K PROBLÉMŮM VYUŽITÍ PŘÍMÝCH PLATEB PŘI FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Ivan Malý

Univerzální problém všech zdravotnických systémů, totiž růst nákladů na poskytování zdravotní péče a s ním spojený tlak zejména na veřejné výdaje do zdravotnictví, má notoricky známé základní příčiny, které na tomto místě nebudeme rozvádět (podrobněji např.). V konkrétních případech pak nabývá tření mezi omezenými zdroji a (vůči těmto zdrojům) nadměrnými potřebami nejrůznějších forem. Jednou je „nedostatek peněz" nejvíce pociťován v souvislosti s platy zdravotnických pracovníků, jindy se podepisuje na nedostupnosti některých léků či zastarávání přístrojového vybavení či chátrání budov. Může mít i zjevnou formu omezování přístupu k některým zákrokům či typům léčby.

Spektrum nástrojů bránících tomuto růstu, resp. umožňujících držet ho ve více méně únosných mezích, je pestré, ať již uvažujeme o možnostech ryze teoretických nebo o těch, které se v praktické podobě někde objevily. Z ekonomického pohledu se jedná o nejrůznější ekonomické i administrativní nástroje omezující nabídku nebo poptávku na „trzích" (nebo možná lépe kvazitrzích) zdravotnických služeb. Je přirozené, že jedním z nástrojů, který se tu nabízí a bývá často navrhován, je zvýšení míry konfrontace přímého uživatele služby s náklady poskytované služby. Za předpokladu cenově pružné poptávky po těchto službách nás základní ekonomické modely učí, že se sníží poptávané množství a tím dojde k celkovým úsporám zdrojů, resp. k jejich efektivnějšímu využití.[1] Vedle toho zde existuje druhá praktická výhoda – spoluúčast sníží tlak na beztak omezené veřejné zdroje.

Na druhé straně se nepochybně jedná o velice „politicky" citlivé téma, proti kterému lze z nejrůznějších pozic úspěšně namítat řadu argumentů. Diskuse o formách spoluúčasti, její úrovni či o způsobech zavedení je velmi bohatá jak v odborné literatuře tak i na stránkách médií (u nás mezi mnohými např.[2], [3], [4]). Tento příspěvek si klade za cíl přispět drobnou mincí k této zřejmě ještě dlouho neuzavřené diskusi sledováním paralely mezi tzv. neformálními platbami a případnou vyšší mírou spoluúčasti.

V druhé části článku je ilustrován vývoj výdajů na zdravotnictví v České republice. Třetí část sleduje myšlenku zvýšení přímých plateb jako alternativního zdroje financování českého zdravotnictví v různých v minulosti předložených koncepcích rozvoje zdravotnictví a je zde stručně rekapitulována dosavadní diskuse o předpokládaných důsledcích zavedení vyšší míry spoluúčasti. V závěrečné části je vedena paralela mezi neformálními platbami ve zdravotnictví a spoluúčastí. Jedním ze závěrů plynoucím z této paralely je, že značná část argumentů proti vyšší míře spoluúčasti má ryze spekulativní a účelový charakter, neboť není podložena znalostí podstatných faktů.

1 VÝVOJ VÝDAJŮ V ČR

Pro socialistické zdravotnictví bylo příznačné, že relativně značné kapacity (měřeno počtem lůžek a lékařů) byly udržovány v chodu prostřednictvím relativně nízkých nákladů. Ještě v letech 1990-1992 se udržoval podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP pod 5,4% [5]. Soudě podle doprovodných jevů jako byl např. kritický nedostatek některých léků a přístrojů, zastarávání budov a zařízení a velmi nízké platy lékařů a dalších zdravotnických pracovníků, lze tvrdit, že v této době existoval stav zjevného podfinancování tohoto odvětví[6]. Šlo o situaci, která měla mnoho příčin a dlouhodobý charakter[7]. Na počátku devadesátých let byla pravděpodobně hlavním motorem celé transformace zdravotnictví.

V roce 1993 došlo ke skokovému nárůstu výdajů, jenž souvisel s přechodem na model veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní péče je od té doby financována jednak zdravotními pojišťovnami z vybraného pojistného, jednak z veřejných rozpočtů. Ze státního rozpočtu jsou financovány pouze příspěvky zdravotnickým organizacím na vybrané činnosti, které zdravotní pojišťovny nehradí (lékařský výzkum, výuku lékařů, problematiku AIDS, protidrogový program apod.) a na investice. Významný podíl mají též přímé soukromé výdaje pacientů. Jejich velikost bývá odhadována různě. Výpočet přímých plateb občanů provádí např. ÚZIS na základě statistiky rodinných účtů ČSÚ a pro rok 1999 ho uvádí jako 8,5% celkových výdajů na zdravotnictví.

Na mezinárodní úrovni se jako nejobvyklejší ukazatel sledující vývoj výdajů na zdravotnictví používá „Podíl výdajů na zdravotnictví z hrubého domácího produktu". Sledování tohoto ukazatele v našich podmínkách není prosto obtíží. Postup výpočtu a zdroje dat se liší u obou hlavních institucí, které se touto problematikou zabývají – ČSÚ a ÚZIS ČR. ČSÚ do výdajů na zdravotnictví zahrnuje výdaje státního rozpočtu, místních rozpočtů (kapitola 335 a oddíl 35 rozpočtové skladby) a výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči (bez výdajů na provoz a investice zdravotnických pojišťoven). Jde tedy o odhad pouze tzv. veřejných výdajů na zdravotnictví, procentní vyjádření podílu na HDP je tedy nižší, než u údajů ÚZIS, které pracují i s výše zmíněnými položkami (ÚZIS,1998). Za rok 1997 byl např. údaj ÚZIS o celkových výdajích na zdravotnictví vyšší více než o 13 mld. oproti ČSÚ.

Navíc teprve od roku 1999 začal ÚZIS zahrnovat do celkových výdajů i výdaje na zdravotní péči jiných rezortů mimo rezort zdravotnictví (obrany, spravedlnosti, vnitra a dopravy), pokud nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Ty reprezentují řádově 1-2% celkových výdajů na zdravotnictví.[8]

Další komplikaci představují zpětné upřesnění metodiky výpočtu HDP. K přepočtu HDP za roky 1990-1996 došlo např.

v roce 1997. Hodnoty za tyto roky, které lze dnes nalézt ve statistické ročence za rok 2000 jsou opět upřesněny (tab.1).

TAB. 1 HRUBÝ DOMÁCÍ PRODUKT 1990-1996, MLD.KČ, B.C.

Rok	Původní údaj	Přepočtený údaj 1997	statistická ročenka 2000
1990	567,3	579,3	626,2
1991	716,6	749,6	753,8
1992	791,0	846,8	842,6
1993	910,6	1002,3	1020,3
1994	1037,5	1143,0	1182,8
1995	1212,0	1319,2	1381,0
1996	1414,0	1490,0	1572,3
1997			1668,9
1998			1798,3
1999			1836,3

Zdroj: ÚZIS (1997), ČSÚ

S vědomím těchto komplikací je prezentován vývoj ukazatele podílu celkových výdajů na zdravotnictví z HDP (tab. 2).

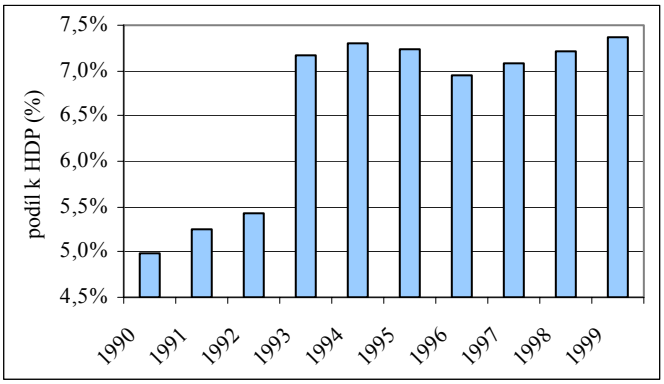
TABULKA 2: CELKOVÉ VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ JAKO PODÍL Z HDP 1990-1999 % (BEZ VÝDAJŮ OSTATNÍCH REZORTŮ)

Rok	podle ÚZIS (1997) %	vlastní výpočet	celková výše (mld.)
1990	5,39	4,99%	31,2
1991	5,27	5,24%	39,5
1992	5,39	5,42%	45,6
1993	7,29	7,16%	73,1
1994	7,56	7,31%	86,4
1995	7,57	7,23%	99,9
1996	7,32	6,94%	109,1
1997	NA	7,09%	119,5
1998	NA	7,22%	129,9
1999	7,36	7,36%	135,1

ZDROJ: ÚZIS A VLASTNÍ VÝPOČET

Z tabulky jsou dobře patrné rozdíly v ukazateli způsobené vyšším vyjádřením HDP, jakož skokové navýšení v roce 1993. V dalších letech výdaje v podstatě stagnovaly, což lze jinými slovy interpretovat jako důkaz toho, že bráno úzce z hlediska klasického *cost containment* (kontroly nákladů) je současný systém financování zdravotnictví dosti účinný přes všechny dobře známé problémy s deficity zdravotních pojišťoven.

OBR. 1 VÝVOJ PODÍLU CELKOVÝCH VÝDAJŮ JAKO PROCENTA Z HDP.



ZDROJ: ÚZIS A VLASTNÍ VÝPOČET

Jako argumentu podporujícím tezi o „stálém růstu“ výdajů na zdravotnictví bývá používáno údajů o vývoji výdajů na 1 obyvatele (tab. 3). Jak je patrné z porovnání meziročních indexů a z míry inflace v daném roce, v reálném vyjádření zdaleka nešlo vždy meziročně o růst.

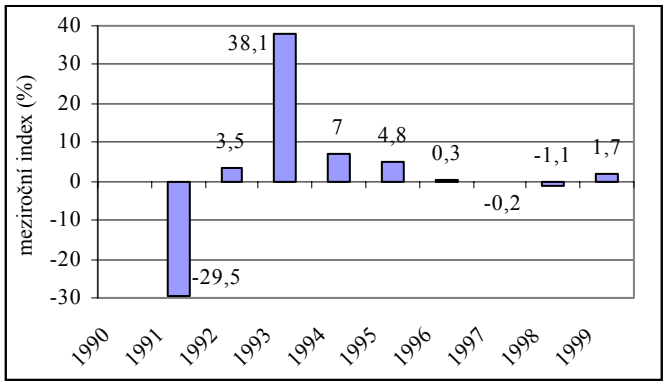
TAB. 2 VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ NA 1 OSOBU

rok	výdaje Kč (b.c.)	meziroční nárůst (%)	inflace (%)	výdaje reálně (%)
1990	2900		9,7	
1991	3686	27,1	56,6	-29,5
1992	4225	14,6	11,1	3,5
1993	6715	58,9	20,8	38,1
1994	7854	17	10	7
1995	8943	13,9	9,1	4,8
1996	9760	9,1	8,8	0,3
1997	10572	8,3	8,5	-0,2
1998	11585	9,6	10,7	-1,1
1999	12023	3,8	2,1	1,7

ZDROJ: ÚZIS A VLASTNÍ VÝPOČET

Ještě patrnější je to z grafického vyjádření:

OBR. 2 VÝVOJ REÁLNÝCH MEZIROČNÍCH SROVNÁNÍ VÝDAJŮ NA 1 OSOBU.



ZDROJ: ÚZIS A VLASTNÍ VÝPOČET

Závěr, že reálné výdaje na zdravotnictví v letech 1997-98 klesaly a v dalších letech v podstatě stagnovaly, potvrzuje i analýza dat z jiných zdrojů [9]

O tom, že vnitřní rezervy a „polštáře“ jsou postupně čerpány a mnohde již zcela vyčerpány, svědčí řada signálů. Lze mezi ně zařadit opětovně zintenzívnělý boj lékařů za vyšší mzdy, různé projevy adversního výběru ze strany poskytovatelů, aktuální problémy s rekonstrukcemi a modernizacemi (případy typu motolského dětského transplantačního centra) apod.

Připočítáme-li k těmto závěrům rovněž významný psychologický efekt nesplněných očekávání zdravotnických pracovníků, jakož i celkovou existenční nejistotu zdravotnických zařízení v souvislosti se snahou veřejné správy racionalizovat síť zdravotnických zařízení, nemůžeme se divit silnému volání po „řešení situace“. Tímto řešením bývá dosti často myšleno výrazné zvýšení spoluúčasti pacientů na hrazení nákladů na zdravotní péči, resp. zavedení tzv. standardů péče jako garantovaného minima a vytvořením prostoru pro placený nadstandard. Volá po něm mimo některých ekonomů a politiků i lékařská veřejnost [10].

2 MYŠLENKA ZVÝŠENÍ PŘÍMÝCH PLATEB

Přímé platby lze považovat za alternativní zdroje financování českého zdravotnictví jako jedno z témat jeho transformace

2.1 HISTORIE

Zavedení (resp. přesněji řečeno zvýšení) finanční spoluúčasti pacientů na úhradě nákladů poskytované zdravotní péče bylo mnohými od počátku transformace považováno za jeden z klíčových prvků transformace zdravotnictví a lék na řadu jeho současných problémů. Již v materiálech produkovaných v roce 1993 ministerstvem zdravotnictví bylo deklarováno, že rozsah zdravotní péče hrazený zákonným pojištěním má být snížen [11], [12]. Hovořilo se jedním dechem o vytvoření standardů péče a vytvoření prostoru pro nadstandard jako oblast soukromé aktivity a ekonomického chování poskytovatelů služeb.

Tato koncepce nebyla uskutečněná. Kritici poukazovali především na neslučitelnost se zněním Listiny základních práv a svobod. Tato interpretace Listiny se ovšem jeví jako příliš extenzívní. Definování rozsahu bezplatné péče (jinými slovy vymezení části péče jako hrazené) zákonem připouští výklad článku 31 Listiny, ke kterému dospěl Ústavní soud ve svém nálezu ze dne 10. července 1996, publikovaném pod číslem 206/1996 Sb. Zde se uvádí, že je zcela nezbytné, aby rozsah péče hrazené ze zdravotního pojištění byl vymezen výlučně zákonem, neboť „*jiná než zákonná úprava by byla porušením Listiny, a tedy i ústavnosti*".

V každém případě, k naplnění této koncepce scházela vždy politická vůle. Neprosadily se žádná z koncepcí zpracovaných M.Mackem, které předpokládaly zhruba 1/3 podíl pacientů na nákladech péče[13].

Oficiální dokument, tzv. Dlouhodobý program MZ ČR hovoří o tom, že zdravotní péče poskytovaná jako věcná dávka všeobecného zdravotního pojištění, bude (jako dosud) národním standardem shodným pro všechny občany, tj. nepůjde o standardy okresní, regionální, zaměstnanecké a že věcný rozsah pojištění „nebude zúžen, bude však uvnitř rozdělen". Péče měla být rozdělena na

1) péči, která zůstane hrazená všeobecným pojištěním na principu solidarity a bez kalkulace individuálních rizik (týká se péče nákladné, neodkladné a nepředvídatelná (NNN), a

2) péči, která bude hrazena všeobecným pojištěním na principu individuální platby, o níž rozhoduje pacient (tj. péče levná, volitelná a předvídatelná). Ta by měla být hrazena z individuální části pojistného.[A] Individualizovaná péče měla být hrazena z „individuálního účtu" – řešení, které doporučoval tehdejší předseda vlády Klaus. Rozsah přímé spoluúčasti měl být zachován.

Dlouhodobý program opět nebyl realizován, došlo k pádu vlády, Tošovského provizoriu a pro nově zvolenou sociálnědemokratickou vládu byla „jakákoli spoluúčast pacienta na hrazení zdravotní péče … nepřijatelná"[14]. V této souvislosti je typické stanovisko místopředsedy vlády V.Špidly, který poukazuje na to, že se od spoluúčasti v zahraničí už dávno ustupuje. Neprokázalo, že by vysoká spoluúčast znamenala ve svém důsledku snižování nákladů na zdravotnictví. „Je to ideologická hloupost. Spoluúčast vytlačuje méně vzdělané lidi ze zdravotní služby. Oni začnou na sobě šetřit a pak je to dražší. Účinná by byla jenom, když bychom mohli pacienta nechat pohozeného a nepostarat se o něj" (tamtéž). V těchto a podobných názorech zaznívá velmi silně obava ze vzniku faktické dvojkolejnosti zdravotnictví se všemi známými negativními důsledky na přístup k péči a její kvalitu.

2.2 ANALÝZA

O bližších ekonomických a sociálních souvislostech zavedení spoluúčasti již bylo napsáno i u nás velmi mnoho. Za klíčové lze považovat dva aspekty:

1. co můžeme říci o prokazatelných dopadech (ne)existence přímých plateb na zdravotní stav,

2. nakolik mohou sloužit přímé platby jako nástroj regulace poptávky, resp. jaký je jejich dopad na celkové výdaje na zdravotnictví.

ad 1) Na otázku, zda zdravotní péče poskytovaná zdarma zlepšuje zdraví dospělých, odpovídá např. Brook[15], že u průměrného amerického pacienta k žádným signifikantním rozdílům nedošlo. Připouští ovšem, že u skupiny osob s potížemi zraku a osob s nízkým příjmem trpících vysokým tlakem došlo k relativnímu zlepšení oproti těm, kteří se museli na úhradě podílet. V našich podmínkách stojí otázka tak, zda bychom se měli obávat zhoršení zdravotního stavu po zavedení některé z forem spoluúčasti? Odpověď nelze opřít o seriózní empirický výzkum. Jako hypotéza se nabízí myšlenka, že pokud by byla (plošná!) spoluúčast dostatečně citelná, pak by u některých skupin obyvatelstva mohla vést ke snaze ušetřit za primární péči a tím i ke zvýšení rizika, že se některé případy onemocnění dostanou do komplikovaných případně chronických stádií. V konečném efektu by to pak mohlo znamenat i zvýšení nároků na finanční prostředky v systému jako celku.

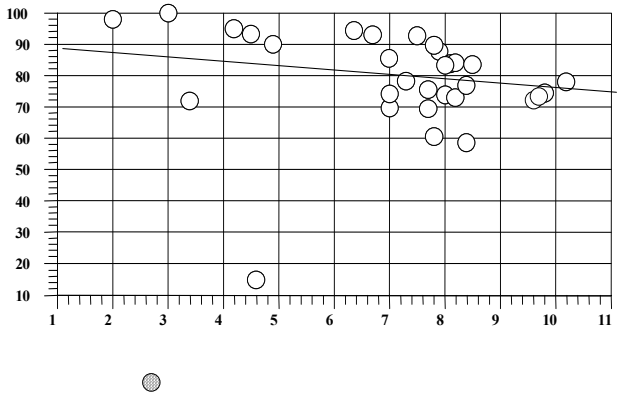
ad 2) Vliv finanční spoluúčasti na poptávku po zdravotnických službách zkoumal v podmínkách amerického systému např. Newhouse[16]. Došel k závěru, že za osoby s pojištěním, které pokrývá všechny služby (tedy ekvivalent našeho), se vydává asi o 50% více, než osoby, které mají jen pojištění katastrofických výdajů. Plné pojištění vede k tomu, že více osob využívá zdravotnických služeb a rovněž více služeb připadá na jednu osobu. Pokud však je pacient již jednou přijat k léčení do nemocnice, výdaje na jedno přijetí se příliš neodlišují. U hospitalizace dětí se počet přijetí do nemocnice neodlišuje vůbec. Newhousova studie neprokázala, zda vyšší míra využití zdravotních služeb u těch, kteří měli plné pojištění, odráží tzv. nadbytečnou spotřebu, či zda naopak druhá skupina nevykazuje „*underuse*" (nedostatečnou spotřebu). Newhousova studie tedy není v rozporu s teoretickými předpoklady o poptávce po zdravotní péči. Její cenová elasticnost je považována za spornou. Při jejím zjišťování je totiž potřeba mít na paměti značnou heterogennost výsledné produkce. Stiglitz[17] např. uvádí výsledky studií z USA, u kterých se odhady elasticity poptávky po nemocniční péči pohybují ve značně širokém intervalu od 0,2 - 0,7. Feldstein (tamtéž) konstatuje, že vyšších hodnot než

[A] **Hledisko "NNN - non-NNN" při reklasifikaci koše základních zdravotnických služeb je doporučováno pro OECD expertní skupinou NERA (National Economic Research Associates Ltd., London), z jejíž metodologie chtělo MZ vycházet.**

cenová elasticita dosahuje elasticita poptávky vztažená k času potřebnému dopravě do zdravotnického zařízení. Shrnuje, že služby nemocnic a lékařů jsou cenově neelastické.

Rovněž srovnání zemí, ve kterých hraje spoluúčast a přímé platby významnou roli, s těmi, kde tomu tak není, napovídá, že hlavním výsledkem zavedení přímých plateb zpravidla nebývá celkové omezení poptávky po zdravotní péči a snížení tempa růstu *celkových* výdajů na zdravotnictví[18]. Ty naopak většinou rostou rychleji, než v systémech financovaných z veřejných prostředků (viz **obr. 3**). Tato skutečnost by mohla napovídat, že spoluúčast a přímé platby lze interpretovat alespoň jako významný nový finanční zdroj pro poskytovatele zdravotní péče v rámci vícezdrojového financování. Finanční přínos v ČR by však byl pravděpodobně limitovaný obecně nízkou koupěschopnou poptávkou.

OBR. 3 KORELACE MEZI CELKOVÝMI VÝDAJI A PODÍLEM VEŘEJNÝCH VÝDAJŮ



(kolečka reprezentují pozice jednotlivých zemí v roce 1995, jejich specifikace pro ilustrativní účel prezentace není nutná) *Zdroj: WHO – Health For All Database 2000*

Nakonec v podstatě zůstává jediný významný potenciální důvod pro zavedení některé z forem spoluúčasti pacienta. Tímto důvodem je etický rozměr spoluúčasti jakožto „občanské ctnosti“ (Kalina 1995). Spoluúčast reprezentuje v tomto pojetí životní postoj založený na odpovědnosti jedince a individualismu. Hrdost na to, že se o sebe občan dokáže do značné míry postarat sám a tím v podstatě zvětšuje prostor pro solidaritu s těmi, kteří téhož nejsou schopni nebo se octli v situaci, která je tíživější.

Doposud u nás nebyl publikován výzkum zaměřený na takto specifické hodnotové postoje. Lze předpokládat, že sklon zastávat podobné stanovisko bude pravděpodobnější u bohatších vrstev. Pro jakýkoliv průzkum by však bylo patrně dosti obtížné odlišit uvedenou argumentaci ve prospěch spoluúčasti od prostého požadavku omezení míry solidarity diktovaného zájmem „ušetřit na daních“. 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, zejména poskytovatele a vládu (resp. ostatní daňové poplatníky).

Za zmínku stojí i výhrada, že zavedení většiny forem spoluúčasti zvyšuje administrativní náklady. Rovněž lze předpokládat i negativní dopady způsobené snahou obcházet nutnost platit za (připusťme) levnou, volitelnou a předvídatelnou péči např. tím, že lékař s pacientem spolupracuje při kvalifikaci stavu a druhu péče tak, aby nastaly okolnosti kvalifikující pacienta k čerpání bezplatné péče.

2.3 NEFORMÁLNÍ PLATBY - „SKRYTÁ SPOLUÚČAST“

Hlavním argumentem proti použití vyšší míry spoluúčasti však nadále zůstává obava ze sociálních dopadů a v podstatě ideologicky argumentovaný zájem na zachování dosavadní equity (zde myšleno více méně rovnosti) v přístupu ke zdravotnickým službám bez ohledu na schopnost zaplatit. Jakkoliv je tento argument postaven na hodnotovém soudu, který nemusí být sdílen zdaleka všemi členy společnosti, není účelem tohoto příspěvku zpochybňovat samotný význam equity (ani rovnosti!) jako univerzálních hodnot. Problém je jinde a lze jej vyjádřit dvěma otázkami:

- skutečně si můžeme být jisti tím, že současný zdravotnický systém už fakticky není dvojkolejný, resp. že v něm nedochází k výrazným rozdílům v přístupu k péči právě podle schopnosti a ochoty zaplatit, a
- opravdu by zavedení otevřené spoluúčasti představovalo tak veliký čistý přírůstek výdajů domácností souvisejících s poskytováním (spotřebou) zdravotní péče? A v jaké struktuře? Kdo by byl nejvíce postižen?

Abychom mohli odpovědět kladně, museli bychom mít rozumně zmapován rozsah, v jakém v současném zdravotnictví dochází k tzv. neformálním platbám (*informal payments*) ze strany pacientů zdravotnickým zařízením či pracovníkům. Za neformální platby jsou považovány všechny platby, dary, plnění, které neplynou z oficiálních, formálních pravidel úhrad péče (příplatek za nadstandardní materiály, léky, komfort…). Obecně mohou mít charakter tzv. *gratitudes* – výrazu vděčnosti (poskytováno nejčastěji ex-post) anebo přímo úplatků v zájmu zajistit si „nadstandardní“ (někdy dokonce prostou standardní) úroveň péče. Obě formy lze v praxi občas dost těžko rozlišit.

V mnohých zemích je výše těchto plateb poměrně značná, někde tvoří tyto příjmy dokonce většinu (!) příjmů lékařů (údajně Gruzie). Feeley a kolektiv (citováno dle Ensor, Killingsworth,[19]) například zjistili, že neformální platby přispívají v Rusku více než 15 procenty k celkovým výdajům na zdravotnictví a u veřejných nemocnic dosahují více než 34 procent.

Je docela možné, že situace v českém zdravotnictví se zdaleka neblíží ruské úrovni[B], nicméně je faktem, že výzkum tohoto aspektu chování pacientů u nás již dlouhou dobu uskutečněn nebyl. Rozsah neformálních plateb není v současnosti znám ani nebyl publikován nějaký aktuální odhad. Ještě méně máme důkazů o motivech, proč lidé tyto platby provádějí. S výjimkou dílčích indicií neexistují doklady o tom, zda se četnost a výše

[B] **Existence neformálních plateb je obvyklejší v zemích, kde je nízká úroveň mezd zdravotnických pracovníků, což by mohlo svědčit ve prospěch hypotézy, že jejich rozsah u nás není zanedbatelný.**

plateb zvyšuje či snižuje, resp. zda nějak reaguje na změny v organizaci a financování zdravotnictví u nás.

Z pohledu zachování equity a sociálních dopadů se může jednat o problém, který by (paradoxně) zavedení spoluúčasti dokonce mohlo zmírnit, pokud by platilo, že a) rozsah neformálních plateb je vysoký a b) lidé by reagovali snížením plateb jako projevu vděčnosti či kompenzace nízkých příjmů zdravotníků a poskytovatelé by ze zavedení spoluúčasti profitovali oficiálními vyššími příjmy.

Každopádně, za předpokladu nezanedbatelné úrovně neformálních plateb by mohlo být zavedení vyšší míry spoluúčasti interpretováno jako zprůhlednění finančních toků, které dosavadní úroveň „equity" nezhoršuje. Naopak jasně definovaná spoluúčast má oproti neformální platbě tu výhodu, že ji lze kompenzovat nástroji sociální politiky.

To vše je pochopitelně ryze hypotetické. Bez seriózního výzkumu, který by zkoumal chování pacientů a poskytovatelů nelze při oceňování dopadů případného zavedení spoluúčasti postoupit dále. Zdá se však, že v této oblasti se blýská na dobré časy. Letos byl odstartován mezinárodní výzkumný projekt zaměřený na zkoumání neformálních plateb ve zdravotnických systémech čtyř středoevropských zemí (Polsko, ČR, Maďarsko a Rumunsko). Ve spolupráci s výzkumníky z Harvardovy univerzity a za podpory MERCK Foundation je hlavním úkolem porozumět, jak různé institucionální a ekonomické faktory ovlivňují podstatu a rozmach formálních a neformálních plateb ve zdravotnictví a navrhnout možná řešení. Obzvláště jde o to, identifikovat a pochopit:

- podstatu a rozsah formálních a neformálních plateb;
- způsob, jakým jsou neformální platby vybírány, individuálně a institucionálně a jak je tento výběr rozdělen mezi různé poskytovatele zdravotních služeb;
- dopad formálních a neformálních plateb na pacienty, hlavně ve vztahu s dostupností, rovnocenností a kvalitou péče;
- důvody zvyšování počtu a velikosti neformálních plateb;
- jak je možno zastavit neformální platby a/nebo redukovat jejich negativní dopad.

V současné etapě probíhá sběr dat, první výsledky výzkumu lze očekávat v polovině příštího roku. Pokud by tento výzkum, který je postaven jako průzkum chování obyvatel vybraných větších měst přinesl výsledky (jde o téma dosti ožehavé a je nejisté, zda se podaří shromáždit validní data), pak podniknou řešitelé kroky k tomu, aby se obdobný výzkum uskutečnil plošně na území celé republiky s cílem poněkud zmírnit počet neznámých při další tvorbě zdravotní politiky.

Autor: **Doc. JUDr. Ivan Malý, CSc.**
Masarykova univerzita Brno,
ekonomicko-správní fakulta

LITERATURA

*1 **FELDSTEIN, P.J. (1993): Health Care Economics. 4th ed., Delmar Publi**shers, Albany 1993*

2 HÁVA, P., KRUŽÍK, L. (1995): Je zdravotní politika v České republice efektivní? Diskusní příspěvek k materiálům MZ a lékařských komor poskytnutých premiérovi Václavu Klausovi. Zdravotnické noviny, *9.6.1995*

3 HOLČÍK, J. (1995): Spoluúčast nebývá chápaná jako izolovaný prvek. Zdravotnické noviny, 24.2.1995

4 KALINA, K. (1995): Spoluúčast pacienta jako občanská ctnost. MF Dnes, 6.6.1995

5 Aktuální informace ÚZIS, Praha č. 38/1997 http://www.uzis.cz/cz/archiv97/38. htm

6 MALÝ, I. (1993): Vliv způsobu financování zdravotnictví na efektivnost zdravotnických služeb. Kandidátská disertační práce, VŠE Praha, 1993

7 SKUPR (Pracovní skupina MZSV ÈR pro reformu) (1990): Návrh reformy péče o zdraví, Praha 1990

8 Aktuální informace ÚZIS, Praha 1997,1998,2000

9 Health For All Database, WHO Regional Office for Europe, June 2000

10 Zamýšlené změny v systému zdravotního pojištění. 5.duben 1993. Interní materiál pro poradu ministrů

11 LOM, P. (1992): Zákon z rodu extra obtížných. Lidové noviny 1.12.1992, str.12

12 RUBÁŠ, L. (1993): Veřejnost nesnáší nejistotu. Lidové noviny 22. 6.1993, str.8

13 MACEK, M. (1996): Návrh tajemníka M. Macka na reformu zdravotnictví. Zdravotnické noviny, 8.11.1996, s.3-4

14 KUČEROVÁ, Š.(1999): ZAČAROVANÝ KRUH. Pokladna zdravotního pojištění je před kolapsem. EURO 41/99

15 BROOK, R.H. et al. (1983): Does Free Care Improve Adults's Health? Results from Randomized Controlled Trial. The New England Journal of Medicine, Vol.309 - No. 23, s. 1426- 1433

16 NEWHOUSE, J.P. et al. (1981): Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance. The New England Journal of Medicine, Vol.305 - No. 25, s.1501- 1507

17 STIGLITZ, J.E. (1997): Ekonomie veřejného sektoru. GRADA Publishing, Praha 1997

18 SALTMAN, R.B., FIGUERAS, J. (1997) European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1997

19 ENSOR, T., Killingsworth, J. ed. (1999): Paying for Health. Edward Elgar, Cheltenham, UK, 1999