

Čtyři úrovně konfrontace s omezeností zdrojů ve zdravotnictví

příspěvek prezentovaný na konferenci UK Česká společnost na konci tisíciletí

Úvod

V diskusích nad směrem dalšího směřování českého zdravotnictví se lze tu a tam setkat s názory, že vyřešení jeho financování je v podstatě technickou, ryze odborně ekonomickou věcí. Zastánci této představy by rádi viděli objektivní ekonomické analýzy, podle nichž by se dalo určit zda a kolik finančních prostředků v systému chybí. Na takovou analýzu by pak podle nich měly logicky navazovat dva kroky. Buď zásadní politické rozhodnutí o zvýšení množství finančních zdrojů (například zvýšením pojistného na veřejné zdravotní pojištění) nebo státem explicitně formulovaná redukce z pojištění hrazených úkonů a druhů péče. Takový přístup je pochopitelně možný. Jeho zásadními slabinami je však statický pohled na fungování zdravotnického systému a sklon ke konstruktivismu, který při rozhodování přeceňuje výhody plánování a direktivního řízení a podceňuje, resp. neoblíbuj se samoregulaci.

V předloženém příspěvku se autor pokusí naznačit, proč se domnívá, že takový nebo podobný přístup nemůže přinést řešení ani v krátkodobém, natož dlouhodobém horizontu. Jeho hypotézou je, že **vyřešení problémů spojených se způsobem financování spočívá v nalezení dynamické rovnováhy v uspokojení zájmů jednotlivých subjektů podílejících se na rozhodování o alokaci zdrojů v systému**. Jinými slovy, nejde ani tak o primárně odborně-ekonomickou otázku, nýbrž o problém dosažení konsensu. Primárním je faktor političnosti rozhodnutí o zvolené variantě. Ekonomická efektivnost a obecná racionalita jsou při její volbě jedněmi z argumentů, na výsledek však mají hlavní podíl hodnotové soudy dotýkající se sociálních dopadů, equity, míry solidarity či svobody. To ovšem není důvod, proč by se daným problémem neměl ekonom zabývat. Ekonomická teorie může při zvažování různých variant nabídnout metodologii, která dokáže identifikovat (resp. alespoň naznačit), kdo co získává a kdo co ztrácí. Zároveň poskytuje aparát pro predikci chování jednotlivých subjektů a tudíž i systému jako celku. I naše praxe nedávných let ukázala, že ač ekonomické pobídky nejsou jistě jedinými, které ovlivňují chování lidí, jejich vliv je významný.

Zvláště plasticky je význam ekonomického přístupu patrný, **pokud se na problematiku financování zdravotnictví díváme jako na standardní problém alokace omezených zdrojů, kdy usilujeme o maximalizaci celkového dosaženého užitku**. Přes nepopiratelný význam hodnot života a zdraví (anebo možná právě proto, že zde takové hodnoty vystupují), i ve zdravotnictví vždy existoval, existuje a bude existovat rozpor mezi potřebami a omezenými zdroji na jejich uspokojení. V podstatě při něm nezáleží ani na tom, kolik zdrojů již daný zdravotnický systém konzumuje. Tendenci ke spontánnímu nárůstu výdajů „na zdravotnictví“ lze vypožorovat všude.

V textu příspěvku jsou identifikovány hlavní „systémové“ subjekty, které se buď podílejí nebo mohou podílet na zásadních alokačních rozhodnutích. Každý z nich má poněkud odlišné postavení, zájmy a předpoklady pro své rozhodování. Normativní soudy o tom, který z nich *by měl* mít největší podíl na přijímaných rozhodnutích lze sice opřít i o objektivní charakteristiky (jako je např. informovanost, vyjednávací síla apod.), ale z velké míry jsou ovlivněny světonázorem či filozofickými východisky posuzovatele. I s tímto omezením nabízí autor ve svém příspěvku pohled na zdravotnictví jako na systém, ve kterém může docházet na čtyřech úrovních ke konfrontaci s omezenými zdroji. Tato nutnost konfrontace představuje pro toho, kdo je jí vystaven, břemeno, jehož se snaží zbavit, anebo ho alespoň využít (být za něj nějak kompenzován).¹ Každá z úrovní konfrontace potřebuje splnění jistých podmínek k tomu, aby mohla uspokojivě fungovat. Nejsou-li splněny, systém selhává jako celek. Poněkud zjednodušeně se dá říci, že ani tak nezáleží na tom, jakou konkrétní variantu podílu jednotlivých systémových subjektů na rozhodování si daná země zvolí, jako na tom, jak dobrá je vnitřní logika uspořádání „třecích ploch“ konfrontace. Každá z variant, je-li jednou zvolena, výrazně podmiňuje podobu detailního uspořádání vztahů uvnitř odvětví. Nedodržení logiky a determinovanosti tohoto uspořádání se projeví v selhávání systému.

¹ Přijmeme-li tuto optiku, pak se ledasco ze zdánlivě živelného a nelogického vývoje našeho zdravotnického systému začne jevit jako zcela přirozené.

Subjekty alokačních rozhodnutí

Zdravotnické služby jsou statky, jejichž spotřeba má rivalitní charakter. Tím že danou kapacitu (lékaře, lůžko, diagnostické zařízení...) vytěžuje v určitém okamžiku jeden pacient, musí ostatní buď počkat, nebo musí být „vyprodukována“ další jednotka služby. V rozhodovacích procesech o alokování zdrojů na zdravotnické služby jde v konečném efektu v podstatě o to, **komu a jaká² zdravotní služba bude poskytnuta**. Přeneseně lze slovy *Victora Fuchse* říci, že jde o to, „*kdo bude žít*“.³ Vždy je potřeba určit, kdo bude ten, jehož potřeba (resp. poptávka, přání...) bude uspokojena a koho ne. Kdo bude operován hned a kdo bude muset počkat. Kdo bude přijat k léčení a na koho nezbuďte v daném okamžiku místo. *Někdo* musí tento rozpor řešit, resp. *nějak* se musí řešit. Teoreticky to může to být „neviditelná ruka trhu“ nebo „viditelná“ (a občas zaujatá či chybná) ruka vlády.

Současné zdravotnické systémy mají přes všechny své rozdíly jedno společné - jsou postaveny na tom, že uvedený problém omezenosti zdrojů nelze zcela vyřešit jinak standardním způsobem, tj. tržním mechanismem. V něm existuje v podstatě pouze jedna úroveň konfrontace potřeb s omezenými zdroji - privátní úroveň jednotlivce, pacienta, spotřebitele. On (jako suverénní spotřebitel) poměřuje své disponibilní zdroje s užitekem, který získá ze spotřeby. Pokud spotřebitel nechce, nebo nemůže akceptovat tržní cenu poskytovaného statku, pak jej nespotebňuje. Z mnoha důvodů je tento mechanismus přidělování zdravotní péče v závislosti na schopnosti platit pokládán za nežádoucí. Je doplňován resp. nahrazován jinými, kolektivními přidělovými mechanismy, v nichž kritériem přestává být schopnost jednotlivce (domácnosti) platit. Tím dochází ke vzniku dalších míst konfrontace s omezeností zdrojů. Zvýšení počtu subjektů ovšem problém ani v nejmenším neusnadňuje, spíše naopak.

Kudy má vést hranice mezi uspokojenou a neuspokojenou potřebou? Podle naléhavosti zdravotního stavu? Podle šance úspěšně „využít“ poskytnutou zdravotní péči a uzdravit se? Podle času, který jsme ochotni „zaplatit“ v čekárnách a v poradnících? Podle místa bydliště a tím i podle vzdálenosti od místa poskytování služby? Podle schopnosti zaplatit cenu v penězích? Podle diagnózy? Měli by mít např. kardiáci v průměru vyšší šanci na léčbu než diabetici? Od řešení této otázky nás nezachrání, když jen „přisypeme“ další finanční prostředky. Tím sice snížíme poměr mezi neuspokojenými a uspokojenými potřebami (za předpokladu, že jsme schopni těchto prostředků účelně využít, ale to v tuto chvíli pro zjednodušení předpokládáme), ale stejně nám zůstává *nějaká* dělící čára mezi těmi „kdo budou žít“ a těmi ostatními.

Neméně významnou je i otázka **KDO by měl mít právo narýsovat tuto hranici, resp. kdo by měl mít možnost ovlivňovat, kudy vede**. V této souvislosti můžeme v moderních zdravotnických systémech identifikovat v zásadě pět nejvýznamnějších systémových subjektů, které se fakticky společně podílejí (resp. jsou způsobilé podílet se) na tvorbě alokačních rozhodnutí.⁴ Bývají to v té či oné formě:

- **vláda** (resp. stát ve své jednotě organizátora veřejné volby, regulátora vnějšího prostředí atd.),
- **třetí plátce**, typicky **pojišťovna** (resp. další třetí plátci, pokud jsou),
- **management** zdravotnického zařízení,
- vlastní **poskytovatel** zdravotnických služeb (nejčastěji lékař) a
- **pacient** (jako zákazník).

Základní otázky, o kterých právě tyto subjekty rozhodují,⁵ lze definovat následovně:

1. kolik zdrojů bude použito, resp. jaká bude **celková výše výdajů** (resp. jak velkou část HDP vynaloží společnost na zdravotnictví) - to může být výsledkem „politického“ rozhodnutí vlády (resp. parlamentu) v systémech s převahou veřejného zdravotnictví nebo prostou sumou individuálních výdajů zvyšující se ochotou platit za péči v převážně tržním modelu;

² Pod slovem jaká máme na mysli rovněž i všechny související dimenze (včasnost, kvalitu, nákladnost apod.)

³ Fuchs, V.: *Who Shall Live*, New York: Basic Books, 1974

⁴ Pochopitelně by šlo jmenovat i jiné, které hrají rovněž svoji roli - profesní komory, výrobce zdravotnického materiálů a léků, odbory....

⁵ Mají rovněž bezprostřední vliv na úroveň efektivnosti fungování zdravotnictví, ať již ji definujeme jakkoliv.

2. jak velký **objem služeb** bude za tyto prostředky produkován (je závislý na míře technické efektivity odvětví) resp. na tom, kolik produktu je odvětví schopno vytvářet z jednotky zdrojů (využitím faktorů intenzivního růstu je možné zvýšit objem služeb i při stejném množství použitých zdrojů...);
3. jaká bude **struktura a kvalita** těchto služeb; zde jde především o to, které druhy péče se budou rozvíjet, které budou relativně dostupnější a do jaké míry jsou způsobilé uspokojovat existující *potřeby* či *poptávku*, v jejich struktuře. (Na rozhodnutích se zde především podílejí: a) vláda, např. stanovováním kategorií plně a částečně hrazené péče jakož i plněním své role při plánování a usměrňování investic, b) management zdravotnických zařízení tím, jak volí trajektorii rozvoje daného zařízení, c) vlastní poskytovatelé v závislosti na schopnostech, možnostech a ochotě reagovat na potřeby zdravotního stavu populace či poptávce po zdravotnických službách);
4. **kdo** bude **producentem (poskytovatelem)**, ke komu budou alokovány disponibilní zdroje, aby jich využil při produkci služeb;
5. **kdo** bude **zákazníkem (příjemcem služby)** a kdo ne, kdo bude léčen, kdo nikoliv, kdo získá službu hned a kdo bude muset čekat apod.

Zvláštnosti postavení jednotlivých subjektů

Každý ze systémových subjektů má, jak již bylo řečeno, odlišné postavení, zájmy a předpoklady pro své rozhodování ve vztahu k poskytování zdravotní péče. Některé z jejich charakteristik jsou nesporné, o jiných se vedou silné spory. V případě těch druhých se autor v zájmu objektivity snaží postihnout i variantní přístupy.

a) Vláda (stát)

Na rozdíl od všech ostatních subjektů je nadána pravomocí vynutit si určité chování hrozbou donucení. To jí dává (možná jen zdánlivě?) významnou výhodu zejména v těch činnostech, které si vyžadují koordinaci, plánování a koncepční řízení. Jako reprezentant veřejnosti stanovuje do jisté míry pravidla hry, definuje cíle a priority. Role vlády je nezbytná rovněž ve stanovení hranic mezi individuální odpovědností a solidaritou. Její zájem bývá interpretován různě - někteří věří, že zastupuje tzv. veřejný zájem, jiní mají za to, že jejím základním zájmem (resp. zájmem politiků) je maximalizovat vlastní užitek a tedy zastávat se obecného prospěchu jen tehdy a jen v tom rozsahu, nakolik je to výhodné pro maximalizaci vlastní užitkové funkce. Pokud by se tedy jevilo jako užitečnější (například v zájmu uklidnění nějaké krizové situace - stávkou) podpořit zájem organizované a významné nátlakové skupiny, vláda tak učiní bez ohledu na to, že jiné skupiny takovým rozhodnutím mohou ztratit. Ať tak či onak, samotná funkce vlády jako strážce a koordinátora zájmů obyvatel zakládá její vnitřní nekonzistentnost, neboť i tyto zájmy a potřeby jsou nutně rozporné a nekonzistentní.

V systémech, kde je zdravotnictví financováno z veřejných rozpočtů a kde vláda bezprostředně zajišťuje alokaci finančních prostředků prostřednictvím veřejné správy, bývá poukazováno na to, že státní úředníci nejsou zainteresováni na efektivním využitím prostředků. (Jako protiklad bývají (pohříchu teorií) občas uváděny zdravotní pojišťovny, které jsou jako specializovaný subjekt přímo zainteresovány na hospodárném a účelném procesu přidělování finančních prostředků poskytovatelům služeb. Pokud by se měly vzít v úvahu pouze empirické zkušenosti z průběhu transformace českého zdravotnictví, pak lze o této tezi dosti úspěšně pochybovat.) Skutečnost, že je stát jediným plátcem, má ovšem i výrazné výhody, zejména ve vztahu k možnostem kontroly růstu nákladů.

Dosti obtížné je hodnocení míry informovanosti vlády. Je zřejmé, že má pravděpodobně nejlepší potenciál pro zjišťování společenské potřeby péče, vládní zdravotnickou statistikou apod. Na druhé straně může mít výrazné problémy při zjišťování informací o různých variantách poskytování péče, individuální poptávce po zdravotnických službách a hlavně „nutných“ individuálních nákladech péče. Tato obtíž se projeví zejména tehdy, když se jedná o desintegrované, decentralizované a částečně privatizované systémy.

b) Třetí plátce - pojišťovna

Postavení zdravotních pojišťoven při rozhodování o alokaci zdrojů je pochopitelně determinováno rozhodováním vlády a může se dosti lišit. Má na ně rovněž vliv stupeň konkurence, které je vystavena. Pojišťovna ovlivňuje výši disponibilních zdrojů jen v omezené míře. Jednak omezováním svých nákladů, jednak účinným vymáháním pojistného od příslušných plátců. Její hlavním úkolem je zajistit využití finančních prostředků co nejefektivnějším způsobem. Základním nástrojem je přitom možnost výběru poskytovatelů, se kterými pojišťovna uzavírá kontrakt. Tento nástroj u nás však bývá dosti často zpochybňován a napadán. Role pojišťovny by měla být, zejména podle poskytovatelů služeb, čistě

administrativní. Neuzavření smlouvy je chápáno jako omezení nezadatelného práva pojištěnce na výběr poskytovatele péče.

Pro poměrně silnou pozici pojišťovny při rozhodování o alokaci zdrojů by mohly svědčit tyto okolnosti: ve srovnání s ostatními subjekty (zejména státem a pacientem) je nejlépe informována o nákladech poskytování péče, které mají jednotliví poskytovatelé. Má (resp. mohla by mít) bezprostřední ekonomický zájem jak na hospodárnosti využití prostředků (ten má vláda také), tak i na uspokojení potřeb svých pojištěnců, funguje-li řádně konkurence plátců. Ve srovnání s jednotlivým občanem má nesrovnatelně vyšší vyjednávací sílu, která do jisté míry může kompenzovat i tak přetrvávající informační nerovnováhu na zdravotnických trzích.

c) Management zdravotnického zařízení

Oproti předchozím subjektům se management nachází na úrovni, na které *bezprostředně* ovlivňuje strukturu, kvalitu a nákladovost poskytovaných služeb. Mezi jeho nezastupitelné funkce náleží stanovení rozvojové trajektorie, která dostatečně reaguje na změny vnějších podmínek a přitom maximalizuje užitkovou funkci zařízení. Většinou zde hrají roli cíle jako dlouhodobá prosperita, zvýšení podílu na trhu, prestiž z vysoké kvality poskytované péče apod. Volba cíle i použitých metod jeho dosažení je přitom významně ovlivněna zejména způsobem financování, resp. zvolenou metodou úhrad za poskytovanou péči.

Management je objektivně nejinformovanější ve vztahu ke struktuře a vývoji nákladů poskytované péče a má poměrně blízko k poznání struktury a intenzity poptávky po zdravotní péči v dané lokalitě (regionu, spádové oblasti). Jeho manévrovací prostor je na jedné straně omezován obvykle vysokou mírou státní regulace, která je ve zdravotnictví typická, a na straně druhé specifickou povahou pracovní síly, kterou řídí. Zejména u lékařů jde (podobně jako i v jiných odvětvích veřejného sektoru) o vysoce kvalifikované pracovníky, s mimořádnou individuální odpovědností, samostatností rozhodování a bezkonkurenční informovaností o způsobu resp. variantách poskytování péče a o medicínských efektech. Oproti jiným profesním skupinám u nich rovněž hrají zvýšenou roli specifické etické normy. Z těchto důvodů je vliv pracovní síly na rozhodování managementu zdravotnického zařízení tradičně velmi silný.

d) Poskytovatel péče - lékař

Některé ze specifických vlastností tohoto subjektu byly popsány v předchozím odstavci. Ekonomická teorie spatřuje v postavení a chování lékařů, kteří poskytují nejvýznamnější objem zdravotnických služeb, zejména tyto odlišnosti oproti jiným poskytovatelům zboží a služeb⁶:

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

e) Pacient

Pro postavení pacienta je zásadní jeho nedostatečná informovanost. Zatímco u jiných komodit je koncept suverénního spotřebitele v podstatě přijatelný, v případě zdravotnických služeb tomu tak není. Spotřebitel většinou samostatně nedokáže porovnávat alternativy ani co do pravděpodobnosti medicínských účinků a kvality, ani co do potřebných nákladů.

Zájem na řešení zdravotního problému, resp. udržení, navrácení či zlepšení zdraví je primárně individuální. Poměrně rozšířený je však i názor, že zde dochází k významným externím užitkům. Tato pozitivní externalita spojená s poskytováním a spotřebou zdravotní péče (pokud k ní opravdu dochází) je významným argumentem pro veřejné zásahy do alokace zdrojů.

⁶ Arrow, K.J.: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 5(1963): 943-969

V neposlední řadě bývají důvodem pro omezení suverenity pacienta (spotřebitele) ve vztahu k množství a druhu zdravotnických služeb obavy o dopady nerovností v příjmech a majetku, resp. široce rozšířené přesvědčení, že zdravotní péče je zvláštní typ statku, k němuž by přístup neměl být omezován v závislosti na schopnosti platit, neboť to prostě není správné, humánní či spravedlivé.

Úrovně konfrontace s omezeností zdrojů

Jak již bylo řečeno, nutnost konfrontace je objektivní. *Někdo* to dělat musí. Přitom se jedná o zjevné břemeno, které - *není-li kompenzováno* - motivuje subjekt, aby hledal všemožné způsoby jak ho přenést na někoho jiného. Jak vypadají v současných systémech „*třetí plochy*“ ?

Začněme v zájmu zjednodušení s dnes již poněkud nerealistickým výchozím stavem. Zkoumán bude zdravotnický systém založený na všeobecném, povinném veřejném pojištění, ve kterém jsou úhrady poskytovatelům péče konstruovány na klasické bázi jednotlivých výkonů (tj. *fee-for-service*). Klasická a historicky první podoba tohoto typu úhrady předpokládala, že ceny nejsou poskytovatelům diktovány a pokrývají alespoň náklady. Dalším předpokladem je, že spotřebitel nemusí hradit část nákladů přímými platbami. V takovém případě by existovala fakticky jediná „*třetí plocha*“. Břemeno vypořádat se s konfrontací zdrojů a poptávky by leželo zcela na pojišťovnách. Celkovou výši zdrojů použitelných ve zdravotnictví lze totiž chápat jako nezávislou na pojišťovnách, neboť je z velké části stanovena rozhodnutím veřejné moci (vlády). Ta určuje sazbu všeobecného zdravotního pojistného i výši přímých výdajů na zdravotnictví protékajících veřejnými rozpočty. Pro pojišťovnu tedy jde v podstatě o předem fixně stanovenou částku, která je *nezávislá* na celkovém množství výkonů produkovaných v systému. Pokud platí pravidlo, že výše platby zdravotnickému zařízení je *závislá* na množství produkovaných výkonů, byla vytvořena **první třetí plocha** - zde v podobě nároků na proplacení výkonů ze strany zdravotnických zařízení na pojišťovny. Nikdo jiný než pojišťovna není zainteresován na hospodaření s omezenými zdroji: vláda není (do jisté míry, viz. další text) konfrontována s poptávkou po zdrojích, poskytovatelé péče „*nepálí*“ omezenost zdrojů, pacienti nemusí zajímat ani jedno. Jejich poptávku po zdravotní péči v podstatě nic neomezuje.

Pojišťovny pak mají v této situaci obecně jenom dvě možnosti, jak situaci řešit. Mohou smluvně omezovat objemy proplácené péče a mohou vybírat nejehospodárněji fungující poskytovatele. Druhá možnost předpokládá, že pojišťovna jako plátee detailně zná okolnosti, za kterých poskytovatel produkuje služby a může si vybírat ty, u nichž je poměr mezi kvalitou a množstvím péče na jedné straně a náklady na straně druhé pro ni příznivý. (Pokud v daném území existuje více než jeden poskytovatel, dochází k tlaku na ty méně efektivní a v konečném důsledku to může vést až k jejich selekci a ukončení činnosti.)

Pro pojišťovny je v určitém smyslu pohodlnější, pokud nemohou použít ani jednoho z uvedených nástrojů. Dostanou-li se do takové situace, stává se z nich v podstatě pasivní místo technického rozdělování peněz a odpovědnost za udržení vyrovnané bilance přechází de facto na vládu. (Lze srovnat s téměř jednohlasnými požadavky na „*upřesnění*“ rozsahu garantované péče, které se objevují u nás. Nepříliš energické vytváření vlastní sítě poskytovatelů pojištěven je jistě pohodlnější, než čekání na výsledky výběrových řízení, za něž nese odpovědnost státní správa.)

Uvedený příklad může některému čtenáři připomínat náš český model v době, kdy byla prosazena garantovaná hodnota bodu, ale nebylo ještě zavedeno financování prostřednictvím paušálů a kapitací. Zde však nebyla v praxi splněna podmínka toho, že cena všech výkonů pokrývá alespoň jejich individuální náklady. Tím bylo (do jisté míry živelně, jako výsledek různých nedostatků seznamu výkonů) vytvořeno **druhé místo konfrontace**. Někteří poskytovatelé museli přizpůsobovat své výstupy s ohledem na jejich relativní ceny a strukturu svých nákladů, resp. dostávali se do deficitu a platební neschopnosti, neboť si nemohli dovolit a ani nechtěli některé výkony neposkytovat, přičemž náklady se jim v podmínkách inflace nedařilo snižovat. I pro ně je logickým řešením situace, aby vláda zvýšila celkové finanční prostředky a aby došlo k redukci poskytované zdravotní péče formou explicitního seznamu „*co si země může a nemůže dovolit*“. Stojí za zamyšlení, že vlastní úroveň nákladů bývá poskytovateli vnímána jako minimální možná a řešení spočívá takřka výhradně v redukci rozsahu péče anebo navýšení zdrojů. Jedním ze způsobů je podstatně rozšířit přímou spoluúčasť pacientů na úhradě nákladů. Tím se dostáváme k třetí ploše číslo tři.

Třetím místem konfrontace může být schopnost pacientů platit za zdravotní péči, pokud je v systému zabudována finanční spoluúčasť, resp. jsou zavedeny přímé platby. O bližších ekonomických a sociálních souvislostech tohoto řešení již bylo napsáno velmi mnoho. Na tomto místě se omezíme jen na stručné konstatování: hlavním výsledkem zavedení přímých plateb zpravidla nebývá celkové omezení poptávky po zdravotní péči a snížení tempa růstu *celkových* výdajů na zdravotnictví (ty naopak většinou rostou rychleji, než v systémech financovaných z veřejných prostředků).

Ty skupiny pacientů, u kterých hrozí, že neschopnost unést břemeno finanční spoluúčasti může výrazně omezit jejich přístup ke zdravotní péči, tendují zcela přirozeně k podpoře takových politických rozhodnutí, které podporují solidaritu systému, tj. přenáší břemeno na ostatní subjekty.

Posledním místem konfrontace je úroveň vlády. Důsledně vzato, víme z každodenní zkušenosti, že tak úplně neplatí, že by nebyla konfrontována s omezeností zdrojů, jak bylo uvedeno na předchozí straně. Vláda je vystavována poměrně intenzivním **politickým tlakům** při stanovování celkové výše veřejných prostředků určených na zdravotnictví a při definování prostoru, který má být otevřen pro soukromé finanční prostředky. Nositeli těchto tlaků bývají typicky zdravotnická lobby, případně opoziční politikové snažící se vystupovat v zájmu vyššího uspokojování potřeb pacientů.

Moderní zdravotnické systémy konfrontované s neustálým růstem výdajů se nejrůznějšími způsoby snažily a snaží zavádět takové způsoby financování, aby udržely tento nárůst pod kontrolou. Jde zejména o metody založené na stanovování celkové výše úhrady poskytovateli předem. Známe jsou především kapitální platby a tzv. globální rozpočty. **Je tu jasná snaha o to, posunout místo konfrontace na vlastního poskytovatele služby.** Na jedné straně se tak zvyšuje jeho finanční riziko a stupeň jeho „pohodlí“, na druhé straně mu tak vzniká možnost profitovat, pokud budou jeho náklady nižší, než předem stanovená platba.

Logika tohoto přístupu je zjevná. O zdravotnických trzích panuje přesvědčení, že na nich dochází ke zvyšování poptávaného množství i pouhým růstem nabídky⁷. Přenášení větší odpovědnosti na poskytovatele je snahou o omezení výdajů realizované autoregulací nabídky a snahou o důslednou hospodárnost při poskytování služeb. (Podobnou logiku mají, mimochodem, i u nás postupně zaváděné platby podle diagnózy.) Výhodou těchto praktik je z ekonomického hlediska to, že zájem na skutečně efektivním nebo alespoň hospodárném využívání zdrojů má ten subjekt, který je současně i daleko nejvíce informovaný o alternativních způsobech jejich užití (na rozdíl od vlády či pacientů...), a může je i nejvíce ovlivnit tím, jak se zdroji zachází.

Literatura

1. 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
2. ANTHONY, R.N., YOUNG, D.W. (1988): Management Control in Nonprofit Organizations. Homewood - Illinois, IRWIN, 1988
3. ARROW, K. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 5(1963): 943-969
4. 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.
5. FUCHS, V.: Who Shall Live, New York: Basic Books, 1974
6. MALÝ, I.: Vliv spojení osob plátců a poskytovatelů zdravotní péče na efektivnost služeb. Sborník z konference, VŠB Ostrava 1997
7. MALÝ, I.: Could HMO's Give Us Any Useful Lesson?. 2nd Annual International Health Care Symposium, Quality Management of Health Care, Financing and Administration of Hospitals. Banská Bystrica, 1997

Ivan Malý

V Brně dne 26. února 1998

⁷ Hovoří se o „nabídkou indukované poptávce“.