

„PŘIMĚŘENOST“ ZDRAVOTNÍ PÉČE

stručné nedokončené poznámky

Ivan Malý

Problematika stanovení „správné“ úrovně poskytované zdravotní péče, je velice složitá a lze na ni pohlížet z mnoha úhlů. Obecně platí, že míra jejího významu pro praktickou realizaci zdravotní politiky je různá v závislosti na existujícím, resp. zamýšleném modelu organizace a financování zdravotní péče. Dále se zdá zřejmé, že existují minimálně **čtyři hlavní aspekty**, které hrají roli při určování toho, které péče (resp. služba) a komu má být poskytnuta a která nikoliv:

- ⇒ medicínský¹
- ⇒ ekonomický²
- ⇒ etický
- ⇒ právní

Tato úvaha se zabývá v podstatě třemi dimenzemi tohoto problému, přičemž třetí dimenze, jak doufáme, vyplývá z prvních dvou. Jde tedy o: 1) relativnost významu a důležitosti samotného určování nějaké úrovně zdravotní péče, 2) problémy spojené s identifikací kritérií úrovně péče a 3) vymezení rolí jednotlivých ekonomických subjektů při řešení základních otázek poskytování zdravotní péče, resp. při řešení problému alokace omezených zdrojů.

1. Význam „přiměřenosti“ ve stromu problémů zdravotnictví

Asi není sporu o tom, že v podmínkách tržní ekonomiky nemá valného smyslu sledovat, kolik procent svého disponibilního příjmu věnují jednotlivci a domácnosti na nákup běžných služeb poskytovaných např. kadeřníky, maséry, opraváři spotřební elektroniky apod. Ani agregovaný údaj o podílu takových výdajů na HDP by zřejmě nezpůsobil žádné znepokojení, ani kdyby během určitého období vykazoval růst, pokud by se trhy se zmíněnými službami daly považovat alespoň za relativně konkurenční, na kterých je spotřebitel nucen konfrontovat získaný užitek s tržní cenou, která odráží mezní náklady. Růst podílu takových výdajů bychom pravděpodobně přičetli měnícím se preferencím suverénních spotřebitelů.

Je-li obdobný trend u výdajů na zdravotní péči, ke kterému reálně dochází téměř na celém světě, reflektován se znepokojením, musí zde existovat nějaké zásadní rozdíly. Těmito rozdíly jsou: 1) skutečnost, že trh se zdravotnickými službami bývá zpravidla obecně chápán jako trh selhávající, nedostatečně schopný generovat optimální množství poskytovaných služeb prostřednictvím mechanismu tržní ceny i v případě, že by na něm docházelo pouze k přímým platbám a 2) většina plateb resp. úhrad za poskytovanou péči je prováděna (z důvodů více méně objektivních) prostřednictvím tzv. třetí strany, tedy nikoliv přímo pacientem, což způsobuje, že spotřebitel není bezprostředně konfrontován s náklady péče. 3) na rozdíl od běžných spotřebních komodit existuje široce rozšířené přesvědčení, že žádnému člověku by neměl být odepřen přístup k odpovídající zdravotní péči z důvodu jeho nízkého příjmu, jiný-

¹ S velkou mírou zjednodušení, která již pravděpodobně přesahuje meze tolerance odborné veřejnosti, lze konstatovat, že z čistě medicínského hlediska může být „přiměřeným“ ten způsob poskytování péče, který přináší uspokojivé výsledky, resp. dává určitou uspokojivou pravděpodobnost dosažení žádaného výsledku (obnovení tělesné funkce, odstranění příznaků, utišení bolesti...) a pacienta nepoškozuje, resp. poškozuje co nejméně.

² Žádné „čistě ekonomické“ hledisko ovšem neexistuje. Pokud bychom se přesto měli pokoušet o definici, pak by přiměřenou péčí v optimálním případě mohla být péče, která poskytuje maximální užitek z disponibilních zdrojů.

mi slovy, existují mechanismy, které umožňují spotřebu i těm jednotlivcům, kteří by normálně nebyli ochotni resp. schopni zaplatit tržní cenu.

Pokud bychom přesto uvažovali o hypotetickém příkladu čistě tržního modelu poskytování zdravotní péče, nebudeme mít s vymezením „přiměřené“ péče (především v pojetí přiměřenosti vzhledem k disponibilním zdrojům) problém, neboť zde nemá místo. Rozsah i kvalita poskytované péče je předmětem smluvního vztahu mezi spotřebitelem a poskytovatelem služby. Rovněž v modelu založeném na převaze soukromého a dobrovolného zdravotního pojištění (typicky USA) je rozsah a kvalita péče individualizována buď výběrem pojistného plánu, nebo v rámci smluvního vztahu mezi pojišťovnou a poskytovatelem. Explicitní stanovení věcného obsahu „přiměřené“ resp. „standardní“ péče je spojeno výhradně s některými formami financování zdravotní péče z veřejných fondů. **Intenzita problému se stanovením „přiměřenosti“ roste s podílem veřejných zdrojů na financování péče.** Je poněkud paradoxní, že v systémech typu NHS založených na financování prostřednictvím státního rozpočtu a poskytujících bezplatně **veškerou** zdravotní péči, již opět pojem „přiměřenosti“ nehraje takovou roli, resp. není takto explicitně formulován a akcentován.

Tento dosti triviální úvod je zařazen z toho důvodu, že i dnes se můžeme občas setkat s vážně míněným názorem, že zásadní problém našeho českého zdravotnictví je výše a trend vývoje **pouze** veřejných výdajů na zdravotní péči. Argumentace se většinou ubírá tímto směrem: *máme v podstatě bezplatnou (resp. plně hrazenou zdravotní péči) pro všechny občany a to vše při daných kapacitách (počty lékařů, nemocnic, lůžek) nejsme schopni v daném systému financovat, neboť nejsme (zatím) na to dosti bohatí - musíme tedy redukovat obsah takto poskytované plně hrazené péče pro všechny, zavést druhy služeb a výkonů, které si budou občané platit sami - tím získáme úsporu veřejných prostředků, resp. snížíme tlak na veřejné zdroje - do systému natáhneme dodatečné zdroje z privátní sféry - výše výdajů soukromých nás přitom nezajímá, vliv na trendy vývoje celkových výdajů na zdravotnictví také ne.* **Otázkou tedy je jen to, co má zůstat garantováno.** Není asi nutné na tomto místě zdůrazňovat, o jak krátkozraký a z hlediska alokační efektivity fundamentálně chybný názor se jedná. Pokud by mělo být chápáno centrální vymezení přiměřené (základní, standardní, minimální ...) péče jako opatření řešící problémy současného způsobu financování zdravotnictví **samo o sobě**, pak se podle našeho názoru jedná o zásadní omyl.

Jinými slovy, při vědomí dlouhodobě neudržitelné tenze mezi požadavky na růst výdajů a možnostmi veřejných zdrojů si má vláda „umýt ruce“ a redukovat oblast své bezprostřední odpovědnosti na tzv. garantovaný rozsah zdravotní péče, jenž má být postupně stále více a více redukován. Případná selhání trhu a z nich pramenící cenové distorze v oblasti služeb, které nejsou ze zdravotního hlediska pro občana nezbytné už nejsou tak důležitá, resp. dokonce mohou hrát v systému roli určité kompenzace pro poskytovatele služeb.

Hlavní problém financování zdravotnictví spočívá podle našeho názoru v růstu nákladů na zdravotní péči způsobeném hlavně nadměrným počtem lékařů a lůžkovou kapacitou nemocnic a zvoleným způsobem úhrady za poskytovanou zdravotní péči. Tyto náklady však budou muset být uhrazeny bez ohledu na původ zdrojů, pokud nedojde k regulaci strany nabídky. V této souvislosti je zajímavé, že ještě před pěti lety spočíval jeden z největších problémů českého zdravotnictví ve značném podfinancování. Dlouholeté uplatňování tzv. zbytkového principu se projevovalo nízkými mzdami, zastaralou technikou a nedostatkem některých léků a zdravotnického materiálu. Současný systém byl do značné míry tvořen tak, aby se množství prostředků vydávaných na zdravotnictví zvětšilo. Tohoto cíle, jak je vidět, bylo dosaženo velice brzy. Absolutní nárůst prostředků však nebyl následován zlepšením systému kontroly (resp. evidence) efektivity jejich využívání. Samotný údaj o podílu výdajů na zdravotnictví na HDP (cca 7,5 %) není ani tak znepokojivý, neboť je vcelku srovnatelný s jinými

zeměmi. Varovně však je, že této poměrně rozumné výše dosahujeme v situaci (velmi zjednodušeně řečeno), kdy zdravotnictví jako celek nakupuje významnou část vstupů (přístroje, léky, materiál) za „světové“ ceny, ale výstupy prodává (jak jinak) za regulované domácí ceny, které reflektují „co si společnost může dovolit“. Na zbývajících vstupech je pak logicky potřeba ušetřit. Současné bouřlivé tlaky na zvýšení mezd lékařům dávají tušit, že udržet dosaždní relativní výši nákladů na zdravotní péči bude velmi nesnadné.

Současný systém selhává, protože se mu nedaří dosáhnout funkčního kompromisu mezi ekonomickými a dalšími stimuly k efektivnímu poskytování zdravotní péče a poptávce po ní na jedné straně a spokojeností, důvěrou a ztotožněním se všech hlavních zájmových skupin s tímto systémem na straně druhé.

Stanovisko ministerstva zdravotnictví je (resp. bylo) ovšem poněkud jiné. Ještě donedávna (?) spatřovalo základní selhání systému ve skutečnosti, že cena zdravotní péče neovlivňuje chování pacienta. Pacient je pokládán za částečně způsobilého spolurozhodovat o odůvodněnosti, nezbytnosti a charakteru zdravotnických služeb. Vedle toho se předpokládá, že případná finanční spoluúčast na úhradě zdravotní péče a existence individuálních bytelných pomohly řešit tuto situaci. Ministerstvo připouští informační převahu lékařů i jejich roli „generátorů“ poptávky, navíc ve svých materiálech výslovně předpokládá orientaci lékařů na maximalizaci příjmu. Zvolený způsob úhrady zdravotní péče platbou za jednotlivé výkony vzbuzuje mimořádný zájem lékařů na zvyšování objemu zdravotní péče. Ministerstvo tedy na jedné straně plně akceptuje východiska teoretické ekonomie zdravotní péče o tom, že trh zde může výrazně selhávat, neboť proces tvorby ceny je deformován zejména informační převahou lékařů, ale (podle našeho názoru paradoxně) vidí východisko v orientaci na „více trhu“.

Pokud se pro účely dalšího výkladu dobrovolně omezíme mantinely současného systému, pak platí, že **určitá redukce rozsahu plně hrazené péče je nutná**. Ne jako nástroj omezení růstu výdajů, či dosažení úspor, ale jako nutný systémový předpoklad fungování již vytvořených prvků a naplnění deklarovaných (politických) cílů jako jsou zejména:

1. 28 zdravotních pojišťoven, které si původně měly konkurovat, neboť výše prostředků, se kterými pojišťovny hospodaří, roste s počtem pojištěnců. Původní předpoklad, že tyto pojišťovny budou soutěžit o pacienty mimo jiné i tím, jakou „nadstandardní péči“ jim umožní, se potvrdil. V současné době je však pojišťovnám zakázána úhrada péče nad rámec stanovený Zdravotním řádem.
2. současná forma úhrady nákladů spojených s poskytováním péče - ta je svým způsobem uvalení jednotného měřítka na různé subjekty. Neexistuje v podstatě žádná možnost, jak kompenzovat případné finanční ztráty v případě, že reálné náklady jsou vyšší než úhrada. (Pokud neuvažujeme fiktivní výkony.)
3. naplnění požadavku liberálního a efektivně fungujícího systému, založeného na svobodné volbě občanů v rámci plurality
4. rozvoj privátního zdravotnictví, neboli sektoru, zaměřeného na uspokojování potřeb vysokopříjmových skupin obyvatel. Zdroje stažené z financování solidární zdravotní péče, která neposkytuje této klientele dostatečný komfort, výběr a úroveň služeb, (a z veřejných prostředků placeným lékařům dostatečně vysoké příjmy...) mají být přesměrovány (doslova „ať to stojí, co to stojí“ tj. bez ohledu na administrativní náklady) do sektoru ryze privátního, který to vše umí zajistit velice dobře.

Poznámka:

Poněkud menším problémem je v této souvislosti aspekt *equity*, resp. spravedlnosti či volněji aspekt etický resp. sociální. Zcela nereálné je dosažení situace, kdy by byla 100 procentům populace poskytována veškerá potenciálně možná (z hlediska stupně poznání medicíny) a teoreticky potřebná péče. Odpověď na to, který z nástrojů regulujících přístup k poskytnuté péči je spravedlivější, závisí na hodnotových soudech spojených s chápáním významu zdravotní péče jako statku. **Samotná specifikace určitého rozsahu péče však z tohoto pohledu není v zásadním rozporu s žádným z následujících tří nejobvyklejších přístupů.**

1. Jedním z poměrně rozšířených názorů je, že 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. „*Právě tak, jako by nemělo být podrobena tržním pravidlům volební právo (občané nesmějí kupovat a prodávat své hlasy), a tak, jak si občané nesmí kupovat způsob své vojenské služby, dojde-li k povolávání do armády, ani, právo na život, resp. přístup k zdravotním službám - by neměly být řízeny trhem.*“ (Stiglitz, J.E., 1988:288)

2. Ne všichni ekonomové souhlasí ovšem 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 (více k tomuto názoru např. Fuchs, V.R., 1975).

3. Nicméně se zdá, že prakticky všechny západní demokracie tendují k třetímu přístupu. Každý by měl mít právo na jistou **minimální, průměrnou nebo základní úroveň péče**, a to i přes široce uznávanou skutečnost, že netržní metody poskytování statků vedou k nadměrné spotřebě a s tím souvisejícím neefektivitám. Zdá se, že tento přístup doposud převládá i u nás. Snad lze vést určité akademické spory, do jakého rozsahu chápe náš ústavní pořádek onu bezplatnou zdravotní péči³, pro účely této práce to ale nemá příliš význam.

2. Problémy věcného vymezení

Samo o sobě není věcné vymezení rozsahu a koneckonců v jistém smyslu i kvality péče hrazené třetí stranou ve prospěch jednotlivce příliš velkým problémem. Každá komerční pojišťovna nabízející zdravotní pojištění takový algoritmus pravděpodobně zvládá vcelku rutinně. V prostředí, ve kterém si stanovují ceny služeb jejich poskytovatelé, není nic jednoduššího, než vzít v úvahu pravděpodobnost využití jednotlivých služeb ze strany pojištěnců, rozpočtové omezení dané výškou pojistného, kterou jsou klienti ještě ochotni platit, počet pojištěnců a sestavit dostatečně konkurenční nabídku hrazené péče (*benefit package*). Takových pojistných plánů může pojišťovna nabízet několik v různých cenových úrovních. Jejich „správnost“ resp. „průměrnost“ prověří trh zdravotního pojištění.

Vymezení v podmínkách všeobecného, unifikovaného a povinného veřejného pojištění je ovšem složitější. Objevují se tu prvky sociální únosnosti a politické průchodnosti. Rozsah přiměřené péče by měl rovněž reflektovat hlediska zdravotní politiky, resp. veřejný zájem. Ekonomický aspekt je méně důležitý, rozhodující je otázka shodné politické vůle a (doufejme) aspekt medicínský.

Průměřená, státem garantovaná a z veřejných výdajů financovaná péče může být technicky vymezena různými způsoby, např.:

⇒ vymezení okruhem osob - USA: Medicaid, Medicare

³ viz čl. 31 Listiny základních práv a svobod: „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“

- ⇒ vymezení okruhem služeb
obecnější x konkrétnější (ČR vyhl. č 258/92 Sb.)
medicínské x nemedicínské
druh technologie (lege artis, podléhá vývoji)
- ⇒ vymezení prostřednictvím potřebné kvalifikace (délka studia, atestace) nutné k některým výkonům
- ⇒ vymezení prostřednictvím potřebného přístrojového vybavení

3. K rolím ekonomických subjektů

Kdo má rozhodovat o rozsahu a kvalitě péče

Dimenze individuální, komunální, celonárodní

Investice, síť, zdravotní politika, prevence

V této souvislosti alespoň krátký exkurs. Porovnáme-li systémy zdravotní péče v různých zemích, je patrné, že existuje v zásadě pět druhů subjektů, kteří jsou systémově způsobilí rozhodovat o tom, komu a jaká péče bude poskytnuta (vyjádřeno v peněžních jednotkách). Jsou to: pacient, lékař, management zdravotnického zařízení, zdravotní pojišťovna a stát. Někdo z nich musí být bezprostředně konfrontován s faktem omezenosti zdrojů. Pravděpodobně nelze říci, kdo je tím nejpovolanejším, ale zkušenosti i teorie učí, že svěřit tuto volbu pacientovi je nejméně vhodné, neboť to s sebou nese problémy ekonomické a sociální. Pro systémy podobné našim je typické, že oním subjektem ekonomicky zainteresovaným na efektivním hospodaření s prostředky jsou zdravotní pojišťovny. Tuto roli však pojišťovny u nás zatím nesehrávají.

Podle mého názoru je nejperspektivnější svěřit podstatně větší díl této rozhodovací pravomoci na management zdravotnických zařízení, resp. lékaře, prostřednictvím vhodných metod úhrady nákladů spojených s poskytováním péče (kapitační platby, paušály, předplacená péče...). Oni rozhodují o technické efektivnosti. Zde se na jednom místě setkává znalost dostupných technologií, nákladů, poptávky i přímá ekonomická i neekonomická zainteresovanost.

Jistý marginální efekt (spíše psychologický a politický než ekonomický) může mít i v Dlouhodobém programu navrhované vyčlenění části prostředků získaných ze zdravotního pojištění na individuální účty.