svém modelu z roku 1972¹. Grossmann akcentuje ekonomicky racionální rozhodování jednotlivce – tedy to, zda se mu v určitém okamžiku vyplatí „poptávat“ zdravotní péči. Implikuje tudíž i fakt, že jednotlivec si v určitém okamžiku racionálně zvolí i smrt – a to tehdy, jestliže budoucí zdraví nebude již mít v poměru k lidskému kapitálu dostatečnou hodnotu. I když kritikové tohoto modelu argumentují příliš velkou mírou „jistoty“ v modelu, tj. že zdravotní péče a zdravotní stav jsou velmi deterministicky svázány, tvoří tento model základní nástroj k analýze racionálních investic do vlastního zdraví z vlastního rozhodnutí pacienta.²

Ekonomická racionalita však není jediným kritériem, které lze v této souvislosti použít – a také ne všechna zdravotní péče je spotřebovávána na základě poptávky. Částečně souvisí problematika spotřeby zdravotní péče s typem poptávky po zdravotní péči. V této souvislosti jsou užívány pojmy potřeba zdravotní péče a poptávka po zdravotní péči. Poptávka po zdravotní péči je chápána jako rozhodování jednotlivce o zdravotní péči, kterou bude spotřebovávat s cílem zlepšení svého zdravotního stavu. Potřeba zdravotní péče je naopak determinovaná rozhodnutím lékaře³, který rozhodne o tom, jaká zdravotní péče je pro určitého pacienta potřebná.⁴

Je rovněž potřeba diferencovat zdravotní péči a zdraví. Tam, kde existuje těsná vazba mezi těmito dvěma entitami, lze poptávku jednotlivce po zdravotní péči spojovat s poptávkou po zdraví. Tam, kde je tato vazba volnější⁵, jedná se spíše o to, že jednotlivec demonstruje svůj zájem o dosažení zdraví buď tak, že poptává určitou zdravotní péči, o níž *předpokládá*, že povede k jeho uzdravení, a nebo je-li jeho zdravotní stav objektivně uznán jako vyžadující léčbu, pak je tímto uznáním determinována potřeba zdravotní péče. Lze vytvořit, ve shodě s Cooperem⁶ řetězec, kdy touha jednotlivce po zdraví se v praxi projevuje návštěvou u lékaře (a tedy poptávkou po péči), ale ne veškerá taková poptávka je uznána lékařem jako potřeba péče, a naopak může být jedinci indikována jako potřebná péče, kterou před tím nepoptával. V tomto kontextu je poptávka po zdravotní péči realizována tehdy, pokud najde průnik s názorem lékaře, který poptávanou zdravotní péči bude provádět a uzná ji jako potřebnou.

¹ GROSSMAN, M. *On the concept of health capital and the demand for health*. Journal of Political Economy, 80, 1972.

² Nicméně vzhledem ke své podstatě neakcentuje problematiku toho, jak řešit otázku zdravotní péče pro ty, jejichž rozhodnutí o investici do vlastního zdraví vyjde – záporně.

³ Nebo společnosti – viz dále pojetí Williamse.

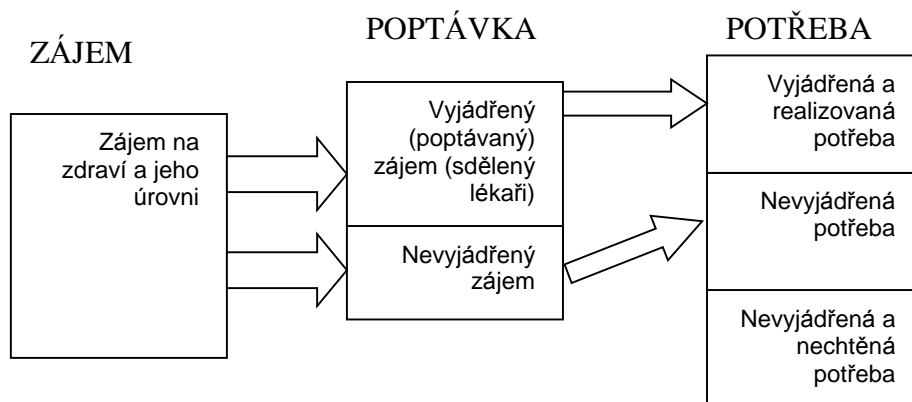
⁴ Boulding (BOULDING, K.E. *The concept of need for health services*. Milbank Memorial Fund Quarterly, part 2, 1966) argumentuje, že pojetí potřeby může asociovat opozici vůči liberálnímu pojetí zdravotní péče, neboť jen otrok má potřeby, svobodný člověk má poptávky. V extrémní podobě může pochopitelně být potřeba zdravotní péče použita jako nástroj odmítnutí pacientovy suverenity zcela. K tomuto pojetí inklinovalo zdravotnictví v některých socialistických zemích. Neznamená to ovšem, že by potřeba zdravotní péče neexistovala – může to však omezovat přístupy k její analýze, protože může být „těžko stravitelná“.

⁵ A tento stav ve zdravotnictví převažuje.

⁶ COOPER, M.H. *Rationing Health Care*. London: Croom Helm, 1975

Takovéto rozdělení je možné dále upřesňovat. Přístup z pohledu jednotlivce uvádí např. Mooney⁷.

Obrázek 1: Zájem, potřeba zdravotní péče a poptávka po zdravotní péči



Zdroj: MOONEY, G. *Economics, Medicine and Health Care*, second edition. Essex: Prentice Hall, 1992

V tomto schématu je zájem o dobrý zdravotní stav (těžko zpochybnitelný u racionálně uvažujících jedinců) rozdělen na poptávku, která je demonstrována lékaři a tu, která lékaři demonstrována není. Z toho pak vyplývá rozdělení potřeby zdravotní péče na tu, která byla:

- vyjádřena a realizována,
- nebyla vyjádřena, a přesto je pociťována,
- nebyla vyjádřena ani není pociťována.

Konkrétní příklad může spočívat v rozhodování člověka, který trpí žlučnickovými kameny. Může pociťovat zdravotní problémy a svěřit se s nimi svému lékaři, který zajistí léčbu. Nebo může problémy sice pociťovat, ale léčbu ze subjektivních důvodů nevyhledá. A konečně mu žlučnickové kameny nemusí způsobovat žádné obtíže, a i přesto, že kdyby lékaře navštívil, tak by byl léčen, nemusí vůbec vědět o tom, že by se léčit měl, a proto tak nečiní.

Williams konstatuje, že redukce problematiky zdravotní péče na pouhou poptávku je příliš velkým zjednodušením problému, a nedává příliš velkou naději těm ekonomům, kteří by chtěli determinovat priority ve zdravotnictví pouze na základě analýzy poptávky po zdravotní péči.⁸ Kriteriaální analýza potřeby zdravotní péče je v jeho pojetí rozdělena do tří různých typů rozhodování – pacienta, lékaře a společnosti. To, zda se pacient rozhodne navštívit lékaře, může být – a vzpomeňme „nevyjádřenou a nechtěnou potřebu“ – i indukováno tvůrci zdravotní politiky i v případě, že pacient sám o sobě takové vyhledání lékaře neměl v úmyslu. Z toho mj. vyplývá zodpovědnost tvůrců zdravotní politiky za tvorbu a realizaci takových pobídek. Technické kritérium stanovené lékaři – tedy zda pacient může profitovat z léčby – je v případě splnění podrobno ještě společenskému kritériu – tedy vyplatí-li se takovou léčbu poskytnout. Všimněme si, že společenské kritérium může být jak na tržně-efektivnostní, tak i na organizačně-příkazové bázi. Je tedy v tomto pojetí zcela irelevantní, zda o tom, co bude hrazeno, rozhoduje pojistný matematik soukromé rizikové zdravotní pojišťovny, nebo volený politik v rámci demokratického procesu. Dle Williamse ať už rozhoduje o prioritách kdokoli,

⁷ MOONEY, G. *Economics, Medicine and Health Care*, second edition. Essex: Prentice Hall, 1992

⁸ WILLIAMS, A. Need – an economic exegesis. In: *Economic Aspects of Health Services*. London: Martin Robertson, 1978. I když sám pojem poptávka jako nástroj determinace priorit používám, považuji za užitečné jeho názory zmínit – neboť reprezentují značně široký pohled na problematiku determinace zdravotní péče.

je pod obrovským tlakem, který má tendenci přesouvat na nezávislé experty.⁹ Takové schování pod odborný názor může být přínosné, ale skrývá v sobě také rizika, pokud expert není odborníkem v relevantní oblasti. Stejně tak je nutno posuzovat skutečně všechny podstatné priority, a nikoli redukovat rozhodování o léčbě pouze na analýzu peněží měřitelných nákladů a výnosů.

Je velmi obtížné na omezeném prostoru tohoto textu přesněji uchopit problematiku potřeby a poptávky po zdravotní péči – a to přestože je tak klíčová pro pochopení zdravotnictví a přestože je jedním z mála záchytných bodů pro ty, kteří se při použití standardního mikroekonomického aparátu ve zdravotnictví ztrácejí. Pokusme se však ještě v následující kapitole lépe ilustrovat přístup jednotlivce-pacienta ke zdravotní péči.

Druhy poptávky po zdravotní péči

Běžná ekonomická teorie příliš nerozlišuje mezi různými typy poptávky, zejména pak při použití běžných modelů nezahrnuje to, za jakých okolností je poptávka realizována. Některé typy chování jsou označeny jako ekonomicky iracionální a jako s faktorem ovlivňujícím efektivní koupěschopnou poptávku se s nimi nepočítá. To nemusí nezbytně znamenat, že takové typy poptávky neexistují. Hlavním ukazatelem, který je používán pro vyjádření charakteru poptávky, jsou různé míry elasticity (důchodová, křížová apod.). Takovéto ukazatele ukazují vazbu na peněží vyjádřenou hodnotu jiných statků (důchodu, jiného zboží apod.)

V případě zdravotní péče pravděpodobně nevystačíme s tímto základním rozdělením. Vyplývá to ze specifik poptávky po zdravotní péči, ale i z její silné závislosti na charakteru poptávajícího. Vztah člověka k vlastnímu zdraví a péči o ně se během života mění. Nelze tedy říci, že by určitý charakter poptávky po zdravotní péči musel nutně přetrvat po celý život pacienta. Pokusím se proto rozdělit populaci do tří skupin, které dle mého názoru poměrně věrně reprezentují jednotlivé typy poptávky po zdravotní péči.

První typ je člověk, který netrpí závažnějším chronickým onemocněním, jeho vazby na zdravotní systém se omezují většinou na absolvování povinných preventivních prohlídek a selektivní léčbu onemocnění, která se u něj vyskytnou. Má tendenci spíše minimalizovat svoji účast v systému, což působí pozitivně z hlediska nákladů, ale může i znamenat podcenění některých závažných onemocnění.

Druhý typ je člověk, který je dispenzarizován pro určité, zhusta chronické onemocnění, které typicky ovlivňuje i potenciální průběh a efektivnost léčby dalších diagnóz. Typickým příkladem může být například diabetik nebo hypertonik. Specifickou podskupinou tohoto typu jsou staří lidé, kteří jsou svým věkem a souvisejícími obtížemi omezeni natolik, že vyžadují soustavnou lékařskou péči a medikaci. Další specifickou podskupinou tohoto typu jsou děti. Této diferenciaci odpovídá i existence zvláštních oborů medicíny, tedy geriatrie a pediatrie.

V souvislosti s rozvojem medicíny a zvýšením objemu toho, co je schopna pro pacienta vykonat, se otevřel prostor pro využívání dodatečných nabízených služeb. Třetí typ, který lze rozlišit, je proto člověk, který hledá ve zdravotním systému pochopení a pomoc, lze snad říci i asistenci při řešení zdravotních problémů. Dobře si uvědomuje potenciál současného

⁹ WILLIAMS, A. Need as a demand concept. In: CULYER, A.J., MAYNARD, A. (eds). *Being reasonable about the economics of health*. Cheltenham: Edward Edgar Publishing, 1997

zdravotnictví, a snaží se využít odbornou pomoc všude tam, kde to považuje vzhledem ke své pozici a případným obtížím za vhodné. Tím se občas dostane do konfliktu s objektivitou indikované péče, neboť hranice, kdy se ještě jedná o zdravotní péči vynucenou zdravotním stavem a kdy už zájmem pacienta je značně volatelná. Často má bohaté zkušenosti se zdravotním systémem, získané například léčbou určitého onemocnění v minulosti.¹⁰

Takovéto rozčlenění do skupin sice nepokrývá všechny případy, ale dle mého názoru relativně přesně aproximuje chování jednotlivých rozhodujících skupin obyvatelstva ve vztahu ke zdravotnictví. Zdůrazněme ještě, že tyto skupiny nejsou neprostupné – při určitých životních událostech, jako například onemocnění chronickým onemocněním nebo naopak jeho vyléčení může docházet ke změně chování a tedy i zařazení k příslušnému typu. Dále je samozřejmé, že tyto typy jsou v právě provedené formulaci ostře vyhraněné, podobně jako například osobnostní typy, a že v realitě různí lidé mohou mít například i různý postoj k různým typům onemocnění, kterými během života projdou.

Z analytického pohledu je podstatný vztah popsaných skupin pacientů ke zdravotnictví a využívání zdravotní péče.

První zmíněný typ má nejbližší k pojetí zdravotní péče jako tržní služby, uvědomuje si však, že tento typ služby příliš často nevyužívá. Typicky si příliš neuvědomuje selhání trhu, protože poptává zdravotní péči selektivně, často nahodile a akcentuje, zejména u určitých diagnóz, i vlastní zodpovědnost za vzniklý stav. U banálních onemocnění volí typicky samoléčbu, protože nemá obavu z komplikací, s nimiž nemá zkušenosti.

Druhý zmíněný typ naopak pocítuje zdravotní péči jako nezbytnou nutnost, vynucenou jeho zdravotním stavem. Pokud mu základní diagnóza komplikuje průběh dalších onemocnění, je nucen i „běžné“ zdravotní problémy konzultovat s lékařem, protože u něj často probíhají onemocnění s komplikacemi a mohou ovlivnit i léčení základní diagnózy.

Třetí zmíněný typ si uvědomuje rozdíl mezi standardem a nadstandardem, ví přibližně, co může od zdravotního systému očekávat, a co musí poptávat nad rámec toho, co je ve veřejném systému dostupné. Služeb zdravotního systému využívá téměř vždy, kdy to pro něj může přinést nějaká pozitiva. Má praktické zkušenosti se systémem, takže si uvědomuje i svoji omezenou možnost dosáhnout pomocí vlastní koupěschopné poptávky zdraví.

Bylo by jistě zajímavé zjistit podíly jednotlivých skupin v populaci, mimo nutnosti aplikace statistických metod je to však komplikované tím, že lidé nemusí být pevně přiřaditelní k jednotlivým zmíněným typům, a to ani z hlediska časového, tak i z hlediska diferencovaného přístupu k různým zdravotním problémům, které mají. Podstatné z analytického pohledu je však především to, že pro jednotlivé zmíněné typy jsou typické různé metody odpovídajícího financování.

Pro první uvedený typ, i při vědomí selhání trhu ve zdravotnictví, může být přijatelný model přímých úhrad. Vzhledem k uvedeným charakteristikám je u něj totiž vliv selhání trhu minimalizován, navíc on sám se chová tak, aby takováto selhání pokud možno obcházel, a má k tomu i prostředky a nástroje.

¹⁰ Tento typ člověka pravděpodobně nejlépe odpovídá typu, který popisuje Grossman, když vychází v předpokladu vnímání svého zdravotního stavu a poptávky po zdravotním stavu, který si člověk přeje. Více v GROSSMAN, M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80, 1972.

Pro druhý typ je nejvhodnější poskytnutí zdravotní péče jakožto veřejného statku, ať už bude efektivnost jeho poskytování zabezpečena jeho přímou produkcí státem, nebo nákupem zdravotní péče v systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud mu zhoršení zdravotního stavu sníží výtěžnou schopnost, je závislý na standardu, který je mu poskytnut v rámci veřejného systému.

Pro třetí zmíněný typ je standardní zdravotní péče zabezpečena v rámci solidárního základu jistě podstatná, navíc však vzhledem k tomu, že si uvědomuje potenciál současného zdravotnictví, bude mít ochotu vynakládat dodatečné zdroje, které buď sám, nebo jeho agent – zdravotní pojišťovna – bude schopen v případě potřeby efektivně vynaložit do zdravotní péče nad rámec toho, co mu bude poskytnuto v rámci veřejné zdravotní péče, a otevírá se pole pro další subjekty, které mu takovou zdravotní péči – zdravotní služby zprostředkují.

Diskuse a závěr

Z pohledu konkrétních opatření zdravotní politiky je třeba zhodnotit, jaké důsledky mají výše zmíněné poznatky ohledně specifikace standardu zdravotní péče a diskusí ohledně úlohy veřejného zájmu.

Zejména v transformujících se ekonomikách, které před začátkem transformace verbálně deklarovaly neomezenou zdravotní péči dostupnou všem občanům, se vede neustálá diskuse o problematice standardu zdravotní péče. Taková diskuse je logická a vyplývá právě z toho, že zjišťujeme, že ona dříve proklamovaná všeobjímající definice zdravotní péče pro všechny z mnohých důvodů eroduje, a že cítíme společenskou objednávku a potřebu definovat, co tedy bude skutečně univerzálně dostupné, jaké jsou pro to důvody, a zda existují mechanismy, jak pro realizaci takového standardu zabezpečit finanční prostředky.

Především je zřejmé, že taková definice nutně nemůže být statická. Je nesporné, že vzhledem k objemu disponibilních zdrojů a možnostem medicíny se taková definice v čase mění.

Dále lze vyslovit názor, že obsah takové definice by měl být zejména v korelaci s onou dříve definovanou potřebou objektivní zdravotní péče. To nevyklučuje, že budou existovat mezní případy, které budou na hranici mezi standardem a nadstandardem. Ba naopak, jakmile bude stanovena určitá hranice, tak vždy budou případy, které budou na této hranici – to ovšem není důvodem pro to, aby taková hranice nebyla stanovena a problematické případy nebyly ponechány individuálnímu posouzení.

Je otázkou, do jaké míry takový standard zdravotní péče by měl být obsahem politického procesu ve smyslu veřejných diskusí, a do jaké míry by měl být záležitostí odbornou, vycházející z poznatků lékařské vědy. Opět zde vystupují ona tři Williamsova kritéria – kritérium individuální, medicínské a společenské. Ani jedno z nich nelze zcela zatlačit do pozadí.

Připomeňme v této souvislosti, že separace potřebné péče na hrazenou a nehrazenou část typicky není chápána jako efektivní, neboť zjištěná potřeba zdravotní péče může být jen obtížně relativizována k jiné potřebě.¹¹

¹¹ Z časového hlediska snad – tedy bude-li v čekárně pacient s infarktem myokardu, pak by měl dostat přednost před pacienty, kteří mají „jen“ anginu pectoris. Nicméně opadne-li toto časové hledisko, pak lze jen těžko rozhodovat mezi naléhavostí různých typů obtíží, zvláště uvědomíme-li si, že neadekvátní léčba může vést k jejich zhoršení. Viz též závěry Culyera a Williamse.

Pokusme se však shrnout, co se stane v případě, že standard bude stanoven špatně. I při vědomí toho, že samozřejmě nikdy nebude jeho nastavení ideální, lze vystopovat signály, které budou vypovídat o takovémto špatném nastavení.

Pokud bude standard nastaven příliš nízko, vzbudí nesporně v části populace strach z toho, že ze své veřejné pojistky budou mít zdravotní péči krytou nedostatečně. Ti, kteří budou mít disponibilní zdroje, budou volit soukromé rizikové pojistky i na péči objektivně vynucenou. Zbytek, vzhledem k relativní distribuci příjmů, nebude mít takovouto zdravotní péči krytou z pojištění vůbec, a bude spoléhat v případě její potřeby na aktuální úroveň disponibilních zdrojů v podobě přímých plateb, na dobrovolnou solidaritu zbytku společnosti, nebo na léčbu, která nebude odpovídat možnostem medicíny.

Pokud naopak standard bude nastaven příliš vysoko a jeho čerpání nebude efektivně omezeno¹², praxe povede k praktické realizaci excesivních nároků na zdroje. Bude přítomen fenomén vlastního rozhodování pacienta o tom, co ze standardu bude čerpat – protože v něm bude existovat taková zdravotní péče, jejíž čerpání bude částečně nebo zcela závislé i na rozhodnutí pacienta. To oslabí chápání standardní péče jako objektivně nutné. Existuje i riziko, že tlak na efektivnost v jiných odvětvích (sociální péče, školství) se projeví v neefektivnosti zdravotní péče, neboť vznikne značný prostor pro „řešení“ problémů – větší než v jiných systémech. To není myšleno prvoplánově negativně, ale při tlaku z ostatních systémů se může projevit vytěsněním problematických případů do zdravotnictví a tedy opět prohlubováním nároků na zdroje. Navíc mohou vznikat silné pobídky pro praktickou realizaci morálního hazardu a neefektivností vyplývajících se selhání role lékaře,¹³ na nějž budou při vysokém garantovaném standardu kladeny nároky ve směru „pozitivního rozhodování o péči“ – a to nejen ze strany pacientů, ale zejména ze strany farmaceutických firem a dalších soukromých subjektů, které se ve zdravotnictví pohybují.

Praktické problémy při stanovení výše standardu proto vedou k úvahám o tom, že je výhodnější stanovit širší rozsah garantované péče a jako korektiv výše zmíněných negativ zavádět spoluúčast pacientů jako regulační prvek spotřeby péče. Tento postup je typický pro garantované systémy pojistného typu, ale lze najít inspiraci i v komerčních systémech, byť nejsou při stanovování spoluúčasti uplatňována kritéria sociální, ale kritéria pojistné matematiky, která racionalizují chování jednotlivce při čerpání pojistky hrazené z rizikového pojištění.

Lze tedy nějakým způsobem „vyhovět“ zejména onomu třetímu typu pacientů, který byl uveden v předchozí kapitole? Dle mého názoru ano. Zdravotní péče v současné době nesporně pokračuje v trendu rozšiřování své „nabídky služeb“. Existuje mnoho možností, jak rozšířit služby nabízené pacientům bez toho, aby byla ohrožena kvalita péče, kterou budou objektivně potřebovat. Pokud se podaří vytvořit dostatečnou nabídku „nadstandardních služeb souvisejících se zdravím“, lze v tomto směru spatřovat významný prostor pro výdaje pacientů nad rámec toho, co objektivně potřebují a o čem se tedy rozhodnout nemohou. I když je zřejmé, že takovéto výdaje se již dostávají do rozporu s efektivnostně laděnými úvahami¹⁴, mohou tvořit cestu, kterou se budou ve zdravotnictví ubírat ti, kteří od zdravotnictví budou

¹² Modelově nyní nezáleží na tom, zda bude omezeno zodpovědným chováním lékařů, kteří nebudou indikovat vyšetření, která nejsou nutná, a dalšími opatřeními tzv. managed care, nebo spoluúčastí pacientů, která může za určitých okolností racionalizovat jejich vztah k čerpání zdravotní péče.

¹³ Nezapomeňme, že lékař je v tomto modelu tím, kdo rozhoduje o potřebě péče pro své pacienty.

¹⁴ Neboť jejich užívání se již podstatně neprojevuje v nárůstu zdravotního stavu obyvatelstva, ale v jiných atributech pocíťovaných pacienty.

chtít více než jen „tu objektivní nutnou péči“. Soudě podle reakcí současné české společnosti v médiích,¹⁵ není jich tak málo, jak by se mohlo zdát. A je třeba si uvědomit, že preference lidí jsou různé, a tedy je možné a vhodné jim tam, kde se tato různost projevuje, dát možnost, aby si vybrali – a pochopitelně si tento výběr také sami uhradili. Neměl by však zasahovat do té části péče, která je objektivně potřebná, při vědomí komplikovanosti posouzení oné potřeby.

Na závěr příspěvku zdůrazněme v souladu s přístupy veřejné ekonomie (např. Goulli¹⁶, Beveridge, Tullock, Lucas), že klíčový optimalizační proces při stanovování standardu je „nepodstřelit“ skutečné potřeby a pokud je to možné, zachovat separaci aktivit na soukromě a veřejně financovanou část, přičemž každá z nich bude používat „své“ metody stanovování efektivnosti. Takové přístupy jsou schopny udržet rozumnou míru efektivnosti tak, jak ji veřejná ekonomie definuje. Je přitom nutno zdůraznit, že vzhledem ke značné míře neurčitosti (entropie) rizika je ohledně obecného kolektivního rizika zdraví populace vhodnější k jeho krytí využití veřejného zdravotní pojištění, neboť soukromé pojištění má inherentní tendenci k vyloučení velkých či nepojistitelných rizik (živelné pohromy, epidemická onemocnění apod.), podobně jako u pojištění majetku zde nacházíme výluky z plnění, které umožňují udržet pojistný produkt atraktivní pro klienty. Tato nepojistitelná nebo jen obtížně pojistitelná rizika je tak nutno řešit jinými způsoby než individuálními kontrakty, i když potenciální klient by vzhledem k postoji ohledně svého zdraví měl tendenci volit nižší míru zajištění a směřoval spíše k vyšší spoluúčasti a nižším platbám pojistného či snížení rozsahu hrazené zdravotní péče v poměru k její očekávané (možné) potřebě.

Příspěvek byl zpracován v rámci projektu MPSV "Neziskové organizace v oblasti sociálních a zdravotnických služeb-ekonomická efektivnost a sociální aspekty" č. 1J 075/05-DP2.

Literatura:

- 1] BEVERIDGE, W. *Social Insurance and Allied Services*. London, 1942.
- 2] BOULDING, K.E. *The concept of need for health services*. Milbank Memorial Fund Quarterly, part 2, 1966.
- 3] COOPER, M.H. *Rationing Health Care*. London: Croom Helm, 1975.
- 4] CULYER, A.J., MAYNARD, A. (eds). *Being reasonable about the economics of health*. Cheltenham: Edward Edgar Publishing, 1997.
- 5] GOULLI, R. *Sociální stát: degenerační nebo optimalizační proces*. Sborník z konference Sociální stát: hrozba, přežitek nebo příležitost? FSE UJEP 2004.
- 6] GOULLI, R. *Veřejný zájem: pozitivní přístupy a stručné ekonomické teze*. Brno: Masarykova univerzita, 1999.
- 7] GOULLI, R. *Zdravotnictví a veřejná ekonomie*. In: *Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky I*. Sborník IZPE 1/2002, Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2002.

¹⁵ Viz např. Ochota připlácet na zdraví,

<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5535>, [cit. 2.6.2005]

¹⁶ „Pozadím požadavku na standardizaci je omezenost veřejných finančních prostředků nebo neochota je do příslušné oblasti alokovat, a dále snaha o expanzi trhu do veřejné oblasti.“ Goulli, R. *Sociální stát: degenerační nebo optimalizační proces*. Sborník z konference Sociální stát: hrozba, přežitek nebo příležitost?. FSE UJEP 2004.

- 8] GOULLI, R., HÁVA, P. *Ekonomika zdraví a financování zdravotnictví při decentralizaci veřejné správy*, In: Sborník z mezinárodní konference Veřejná ekonomika a správa. Ostrava: VŠB-TU, 2003.
- 9] GROSSMAN, M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80, 1972.
- KAPR, J., KOUKOLA, B. *Pacient: revoluce v poskytování zdravotní péče*. Slon, Praha 1998.
- 10] KŘEČKOVÁ-TŮMOVÁ, N. *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2003, dostupné na <www.izpe.cz>, [cit. 10.3.2005].
- 11] MOONEY, G. *Economics, Medicine and Health Care, second edition*. Essex: Prentice Hall, 1992.
- 12] LABOURDETTE, A. *Economie de la santé*. Paris: Presses universitaires de France, 1988
- Ochota připlácet na zdraví*,
<<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=5535>>, [cit. 2.6.2005].
- 13] WILLIAMS, A. Need as a demand concept. In: CULYER, A.J., MAYNARD, A. (eds). *Being reasonable about the economics of health*. Cheltenham: Edward Edgar Publishing, 1997.

Kontakt:

Ing. Jan Mertl

Institut zdravotní politiky a ekonomiky

Kutnohorská 1102

281 63 Kostelec nad Černými lesy

E-mail: mertl@vse.cz

