

Ekonomicko-správní fakulta Masarykovy univerzity v Brně

# **Vybrané otázky z ekonomie zdravotní péče**

*Studijní text pro studenty distančního studia  
Management ve zdravotnictví, ESF MU*

V Brně, listopad 1996

JUDr. Ivan Malý, CSc.

<b>ÚVOD</b>	<b>3</b>
<b>EKONOMICKÁ TEORIE A ZDRAVÍ</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Pojem ekonomie zdravotní péče</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Ekonomická podstata zdravotnických služeb</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Důvody státních zásahů</b>	<b>5</b>
1.3.1 Nerovnost a státní financování zdrav. služeb	5
1.3.2 Charakteristiky trhu se zdravotní péčí	6
1.3.3 Selhání trhu	7
<b>1.4 Hodnocení zdravotní péče a ekonomická efektivnost</b>	<b>8</b>
<b>Klíčová slova:</b>	<b>9</b>
<b>Kontrolní otázky</b>	<b>9</b>
<b>2. UPLATNĚNÍ METOD EKONOMICKÉ ANALÝZY</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Prvky ekonomického hodnocení a metody analýzy</b>	<b>10</b>
2.1.1 Analýza nákladů ( <i>cost analysis</i> )	11
2.1.2 Analýza nákladů a účinků ( <i>cost effectiveness analysis</i> )	11
2.1.3 Analýza nákladů a užitečnosti ( <i>cost utility analysis</i> )	12
2.1.4. Analýza nákladů a prospěchu ( <i>cost benefit analysis, CBA</i> )	12
<b>Klíčová slova</b>	<b>13</b>
<b>Kontrolní otázky</b>	<b>13</b>
<b>3. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Formy a modely financování</b>	<b>14</b>
3.1.1 Formy financování	14
3.1.2 Modely financování	14
<b>3.2 Metody financování "třetí stranou"</b>	<b>15</b>
3.2.1 Platby za služby lékařů	17
3.2.2 Financování zdravotnických zařízení	19
<b>Klíčová slova</b>	<b>22</b>
<b>Kontrolní otázky</b>	<b>22</b>
<b>LITERATURA</b>	<b>23</b>

*Ekonomie je věda o tom, jak společnost využívá omezené zdroje k produkci statků a jak je rozděluje mezi různé skupiny. (Samuelson)*

*Ačkoliv rozhodnutí o zdraví jsou obtížná, k alokaci zdrojů - výběru mezi alternativním použitím fondů - dojít musí. Ekonomická analýza může být užitečná pro systematickosti a logiku tvorby takových rozhodnutí. (Stiglitz)*

## Úvod

Ekonomie a medicína, finance a zdravotnictví, peníze a zdravotní péče - spojení, která v sobě nesou z mnoho důvodů značné potenciální konflikty. Jen v nemnoha odvětvích lidské činnosti jsou tak ostře vedle sebe postaveny všeobecně uznávané lidské hodnoty, omezené zdroje a pestrá škála variant jejich použití při uspokojování základních lidských potřeb. A v málokterém odvětví lze měřit a porovnávat dopady různých variant alokace zdrojů na konečné efekty obtížněji, než ve zdravotnictví. Z těchto skutečností vyplývají významné implikace pro způsob řízení a organizace zdravotnických služeb.

Cílem tohoto učebního textu je seznámit studenty se základními myšlenkami ekonomie zdravotní péče (resp. ekonomie zdravotnictví, angl. *Health Care Economics*), aby si mohli udělat představu o tom, jak ekonomická teorie přistupuje k oblasti péče o zdraví. V posledních letech dochází ve vyspělém světě k růstu zájmu o tuto problematiku. Pozornost se soustřeďuje především na otázky růstu nákladů na zdravotní péči, alokaci prostředků, strukturu a efektivnost a kvalitu zdravotnických služeb. Určitý základní přehled v těchto teoretických otázkách by měli mít i lékaři a ostatní pracovníci ve zdravotnictví. U manažerů jde o znalosti zcela zásadní.

Text se skládá ze tří částí. V první je prezentován rozbor základních teoretických souvislostí a specifik produkce a realizace zdravotnických služeb v tržní ekonomice. Základní otázkou v této souvislosti je, zda - a jaké - vážné argumenty existují pro to, abychom na statky produkované zdravotnictvím pohlíželi jinak, než na ostatní běžné statky, a co to znamená pro způsob organizace a financování systému zdravotnických služeb. Ve druhé části je podán výklad o možnostech uplatnění metod ekonomické analýzy ve značně specifickém prostředí, které zdravotnictví představuje. Třetí část je věnována způsobům proplácení nákladů spojených s produkcí zdravotnických služeb tzv. třetí stranou (státem, zdrav. pojišťovnou). V přehledné formě jsou shrnuty různé varianty plateb podle výkonů a naznačeny možné dopady na chování zdravotnických zařízení jako poskytovatelů služeb.

## Ekonomická teorie a zdraví

Omezenost zdrojů je objektivní, stejně jako nutnost výběru mezi alternativami jejich použití. Zdravotnictví zde není v žádném případě výjimkou. Standardním řešením fungujícím pro většinu zboží a služeb je za určitých podmínek trh. V případě zdravotnictví se však tržní řešení standardně neuplatňuje v podstatě nikde na světě. Pro ekonomickou teorii a hospodářskou a zdravotnickou politiku tu vždy vyvstávaly otázky. Nakolik je tržní mechanismus vhodný? Kde, kdy a proč selhává? Jaká je ekonomická podstata zdravotnických služeb? Mohou být tato selhání napravena státními zásahy? Jaké jsou formy účasti státu na poskytování zdravotní péče? Jaké užítky přináší zdravotnické služby? Dají se vůbec srovnávat a měřit? Dá se tu vůbec hovořit o ekonomické efektivnosti? Jakou roli zde hrají obecně uznávané hodnoty jako jsou lidskost, rovnost apod.? Podobných otázek by bylo možné uvést celou řadu.

### 1.1 Pojem ekonomie zdravotní péče

Ekonomická teorie se začíná zdravotnickými službami intenzivněji zabývat počátkem padesátých let. Dostupnost zdravotní péče je v té době chápána jako jedno ze základních lidských práv. Některé státy vytváří systémy, které by umožnily přístup ke zdravotní péči bez ohledu na schopnost za ni platit. (např. Národní zdravotnická služba - NHS - ve Velké Británii od r.1947). Dokonce v baště liberálního kapitalismu, USA, jsou v této době podnikány na velmi vysoké úrovni kroky k institucionálnímu zabezpečení rovného přístupu k vysoce kvalitním zdravotnickým službám. V rodících se "státech blahobytu" (*welfare states*) nabývá zdravotnictví (a tím i jeho ekonomika) na důležitosti.

Ekonomie zdravotní péče se postupně vyvinula do relativně samostatné mikroekonomické disciplíny. Analyzuje chování jednotlivých ekonomických subjektů v souvislosti s poskytováním a užíváním zdravotnických služeb. Jinými slovy definuje charakteristiky trhu se zdravotnickou péčí, analyzuje jeho případná selhání a uplatňuje na podmínky zdravotnických služeb tradiční metody ekonomické analýzy. Využívá přitom pojmů a technik spojovaných s ostatními tradičními oblastmi mikroekonomie (analýza poptávkové funkce ze spotřebitelské ekonomie, teorie firmy, apod.).

Proti používání metod ekonomické analýzy v odvětví zdravotnictví jsou vznášeny v zásadě dva druhy námitek. První jsou v podstatě **etické**, druhé více méně **technické**.

**Etické námítky** by se daly v podstatě charakterizovat stanoviskem, že zdraví je tak důležitou hodnotou, že by nemělo být posuzováno ekonomickými kritérii, jinými slovy, že by společnost neměla litovat žádných nákladů spojených s nákupem zdravotnických služeb. Kritické vystupující z etického hlediska napadají myšlenku, že by společnost měla v jistém smyslu stanovit např. cenu lidského života nebo zdraví.

**Technické námítky** se týkají možnosti definování výsledného produktu odvětví a jedinečnosti zdravotnictví. Zdraví se dá těžko měřit, nehledě na to, že mezi poskytováním zdravotnických služeb a zlepšením zdravotního stavu je vztah dosti volný. (Obecně se mezi ekonomy traduje, že zdravotní stav obyvatelstva je na úrovni zdravotní péče závislý přibližně asi 20%, zbytek ovlivňují jiné faktory jako jsou např. výživa, kvalita životního prostředí, životní styl, genetické faktory apod.) Tyto námítky jsou nepochybně pádné. Bohužel, jejich uznání nás neuchrání od působení prostého faktu omezenosti zdrojů. (S ním má konečně naše zdravotnictví letité zkušenosti.) Kde existuje omezenost zdrojů, existují také náklady ušlé příležitosti. Co bude mít větší přínos: když investujeme do výstavby nové laboratoře, vybavení kardiochirurgického oddělení, zahraničního školení zdravotnického personálu, zvýšení mezd či subvencování výroby léků? Určitá rozhodnutí je třeba činit na všech úrovních. **Ekonomie přitom pomáhá nacházet alternativní řešení a vypočítává jejich náklady, případně odhaduje jejich přínosy.**

## 1.2 Ekonomická podstata zdravotnických služeb

Z pohledu jejich ekonomické podstaty existují tři základní kategorie statků:

- **čisté kolektivní (veřejné) statky**, jejichž základními atributy je nedělitelnost a nevyločitelnost ze spotřeby a to, že využití (POZOR! nikoliv výroba či zabezpečování) těchto statků dalším jednotlivcem není spojeno s dodatečnými náklady, tj. marginální náklady na zvýšení počtu spotřebitelů o jednoho jsou nulové (za příklad mohou posloužit např. národní obrana, majáky, veřejné osvětlení, výsledky výzkumu).
- **smíšené kolektivní statky**, u nichž je možné vyloučení ze spotřeby, jsou i dělitelné, ale existuje u nich vztah přímé závislosti mezi kvantitou spotřeby a kvalitou, která zůstává nedělitelná;
- **privativní statky** s absolutní dělitelností i vyloučitelností ze spotřeby.

Zdravotnické služby nelze jednoznačně zařadit do žádné z těchto kategorií, což souvisí s jejich heterogenní povahou. Jinak bychom pravděpodobně klasifikovali řekněme individuální úkon dentisty a jinak hromadnou očkovací akci. Čistým kolektivním statkem zdravotnické služby rozhodně nejsou. Jejich spotřeba je individualizovaná, marginální náklady na zvýšení počtu spotřebitelů rozhodně nejsou nulové, vyloučení ze spotřeby je velice dobře možné. Daleko blíže mají zdravotnické služby k čistým privativním statkům. Nicméně proti názoru, že by se jednalo o tuto kategorii statků (resp. že by mezi jednotlivými službami převládala) svědčí následující argumenty: a) spotřeba zdravotnických služeb má zpravidla výrazné **externí efekty**. To znamená, že prostá suma individuálních užitek ze spotřeby zdravotnických služeb, která je schopna projít trhem, je menší než společenský užitek (podrobněji dále); b) u více zdravotnických služeb existuje přímá závislost mezi kvantitou jejich spotřeby a jejich kvalitou. U některých (epidemiologická péče, očkování, prenatální vyšetření, preventivní péče apod.) jejich kvalita, roste s růstem kvantity, resp. s množstvím poskytnutých služeb.

Uvedené charakteristiky svědčí o tom, že zdravotnické služby mají převážně charakter **nemateriálních smíšených kolektivních statků**, což se konec konců odráží i v reálně existujících způsobech jejich produkce, rozdělování a spotřeby v různých zemích. Ve všech hraje poměrně významnou roli stát, resp. veřejný sektor. Tržní mechanismus jako jinak standardní nástroj alokace statků je většinou buď nahrazen netržními způsoby (Velká Británie) nebo dosti podstatně regulován a doplňován veřejnými programy zabezpečující zdravotní péči pro široké skupiny obyvatelstva (USA).

## 1.3 Důvody státních zásahů

Obecně existují dvě skupiny důvodů, které odůvodňují státní aktivity v tržním hospodářství. Za prvé dochází k **selháním trhu**, která způsobují, že soukromý trh není efektivní v Paretově smyslu (tzn. že je možné pouhým přeskupením zdrojů dosáhnout toho, aby se zvýšil blahobyt určitého subjektu nebo skupiny, aniž by se přitom snížil blahobyt jiných; jinými slovy, že ekonomika nedosáhla bodu ležícího na křivce možných užitek). Za druhé mohou být státní zásahy ospravedlněny **existencí nerovnosti** v rozložení příjmů. Soukromý trh by mohl být i Paretovsky efektivní, ale přitom by nemusel uspokojovat ani základní potřeby některých jednotlivců či celých skupin obyvatelstva, což se může společnosti (z různých důvodů) jevit jako nespravedlivé a nežádoucí.

Pro zdravotnictví je typické, že o jednotlivých charakteristikách „trhu“ zdravotnických služeb, případně o známých tržních selháních nelze říci, že by byly výlučné jen pro toto odvětví. Ovšem ve svém souhrnu tyto charakteristiky odůvodňují zvláštní postavení zdravotnictví v ekonomické analýze. Při úvahách o spravedlnosti a rovnosti při poskytování zdravotnických služeb to platí obdobně.

### 1.3.1 Nerovnost a státní financování zdrav. služeb

Nejdůležitější argumenty pro zvýšenou roli státu v podpoře zdravotnických služeb vycházejí z obav před následky nerovnosti v příjmech. Panuje široce rozšířené přesvědčení, že žádnému člověku by neměl být odepřen přístup k odpovídající zdravotní péči z důvodu jeho nízkého příjmu. Případné rozhodování o poskytnutí péče by mělo vycházet z jiných než majetkových kritérií, (např. věk, pravděpodobnost úspěchu operace, nebo z náhodného výběru). Tento názor spočívá na přesvědčení, že zdravotní služby jsou něco jiného než běžné spotřební komodity, že se režim přístupu k nim nemá

podrobovat tržním pravidlům jako např. u volebního práva (občané nesmějí kupovat a prodávat své hlasy).

Ne všichni ekonomové souhlasí s názorem, že by se se zdravotnickými službami mělo jednat jinak než s ostatními komoditami. Mnozí trvají na tom, že ti, kdož mají více peněz a jsou ochotni je vynaložit na získání většího množství nebo vyšší kvality zdravotní péče, by měli mít možnost tak činit. Ti, kteří zastávají toto stanovisko, často zdůrazňují, že vztah mezi lékařskou péčí a životem (smrtí) je velmi slabý. Další faktory, jako jsou kouření, pití, jídlo a zvláště vzdělání, pravděpodobně hrají pokud ne větší, tedy alespoň stejnou roli v ovlivňování délky života a zdravotního stavu člověka.

Nicméně se zdá, že prakticky všechny západní demokracie tendují k třetímu přístupu. Každý by měl mít právo na jistou minimální, přiměřenou nebo základní úroveň péče, a to i přes široce uznávanou skutečnost, že netržní metody poskytování statků vedou k nadměrné spotřebě a s tím souvisejícím neefektivnostem.

### 1.3.2 Charakteristiky trhu se zdravotní péčí

V této části jsou prezentovány vybrané charakteristiky trhu se zdravotní péčí, které jej odlišují od podmínek běžných trhů, popisovaných v učebnicích ekonomie. Použitá terminologie vychází z dnes již klasického článku K.J.Arrowa, *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. Arrow v něm analyzoval zdravotnický trh v USA a konstatoval rozdíly mimo jiné v následujících oblastech:

- A. v povaze poptávky
- B. v očekávaném chování lékařů
- C. v nejistotě výsledného produktu
- D. v podmínkách nabídky

ad. A) Na rozdíl od poptávky po běžných statcích lze individuální poptávku po zdravotní péči charakterizovat jako **nepravidelnou a nepředvídatelnou**. **Intenzita a pružnost** poptávky je ovlivněna tím, že zhoršení zdravotního stavu (nemoc, zranění) je spojeno se značnými ztrátami a náklady už samo o sobě, nehledě na náklady vynaložené na zdravotní péči. Jednotlivec přichází o výdělek, musí měnit svůj životní styl. Bolest a nepohodlí představují vážný zásah do osobní integrity. **Cenová elasticita** poptávky po zdravotní péči je sporná. Při jejím zjišťování je totiž potřeba mít na paměti značnou heterogenost výsledné produkce. Odhad toho, jestli je poptávková křivka velmi málo elastická, tj. jestli je většina výdajů za zdravotnictví nedobrovolná, tj. diktována zdravotním stavem, nebo relativně elastická, je obtížné.

ad B) Nejvýznamnější objem zdravotnických služeb je poskytován lékaři, ať již v rámci jejich samostatných praxí či jako zaměstnanců zdravotnických zařízení. V **očekávaném chování lékařů** jako poskytovatelů služeb je několik významných rozdílů oproti jiným producentům zboží a služeb:

- 1) Ani v ryze tržních společnostech mezi lékaři prakticky nedochází ke konkurenci prostřednictvím reklamy a cen.
- 2) Doporučení týkající se dalšího postupu léčení, která lékaři poskytují, jsou pokládána za zcela oproštěná od vlastního zájmu lékaře.
- 3) Léčba je (nebo se to alespoň proklamuje) diktována objektivními potřebami každého případu a není primárně limitována finančními úvahami.
- 4) Lékař jako expert vystupuje často jako autorita, která prokazuje existenci onemocnění a zranění. Všeobecně se předpokládá, že u něj zájem vydat korektní informace převyšuje případný zájem uspokojit své zákazníky.

ad. C) Výsledným produktem poskytování zdravotnických služeb (z hlediska trhu) je poskytovaná služba sama. Nicméně jejím účelem je buď uzdravení, úleva v bolesti, prevence apod. Trh zdravotnických služeb zde naráží na významnou míru **nejistoty výsledného produktu**. Zákazník (pacient) tedy kupuje něco, o čem více či méně věří, že uspokojí jeho potřebu. Jeho informovanost o stupni nejistoty při různých způsobech léčení je ve srovnání s lékařem (platí alespoň obecně) mnohem nižší.

ad. D) Pro **nabídku** určitého druhu zboží na dokonale konkurenčním trhu platí, že je určována čistým příjmem získaným z nabízené produkce ve srovnání s příjmem, kterého by se dalo dosáhnout použitím stejného množství zdrojů někde jinde. To předpokládá bezproblémový vstup nových producentů na

trh. Pro zdravotnictví je naopak typické, že: 1. vykonávání praxe je vázáno a regulováno udělováním licencí, závislých na přísných kvalifikačních předpokladech a 2. medicínské vzdělání je velmi náročné a drahé. Tím je pružnost nabídky významně limitována.

### 1.3.3 Selhání trhu

Arrowova charakteristika trhu zdravotnických služeb napovídá, že existuje celá řada tržních selhání, které odůvodňují některé formy veřejné účasti na mechanismu financování zdravotnických služeb. Jsou jimi zejména: 1. nekonkurenčnost trhu zdravotnických služeb; 2. existence externalit; a 3. skutečnost, že některé aktivity mají prakticky povahu čistého kolektivního statku. Jednotlivá selhání sice nejsou unikátní a nevyskytují se pouze u zdravotnických služeb, ale jejich souhrn vytváří novou kvalitu, která zdravotnické služby do značné míry odlišuje od ostatních odvětví lidské činnosti.

#### ad 1) Nekonkurenčnost trhu zdravotnických služeb

Standardní teorie dokonalé soutěže vychází z několika předpokladů, které jsou uvedeny v tabulce 1.1. Pokud nejsou tyto podmínky splněny, mohou neefektivní producenti přežít a ceny mohou přerůst výrobní náklady. Bohužel, ve zdravotnictví není uspokojivě splněna ani jedna z podmínek dokonalého tržního prostředí (viz. tabulka). Zvláště významná jsou selhání spočívající v nedokonalé informovanosti a omezení konkurenčnosti.

#### Nedokonalá informovanost

Pro zdravotnické služby bývá 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.

Tabulka 1.1 ROZDÍLY MEZI ZDRAVOTNICKÝM TRHEM A STANDARDNÍMI TRHY S DOKONALOU KONKURENCÍ (převzato ze *Stiglitz, J.E.*, 1988:290)

Standardní trhy	Trh ve zdravotnictví
Mnoho prodávajících	Pouze omezený počet nemocnic (mimo velkých měst)
Firmy podnikající pro maximalizaci zisku	Většina nemocnic je neziskových
Homogenní komodity	Heterogenní komodity
Dobře informovaní kupující	Neinformovaní kupující
Přímé platby spotřebitelů	Pacienti obvykle hradí pouze část nákladů přímo

#### Omezená soutěž

Nedokonalá informovanost způsobuje snižování skutečného stupně soutěže. Firma prodávající standardní komoditu ví, že může odlákat zákazníky od jiných obchodníků snížením ceny. Zákazníci mohou relativně lehce zjistit, kde dostávají nejlepší hodnotu za své peníze.

Naopak potenciální pacienti, kteří navštíví lékaře s nižšími cenami než mají jeho konkurenti, z toho sice mohou usoudit, že lékař chce takto zvýšit poptávku po svých službách, avšak nedostatek poptávky jim může současně napovídat, že se nejedná o dobrého lékaře. (Nemluvě již o tom, že existence pojištění oslabuje případnou cenovou konkurenci pouze na tu částku, kterou má pacient uhradit formou přímé platby.)

Skutečnost, že lékaři často musejí mezi sebou konzultovat a že si společně pronajímají nemocniční zařízení (a často i z jiných důvodů), může také snižovat konkurenční tlaky. Navíc je omezena také soutěž mezi nemocnicemi. Existuje tzv. přirozená spádovost. S výjimkou velkých měst si pacient opravdu nemůže příliš vybírat, zvláště v případě nebezpečí života. A 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“ (*gate keeper*)

#### ad2) Existence externalit

Spotřeba zdravotnických služeb je spojena s řadou především pozitivních externalit, což jsou vedlejší efekty, které trh nedokáže postihnout. Dobrý zdravotní stav nemá význam čistě jen pro jednotlivce, ale pro celé jeho okolí, rodinu, zaměstnavatele apod. Zapojí-li se jedinec do preventivní nebo vakcinační akce, bezprostředně tím zvyšuje kvalitu této služby ostatním. A naopak, celá řada nemocí, zvláště nakažlivých, s sebou nese negativní externality, které si vynucují státní zásahy a regulaci.

#### ad3) Komodity mající povahu čistého kolektivního statku

Úroveň zdravotnických služeb, respektive jejich kvalita a účinnost je velice úzce závislá na medicínském výzkumu a na pokrok ve vědě. Tento výzkum má svou povahou velice blízko ke kolektivnímu statku. Některé inovace, například léky mohou být patentovány. Většina objevů se však patentovat nedá a i kdyby to bylo možné, dalo by se diskutovat, zda je to žádoucí. Zvýšení cen u takto získaných léků by mohl způsobit pokles jejich používání. Navíc je tu dosti závažný problém, totiž že velká část ze soukromě investovaných prostředků je vynakládána na to, aby se dal obejít existující patent. Jinými slovy, vyvíjí se léky se stejnými (tedy již objevenými) parametry.

## 1.4 Hodnocení zdravotní péče a ekonomická efektivnost

Pro posouzení výkonnosti ekonomických subjektů slouží kritérium jejich efektivnosti. Obecně se jedná o poměr mezi výstupy a vstupy.

Obvykle se používá spíše jako relativní ukazatel než jako absolutní hodnota. To znamená, že se zpravidla konstatuje, že jeden subjekt je efektivnější (méně efektivní) než druhý, nebo efektivnější (méně efektivní) než dříve. Subjekt A je efektivnější než subjekt B, pokud buď 1) používá méně zdrojů na produkci stejného množství výstupu, nebo 2) vyprodukuje větší množství výstupu při stejných vstupech. U druhého způsobu je nezbytné nějakým způsobem výstup kvantifikovat a proto je mnohem složitější a ve zdravotnictví naráží na řadu problémů.

Ekonomická efektivnost ve zdravotnictví znamená, že jednotlivé volby mezi cíli a mezi alternativními způsoby jejich dosažení jsou činěny tak, aby bylo dosaženo maximálního celkového prospěchu z disponibilních zdrojů dané společnosti. Metodou dosažení takto chápané efektivnosti je ocenění relativních přínosů a relativních nákladů různých možností.

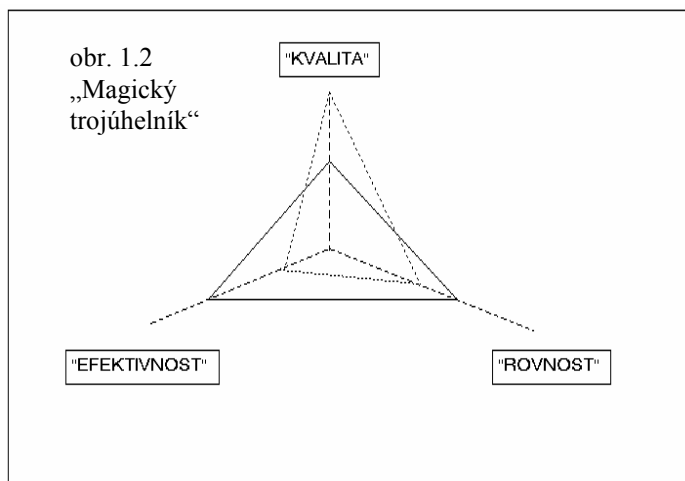
Posuzování ekonomické efektivnosti poskytování zdravotnických služeb je velmi důležité, nicméně je pouze jedním z alespoň **čtyř důležitých aspektů hodnocení** zdravotnických služeb. Kromě kritéria efektivnosti se jedná o posouzení:

- 1) zda je konkrétní služba **účinná** ve smyslu zlepšení zdraví pacientů (medicínský aspekt)
- 2) zda je poskytována humánním způsobem, jinými slovy, nakolik zdravotní péče uspokojuje "spotřebitele" (zde se nejedná zdaleka jen o medicínský aspekt, ale i o pohodlí, přístup lékaře k pacientovi apod.)
- 3) zda jsou služby poskytovány způsobem, který odpovídá ve společnosti převládajícímu chápání spravedlnosti (aspekt sociální).

Do jisté míry se jedná o vzájemně se vylučující cíle. Zajištění pohodlí a spokojenosti pacienta je nákladné a obvykle není v možnostech společnosti zabezpečit stejnou optimálně vysokou úroveň zdravotní péče pro všechny. Rozhodnutí o těchto otázkách mívají obvykle povahu kompromisu. Jako ilustraci je z možno použít jisté analogie známého „magického makroekonomického čtyřúhelníku“ (inlace, zaměstnanost, růst a obchodní bilance). Spojíme-li do jedné kategorie (nazvané řekněme KVALITA) medicínskou účinnost a humanitu péče, vytvoří nám spolu s požadavky na



EFEKTIVNOST (pro tento okamžik chápanou především jako minimalizaci nákladů při dosažení stejného prospěchu) a ROVNOST „magický trojúhelník“. Jeho vrcholy jsou spojeny a tvoří pružný systém, ve kterém na tah (snahu o pohyb v jednom směru, např. snahu o zvýšení pohodlí pacientů) reagují protitahem protilehlé vrcholy, nebo alespoň jeden z nich. Kupříkladu, zvolíme-li za standard u nemocniční péče dvojlůžkové (nebo dokonce jednolůžkové) pokoje, budou pacienti nepochybně s kvalitou služby spokojenější než dnes, kdy sdílí pokoj třeba s pěti i více osobami. Náklady na péči pro stejný počet pacientů však nepochybně vzrostou. Zachování dosaženého stupně rovnosti v přístupu k takové službě bude obtížné. Budeme-li chtít zvýšit přímou finanční spoluúčasť pacientů, abychom tím redukovali příliš vysokou poptávku, sáhneme tím možná efektivnějšího využití zdrojů, avšak od požadavku rovnosti se vzdálíme.



### ***Klíčová slova:***

**ekonomie zdravotní péče**

**účinnost**

**důvody státních zásahů**

**kvalita**

**selhání trhu**

**rovnost**

**nedokonalá informovanost**

### ***Kontrolní otázky***

1. Arowova charakteristika trhu se zdravotní péčí je již třicet let stará. Zamyslete se nad tím, v čem je, podle vás, současná situace již odlišná.
2. Zkuste si odpovědět na to, jak by asi vypadala vaše poptávková křivka po různých typech zdravotní péče. Myslíte si, že je spíše elastická nebo spíše neelastická v souvislosti s cenou resp. důchodem? A jak je tomu u ostatních lidí?
3. Zkuste si sestavit svůj vlastní „magický trojúhelník“. Kterou z hodnot preferujete? Pokuste se domyslet, jakými konkrétními opatřeními byste dostávali systém do pozice, ve které by se vaše kombinace prosadila.
4. Co si myslíte o konkurenčnosti trhu se zdravotní péčí? Jak se konkurence konkrétně projevuje?