

Efektivnost reforem zdravotnictví – problémy hodnocení
Ivan Malý, Masarykova univerzita Brno, Česká republika

V uplynulých dekádách jsme svědky jevu, který je společný prakticky pro všechny vyspělé země. Jejich zdravotnické systémy procházejí významnými systémovými změnami. Dalo by se říci, že se tak snaží přizpůsobit objektivním změnám, které nastaly na poli medicínské vědy, technologií a potřeb.

At' již se jedná o skutečné komplexní reformy, či postupné dílčí změny systému jde o procesy, které vyvolávají přímé i nepřímé náklady. Kupříkladu v ČR bylo zavedení systému veřejného pojištění v letech 1992-1993 doprovázeno reálným meziročním nárůstem zdravotnických výdajů na hlavu o 38% (celkem šlo o nárůst v řádu 30 mld. Kč). Úroveň výdajů na zdravotnictví se v té době dostala z oblasti kolem 5% HDP k 8% HDP a dodnes se drží nad sedmi procenty.

Logicky se nabízí otázka kritérií úspěšnosti, resp. efektivnosti reforem. Je zřejmé, že musí jít o vztah mezi náklady na reformu a užitky z ní plynoucích, tj. měření, v čem je systém „lepší“ po reformě. Tím se dostáváme do oblasti hodnocení zdravotnických systémů.

Pokusíme se argumentovat svůj názor, že při praktickém posuzování úspěšnosti reforem je nutné porovnávat dosahované stavy především a nade vše ostatní s *proklamovanými* cíly, ačkoliv existují snahy o stanovení všeobecně platných, univerzálních „žádoucích cílů“.

Kupříkladu Světová zdravotnická organizace (WHO) při hodnocení výstupu zdravotnického systému vychází ze třech sociálních cílů: zlepšování zdraví, vstřícnosti a spravedlivého rozložení finančních příspěvků (ÚZIS, 2001).

Jakkoliv je snad tento přístup smysluplný pro hodnocení *výstupů zdravotnického systému*, pro reálné hodnocení efektivnosti reforem bych ho museli pokládat za

nedostatečný, jakkoliv sofistikovaně pracuje WHO s deskripcí sociálních cílů¹, resp. přesto, že je možné i měřit stupeň dosažení každého z těchto cílů prostřednictvím dílčích indexů jako např. *DALE*, *Health distribution index*, *Responsiveness level index*, *Responsiveness distribution index* a *Fairness of financial contribution index*, či měřit celkový index dosahování cílů zdravotnického systému - *Overall attainment index* (ÚZIS 2001).

Domníváme se totiž, že *výstupy reformy* samotné nelze interpretovat pouze jako změny (přírůstky) ve výstupech zdravotnického systému. Studujeme-li reformy, které probíhaly v posledních dekáдах ve vyspělých zemích (např. SALTMAN 1997, MALÝ 1997), povšimneme si faktu, že cíle reforem se velice často zaměřovaly nikoliv primárně na *výstupy zdravotnického systému*, nýbrž na *parametry jeho fungování*. Především se jednalo a jedná o problémy vymezení rozhodovací autonomie poskytovatelů péče, „spravedlnosti“ (férovosti) přístupu poskytovatelů ke zdrojům, míry jejich sociálních jistot apod.

Částečně zde jistě hraje roli logika, že dobře fungující systém produkuje i dobré výstupy.

Nelze ovšem pominout i to, že způsob, jakým systém pracuje, je (resp. může být) vnímán jako hodnota, resp. cíl i sám o sobě, v extrémních situacích dokonce i jako alternativa k hodnotám zdraví či distribuční spravedlnosti.

Koneckonců v realitě býváme svědky situace, kdy komunity obtížně řeší *trade-offs* právě mezi parametry fungování systému a (potenciálními) výstupy v interpretaci WHO. V ČR je kupříkladu nedostatečné odměňování zdravotnických pracovníků vnímáno i přinejmenším částí veřejnosti jako

¹ *Zlepšování zdraví* populace znamená, že se prodlužuje se délka života, celá populace je méně nemocná, existuje větší rovnost v délce a kvalitě života a nemoci mezi různými skupinami obyvatel. *Zlepšování vstřícnosti* zdravotnického systému je identifikován jako stav, kdy systém bere na zřetel práva jedince na jeho důstojnost, samostatnost, ochranu důvěrných údajů a jasné dorozumívání (komunikaci), poskytuje základní péči rychle, nabízí adekvátní sociální podporu a dává lidem svobodnou volbu poskytovatele zdravotní péče a zachází se všemi lidmi stejně s ohledem k výše uvedeným bodům. Úroveň dosahování určitého cíle vyjadřuje jeho kvalitu. Distribuce vyjadřuje rozdělení výsledků činnosti zdravotnického systému mezi obyvatelstvo, vyjadřuje tedy spravedlnost při dosahování určitého cíle. U zdraví i vstřícnosti lze posuzovat obě tyto stránky, u finančních

chronický problém zdravotnictví nikoliv proto, že by vyšší platy lékařů vedli k lepšímu stavu zdraví populace, nýbrž proto, že je to považováno prostě za nespravedlivé s přihlédnutím na společenský význam jejich práce. V USA se před několika lety již poněkolkáté nepodařila reforma mající za cíl zavedení všeobecného zdravotního pojištění proto, že to pravděpodobně odporovalo převládajícím hodnotám silných zájmových skupin plátců a poskytovatelů péče, kteří se obávali nepřípustné regulace svých rozhodovacích pravomocí. Zdraví prostě není jediným společensky akceptovaným žádoucím efektem a není ani vždy tím hlavním společensky žádoucím efektem.

Definování společenských cílů, resp. stanovování či změny jejich hierarchie je úkolem politických procesů, veřejné volby, která zprostředkovává promítnutí individuálních preferencí a zájmů jednotlivců, které jsou přirozeně různé, často protikladné, do kolektivních rozhodnutí (BUCHANAN, 1987).

Klíčovou otázkou je, zda existuje nějaký objektivně existující anebo všemi členy společnosti akceptovaný „žádoucí užitek“ (resp. jednoznačně přijímaná hierarchie užitků), kterého by reforma „měla“ dosáhnout a tudíž by posloužil jako objektivní kritérium efektivity (podrobněji MALÝ, 1998). Není-li, pak nastávají pouze dvě možnosti:

- Měření efektivity je nezbytně subjektivní a arbitrární, odvislé od hodnotově podmíněného chápání žádoucích užitků.
- Efektivnost je vztažena k tomu, jak jsou definovány cíle samotné reformy, jakkoliv se mohou odchylovat od „objektivně žádoucích užitků“. Měříme, jak efektivně dosáhla vláda svých deklarovaných cílů. Považujeme ji za „suveréna“ vzhledem k definování žádoucích užitků.

Reformy zdravotnických systémů mají primárně politickou povahu (ELSINGA, 1987). Jejich výstupy je třeba vztáhnout k uspokojení zájmů a potřeb všech,

kteřé ovlivňují. Nelze je chápat jako technické projekty sloužící k zkonstruování lepšího tj. vyšší úrovně výstupů dosahujícího systému. **Jako korektnější by se nám jevilo hodnotit reformy podle toho, nakolik uspokojují zájmy různých subjektů tvořících společnost, resp. jaký čistý společenský užitek způsobují.** V tomto pojetí je ovšem měření efektivnosti v podstatě nemožné, neboť užitky z uspokojování zájmů mají subjektivní povahu a nelze je navzájem poměřovat (BECKER, 1997).

Zdá se nám tedy, že existují důvody pro přijetí relativně restriktivně chápaného pojetí efektivnosti reforem pouze z hlediska míry dosažení cílů, které subjektivně definuje ten, kdo reformu provádí. Nemá-li reforma explicitně definované cíle nemá smysl se zabývat efektivností.

Literatura:

1. BECKER, G.S. (1997): Teorie preferencí. Liberální Institut, Grada Publishing, Praha 1997
2. BUCHANAN, J.M. (1987): Public Finance in Democratic Process (Fiscal Institutions and Individual Choice). UNC Press, Chapel Hill 1987
3. ELSINGA, E. (1989): Political decision-making in health care: the Dutch case. *Health Policy*, 11/1989, s.243-255
4. KUVÍKOVÁ, H., MURGAŠ, M., NEMEC, J. (1995): Ekonomie zdravotnictva. Phoenix, Banská Bystrica 1995
5. MALÝ, I.(1997): Pravděpodobné změny financování veřejného zdravotnictví z pohledu zkušeností z průběhu reforem zdravotnických systémů ve vyspělých zemích. *Teoretické a praktické aspekty veřejných financí v České republice, Acta oeconomica pragensia*. Vědecký sborník VŠB č. 6, 5. ročník, Praha 1997. s. 49-52

6. MALÝ, I. (1998): Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví. MU Brno, 1998
7. SALTMAN, R.B., FIGUERAS, J. (1997) European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1997
8. ÚZIS: Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR č.51, Praha. 3.9.2001 publikováno na internetu
www.uzis.cz/cz/archiv01/51_01.htm

Klíčová slova:

reformy zdravotnických systémů, žádoucí efekty, hodnocení