

Ekonomicko-správní fakulta Masarykovy univerzity v Brně

Vybrané otázky z ekonomie zdravotní péče

Studijní opora pro studenty distančního studia

Management ošetrovatelství, LF MU

V Brně, listopad 2004

Doc. JUDr. Ivan Malý, CSc.

ÚVOD	3
EKONOMICKÁ TEORIE A ZDRAVÍ	4
1.1 Pojem ekonomie zdravotní péče	4
1.2 Ekonomická podstata zdravotnických služeb	5
1.3 Důvody státních zásahů	5
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
1.4 Hodnocení zdravotní péče a ekonomická efektivnost	8
Klíčová slova:	9
Kontrolní otázky	9
2. UPLATNĚNÍ METOD EKONOMICKÉ ANALÝZY	10
2.1 Prvky ekonomického hodnocení a metody analýzy	10
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
Klíčová slova	13
Kontrolní otázky	13
3. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB	14
3.1 Formy a modely financování	14
3.1.1 Formy financování	14
3.1.2 Modely financování	14
3.2 Metody financování "třetí stranou"	15
3.2.1 Platby za služby lékařů	17
3.2.2 Financování zdravotnických zařízení	19
Klíčová slova	22
Kontrolní otázky	22
LITERATURA	23

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 kardiologického 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).
- **smišené 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 smišených 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 užiteků). 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 léčeni, 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 léčeni 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.

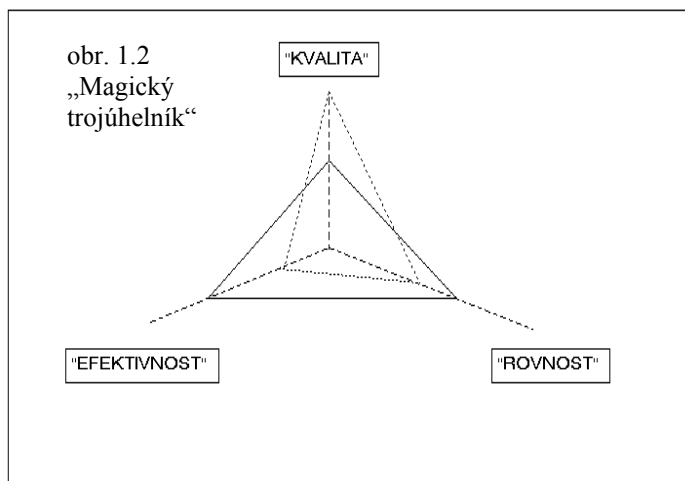
Ekonomická efektivnost ve zdravotnictví znamená, že jednotlivé volby mezi cíli a mezi alternativními způsoby jejich dosažení jsou činěny tak, aby bylo dosaženo maximálního celkového prospěchu z disponibilních zdrojů dané společnosti. Metodou dosažení takto chápané efektivnosti je ocenění relativních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

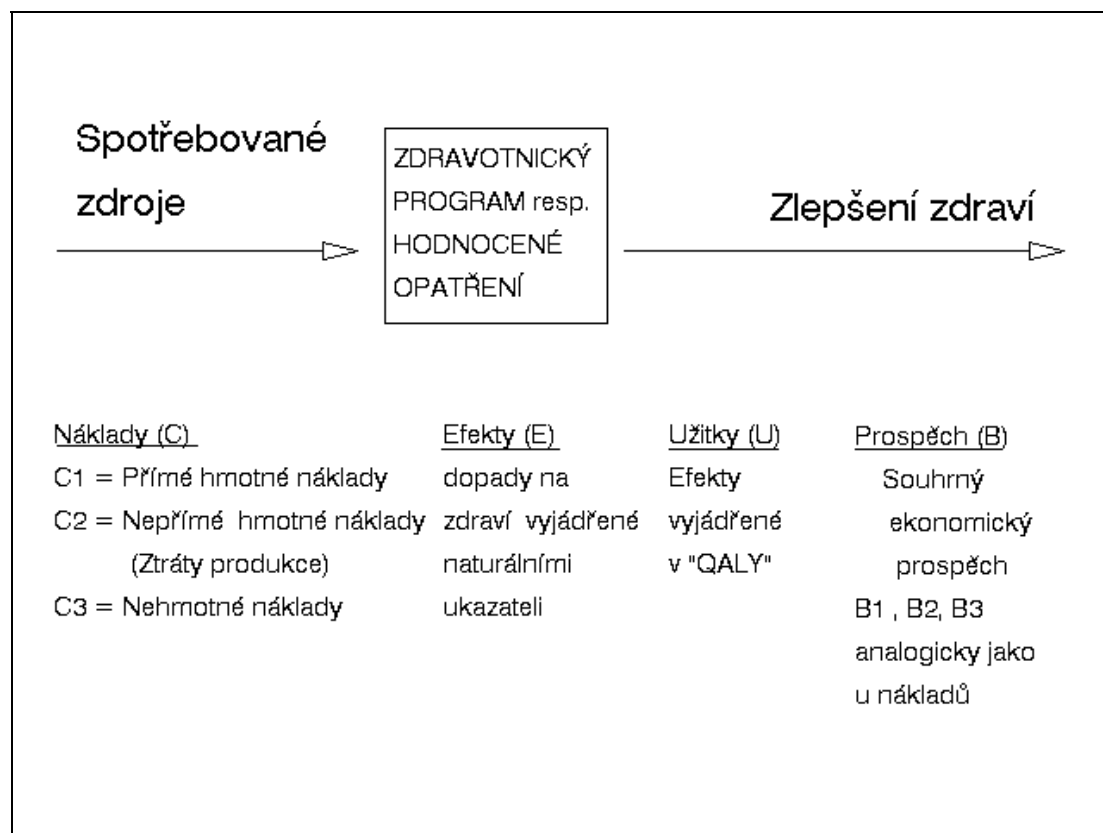
2. Uplatnění metod ekonomické analýzy

V této části jsou prezentovány základní metody používané při ekonomických analýzách ve zdravotnictví. Uváděné metody se používají zejména k oceňování jednotlivých zdravotnických programů, jako alternativních způsobů poskytování konkrétních zdravotnických služeb, porovnávaných z hlediska svých nákladů a dopadů. Přes všechna omezení, se kterými jsou spojeny, naznačují cestu, jak plánování, organizování a financování zdravotní péče postavit na poněkud exaktnější základ, než tomu bývá doposud.

2.1 Prvky ekonomického hodnocení a metody analýzy

Prvky hodnocení programu či opatření jsou znázorněny na obrázku 2.1. Všechny metody se zabývají náklady, ale jedna se od druhé liší v tom, jak definují, případně měří výstup.

Obr. 2.1 PRVKY EKONOMICKÉHO HODNOCENÍ (Pramen: Drummond, M.F.,1987:2)



Tabulka 2.2 znázorňuje třídění základních metod ekonomické analýzy zdravotnických programů. Kombinují se tu dvě základní kritéria: 1) zda jsou analýzou zkoumány jak vstupy tak výstupy, 2) zda jde o porovnání dvou a více alternativ (za alternativu lze pokládat i nečinnost).

Tabulka 2.2 CHARAKTERISTIKY ZÁKLADNÍCH METOD EKONOMICKÉ ANALÝZY (Pramen: Drummond, M.F., 1987:8)

Jsou analyzovány jak náklady (vstupy), tak i výsledky (výstupy) programu?			
	N	E	A N O
	Vyšetřovány pouze důsledky	Vyšetřovány pouze náklady	
Jsou porovnávané alespoň dvě varianty?	E 1A ČÁSTEČNÉ HODNOCENÍ Popis výstupu	1B HODNOCENÍ Popis nákladů	2 ČÁSTEČNÉ HODNOCENÍ Popis nákladů a výstupu
	A 3A ČÁSTEČNÉ HODNOCENÍ Hodnocení efektivity	3B HODNOCENÍ Analýza nákladů	4 PLNÉ EKON. HODNOCENÍ Analýza minimalizace nákladů Analýza nákladové efektivity Analýza nákladů a užitečnosti Analýza nákladů a užiteků

2.1.1 Analýza nákladů (*cost analysis*)

Zabývá se pouze náklady. Uplatňuje se např. při vyčíslování nákladů určité specifické choroby a může být důležitou pomůckou při stanovování priorit alokačního procesu. Specifický případ nastává, pokud jsou u dvou nebo více alternativ vedle nákladů zkoumány i dopady, které se ukáží být ekvivalentní. Takový případ se pak nazývá analýza minimalizující náklady (*cost minimization analysis*).

Náklady se dělí podle stejných kritérií jako v ostatních odvětvích. Tabulka 2.3 ukazuje tři základní kategorie. První kategorie se skládá z nákladů na vytvoření a provoz zdravotnického programu a náklady chápe jako použité zdroje. Zahrnuje jak variabilní tak fixní náklady a bývá často nazývána přímé náklady. Kategorie druhá obsahuje náklady, které vznikají pacientům a jejich rodinám. Kromě přímých výdajů jsou sem zařazeny i náklady v podobě ztráty pracovního času při podstoupení léčby. Tyto produkční ztráty jsou označovány jako nepřímé náklady služby nebo programu. Podobný charakter mají i tzv. psychologické náklady (resp. psychologický újma), které nejsou při rozhodování pacientů a jejich rodin zanedbatelné.

2.1.2 Analýza nákladů a účinků (*cost effectiveness analysis*)

V této formě ekonomického oceňování jsou výsledky programů měřeny v podobě naturálních ukazatelů a fyzikálních jednotek (získané roky života, počet správně diagnostikovaných případů, průměrná hodnota snížení krevního tlaku). Hodnota ani cena efektů se nezjišťuje. Platí implicitní předpoklad, že efekt už byl uznán jako hodnotný, že lidově "stojí za to". Alternativy pak mohou být poměřovány náklady na příslušnou jednotku (na 1 získaný rok života, ošetřený případ apod.)

Tabulka 2.3 DRUHY NÁKLADŮ (Pramen: Drummond, M.F., 1987:22)

NÁKLADY	
I. Pořizovací a provozní náklady uvnitř zdravotnického sektoru (tzn. mzdy, přístroje, materiál, energie, investice)	přímé
II. Náklady vzniklé pacientům a jejich rodinám	
- přímé výdaje	nepřímé
- vlastní podíl na léčbě	
- ztracený pracovní čas	
- psychická újma	

2.1.3 Analýza nákladů a užitečnosti (*cost utility analysis*)

V tomto případě jsou výsledky programů měřeny v časových jednotkách. Skutečnost, že existují zjevné rozdíly mezi kvalitou života při různých zdravotních stavech, je vyjádřena tím, že časové jednotky jsou přepočítávány pomocí vah, odrážejících míru užítka (uspokojení) plynoucího ze zdravotního stavu. Jinými slovy zdravotní stavy jako výsledky jednotlivých alternativ jsou mezi sebou poměřovány. Hovoří se při tom o **tzv. kvalitou přepočtených letech života** (angl. *quality-adjusted life-years*, dále jen QALY). Tento přístup je výhodný např. při posuzování léčebných postupů, které dosahují prodloužení lidského života pouze za cenu vedlejších účinků (např. chemoterapie u některých typů rakoviny). Na druhé straně nelze přehlédnout značnou spekulativnost přepočítacích metod i to, že musí být založeny na vysoce validních datech o konečných účincích léčby (získané roky života, zkrácení doby léčby apod.).

Příkladem metody výpočtu QALY může být studie G. W. Torrance (citováno dle Drummond, M.F., 1987:120-148). Je zde prezentován klasifikační systém skládající se ze čtyř atributů.

- 1) Tělesné funkce: pohybové a tělesné aktivity (6 stupňů)
- 2) Soběstačnost, resp. míra závislosti na cizí pomoci (5 stupňů)
- 3) Citové uspokojení a společenské aktivity (4 stupně)
- 4) Zdravotní problémy (bolesti, poruchy smyslů apod.) (8 stupňů)

Každý z atributů je pak dále rozčleněn do několika verbálně vyjádřených kvalitativních úrovní. Těm jsou přiřazeny multiplikativní koeficienty užítka (m). Koeficienty pocházejí z intervalu $\langle 0.50, 1.00 \rangle$ a slouží jako váhy poměřující kvalitu zdraví spojeného s příslušným stavem. (Nejlepšímu odpovídá koeficient 1.00) Celková hodnota dosaženého užítka (U) se pohybuje v intervalu od jedné (perfektní zdraví) do nuly (smrt) a vypočítává se pronásobením jednotlivých koeficientů: $U = 1.42 (m_1 m_2 m_3 m_4) - 0.42$.

2.1.4. Analýza nákladů a prospěchu (*cost benefit analysis, CBA*)

CBA se pokouší oceňovat v peněžních jednotkách jak náklady, tak výsledky jednotlivých alternativ. Potenciální možnosti použití této metody jsou nejširší. Metoda umožňuje posoudit, zda výsledky programu nebo opatření odpovídají vynaloženým nákladům. Bohužel, okruh nákladů a prospěchů, které by šlo v praxi oceňovat, je dosti omezený vzhledem k problémům s jejich měřením. Mezi hlavní metody využívaných při oceňování vstupů a výstupů patří:

- 1) ocenění trhem - lze buď převzít aktuální tržní cenu, pokud existuje (uplatňuje se u řady nákladových položek), nebo se použije hodnota tržní ceny podobné komodity (hodnota práce ženy v domácnosti odvozená od mezd hospodyň, služek či chův),
- 2) odhad ochoty klientů zaplatit - zjišťuje se přímým způsobem (přímý dotaz) nebo nepřímo pozorováním a analýzou jejich chování,

- 3) analýza rozhodovací praxe decizorů (tzn. jde o hodnocení, která již jednou prošla politickým procesem zjišťování veřejného zájmu),
- 4) kvalifikovaný odhad odborníků, založený na jejich profesionálních znalostech a zkušenostech.

Největší problémy pochopitelně nastávají v souvislosti s oceňováním hodnoty lidského života. V této souvislosti je (zejména v americké literatuře) poměrně rozšířený přístup založený na koncepci „lidského kapitálu“ (human capital), kdy se používá hodnot hrubých diskontovaných příjmů. Alternativou mohou být postupy využívající výši individuálních výdajů na pojištění či rozhodnutí soudů o náhradách poškozeným osobám. Uskutečňují se též přímá měření využívající teorii her k měření ochoty zaplatit za změny rizika

Výsledky této metody mohou být vyjádřeny hodnotou poměru mezi náklady a prospěchem, čistým prospěchem nebo vnitřní mírou návratnosti, jak je to obvyklé i v jiných oblastech.

Klíčová slova

náklady

cost analysis

účinky

cost effectiveness analysis

užitečnost

cost utility analysis

QALY

cost benefit analysis

prospěch

Kontrolní otázky

1. V čem, podle vás, spočívá největší problém při použití popsaných metod ekonomické analýzy v praxi?
2. Máte konzultovat, zda má dané obecní zdravotnické zařízení investovat do výstavby nového chirurgického pavilonu, nebo či raději nerozšířit jednotku intenzivní péče. Jaké informace budete potřebovat pro rozhodnutí? Pokuste se popsat algoritmus svého rozhodování. Zkuste v tento příklad řešit v malých skupinách.
3. Pokuste se nalézt alternativní způsob, jak pro účely CBA „ocenit“ lidský život. Zamyslete se nad praktickými situacemi, kdy je takové ocenění prakticky nezbytné pro přijetí rozhodnutí.

motto:

...ve všech zemích, ať již je systém zdravotnických služeb jakýkoli, se objevují problémy při jejich zajišťování.
(Kružík)

Část třetí

3. Financování zdravotnických služeb

3.1 Formy a modely financování

V dnešních vyspělých tržních resp. smíšených ekonomikách je otázka úhrady nákladů spojených s produkcí a poskytováním zdravotní péče řešena velice rozmanitě. Prakticky bychom těžko hledali dvě země se stejným systémem organizace a financování zdravotnictví. Jednotlivé způsoby se od sebe liší zejména podílem zdrojů pocházejících z veřejného sektoru na celkových výdajích, intenzitou a formami státních zásahů, rozsahem přímých úhrad za spotřebované služby, existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem, formami proplácení nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb, způsoby stanovování cen a řadou dalších faktorů.

3.1.1 Formy financování

Různé formy financování zdravotnických služeb se dají třídit následujícím způsobem:

Nepřímé financování

1. Prostřednictvím veřejných rozpočtů: státních a místních (municipálních),
2. Povinné pojištění, přičemž jakákoli finanční účast státu (obcí) se pokládá za formu č.1,
3. Dobrovolné pojištění, přičemž jakákoli finanční účast státu (obcí) se pokládá za formu č.1,
4. Zaměstnanecké pojištění, příspěvky pojištěných se pokládají za formy 2 nebo 3,
5. Dobročinnost, charita, přičemž jakákoli finanční účast státu (obcí) se pokládá za formu č.1,
6. Zahraniční pomoc (zejména u rozvojových zemí).

Přímé financování

1. Platby příjemců služeb s výjimkou placení pojistného, ale včetně finanční spoluúčasti na úhradách za služby poskytované v rámci forem 1-4.

3.1.2 Modely financování

Teoreticky jsou možné libovolná kombinace v intervalu mezi čistě tržní formou poskytování zdravotnických služeb, s přímými platbami až po tzv. „bezplatnou“, netržní formu, kdy jsou zdravotnické služby hrazeny ze zdrojů pocházejících ze všeobecného zdanění. V praxi se vyskytují zásadně různé **kombinace zmíněných forem**, které odrážejí zdravotní politiku jednotlivých zemí. Podle toho, která forma převažuje, lze rozlišovat především tyto **tři modely**:

- a) financování převážně na základě soukromého pojištění doplněného o státní transferové a redistribuční programy řešící nejzávažnější selhání trhu (typickým příkladem je USA);
- b) převaha povinného veřejného pojištění, pokrývající většinu populace a základní rozsah zdravotní péče, doplněného přímými platbami, soukromým pojištěním i státními rozpočtovými prostředky (typické pro evropské kontinentální státy např. Holandsko, Německo, Belgie);
- c) financování zdravotnických služeb prostřednictvím státního rozpočtu resp. ze zdrojů vzniklých zdaněním (Velká Británie).

Ve většině západoevropských zemí převažuje model s převahou veřejného pojištění. Blížíme se k němu i u nás. Model vychází z principu solidarity a dělení rizika. Většinou má podobu základního povinného pojištění pro všechny občany, nebo alespoň významné skupiny populace. Prostředky na financování zdravotnictví jsou odděleny od státního rozpočtu a soustřeďují se ve zvláštních pojistných fondech. V **porovnání s modelem financování zdravotnictví prostřednictvím veřejných rozpočtů** bývají různými autory uváděny tyto výhody a nevýhody:

Výhody

1. Zvyšuje se transparentnost finančních toků, odpadá každoroční boj mezi kapitolami rozpočtu. Možnost větší předvídatelnosti vydatnosti zdrojů.
2. Je usnadněn přechod na financování podle poskytnutých služeb - je vytvořen specializovaný orgán, ekonomicky zainteresovaný na hospodaření s prostředky.
3. Je systémově umožněno neutrální financování různých forem poskytování zdravotní péče (privátní, církevní, obecní, státní)
4. Legislativně je identifikována úroveň poskytovaných služeb, ať se již jedná o standard nebo o určité státem garantované minimum
5. Je umožněna existence konkurence plátců, což má bezprostřední vliv na kontrolu růstu nákladů.

Nevýhody

1. Administrativní náklady u zdravotního pojištění jsou zpravidla vyšší než u financování prostřednictvím veřejných rozpočtů. Odhady udávají že u britské NHS je cca 5% z celkových výdajů určeno na administrativu, kdežto v USA je to více než 20%
2. Pojištění ve spojení s financováním podle poskytnutých služeb (výkonů) může stimulovat růst množství výkonů nad společensky užitečnou mez (inlace výkonů)
3. Pojišťovací systém je zaměřen především na kurativní činnosti. Obecně platí, že nedostatečně stimuluje prevenci
4. Zůstává problematickou otázkou financování investičních nákladů
5. Při špatném odhadu pojistného hrozí na jedné straně kolaps zdravotní péče a na straně druhé neúměrný nárůst daňového zatížení obyvatelstva, nebo jeho skupin
6. Bez finanční spoluúčasti na úhradě služeb se problém příliš vysoké poptávky stejně neřeší.

3.2 Metody financování "třetí stranou"

Tím, kdo na trhu se zdravotnickými službami platí za službu, je většinou tzv. „třetí strana“. Tedy nikoliv sám pacient, ale prostřednictvím rozpočtů stát či místní komunita, zdravotní pojišťovna apod. Význam plateb prostřednictvím „třetí strany“ v uplynulých desetiletích vzrostl i v tradičně tržně orientovaných zdravotnických systémech, jako je např. USA. V našich podmínkách (a podobně i v celé řadě dalších evropských zemích) mají tyto platby již velmi dlouho naprosto majoritní roli. Literatura zabývající se ekonomikou zdravotnictví spatřuje v tomto faktu jeden z hlavních důvodů prudké akcelerace výdajů na zdravotnictví (vedle pokroku v medicíně, celkově stárnoucí populace resp. zhoršování životního prostředí). Různé mechanismy plateb, které „třetí strany“ používají, se snaží tento problém řešit. Z pozice poskytovatele zdravotnických služeb (!) v podstatě není rozhodující, zda prostředky plynou z veřejných či soukromých zdrojů, či zda jsou tvořeny v rámci pojištění nebo rozpočtu. To, samo o sobě, má jen malý vliv na jejich chování. Daleko důležitější jsou konkrétní metody proplácení nákladů spojených s poskytováním zdravotnických služeb. Ony totiž mohou bezprostředně ovlivňovat chování a preference poskytovatelů služeb. Nejobvyklejšími principy jsou různé varianty plateb za výkony a financování prostřednictvím více či méně fixních rozpočtů.

V tabulkách 3.1 a 3.2 je uveden rejstřík možných metod plateb. V první tabulce se nachází seznam výkonových ukazatelů, které mohou být použity jako základny pro platby. Druhá představuje

seznam metod, kterými se stanovují ceny, nebo náklady použité pro tvorbu rozpočtů. Ačkoli existují některé tradiční kombinace (např. počet výkonů lékařů plus náklady na obslužné služby za den hospitalizace), je možné vytvořit schéma proplácení nákladů kombinací libovolné základny plus metody jejího stanovení. Mohou se pochopitelně vyskytovat i různé přechodné typy, takže se rozhodně nejedná o taxativní výčet.

Tabulka 3.1 VÝKONOVÉ UKAZATELE JAKO ZÁKLADNY PRO FINANCOVÁNÍ (s využitím: *Rapoport, J., 1982:301*)

Základna	Výklad	Příklad
Poskytované služby		
a. Kus	Jednotlivá nákladová položka služby	Lékařovy úkony, léky, pomocné služby, prádlo, strava...
b. Případ	Všechny služby spojené s jednotlivým léčebným režimem	soubor úkonů (péče o matky) DRGs
c. Den, běžné	Všechny běžné služby spojené s obslužnými službami poskytovanými v souvislosti s hospit.	Obvyklá základna u nemocnic a sanatorií
d. Den, včetně	Všechny služby (obslužné i léčebné) poskytované za den hospitalizace	některé nemocnice v USA
Počet pacientů		
a. Léčených	Stejná základna bez ohledu na rozdíly v použitých zdrojích	jen vzácně např. péče pro chudé podle starých britských zák.)
b. Vyléčených	platí se jen za uzdravení	v současnosti se nevyskytuje: honoráře starých Čínských lékařů
c. Zaregistrovaných	Ať již bylo nebo nebylo poskytnuto léčení	HMOs, prakt.lékaři v Británii
Čas		
a. Doba léčení	Skutečná odpracovaná doba v minutách či hodinách	kalkulační vzorec bodu u nás
b. Přípravenost k léčbě	Smluvně dohodnutá doba, specifikovaná jako prac.hodiny týdně, či týdnů ročně	základ pro platy zdrav. pracov.

Pozn.: Tabulka 3.1 nemá za cíl uvádět vyčerpávající výčet. Slouží jako inspirace a ukázka pestrosti. V podmínkách vícezdrojového financování zdravotnických služeb je možné, že jeden poskytovatel je placen různými plátcí různě. Další podstatnou otázkou je způsob stanovování ceny zvolené výkonové báze. Podrobněji viz tab. 3.2

Tabulka 3.2 RŮZNÉ METODY URČENÍ VÝŠE ÚHRADY (s využitím: *Rapoport, J., 1982:302*)

Úhrada podle:	Výklad
Ceny (poplatku, honoráře)	
Jednotlivého poskytovatele služby	Ceny stanovené lékařem nebo zařízením
Tržní	Ceny dány nabídkou a poptávkou v daném území nebo stanoveny jako určitý percentil z cen individuálních poskytovatelů služeb
Administrativní	Ceny stanoveny státem resp. plátcem, nebo výsledkem dohadovacího řízení
Relativní hodnotou	výkony jsou oceněny body, násobeno hodnotou bodu dává výslednou cenu
Nákladů	
historických, jednotlivého poskytovatel	Prověřované náklady za určité minulé období (rok)
očekávaných, jednotlivého poskytovatele	Historické náklady promítnuté do budoucnosti podle nějakého stanoveného vzorce
rozpočtovaných, jednotlivého poskytovatele	Forma určování budoucích nákladů poskytovatele založená na rozpisu jednotlivých rozpočtových položek
normativy	Platby jsou svázány s nákladovými ukazateli zařízení tříděných dle geografického rozložení, druhů nabízených služeb, nebo dalších charakteristik

3.2.1 Platby za služby lékařů

V této subkapitole jsou blíže rozváděny ty z výkonových ukazatelů a metod, uváděných v tabulkách 3.1 a 3.2, které jsou používány při platbách za služby lékařů, případně i jiných zdravotnických pracovníků. Uplatňují se při tom tři základní přístupy:

- 1) platby za provedené služby
- 2) platby na základě počtu pacientů
- 3) platby podle odpracovaného času

3.2.1.1 Platby za provedené služby (*fee-for-service*)

Obecně se dá říci, že v dnešní době jde ve světě o nejčastěji používaný způsob plateb. Za předpokladu, že příjmy za jednotlivou službu převyšují náklady na její poskytování, vytváří přirozené pohnutky k tomu, aby poskytovatelé produkovali stále více a více služeb.

Při popisování jednotlivých typů plateb je klíčovou otázkou, jakým způsobem se určuje výše platby. Podle tohoto kritéria existuje několik dosti odlišných typů plateb za služby. Nejjednodušším typem je tzv. účtovaná cena (*billed charge*). Lékař sám určuje výši poplatku a účtuje ho přímo pacientovi. Pokud je do této transakce zapojena „třetí strana“, pak pouze jako subjekt, který provádí určité odškodnění pacienta (např. na základě soukromé pojistky), nikoliv jako účastník nějakého formalizovaného procesu, který by stanovoval výši platby. Tato forma se uplatňuje zejména v USA u lékařů, kteří nejsou zapojeni ve velkých programech soukromého nebo veřejného pojištění. Určitá svoboda při stanovování cen je v jejich případě poněkud kompenzována rizikem, že se nedomohou proplacení všech účtů, které vydali. Nedobytné pohledávky snižují příjmy a způsobují růst faktických nákladů.

Toto riziko, i náklady spojené s vymáháním plateb, jsou nižší, pokud je do mechanismu plateb zapojena i „třetí strana“. **Nejstarší formou jsou platby na základě pevného sazebníku služeb.** Jde o formu často používanou jak v USA, tak i v Evropě. Sazebníky mohou uvádět jednoduše seznam proplácených služeb a výši plateb, které za ně bude „třetí strana“ proplácet všem zúčastněným lékařům. Mohou se vyskytovat i složitější systémy, které rozlišují sazebníky podle různých skupin

lékařů (specialisté a praktičtí lékaři) geografické polohy apod. Samotné platby se mohou uskutečňovat jednak ve formě úplného, nebo (častěji) částečného proplácení pacientových výloh, nebo formou přímých plateb poskytovateli služby. V prvně jmenované formě si tedy lékaři mohou určovat vlastní ceny a účtovat i služby nekryté plátcí. Pacienti jsou pak odpovědní za proplácení celé účtované částky a dodatečně si nechávají proplácet svá vydání ve výši stanovené sazebníkem.

Pevné sazebníky byly vždy oblíbené mezi plátcí. Jejich správa je poměrně jednoduchá. Jejich hlavní výhodou, z hlediska plátců, je, že umožňují plátcům jistou kontrolu nad cenami. To na druhé straně vysvětluje, proč je tato metoda nepopulární u lékařů. Hlavní nevýhodou pevných sazebníků je, že rychle zastarávají, neboť neobsahují mechanismus, který by výši plateb upravoval podle růstu nákladů a průběhu inflace.

Tento nedostatek do určité míry řeší **platby, založené na tzv. „obvyklých“, „převládajících“ resp. „přiměřených“ cenách.** Pracují s nimi, mimo jiné, i velké americké veřejné zdravotnické programy *Medicare* a *Medicaid*. Podstata tohoto přístupu spočívá v tom, že lékaři si sestavují své vlastní, soukromé ceníky a plátcí soustřeďují informace o cenách účtovaných za každou službu či úkon všemi zúčastněnými lékaři. Na základě této činnosti se dá po jistém čase zkonstruovat diagram, znázorňující, jaké ceny účtoval daný praktický lékař za určitý typ služby. Cena, odpovídající mediánu (střední hodnotě), je potom označena jako cena **obvyklá**. Vzhledem k tomu, že dochází ke stálému doplňování o nová data, obvyklá cena sleduje trend aktuálně účtovaných cen.

Obvyklé ceny tvoří základnu pro určování tzv. **převládající** ceny. Obvyklé ceny všech lékařů, kteří danou službu poskytují, seřazeny od nejnižší po nejvyšší, vytvoří tzv. profil převládajících cen. Každý plátcé, který používá tuto metodu, si pro sebe stanovuje, který percentil (stou část) bude považovat za převládající cenu a bude ji používat jako maximální částku používanou při platbách smluvním lékařům.

Za **přiměřenou** cenu bývá označována ta, která je z trojice - aktuálně účtovaná, lékařova obvyklá a percentilním limitem stanovená - nejnižší.

Fungování způsobů financování založených na takto stanovených cenách je nepochybně daleko dražší než u pevných sazebníků. Pro lékaře je výhodné, že výše úhrad se automaticky přizpůsobuje účtovaným cenám, plátcí ovšem ztrácejí kontrolu nad růstem cen.

Model založený na **seznamech služeb (výkonů) oceněných relativními hodnotami** do značné míry řeší nevýhody výše zmíněných forem plateb. Jeho správa je relativně jednoduchá a levná a přitom je dostatečně flexibilní. Jde o model, který je použit při transformaci českého zdravotnického systému. Nejde o výlučně naši, českou záležitost, model založený na relativních hodnotách se uplatňuje například i v Kalifornii.

Základem je, stejně jako u pevného sazebníku, seznam výkonů (služeb). Každý výkon je oceněn příslušným počtem jednotek relativní hodnoty (u nás body). Jednotka relativní hodnoty je obecně arbitrárně vytvořené číslo, umožňující porovnávat jednotlivé služby mezi sebou podle jejich časové náročnosti, nebo podle stupně kvalifikovanosti, který je pro jejich poskytování nutný. Může jít i o kombinaci těchto hledisek a přidělený počet jednotek (bodů) může zohledňovat i další kritéria. Celkový příjem lékaře je potom dán hodnotou této jednotky (bodu) vyjádřené v penězích. Případný nárůst cen vstupů, inflaci apod. lze tak zohlednit změnami v hodnotě bodu. V některých systémech, které využívají systém relativních hodnot, nemusí být "cena bodu" po všechny lékaře stejná. Může se lišit podle různého stupně specializace a forem provozované praxe, geografických charakteristik spádové oblasti apod. **Výhody** tohoto přístupu jsou zřejmé. Je dostatečně pružný a při dostatečně odladěném relativním hodnocení jednotlivých služeb se případné dohodovací procesy mezi lékaři a plátcí značně zjednodušují, neboť místo celého balíku jednotlivých výkonů stanovují pouze hodnotu bodu. Plátcí neztrácejí kontrolu nad růstem svých nákladů. Mezi **nevýhody** patří, že při stanovování relativních hodnot může lehce dojít k relativnímu nadhodnocení resp. podhodnocení některých služeb nebo výkonů a tím může dojít k nežádoucím deformacím jejich nabídky.

3.2.1.2 Platby na základě počtu pacientů

Pokud existuje alternativa financování lékařů podle poskytnutých služeb, pak je to nepochybně financování „podle hlav“ (angl. *capitation*), resp. podle počtu zaregistrovaných pacientů. Dalo by se také hovořit o paušálních platbách. Poskytovatel služby vybírá a někdy i stanovuje poplatky, které pacientovi dávají nárok na jakékoliv požadované množství platbami zabezpečovaných zdravotnických služeb. (Nerozhoduje tedy, zda jde pacient na prohlídku jednou nebo desetkrát za

měsíc.) Tento způsob se uplatňuje především ve Velké Británii, kde jsou podle něj částečně placeni praktičtí lékaři.

Platby podle počtu zaregistrovaných osob jsou pravděpodobně jedním z nejjednodušších způsobů financování služeb, poskytovaných všeobecnými lékaři. Musí být splněny pouze dvě podmínky. Jednak musí existovat skupina osob, která předem souhlasí s tím, že bude ambulantní služby požadovat od určitého lékaře, a jednak jsou stanoveny pevné, obvykle měsíční, poplatky za jednu osobu.

Pro lékaře je tento způsob do jisté míry riskantní, neboť jeho příjem není žádným přímým způsobem vázán na skutečné provozní náklady. Zastánci paušálních plateb tvrdí, že takové riziko je zdravé, neboť nutí lékaře myslet ekonomicky a „hlídat“ si náklady a také brzdí poskytování zbytečných služeb. Odpůrci naopak poukazují na to, že metoda způsobuje, že množství poskytovaných služeb je nedostatečné a že jsou zbytečně zatěžováni lékaři-specialisté a zdravotnická zařízení, jejichž služby jsou podstatně dražší. Oba názory mají zřejmě v určité míře pravdu. Jednou z možností, jak tuto metodu vylepšit, je rozlišovat při paušálních platbách mezi skupinami pacientů (např. podle věku) nebo brát v úvahu rozdílné provozní náklady u různých druhů soukromých praxí lékařů. Riziko, kterému jsou lékaři vystaveni, lze dále redukovat tím, že lze lékařům umožnit, aby některé druhy služeb (např. večerní a víkendové návštěvy) účtovali zvlášť.

3.2.1.3 Platby podle odpracovaného času

Hovoříme-li o způsobech, kterými jsou placeni lékaři, měli bychom se alespoň zmínit i o platbách podle odpracovaného času. Pro lékařské povolání je sice obecně typický jeho svobodný výkon v rámci soukromé praxe, ale i tak se nachází značný podíl lékařů v pracovním poměru vůči různým zdravotnickým zařízením. V podmínkách českého zdravotnictví jde o naprostou většinu, i když proces privatizace s sebou již přináší první soukromé praxe.

Mzdy, založené v podstatě na odpracovaném času, představují metodu, prostřednictvím které je placena většina zdravotnických pracovníků, pokud bychom je brali jako jeden celek (včetně sester a dalšího personálu). Jedná se o metodu, která je z hlediska praktického lékaře ve srovnání s ostatními nejméně riziková. Provozní náklady i riziko nese zaměstnavatel.

3.2.2 Financování zdravotnických zařízení

3.2.2.1 Zpětné proplácení nákladů

Největší význam pro financování zdravotnických zařízení mají metody, založené nějakým způsobem na úhradě **nákladů** spojených s poskytováním zdravotnických služeb. V různých modifikacích se používají ve všech třech modelech, zmíněných v části druhé. Plátcí - ať již se jedná o zdravotní správy, zdravotní pojišťovny, nemocenské pokladny, správce veřejných projektů apod. - jsou postaveni před klíčovou otázkou - jak se dobrat "přiměřených" nákladů, resp. jak určit množství zdrojů, dostatečných pro zajištění úkolů zařízení a přitom se vyhnout plýtvání. Pokud se přitom setkáváme s pojmem historické náklady, mají se většinou na mysli **historické náklady na poskytované služby**, nejčastěji **ošetřovací den**. Při určování přiměřených nákladů vycházejí plátcí většinou z těchto principů:

- o nákladech by měl se zpětnou účinností rozhodovat veřejný audit
- náklady na pracovní sílu, spotřební materiál a menší přístroje by měly být u konkrétní položky započítávány v nákupních cenách
- náklady na budovy a přístrojové vybavení by se měly rozložit na celou dobu životnosti těchto aktiv
- započitatelné náklady se musí přiměřeným způsobem vztahovat na péči o pacienty
- náklady spojené s nehrazenými službami, nadbytečnou péčí a experimentálními medicínskými postupy nelze uznat

- náklady by neměly překročit to, co by opatrný kupec zaplatil za stejné zboží či službu při ne zrovna přátelské transakci.

Hlavní problémy při naplňování těchto principů vznikají většinou v otázkách spojených s účetnickými metodami a způsoby provádění odpisů a také v souvislosti s výkladem poněkud vágních pojmů „vztahující se k pacientovi“ a „medicínsky nezbytné“.

3.2.2.2 Stanovování výše úhrad předem

Tato forma financování znamená, že celkové příjmy zdravotnického zařízení vznikají součtem úhrad (plateb) od různých plátců, přičemž **výše úhrad je stanovena předem, bez ohledu na skutečně vynaložené náklady**. Tím vzniká prostor pro ekonomické chování financovaných subjektů. Pokud budou jejich skutečné náklady vyšší než součet úhrad, utrpí ztrátu, pokud na nákladech ušetří, mohou inkasovat přebytek. Základním **cílem** všech způsobů financování, používajících předem stanovené výše úhrad, **je omezení růstu nákladů**.

Subjekty, které určují výši budoucích plateb jednotlivým zařízením, se v různých modelech, liší. Tam, kde převažuje financování ze soukromých zdrojů, se nejčastěji uplatňují různé nezávislé agentury, které ve vztahu mezi zařízením a plátcem fungují jako arbitři, běžná je i smluvní forma dohody, zvláště v případech, kdy různých plátců není mnoho. V modelech s převahou veřejného pojištění jsou obvyklá pravidelná dohodovací řízení mezi zástupci plátců a poskytovatelů služeb, přičemž důležitou roli většinou sehrává i stát.

Dopady na chování poskytovatele služby se u formy financování založené na předem stanovené výši úhrad podstatně liší od tradičních metod založených na proplácení nákladů nebo od systému účtovaných cen. Všeobecně se soudí, že poskytovatelé služeb jsou zainteresováni na tom, aby udrželi náklady pod úrovní, která je hrazena platbou. Pravdou však je, že není zcela jasné, jak silná tato pohnutka je, tj. nakolik lze počítat s automatickou reakcí subjektů. Vždy tu je jisté riziko, že dosažením výrazných úspor ohrozí nemocnice do budoucna "cenu" svých služeb. Roli stimulu pro dosahování úspor a přebytku zřejmě sehrávají faktory jako: a) snaha rozšířit okruh poskytovaných služeb, b) zvýšit kvalitu a úroveň služeb, c) získat nákladná zařízení nezbytná pro odborný růst lékařů. Tím vším se zvyšuje míra seberealizace, prestiž i jméno lékařů a konec konců i managementu nemocnice.

Některé metody stanovování budoucích úhrad se zaměřují na náklady na jednotku výkonu, čímž zdůrazňují snahu po dosahování ekonomické efektivity u poskytované služby. Jiné přistupují k nákladům zařízení jako k agregovanému ukazateli a porovnávají jejich vývoj s celkovou ekonomickou efektivitou zařízení anebo s jeho užitečností, případně s tím, nakolik zařízení plní funkce, pro které bylo zřízeno

Systémy, založené na předem stanovených úhradách, lze rozlišovat podle **základny**, ke které jsou platby vztaženy (viz. tabulky 3.1 a 3.2). Ta může mít podobu buď výkonových ukazatelů (počet pacientů, ošetrovacích dnů apod.), nebo za ni může v nějaké formě sloužit dosavadní rozpočet. Většinou se jedná o tyto ukazatele:

1. Celkový rozpočet zařízení
2. Počet přijatých pacientů
3. Ošetrovací den
4. Jednotlivé druhy služeb
5. Počet zaregistrovaných pacientů

Celkový rozpočet

Typický scénář uplatnění tohoto přístupu vypadá asi takto: Nemocnice předkládá svůj rozpočet orgánu (nezávislé agentuře, úřadu, ministerstvu atd.), který posoudí přiměřenost jejich finančních požadavků prostřednictvím prověření předložených očekávaných nákladů. Hodnotící orgán může při prověřování výše nákladů vycházet např. z porovnání s náklady jiných podobných nemocnic (v podstatě metoda normativů), nebo může sledovat vývoj jednotlivých položek a požadovat

vysvětlení, pokud u nich dochází k výraznému nárůstu skokem. Postupným sblíživáním stanovisek by pak mělo dojít k dohodě o výsledné podobě rozpočtu na příští rozpočtové období. Výsledná dohoda by měla být přijatelná pro obě strany, pokud se nachází v určitém přijatelném intervalu, nebo je výsledkem určité institucionální podoby projednávání. Přijatý rozpočet se stává závazný pro všechny "třetí strany", které využívají služeb dané nemocnice. Ty jsou pak povinny platit svůj podíl na rozpočtových výdajích, bez ohledu na to, jaké náklady v rozpočtovém období vzniknou.

Výhodou této metody je její bezkonkurenční jednoduchost a poměrně velká odolnost proti inflačním tlakům a růstu výdajů na zdravotnictví. Nevýhodou je, že je prakticky vyloučeno ekonomické chování poskytovatelů, jsou zakonzervovány rozdíly mezi nimi, převládá rovnostářství a v podstatě neexistují ekonomické pobídky pro zvyšování výkonů.

Počet přijatých pacientů

Počet přijatých pacientů je typické výkonové kritérium používané při financování prostřednictvím předem stanovené výše úhrady. Existuje několik způsobů, jak určit výši úhrady za jednoho pacienta (P).

Pravděpodobně nejjednodušší je vydělit schválené rozpočtové náklady (TC) předpokládaným počtem pacientů (N):

$$P = \frac{TC}{N}$$

Takto stanovená výše úhrady za jednoho přijatého pacienta by však byla příliš hrubá. Rozdíly v nákladech na jednotlivé pacienty mohou být značně vysoké. Výši úhrady lze zpřesnit relativně velmi snadno - rozdělením pacientů do skupin podle nějakého zvoleného kritéria (b), které by mělo pokud možno odrážet pravděpodobné náklady spojené s jejich léčením. (Pacienti mohou být klasifikováni např. podle délky léčení, druhu diagnózy, vážnosti zdravotního stavu apod.)

$$P_b = \frac{TC}{N_b}$$

Pokud za kritérium rozdělení pacientů slouží druh diagnózy a vážnost zdravotního stavu, hovoříme o metodě založené na „diagnosticky příbuzných skupinách“, dále jen *DRGs* (podle anglického *diagnosis-related groups*).

Financování podle počtu přijatých pacientů obecně, může podporovat předčasné propouštění pacientů. Opakované přijetí pacienta totiž může být posuzováno jako přijetí *dalšího* pacienta a nese s sebou i nárok na finanční úhradu. Naopak, při léčení delším, než stanovuje předem dohodnutá výše úhrady, jdou náklady na vrub nemocnice.

Ošetřovací den

Ošetřovací den je při financování neambulantičních zdravotnických zařízení pravděpodobně nejčastěji používaným výkonovým kritériem. Obvykle bývá doplňován různými nástroji, které brání tomu, aby nemocnice prodlužovala pobyt pacientů nad nutnou hranici. V sazbách za ošetřovací den mohou být zohledněny celkové náklady zařízení, nebo jen vybrané nákladové položky. První přístup má tu nevýhodu, že nemocnice, která nespekuluje a drží pacienta jen po nutnou dobu, na tom bude hůře než jiné. Křivka průměrných nákladů na pacienta totiž klesá, neboť většina nákladných procedur (vstupní vyšetření, laboratorní testy, operace apod.) se obvykle koncentruje do prvních dnů léčení. Proto bývá při financování nemocnic oblíbenou kombinací spojení „ošetřovací den plus (některé) jednotlivé služby“. V sazbě ošetřovacího dne jsou potom zahrnuty fixní náklady zařízení a z nákladů variabilních jen ty, které nejsou spojené s poskytováním vybraných služeb (typicky laboratorní testy, různé druhy vyšetření a chirurgické zákroky).

Jednotlivé druhy služeb

Způsob financování zdravotnických zařízení, ve kterém jsou stanoveny předem "ceny" resp. sazby za jednotlivé služby daného zařízení se v základních principech svého fungování prakticky shoduje s již popsaným způsobem plateb lékařům podle poskytnutých služeb. Také v tomto případě

vycházejí finanční vztahy mezi plátcem a poskytovatelem služby (nemocnicí) ze seznamu služeb, resp. výkonů, který může udávat výši úhrady za jednotlivou službu absolutně, v peněžních jednotkách, nebo může služby hodnotit relativně (např. prostřednictvím bodů). Určitou nevýhodou je ovšem to, že nemocnice poskytuje pacientům - a následně pak účtuje plátcům - řádově stovky druhů jednotlivých služeb. V praxi je nemožné posuzovat individuálně u každé nemocnice "odůvodněnost" jejich celkových nákladů a korektnost jejich promítnutí do jednotlivých sazeb, zvláště je-li nemocnic i plátců velký počet. Při obligatorním plošném uplatnění stejných sazeb za stejné služby, které je typické pro situaci, kdy je plátcem stát nebo jiný veřejnoprávní subjekt, může dojít velmi lehce k tvrdostem, které neodpovídají společenskému zájmu. Ztráty totiž mohou vykazovat i ta zařízení, u nichž dochází k vyšším než arbitrárně stanoveným nákladům z objektivních důvodů, jejichž odstranění mnohdy nemusí být ani v pravomoci ani v silách samotného zařízení.

Zaregistrovaní pacienti

U systémů financování, které používají metodu výpočtu příjmů podle zaregistrovaných pacientů, je výkonem v podstatě **přípravenost k poskytnutí péče**. Tato metoda se nejčastěji objevuje ve spojitosti s *HMOs* („organizacemi na uchovávání zdraví“). *HMOs* poskytují všeobecnou zdravotní péči na základě **fixního periodického předplatného**. Na rozdíl od pojišťovacích společností, součástí *HMOs* jsou i kontrahovaná zdravotnická zařízení, která přímo provádí zdravotnické služby. Každé takové zařízení souhlasí s poskytováním potřebné péče pro zaregistrované osoby a za to obdrží pevně ročně stanovenou částku za jednu osobu. Zastánci *HMOs* věří, že tento druh organizace zdravotní péče nejvíce motivuje subjekty k aktivitám podporujícím zdraví a k preventivním procedurám, neboť *HMOs* dosahují finančního přebytku pouze tehdy, když se náklady na uspokojování jejich smluvních závazků dostanou pod předplacené příjmy.

Klíčová slova

veřejné pojištění

národní zdravotní služba

platby „třetí stranou“

globální rozpočet

platby za výkony

fee-for-service

kapitace

DRGs

HMOs

ošetřovací den

Kontrolní otázky

1. Podrobně popište současný stav systému financování zdravotní péče v ČR. Jaké jsou jeho výhody a nevýhody? Jaké změny byste nevrhli?
2. Jaký je váš názor na otázku finanční spoluúčasti pacienta na úhradě péče. K čemu může sloužit a co je potřeba zvažovat při rozhodování o jejím zavedení.
3. Rozeberte postavení a role „třetích plátců“ u nás. V čem selhávají?
4. Co znamená pojem *inflace bodu* a co ji u nás způsobilo?
5. Současný systém zdravotního pojištění vykazuje deficit. Jaké jsou podle vás cesty jeho odstranění? K čemu vede platební neschopnost zdravotnických pojišťoven?

LITERATURA

1. ABEL-SMITH, B. (1984): Improving cost-effectiveness in health care. World Health Forum, 5(1984):88-90 převzato z Health care - who pays? (Sborník článků přetištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str.6-9
2. ABEL-SMITH, B. (1986): Funding health for all - is insurance the answer. World Health Forum, 7(1986):3-32, převzato z Health care - who pays? (Sborník článků přetištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str.55-63
3. ANTHONY, R.N., YOUNG, D.W. (1988): Management Control in Nonprofit Organizations. Homewood - Illinois, IRWIN, 1988
4. ARROW, K. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 5(1963): 943-969
5. BAUTZOVÁ, L. (1993): Zdravotnictví na začátku dlouhé cesty. Ekonom (21/1993):36-39, *Economia*, a.s.
6. BENARD, J. (1989): Veřejná ekonomika, EÚ ČSAV Praha
7. DRUMMOND, M.F., STODDART, G.L., TORRANCE, G.W. (1987): Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford medical publications - Oxford university press
8. DVOŘÁK, P. a kol. (1992): Veřejné finance. Soubor textů ke kursu. VŠE Praha.
9. ENTHOVEN, A.C. (1987): Economic incentives for consumers and health insurance - the U.S. health care economy: from guild to market in ten years. Health Policy, 7(1987):241-251 Elsevier Science Publishers B.V.
10. GINZBERG, E. (1954): What Every Economist Should Know About Health and Medicine. American Economic Review, 1(1954):104-119
11. GOULLI, R. (1990): Veřejná ekonomika: Netržní (kolektivní) statky v tržní ekonomice. UERNS UJEP Brno
12. MOONEY, G. (1986): Economics, Medicine and Health Care. Wheatsheaf Books Ltd, Brighton, 1986.
13. NEMEC, J. a kol.: Manažment zdravotníckej organizácie. Ekonomická univerzita v Bratislavě, 1993
14. RAPOPORT, J., ROBERTSON, R., STUART, B. (1982): Understanding Health Economics. Aspen Publication, Rockville, Maryland 1982
15. SAMUELSON, P.A., NORDHAUS, W.D. (1989): Economics. 13 vyd., McGraw-Hill Inc., New-York 1989.
16. SMOLEK, A. a kol. (1983): Financování podle potřeb a výkonů (objektivizace nákladů zdravotnických zařízení ve sféře působnosti národních výborů). ÚSLOZ Praha, SPEV 909 335 102.
17. STIGLITZ, J.E. (1988): Economics of the Public Sector, W.W.Norton & Company, New-York. 2.vydání
18. ŠTĚPÁN, J. (1990): Srovnání výhod a nevýhod klasického nemocenského pojištění ve fungování a efektech zdravotnických služeb. DT Pardubice.