

5 Zdravotnictví jako součást národního hospodářství

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

V této kapitole je zdravotnictví představeno jako významné odvětví národního hospodářství. Má svou strukturu, funkce a návaznosti na další oblasti ekonomiky. Protéká jím velké množství finančních prostředků, je významným zaměstnavatelem. Při výkladu je využita řada statistických pramenů, které jsou v oblasti zdravotnictví dosti podrobné a relativně dostupné. Schopnost vyhledat a pracovat samostatně se statistickými údaji je jednou z klíčových kompetencí, kterou se u vás snažíme rozvíjet. V závěru kapitoly je prezentován způsob, jak je zdravotnictví statisticky sledováno v mezinárodním systému národních účtů.

KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotnictví	NACE
zdravotní péče	COFOG
zdravotnické služby	systém zdravotnických účtů (SHA)
zdravotnický systém	

5.1 Základní charakteristika odvětví a jeho funkce

Ve vyspělých zemích se zdravotnictví stalo jedním z nejrozsáhlejších hospodářských odvětví a současně odvětvím vykazujícím největší dynamiku měřeno počtem pracovních míst či inovacemi. Zejména v zemích OECD došlo k působivým zlepšením zdravotního stavu obyvatelstva a rovněž se ve většině z nich zvýšila všeobecná dostupnost péče. Nicméně, prakticky všechny zdravotnické systémy ve vyspělých zemích se dnes musí potýkat s podobnými problémy. Patří mezi ně především dopady rostoucí omezenosti zdrojů a hledání neefektivnějších způsobů jejich využívání v podmínkách nesmírně rychlého vývoje nových technologií, rostoucích očekávání pacientů i veřejnosti a stárnoucí populace. Klíčovými hodnotami jsou a vždy budou ekvita, účelnost a ekonomická efektivnost zdravotní péče.

Zdravotnictví můžeme charakterizovat jako odbornou část péče o zdraví. Chápeme ho rezortně (resp. v institucionálně-funkčním pojetí), tj. jako odvětví národního hospodářství tvořené soustavou orgánů, institucí a pracovníků, jejichž posláním jsou činnosti, které směřují

k bezprostřední ochraně zdraví obyvatelstva a k zabezpečování hlavních odborných, finančních a věcných předpokladů poskytování zdravotní péče. Proto sem kromě samotné soustavy státních a nestátních zdravotnických zařízení, které zabezpečují poskytování zdravotnických služeb, patří i instituce, které slouží rozvoji lékařské vědy a podpory zdraví. Dokonce, podle Světové zdravotnické organizace, tam patří rovněž i instituce účastníci se v širším smyslu na celkovém zlepšování sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek lidského života.

Zdravotní péči definuje naše legislativa (zák. č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování) jako soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem **předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu, udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení, pomoci při reprodukci a porodu, posuzování zdravotního stavu, preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky** za shora popsáným účelem.

Z hlediska časové naléhavosti se zdravotní péče dělí na

- neodkladnou,
- akutní,
- plánovanou.

Podle účelu poskytnutí se rozlišují:

- preventivní péče, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku,
- diagnostická péče, jejímž účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby,
- dispensární péče, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci,

d) léčebná péče, jejímž účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu,

e) posudková péče, jejímž účelem je zjištění, zda

1. nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách, nebo

2. zdravotní stav pacienta je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce, služby, povolání, jiných činností nebo pro jiné účely,

f) léčebně rehabilitační péče, jejímž účelem je maximální možné obnovení funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu,

g) ošetrovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti,

h) paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí,

i) lékařská péče a klinickofarmaceutická péče (dále jen „lékářská péče“), jejímž účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv.

Zdravotnické služby ve všech vyspělých zemích můžeme zařadit pod kategorii „věcné veřejné služby“. Tvoří tak mimo jiné i jednu z kategorií Klasifikace funkcí veřejnoprávních subjektů (COFOG - *Classification of the Functions of Government*), mezinárodně používaného klasifikačního standardu pro členění výdajů států s ohledem na jejich účel (funkci). Klasifikace COFOG je nedílnou součástí Systému národních účtů (SNA), určených zejména pro potřeby statistického zjišťování a mezinárodního porovnávání statistických dat (podrobněji níže v této kapitole). Klasifikaci COFOG používají zejména ministerstva financí a statistické úřady jednotlivých zemí pro členění rozpočtů a další statistické účely. Každá činnost (resp. výdaj) organizací veřejného sektoru musí být přiřazena jedné z funkcí dle

členění COFOG. Z mezinárodního hlediska jde o členění, pomocí kterého lze porovnávat strukturu výdajů na veřejné služby.

Box 13. Základní klasifikace odvětví terciárního sektoru dle NACE⁷

Třída Český překlad	
G	Velkoobchod a maloobchod; opravy a údržba
H	Doprava a skladování
I	Ubytování, stravování a pohostinství
J	Informační a komunikační činnosti
F	Peněžnictví a pojišťovnictví
L	Činnosti v oblasti nemovitostí
M	Profesní, vědecké a technické činnosti
A	Administrativní a podpůrné činnosti
O	Veřejná správa a obrana; povinné sociální zabezpečení
P	Vzdělávání
Q	Zdravotní a sociální péče
R	Kulturní, zábavní a rekreační činnosti
S	Ostatní činnosti
T	Činnosti domácností jako zaměstnavatelů
U	Činnosti zahraničních organizací

Zdroj: <http://managementmania.com/sekter-sluzeb-dle-nace.pdf>

⁷ NACE je akronym pro statistickou klasifikaci ekonomických činností, kterou používá Evropská unie (resp. Evropská společnost) od roku 1970. NACE vytváří rámec pro statistická data o činnostech v mnoha ekonomických oblastech (např. ve výrobě, zaměstnanosti, národních účtech).

5.2 Význam odvětví

Význam a váhu odvětví ekonomové zpravidla vyjadřují peněžními toky, které přes ně protékají. Nejpoužívanějším indikátorem je v této souvislosti **velikost celkových výdajů na zdravotnictví vyjádřena jako podíl na hrubém domácím produktu (HDP)**. V roce 2012 byla jeho průměrná hodnota v zemích OECD 9,3 %⁸. Výdaje se pohybují v relativně širokém intervalu od cca 6% (Turecko, Mexiko, Estonsko) po 17% ve Spojených Státech⁹. Většina nejvyspělejších evropských zemí utrácí za zdravotní péči cca 10-12 procent HDP (nejvíce Holandsko – 12%, Francie a Německo 11,6%).¹⁰ Česká republika je se svými cca 7,5% mezi zeměmi s relativně nejnižšími výdaji. Pro srovnání viz obrázek 4-1, znázorňující vývoj celkových výdajů v ČR a u jejích sousedů.

Na celkových výdajích na zdravotnictví se podílejí výdaje veřejné a soukromé. S výjimkou USA, Mexika a Chile převažují v zemích OECD výdaje veřejné. (V České republice tvoří více než 80%.) To ukazuje silný vliv veřejného sektoru a obecně státu na poskytování zdravotní péče. O důvodech budeme diskutovat v následující kapitole.

Jednou z legitimních otázek, která může padnout při studiu podobných statistik, zní – „existuje něco jako „optimální“ výše výdajů na zdravotnictví?“. Dáváme hodně, málo, nebo „tak akorát“? Teoretická odpověď je snadná – optimum nákladů je tam, kde dochází k vyrovnání mezních výnosů s mezními náklady, přirozeně při započítání nákladů příležitosti. Pro zdravotnictví by se to dalo interpretovat například tak, že do systému odborné péče o zdraví má smysl investovat, pokud jsou přínosy měřené pozitivními dopady na zdravotní stav jednotlivců či populace vyšší, než investice do jiných oblastí (ochrana životního prostředí, doprava, bezpečnost, výživa...)¹¹. S tím souvisí vztah mezi vyšší výdajů na zdravotnictví a střední délkou života jako velice zjednodušeným měřítkem zdravotního stavu populace (viz

⁸ Viz <http://www.oecd.org/newsroom/health-spending-starts-to-rise-but-remains-weak-in-europe.htm>

⁹ USA představují v této oblasti extrém. Pokud budeme pracovat s celkovými výdaji vyjádřenými v US dolarech na hlavu, přepočteno paritou kupní síly, pak vydávají dva a půlkrát více, než činí průměr zemí OECD. Výše a vývoj výdajů je tam vnímán již řadu let jako značný problém.

¹⁰ Pro podrobnější informace doporučujeme zejména on-line databázi zemí OECD dostupnou volně na <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

¹¹ Za předpokladu, že bychom řešili pouze efektivnost výdajů směřujících k zajištění potřeby zdraví.

obrázek 4-2). Jak je z grafu zřejmé, platí i zde zákon snižujících se mezních užiteků. Země s nejvyšší střední délkou života při narození dosahují přibližně obdobných hodnot, bez ohledu na výši svých výdajů, nicméně u ostatních je zřejmá korelace mezi výdaji a střední délkou života.

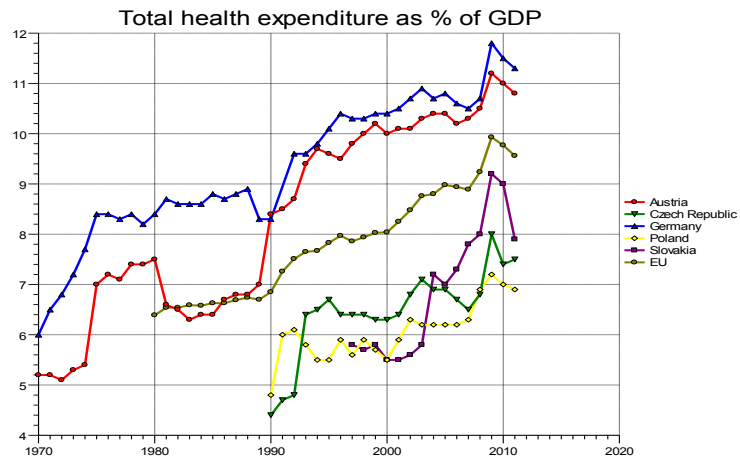
V praxi ovšem není snadné aplikovat ani takto silně zjednodušený princip, takže se spíše setkáváme s argumentací, která se odvolává na komparace mezi jednotlivými zeměmi, případně na meziroční změny, případně vývojové trendy.

Je dobré mít na paměti, že patrně 90% respondentů by na naši otázku adekvátnosti zdrojů patrně automaticky odpověděla: „...dáváme málo, podívejte se na ty dlouhé čekací doby, nízké platy zdravotnických pracovníků, vyšší spoluúčasti při nákupch léků apod...“. Jistě, není obtížné nacházet případy, kdy dochází mezi napětím mezi potřebami a disponibilními zdroji. Někdy mají vyloženě tragický charakter a vyvolávají soucit, hněv či jiné emoce. Existence těchto situací však sama o sobě nemusí nutně znamenat alokační neefektivitu, tedy stav, kdy používáme zdroje na jiný než nejužitečnější účel.

Porovnáme-li velikost celkových výdajů na zdravotnictví s některým z ukazatelů blahobytu (typicky s velikostí HDP na hlavu), zjistíme zajímavou korelaci. Dlouhodobě platí vztah, že čím je země bohatší, tím větší podíl HDP alokuje na zdravotní péči¹². Přitom nehraje roli, jaký podíl celkových výdajů tvoří výdaje veřejné.

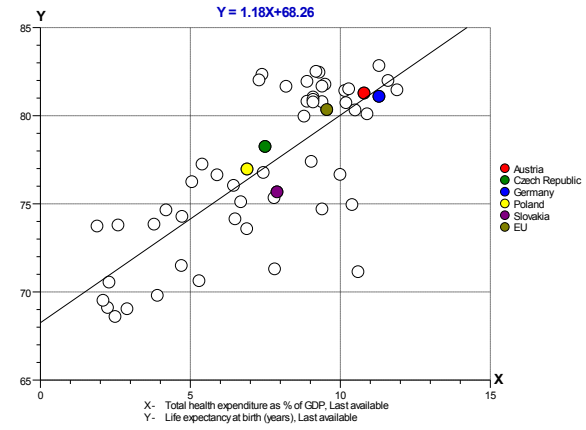
¹² Obdobně to platí i u dalších statků, např. ochrany životního prostředí.

Graf 1. Celkové výdaje na zdravotnictví jako % HDP (ČR a její sousedé, srovnání s průměrem EU)



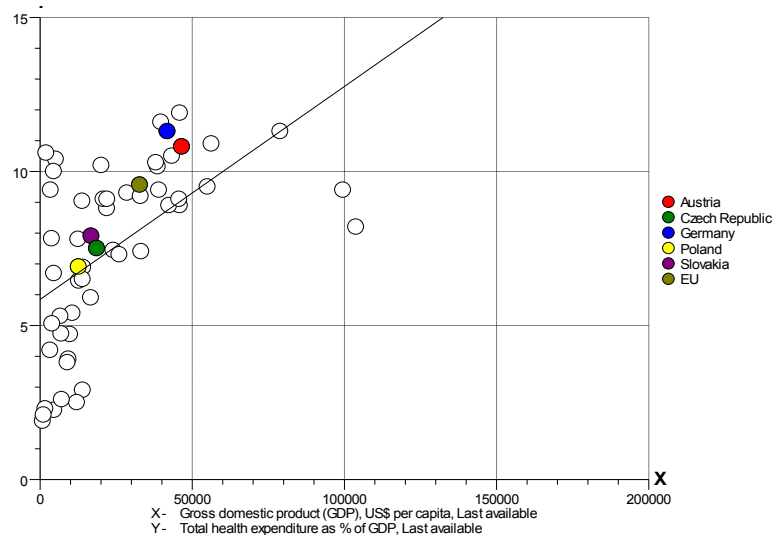
Zdroj: European Health For All Database, WHO

Graf 2. Vztah mezi střední délkou života a celkovými výdaji na zdravotnictví



Zdroj: European Health For All Database, WHO

Graf 3. Vztah mezi bohatstvím a velikostí výdajů na zdravotnictví



Zdroj: European Health For All Database, WHO

Ve zdravotnictví je u nás zaměstnáno téměř 300 tisíc pracovníků, což představuje třetí místo, těsně za školstvím. Podíl vysokoškolsky vzdělaných činí více než 21% (průměr za ČR je 12%).

Produktivita práce je však pod průměrem ekonomiky, což u odvětví služeb nepřekvapuje. Jen pro ilustraci, toto odvětví u nás tvoří 4% hrubé přidané hodnoty.

5.3 SHA- System of Healthcare Accounts – zdravotní účty

Výdaje ve zdravotnictví jsou sledovány na tzv. zdravotních¹³ účtech (System of Healthcare Accounts - SHA)¹⁴ ve třech základních osách:

¹³ ČSÚ používá překlad „zdravotnických“, který se nám jeví přesnější, nicméně EU používá na svých stránkách v češtině výraz „zdravotní“

¹⁴ <http://www.oecd.org/health/health-systems/21160591.pdf>

- Zdroje financování (odkud peníze pocházejí)
- Poskytovatelé zdravotní péče a služeb (tedy kam peníze směřují)
- Zdravotní služby a zboží (tedy za co jsou ve zdravotním systému prostředky utráceny)

Kombinací těchto tří rozměrů lze získat maticově uspořádané tabulky zdravotnických výdajů použitelné pro podrobnou analýzu.

Zboží a služby individuální zdravotní péče mají dle metodiky SHA na rozdíl od služeb kolektivních tyto charakteristiky:

- lze určit a zaznamenat spotřebu služby konkrétním jedincem či domácností v místě a čase
- příjemce služby musí s přijetím služby či zboží souhlasit a učinit nezbytné kroky pro její přijetí – např. tím, že vyhledá zdravotnické zařízení
- spotřeba služby či zboží jedincem či malou, vymezenou skupinou příjemců, vylučuje současnou spotřebu téže služby či zboží někým jiným.

Do skupiny kolektivních zdravotních služeb jsou dle metodiky OECD zařazeny tradiční činnosti veřejného zdraví, jako je

- zdravotní osvěta,
- preventivní zdravotní kampaně,
- standardizace, řízení a monitorování zdravotních služeb
- organizace zdravotního pojištění.

Rozlišení individuálních a kolektivních zdravotních služeb může být obtížnější v zemích, ve kterých je financování a poskytování zdravotních služeb úzce provázáno, jako např. v systému NHS

Formy péče

SHA klasifikace rozlišuje produkci do čtyř základních forem:

- Lůžková (ústavní) zdravotní péče (in-patient)
- Denní péče (day-care)
- Ambulantní péče (out-patient care)
- Domácí péče (home-care)

Lůžková péče je péče poskytovaná pacientům, kteří jsou formálně přijati do lůžkového zdravotnického zařízení (jsou hospitalizováni) a v tomto zařízení zůstávají minimálně

jednu noc. Je většinou poskytována v nemocnicích, částečně však také v dalších typech zdravotnických zařízení. Hotelové služby poskytované pacientům a jejich doprovodu jsou považovány za součást služeb lůžkové péče.

Hotelové služby např. v zařízeních sociální péče, které sice poskytují zdravotní služby, ale tyto nejsou dominantní součástí jimi poskytovaných služeb, do této skupiny nepatří.

Denní péče je zdravotní péče poskytovaná pacientům, kteří byli formálně přijati z důvodu onemocnění, poskytnutí léčby či jiného typu zdravotní péče se záměrem propuštění tentýž den.

Ambulantní péče je péče poskytovaná ambulantním pacientům. Ambulantní pacienti nejsou formálně přijímáni do zdravotnického zařízení (samostatné či nemocniční ambulance apod.) a nezůstávají přes noc.

Domácí péče zahrnuje lékařskou a nelékařskou zdravotní péči poskytovanou pacientům v domácím prostředí, včetně péče při porodu, domácí dialýzy apod.

Tabulka 3. Výdaje na konečnou spotřebu domácností podle účelu – národní pojetí 2008–2011 z národních účtů

13.2 Výdaje na konečnou spotřebu domácností podle účelu - národní pojetí 2008–2011 (běžné ceny v mil. Kč) z národních účtů
Household final consumption expenditure by purpose - national concept in 2008–2011 (current prices, in mill. CZK) from national accounts

Položka / Item	2008	2009	2010	2011
6000 Zdraví Health	42 092	42 645	41 241	42 275
z toho / of which				
6100 Léčiva, zdravotnické prostředky Medical products, appliances and equipment	22 907	25 886	25 930	27 091
6200 Ambulantní zdravotní péče Out-patient services	15 429	14 429	13 004	12 626
6300 Ústavní zdravotní péče Hospital services	3 756	2 350	2 307	2 558

Zdroj: ČSÚ - Národní účty

Source: CZSO - National Accounts

Zdroj: ČSÚ – Národní účty

SHRNUTÍ

Zdravotnictví je ve vyspělých zemích významným odvětvím veřejných služeb. Představuje odbornou část péče o zdraví. Můžeme si ho představit jako soustavu orgánů, institucí a pracovníků, jejichž posláním jsou činnosti, které směřují k bezprostřední ochraně zdraví obyvatelstva a k zabezpečování hlavních odborných, finančních a věcných předpokladů poskytování zdravotní péče. Výsledný produkt fungování zdravotnictví – zdravotní péče, resp. zdravotnické služby – představuje na jedné straně statek, který sám o sobě uspokojuje lidské potřeby (hovoříme o cílové funkci), jednak je de facto jedním (pohříchu nikoliv nejvýznamnějším) produkčním faktorem zdraví, jakožto jedné z klíčových hodnot pro člověka. Při studiu zdravotnických systémů se můžeme opřít o bohaté spektrum statistických údajů jak na národní tak i mezinárodní úrovni. Mezi hlavní zdroje dat a informací patří například WHO (zejména doporučujeme používat databázi European Health for All (HFA-DB) <http://www.euro.who.int/en/what-we-do>); Český statistický úřad (ČSÚ) http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/zdravotnictvi_lide; Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), spravuje Národní zdravotnický informační systém <http://www.uzis.cz/>

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- ČSÚ (2011) Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 - 2010
<http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3306-12>
- <http://www.uzis.cz/>
- http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_en.htm
- http://www.who.int/topics/health_systems/en/
- KUVÍKOVÁ, H., MURGAŠ, M., NEMEC, J. (1995): Ekonomie zdravotnictví. Phoenix, 1995. ISBN 80-900563-1-8
- MALÝ, I. (2004) Zdravotnictví. In Oblast rozvoje lidských zdrojů - Zvláštní část vzdělávání vedoucích úředníků ÚSC - Díl III. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. od s. 11-18, 8 s. díl III. ISBN 80-210-3544-7.
- OECD (2010), Health at a Glance: Europe 2010, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en, dostupné na http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2010_exs_en.pdf

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Který právní předpis u nás definuje zdravotní péči?
- Jak se od sebe liší diagnostická a dispenzární péče?
- Jaká je výše výdajů na zdravotnictví v ČR a jaké je relativní postavení ČR v porovnání s dalšími zeměmi OECD?
- Jaké jsou tři základní osy sledování výdajů ve zdravotnictví v systému zdravotnických účtů?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Vyhledejte ve Statistické ročence ČR pokud možno všechny údaje, které se vztahují k ekonomice zdravotnictví. Jak se vyvíjí výdaje na zdravotnictví? Uměli byste na základě údajů z ročenky odpovědět na otázku, na který typ zdravotní péče vydáváme nejvíce prostředků?
2. Zamyslete se nad problematikou komparace výdajů na zdravotnictví mezi jednotlivými zeměmi. Jaké ukazatele zde lze použít, diskutujte silné stránky i omezení jednotlivých variant.
3. Zkuste po určitou dobu (cca 1 týden) soustavně monitorovat denní tisk a vyhledávat v něm články zaměřené na zdravotnictví. Je to, podle vás, relativně aktuální a časté téma? Které aspekty jeho fungování v člancích převažují - medicínské, ekonomické, sociální? Zkuste formulovat jeden nejaktuálnější problém současného zdravotnictví.
4. V čem podle vás spočívá příčina relativně nízké produktivity práce ve zdravotnictví (když vezmeme v úvahu kvalifikovanost pracovní síly i vybavenost technikou)?

6 Trhy se zdravotní péčí

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Fungování zdravotnických systémů má své velmi důležité ekonomické dimenze. Množství péče i její cena reaguje na řadu faktorů. Porozumění těmto jevům je klíčem pro předvídání budoucího vývoje, případně dopadů veřejné politiky na dostupnost a množství péče, jakož i na výši výdajů. Jakkoliv se v případě evropských zdravotnických systémů jedná o silně regulované prostředí, kde převažují netržní způsoby poskytování péče pacientům, naše analýza musí začít studiem specifik zdravotnických trhů – míst, kde se setkává poptávka po zdravotní péči s nabídkou jejího poskytování. V této kapitole 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.

KLÍČOVÁ SLOVA

ekonomie zdravotní péče	informační nerovnováha
dopady nerovnosti v příjmech	třetí strana
statky pod ochranou	čisté veřejné statky
selhání trhu	smíšené kolektivní statky
poruchy konkurence	externality

6.1 Zdravotnictví jako předmět zájmu ekonomické teorie

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 obtížnější, než ve zdravotnictví. Z těchto skutečností vyplývají významné implikace pro způsob řízení a organizace zdravotnických služeb.

Ekonomická teorie se začíná zdravotnickými službami intenzivněji zabývat počátkem padesátých let dvacátého století. Dostupnost zdravotní péče se v té době začíná chápat 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 tehdejší 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 blahobyti" (*welfare states*) nabývá zdravotnictví (a tím i jeho ekonomika) na důležitosti.

Omezení tržního mechanismu jako primárního nástroje alokace zdrojů vyvolávalo 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? 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.**

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.).

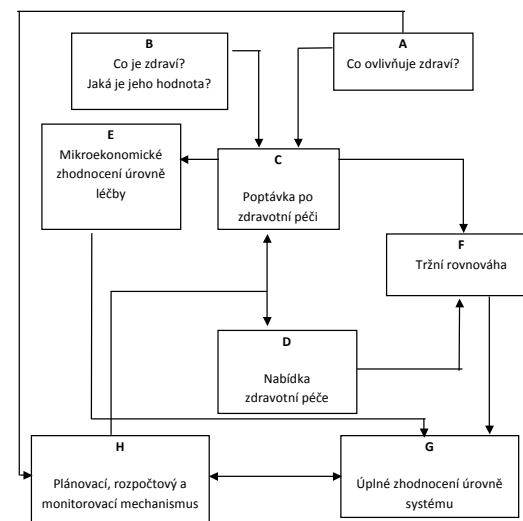
Proti používání metod ekonomické analýzy v odvětví zdravotnictví jsou vznášeny v zásadě dva druhy námitek. První jsou v podstatě **etické**, druhé více méně **technické**.

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.

Oba druhy těchto námitek jsou nepochybně pádné. Bohužel, jejich uznání nás neuchrání od působení prostého faktu omezenosti zdrojů. 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 tohoto typu je třeba činit na všech úrovních. Ekonomická analýza při tom může být užitečná pro systematickost a logiku tvorby takových rozhodnutí. Pomáhá nacházet alternativní řešení a vypočítává jejich náklady, případně odhaduje jejich přínosy. Mají-li ekonomové informace o nákladech a o metodách produkce, v tomto případě poskytování zdravotní péče, mohou například identifikovat dopady jednotlivých metod financování na chování zdravotnických zařízení a lékařů. Mohou dokonce testovat hypotézy o tom, která metoda je nejvýhodnější pro dosažení určitých cílů, jako je kupříkladu hospodárnost využití zdrojů, omezení nákladů, růst kvality péče apod. Základní souvislosti jsou naznačeny ve schématu 5-1.

Schéma 8. Hlavní komponenty ekonomie zdravotní péče



6.2 Specifika zdravotnických trhů

V konečném důsledku je množství a cena zdravotní péče ovlivněna fungováním celé řady dalších trhů, zejména trhu pracovního (který reaguje mimo jiné i na vývoj poptávky a nabídky na příslušných trzích se vzděláním), trhu s farmaceutickými výrobky, zdravotnickým materiálem, přístroji, pomůckami, energiemi apod. V podmínkách systému zdravotního pojištění je významné rovněž fungování trhu se zdravotním pojištěním (viz další text). V souvislosti se zdravotní péčí samotnou se sice v reálných zdravotnických systémech až na výjimky klasického tržního mechanismu k dosažení rovnováhy nepoužívá (alespoň ne v převažující míře), avšak klíčovou otázkou je v této souvislosti, **proč** k tomu dochází. K odpovědi potřebujeme analyzovat charakteristiky potenciálního tržního prostředí, jeho známá a předpokládaná selhání, jakož i vlastnosti samotné poptávky i nabídky, resp. čím je ovlivňována jejich intenzita, pružnost a struktura.

Nezajišťuje-li alokaci zdrojů trh, musí nastoupit pokud možno co nejracionálnější alternativa. Míra její efektivnosti je závislá na celé řadě faktorů, mezi kterými se jako nejdůležitější jeví *znalost* toho, co se reálně děje (odtud význam monitoringu), schopnost *účinně ovlivňovat* chování nezávislých ekonomických subjektů (přímými i nepřímými řídicími nástroji, včetně nástrojů ekonomických) a schopnost uspokojivě *hodnotit*, jak systém funguje.

Důvody státních zásahů

Obecně existují dvě skupiny důvodů, které bývají tradičně používány k odůvodnění vládních aktivit v tržním hospodářství. Jedná se o:

1. obavy z následků nerovnosti v příjmech - i kdyby byl trh efektivní, stejně by pravděpodobně neuspokojoval ani základní potřeby některých jednotlivců či celých skupin obyvatelstva, což se může společnosti (z různých důvodů) jevit jako nespravedlivé a nežádoucí; některé zdravotnické služby jsou rovněž pokládány za statky pod ochranou;
2. selhání trhu, která způsobují, že tržní mechanismus není alokačně efektivní v paretoevském smyslu. Mezi hlavní mikroekonomická tržní selhání patří poruchy

konkurence, existence čistých veřejných (kolektivních) statků, a externality (Stiglitz 1997: 102-109).

Obavy z následků nerovnosti v příjmech

Nejdůležitější argumenty pro zvýšenou roli státu v poskytování 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. Obdobně je tomu např. u volebního práva, kdy občané nesmějí kupovat a prodávat své hlasy; u základního vzdělání, které má zajistit základní úroveň schopnosti vnímat informace a rozeznávat dostupné alternativy apod. Podrobněji viz kap. 3 naší učebnice.

Ne všichni ekonomové souhlasí s názorem, že by se se zdravotnickými službami mělo jednat jinak než s tržními komoditami. Mnozí trvají na tom, že ti, kdo 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. Vycházejí přitom z přístupů popsaných v souvislosti s produkční funkcí zdraví. Právně poukazují na to, že další faktory, jako jsou kouření, pití, jídlo a zvláště vzdělání, hraji, pokud ne větší, tedy alespoň stejnou roli v ovlivňování délky života a zdravotního stavu člověka.

Nicméně, 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.

Statky pod ochranou (*merit goods*)

Tim se stává část zdravotní péče de facto jedním ze statků pod ochranou. Do značné míry to souvisí s analogickými společenskými procesy, které vedou k tomu, že spotřebu některých statků společnost svým členům přikazuje, resp. zakazuje - tj. přímo vylučuje svobodu volby jednotlivce. Lidé si vytvářejí společné zájmy na základě dlouholetého sdružování a vzájemného pochopení. Skupiny lidí mají některé společné zájmy a hodnoty, které mohou

vyvolávat vznik společných potřeb - tj. potřeb, „jejichž podporu považují jedinci jakožto členové společnosti za svou povinnost. Tyto závazky lze charakterizovat jako něco, co existuje mimo rámec svobody individuální volby, v němž se člověk obvykle pohybuje.“ (Musgrave 1994: 53)

Samotná individuální volba, jakkoliv silně může být společností považována za stěžejní princip fungování, bývá v reálném životě často omezoována. Nejčastěji je tomu tak v případě, kdy by uplatňování individuální svobodné volby jedné osoby snižovalo míru svobody někoho druhého nebo mohlo ohrozit jeho integritu, bezpečnost event. majetek. Příkladem uplatnění tohoto principu je zákaz užívání drog, ochranný zákaz prodeje alkoholu mladistvím apod. Podobně lze interpretovat případy, kdy společnost, resp. stát přikazuje spotřebu jako povinnou - např. povinná školní docházka.

Ve zdravotnictví se s těmito jevy setkáváme poměrně dosti často. Nejčastěji zde bývá uváděno povinné očkování, ale můžeme uvést i jiné příklady - některé druhy léků např. nelze koupit ve volném prodeji - spotřebitelova svobodná volba je zde omezena a spotřeba je vázána na rozhodnutí třetí osoby - lékaře.

Ještě častější jsou ve zdravotnictví případy, kdy je de facto poskytovateli služby upřeno právo volby, zda a za jakých podmínek službu poskytne. Zde sice literatura nehovoří o statcích pod ochranou, nicméně jistá analogie je zřejmá. V situacích, kdy není čas zkoumat, zda je osoba potřebující ošetření současně i osobou oprávněnou (tj. zda je pojištěná, solventní atd.), je praktičtější zavedení netržního mechanismu poskytování služby spojeného s povinností službu poskytnout - před nebezpečím plynoucím z možného prodlení jsou tak chráněni všichni spotřebitelé. Tento případ se týká zejména služby první pomoci, ale podle některých autorů (Kuvíková, Murgaš, Nemeč 1995) ho lze aplikovat i na v podstatě celý systém léčebně preventivní péče.

Selhání trhu

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.

Poruchy konkurenčnosti

Standardní teorie dokonalé soutěže vychází z několika předpokladů, které jsou uvedeny v tabulce 5-1. Pokud nejsou tyto podmínky splněny, mohou ekonomicky přežívat i neefektivní producenti a ceny se mohou držet nad mezními náklady.

Tabulka 4. Rozdíly mezi trhem se zdravotní péčí a standardními trhy s dokonalou konkurencí

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

Zdroj: převzato ze Stiglitz 1988: 290

Jak je z tabulky zřejmé, ve zdravotnictví není uspokojivě splněna v podstatě ani jedna z podmínek dokonalé konkurenčního tržního prostředí. Toto tvrzení ovšem není nutné absolutizovat, míra naplnění těchto vlastností se může v čase a s konkrétními okolnostmi lišit.

V některých regionech může existovat omezený počet poskytovatelů zejména lůžkové péče. Navíc jeden z významných faktorů ovlivňujících spotřebitelův výběr mezi poskytovateli je geografická a časová dostupnost, existuje 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*).

Tradičně je oslaben ziskový motiv. Významná část zdravotnických zařízení funguje na neziskových principech. Lékař odedávna vystupoval jako poskytovatel služeb odlišně oproti jiným producentům zboží a služeb. Doporučení týkající se dalšího postupu léčeni, která lékaři poskytují, jsou zpravidla 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. (Arrow, 1963)

Zdravotní péče má jako produkt výrazně heterogenní charakter. Medicínské služby jsou velmi různorodé stejně jako subjektivní zdravotní problémy pacientů. To významně ztěžuje rozšiřování informací o kvalitě a ceně zdravotnických služeb a jejich porovnávání.

Existuje zcela zjevná informační nerovnováha mezi poskytovateli služeb a spotřebiteli. Služby jsou poskytovány vysoce kvalifikovanými pracovníky. Pacient není zpravidla schopen posuzovat přiměřenost zdravotnických výkonů a jejich přínosy. Musí se 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.

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. Výsledný efekt projevující se na zdravotním stavu totiž jen omezeně reflektuje kvalitu výkonu, neboť je výslednicí celé řady faktorů.

I bez zásahů státu platí, že hodně spotřebitelů není nuceno nést břemeno přímé úhrady nákladů poskytnuté péče, neboť existuje možnost předplatit si spotřebu prostřednictvím zdravotního pojištění. Výskyt „třetí strany“ jako plátce je pro zdravotnictví typický

6.3 Role „třetí strany“

V souvislosti s „třetí stranou“, kterou je tzv. plátce, je důležité uvědomit si, jaký je vlastně smysl institucí typu plátce na zdravotním trhu či ve zdravotnictví, tedy jaké jsou jejich role a jaké podmínky musí být splněny, aby tyto role mohli plátcí skutečně zastávat.

Při jistém zjednodušení je zřejmé, že instituce typu plátce jsou na trhu, aby vybíraly pojistné či zdravotní daň, a aby poskytovaly pojistné plnění po vzniku pojistné události. Z tohoto jednoduchého tvrzení vyplývá, že plátcí jsou v přímém kontaktu se „zákazníky“ na zdravotním trhu. Je také evidentní, že tyto „zákazníky“ lze, dle typu kontaktu s plátcem, rozdělit do dvou skupin: jsou to ti, kteří odvádí pojištění a ti, kterým je poskytováno pojistné plnění. Každá z těchto „zákaznických“ skupin je ve svém konání vedena jinými zájmy.

Popsaný fakt (existence dvou „zákaznických skupin“) umožňuje nahlížet na trhy ve zdravotnictví jako na tzv. dvoustranný trh se společnou platformou (Howel 2006; Wright 2004; Rochet, Tirole 2003), protože např. dle (Evans, Schmalensee, 2005) je za dvoustranný trh se společnou platformou možno považovat trh, na kterém:

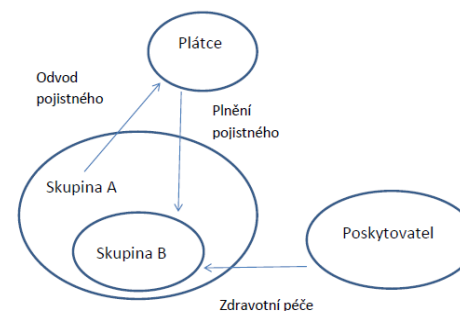
1. existují dvě skupiny zákazníků, přičemž pro každou z těchto skupin platí, že vstoupí-li do kontaktu se skupinou druhou, bude její užitek vyšší;
2. dochází k externalitě;

3. výše transakčních nákladů zabraňuje skupinám zákazníků řešit externalitu za pomoci tzv. soukromého řešení (tedy přímo) a
4. existuje tzv. platforma umožňující minimalizovat transakční náklady a tedy internalizovat externalitu.

Existence externality a problém jejího řešení je všeobecně přijímaným rysem trhu ve zdravotnictví (viz níže či jakákoliv literatura týkající se ekonomie zdravotní péče, např. Olson 2009 nebo Feldstein 2002).

Pokud jde o výše zmíněnou „dvoustrannost“, začněme charakteristikou zákaznických skupin. Jak již bylo naznačeno, tyto skupiny mají odlišné zájmy. Zatímco motivem skupiny první (skupina A) je řízení rizika vyplývajícího z nejistoty budoucího zdravotního stavu, zájmem skupiny druhé (skupina B) je vymoci pojistné plnění s účelem zajistit si adekvátní zdravotní péči vedoucí k uzdravení či ke zlepšení zdravotního stavu (Danzon, 1997). K ilustraci těchto vztahů je možno využít schéma 9.

Schéma 9. Vztahy na zdravotním trhu



Zdroj: Howel 2006; upraveno autorkou

Odlíšnost zájmů logicky vytváří na zdravotním trhu jisté napětí. Na tomto místě je možno zkonstatovat, že prvním úkolem plátce je právě snaha toto napětí mezi „zákaznickými“ skupinami vyvažovat.

Howel (2006) konstatuje, že prostřednictvím instituce plátce dochází k internalizaci externality vznikající z nejistoty vývoje zdravotního stavu (skupina A) a nákladů

vyplývající z morálního hazardu ve skupině A, který je reakcí na chování skupiny B. Ta totiž bude vykazovat tendenci k nadspotřebě zdravotní péče, protože k jejímu financování využívá „dotaci na péči“ od skupiny A. Pokud by instituce plátce neexistovala, skupina A a skupina B by pravděpodobně nedokázaly vzájemně na trhu spolupracovat či by spolupracovaly s příliš vysokými náklady. Tato funkce či smysl existence plátce je nezávislý na jeho institucionální formě či typu vlastnictví. Je platná v případě soukromých zdravotních pojišťoven, neziskových pojišťoven či vládní instituce.

Zdravotní trh v sobě vlastně skrývá trhy dva. První je trh zdravotního pojištění, na kterém se plátce snaží o již výše zmiňované vyvažování zájmů mezi skupinou A a skupinou B. Druhým je pak trh zdravotní péče. Tyto trhy jsou trhy samostatnými, byť velmi úzce propojenými. Neoddělitelná provázanost těchto dvou trhů vzniká působením skupiny B na jednom i druhém trhu.

Jsou-li zájmy obou skupin vyvažovány dobře, znamená to, že je na trhu zdravotního pojištění optimalizováno chování obou skupin (A i B) tak, aby skupiny maximalizovaly svůj užitek a zároveň bylo minimalizováno riziko morálního hazardu (skupina A) a riziko nadspotřeby (skupina B). Zjednodušeně řečeno, v tomto okamžiku se skupina A i B nachází na optimalizovaném trhu (trh zdravotního pojištění) a ti, kteří v daném časovém horizontu tvoří skupinu B, se začínají pohybovat směrem k trhu se zdravotní péčí. Trh se zdravotní péčí bývá charakterizován jako trh, který se odlišuje od trhů standardních a to „zejména v povaze poptávky, očekávaném chování lékařů, v nejistotě výsledného produktu a v podmínkách nabídky (Arrow 1963)“. Poskytovatel zde vystupuje v pozici agenta, na kterého osoby ze skupiny B přenáší část své spotřebitelské suverenity. Tato nedokonalost v informacích znamená, že poptávka skupiny B je poskytovateli ovlivňována, resp. navyšována (např. zbytná vyšetření či testy). Důsledkem pak je, že trh se zdravotní péčí se opět potýká s problémem nadspotřeby zdravotní péče. Informace se přenáší zpět na trh se zdravotním pojištěním, který je vyveden z rovnováhy. Plátce, který zde působí jako koordinátor zájmů mezi skupinou A a B, má zájem vrátit trh do optimalizovaného stavu. To může udělat pouze tak, že vstoupí i na trh se zdravotní péčí a jako zástupce členů skupiny B se bude snažit o ovlivnění podmínek poskytování péče. Definování těchto podmínek a kultivace trhu se zdravotní péčí je pak druhou rolí, kterou by měl plátce na zdravotních trzích hrát.

Z výše uvedeného vyplývají **dvě role plátců** ve zdravotnictví. První je snaha o vyvažování zájmů na trhu zdravotního pojištění mezi skupinou A a B. Druhou je pak kultivace trhu se zdravotní péčí skrze definování podmínek, za kterých je zdravotní péče poskytována.

Aby plátce mohl plnit svoji roli koordinátora, musí se snažit přilákat co nejvíce osob ze skupiny A do své pojišťovací instituce tak, aby dokázal pokrýt poptávku skupiny B po zdravotní péči (tím není nezbytně míněn tzv. *cream skimming* (vybírání si pouze zdravých klientů pojišťovnou)). Zároveň musí regulovat přebytečnou poptávku skupiny B tak, aby si členy skupiny A ve své pojišťovací instituci udržel. A je samozřejmé, že se při tom snaží o udržení finančního zdraví své instituce. Je také evidentní, že tyto koordinační aktivity probíhají jak mezi členy jednotlivých skupin (A i B), tak v čase.

Těchto cílů může být dosaženo pouze skrze institut pojistných smluv jasně vymezujících vztahy mezi pojišťovnou a pojištěnými. V tomto světle se tedy **náležitosti a podmínky pojistné smlouvy stávají zásadním faktorem vedoucím k naplnění první role plátce** tak, jak byla výše vymezena a tedy faktorem ovlivňujícím (ne) fungování trhu se zdravotním pojištěním. Čím lepší smlouvu bude plátce svým potenciálním pojištěncům schopen nabídnout, tím větší bude pravděpodobnost, že se mu bude dařit plnit jeho roli ve smyslu vyvažování zájmů mezi skupinou A a skupinou B, tím lépe bude trh zdravotního pojištění fungovat. Toto tvrzení je platné jak v systémech s jedním plátcem, tak v systémech pluralitních. V případě pluralitních systémů, což je i případ ČR, bude navíc kvalita pojistných smluv nástrojem konkurence mezi jednotlivými plátcí a měla by přispívat ke zvyšování efektivity systému.

Náležitosti pojistných smluv by se ve zdravotnictví nemusely lišit od standardních pojistných smluv. To znamená, že by měly vymezovat především podmínky vzniku, trvání a zániku pojištění; pojistnou událost; výluky z pojištění; způsob určení rozsahu pojistného plnění či výši pojistných odvodů (Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě). Ať již má smlouva mezi plátcem a pojištěncem jakoukoliv podobu, samotná její existence na trhu zdravotního pojištění a možnost plátce a pojištěnce podmínky smlouvy ovlivňovat, jsou klíčové pro to, aby plátce mohl plnit svou vyvažovací roli.

Dokáže plátce nastavit „správně“ podmínky pojistné smlouvy, především vymezit výši odvodů na pojištění (skupina A) a výši pojistného plnění (skupina B), jestliže nemá informace o cenách péče na trhu se zdravotními službami? Gaynor, Haas-Wilson, Vogt (2000) uvádějí, že plátce je schopen nastavit správně podmínky pojistné smlouvy právě pouze tehdy, pokud bere v potaz ceny zdravotní péče, tato informace mu navíc umožňuje správně vyvažovat užítky členů skupiny A a skupiny B tak, aby jejich užitek byl maximalizován. Toto tvrzení podporuje výše uvedená zjištění o tom, že plátce by měl být aktivní nejen na trhu zdravotního pojištění, ale také na trhu se zdravotní péčí, kde by se měl snažit ovlivňovat podmínky

poskytování péče a tím celý tento trh kultivovat (druhá role plátce). K zajištění této role pak může plátce využít různé nástroje. Mohlo by se jednat například o prospektivní financování, tvorbu sítí „preferovaných“ poskytovatelů, motivování poskytovatelů k efektivnímu chování apod. Podrobněji bude zmíněno v kapitole věnované financování zdravotní péče.

Toto tvrzení bude opět platné jak v systémech s jedním plátcem, tak i v systémech pluralitních. Platí také, že čím aktivnější může plátce a poskytovatel při vyjednávání o podmínkách této smlouvy v jednotlivých zdravotních systémech být, tím více jsou obě strany zainteresovány na hledání optimálního typu úhrady pro různé druhy péče. To by pak mělo mít dopad (pozitivní) na kvalitu a dostupnost péče. Pokud se jedná o systémy pluralitní, tedy i ČR, zde opět budou úhradové smlouvy nástrojem konkurence, která by mohla znamenat zefektivňování trhu se zdravotní péčí, protože se dá předpokládat tlak snižování ceny pod úroveň mezních nákladů. Jako klíčové se pak v případech pluralitních systémů jeví vyšší míra autonomie plátců, omezení vstupu státu do vyjednávání podmínek smluv a nastavení důvěry v instituci plátců ve společnosti.

6.4 Existence čistých veřejných (kolektivních) statků a externality

Zdravotnické služby jako celek nelze jednoznačně zařadit do žádné z hlavních ekonomických kategorií statků (tj. čisté kolektivní statky, smíšené kolektivní statky, či privativní statky) což souvisí s jejich heterogenní povahou. Jinak bychom pravděpodobně klasifikovali řekněme individuální úkon dentisty a jinak hromadnou očkovací akci.

Čistým kolektivním statkem zdravotnické služby jako celek jistě nejsou. Jejich spotřeba je individualizovaná, marginální náklady na zvýšení počtu spotřebitelů rozhodně nejsou nulové, vyloučení ze spotřeby je technicky velice dobře možné. Jinou otázkou ovšem je, jestli je vyloučení ze spotřeby i žádoucí. V mnohých případech tomu tak není. Vyloučení některých osob, nebo dokonce skupin ze spotřeby některých zdravotnických služeb by mohlo výrazně snížit úroveň užítka ostatních (a to nejen v případě léčení infekčních chorob). Se spotřebou mnoha zdravotnických služeb jsou spojeny výrazné externí užítky.

Dobrý zdravotní stav nemá význam čistě jen pro jednotlivce, ale pro celé jeho okolí, rodinu, zaměstnavatele apod. Zapojí-li se jednotlivce 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.

Právě přítomnost externalit způsobuje, že většinu zdravotnických služeb lze nejspíše zařadit do kategorie smíšených kolektivních statků.

Mohli bychom pravděpodobně najít i ty služby, které lze zařadit do kategorie čistě privativních statků a výjimečně se ve zdravotnictví setkáme i se statky, které naplňují znaky čistých veřejných. Máme zde na mysli medicínskou vědu a výzkum.

6.5 Arrowovy charakteristiky trhu se zdravotní péčí

V dnes již klasickém článku K. J. Arrow (1963) analyzoval zdravotnický trh v USA a konstatoval tehdejší rozdíly trhu se zdravotní péčí od podmínek běžných trhů, popisovaných v učebnicích ekonomie. Spatřoval je v:

- 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 **nepravděpodobnou 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.¹⁵
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.

SHRNUTÍ

Ekonomie zdravotní péče se postupně vyvinula do relativně samostatné mikroekonomické disciplíny. Analyzuje chování jednotlivých ekonomických subjektů v souvislosti s poskytováním a užíváním zdravotnických služeb. Definuje charakteristiky trhu se zdravotnickou péčí, analyzuje jeho případná selhání a uplatňuje na podmínky zdravotnických

¹⁵ Tento rys se od těch dob změnil, s reklamou se již můžeme setkat vcelku běžně, nicméně stále v menším rozsahu než jinde.

služeb tradiční metody ekonomické analýzy. Využívá přitom pojmů a technik spojovaných s ostatními tradičními oblastmi mikroekonomie. Nejdůležitější argumenty pro zvýšenou roli státu v poskytování zdravotnických služeb vycházejí z obav před následky nerovnosti v příjmech. 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. Zdravotnické služby jako celek nelze jednoznačně zařadit do žádné z hlavních kategorií statků (tj. čisté kolektivní statky, smíšené kolektivní statky, či privativní statky) což souvisí s jejich heterogenní povahou. Dnes klasická Arrowova analýza vidí odlišnosti zdravotnických trhů ve vlastnostech a povaze poptávky, v očekávaném chování lékařů, v nejistotě výsledného produktu a v podmínkách nabídky. Významným znakem trhů se zdravotní péčí je existence tzv. plátce třetí strany, jenž v systému plní dvě základní funkce - vyvažuje zájmy na trhu zdravotního pojištění mezi skupinou, která v daném období platí, ale nečerpá s tou, která čerpá a tudíž vytváří poptávku ve vztahu k poskytovatelům péče, a kultivuje trhy se zdravotní péčí skrze definování podmínek, za kterých je zdravotní péče poskytována.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- ARROW, K. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 5(1963): 943-969
- Danzon, P. (1997). Tort Liability: a minefield for managed care. *Journal of Legal Studies*.
- DARMOPILOVÁ, Z. Role plátce ve zdravotním systému. *Zdravotnictví v ČR*, 2012, roč. 2012, 3-4, s. 12-16. ISSN 1213-6050.
- DRUMMOND, M.F., SCULPHER, M.J., TORRANCE, G.W., O'BRIEN, B.J.,m STODDART, G.L. (2005): *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. (3rd ed.) Oxford medical publications - Oxford University Press
- Evans, D., & Schmalensee, a. R. (2005). The industrial organisation of markets with two-sided platforms. NBER Working Paper 11603.

- FELDSTEIN, Paul J. Health care economics. 5th ed. Clifton Park : Delmar, 2002. 627 s. ISBN 0766806995
- Gaynor, M., Haas-Wilson, D., & Vogt, W. (2000). Are invisible Are invisible hands good hands? Moral hazard, competition, and the second-best in health care markets. *Journal of Political Economy*.
- Howel, B. (March 2006). Unveiling 'Invisible Hands': Two-Sided Platforms in Health Care Markets. Wellington, New Zealand.
- OLSEN, Jan Abel. Principles in health economics and policy. Oxford: Oxford University Press, 2009, xi, 224 p. ISBN 9780199237814.
- Rochet, J.-C., & Tirole., J. (2003). Platform competition in two-sided markets. *Journal of the European Economic Association*.
- Wright, J. (2004). One-sided logic in two-sided markets. *Review of Network Economics*.

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Od kdy se datuje zájem teoretických ekonomů o zdravotnictví? Proč zrovna v té době?
- Jaká specifika zdravotnických trhů znáte? Jsou unikátní jen a jen pro zdravotnictví?
- Je zdravotní péče čistým veřejným statkem?
- Kdo nebo co je tzv. „třetí stranou“? Jaké jsou její funkce ve zdravotnickém systému?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Zamyslete se nad tím, jaký existuje vztah mezi množstvím a kvalitou zdravotnických služeb. Zkuste to vyjádřit v jednoduchém grafu. Platí, že s růstem množství roste i kvalita, nebo má funkce kvality konvexní charakter s jedním vrcholem tj. napřed roste a později klesá? Co z toho vyplývá pro systém poskytování a financování zdravotní péče?
2. Diskutujte, jak mohou změny ve vzdělávací politice ovlivnit cenu a dostupnost zdravotní péče.
3. Diskutujte výhody a nevýhody systému s jedním a více plátcí za péči.

4. Diskutujte, zda veřejné poskytování zdravotní péče skutečně plně řeší případné problémy s nedostupností péče pro některé skupiny obyvatel, které by s sebou přinášelo tržní poskytování. Zkuste dojít k definování nutných podmínek a existujících překážek.
5. Prostudujte si dnes již klasický článek Kennetha Arrowa (odkaz v literatuře). Odpovězte na následující otázky:
 - a. Proč považuje Arrow nejistotu za klíčovou charakteristiku zdravotnických trhů?
 - b. Jaké okolnosti v chování lékařů považuje Arrow za významné z hlediska nestandardního chování zdravotnických trhů? V čem se odlišují od jiných poskytovatelů služeb?
 - c. Do jaké míry se shodují naše současné podmínky s těmi, které popisuje Arrow? Myslíte, že se v něčem liší konkurenčnost prostředí, ve kterém dochází k poskytování zdravotnických služeb?

7 Poptávka po zdravotní péči

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Jedním z účelů analýzy poptávky po zdravotní péči je pochopit faktory, které nejvíce ovlivňují to, jak lidé využívají zdravotních služeb. Je to důležité z mnoha důvodů. Umožňuje nám to pochopit rozdíly v chování jednotlivců i sociálních skupin a tím zajistit, aby přijatá zdravotní politika měla adekvátní cíle a používala účinné nástroje. Dále je znalost faktorů ovlivňujících intenzitu poptávky po zdravotní péči užitečná pro plánování kapacit a efektivní alokaci zdrojů. Cílem této kapitoly je dále to, abyste mohli samostatně zaujmout stanovisko k jednomu z kardinálních dilemat zdravotní politiky – totiž se zda má fungování zdravotnického systému orientovat spíše podle objektivně chápaných potřeb zdravotní péče, anebo zda se má plánování kapacit a obecně řečeno chování strany nabídky orientovat spíše podle poptávky, tj. subjektivně projevované ochoty jednotlivců nést (částečně) náklady spojené s rozhodnutím čerpat péči. Dále rozebíráme vlastnosti poptávky po zdravotní péči, resp. odlišnosti od poptávky po standardních spotřebních komoditách. Faktory, které ovlivňují poptávku, shrnujeme ve třetí části včetně role poskytovatelů služeb při ovlivňování poptávaného množství služeb. Poslední oddíl je věnován nástrojům omezování poptávky po zdravotní péči a diskusi o jejich účinnosti.

KLÍČOVÁ SLOVA

poptávka	Grossmanův mikroekonomický model
potřeba	poptávky
objektivní potřeba péče	racionalizace poptávky
cenová elasticita	spoluúčast
nabídkou indukovaná poptávka	gate keeping
	pořadníky

7.1 Potřeba versus poptávka po zdraví a zdravotnických službách

V minulé kapitole jsme mimo jiné shrnuli důvody, pro které se tržní mechanismus v souvislosti s poskytováním zdravotní péče neuplatňuje jako hlavní nástroj alokace zdrojů. Proč se tedy v této kapitole chceme zabývat kategorií poptávky? Nefunguje-li trh, neplatí-li spotřebitel tržní ceny, pak skutečně může vyvstat otázka, proč zkoumat charakteristiky poptávky po zdravotní péči. Nebylo by vhodnější zaměřit svou pozornost na zkoumání jiných

kategorií, např. **potřeby zdravotní péče**? Otázkou vztahu mezi kategoriemi *poptávka* a *potřeba* se budeme zabývat v prvním oddíle této kapitoly. Pokusíme se zde ukázat, že obě kategorie mohou sloužit jako alternativní základny pro úvahy o efektivnosti fungování zdravotnictví, plánování využívání zdrojů apod.

Potřeby

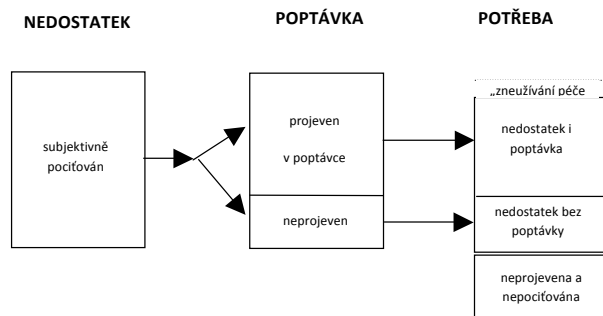
Potřeby vznikají v interakci člověka s přírodním a společenským prostředím, které ho obklopuje. Hrají důležitou úlohu v rozvoji společnosti, neboť člověka „pohání“ k činnostem. Podstatou individuálních potřeb člověka je konkrétní pocit subjektivního **nedostatku**. V námi zkoumaném případě se tedy jedná o jedincovo vlastní zhodnocení svého zdravotního stavu, jeho přání dosáhnout „lepšího“ zdraví prostřednictvím spotřeby zdravotní péče.

Potřebu zdraví a od ní odvozené potřeby zdravotní péče zařadíme do skupiny individuálních potřeb základního, tedy existenčního charakteru. V tomto smyslu jde o potřebu subjektivní.

Vedle ní ovšem zdravotnické systémy tradičně pracují častěji s potřebou chápanou **objektivně**, tj. do jisté míry nezávislou na pocitech a přáních jednotlivce. Bývá definovaná jako **množství příslušné zdravotní péče, které by měla dostat jednotlivá osoba k tomu, aby zůstala nebo se znovu stala tak zdravou, jak je to jen možné s ohledem na dosaženou úroveň medicínské vědy a znalostí** (Feldstein 1993). Nejdůležitější na této definici je, že subjektem, který rozhoduje o tom, kolik péče je vhodné a žádoucí (nemluvě již o samotném druhu péče) je **medicínský odborník**, který rozhoduje podle objektivně existujících informací a na základě poznatků vědy. Jinými slovy, stejně kvalifikovaní odborníci by ve stejném případě měli posoudit potřebu zdravotní péče stejně. Jde tu o normativní odborný medicínský úsudek o tom, jestli péče potřebná je nebo není. Je možné, že se jednotlivec sice subjektivně cítí špatně nebo požaduje zdravotní péči z jiných důvodů, ale z hlediska profesionálního hodnocení jeho zdravotního stavu nejsou důvody pro žádný zásah - pacient je tak zdravý, jak je to jen možné. A naopak (a nepoměrně častěji) - jednotlivec se sice cítí zatím dobře, ale lékařské vyšetření by mohlo prokázat počátek choroby, která hrozí propuknout.

Mezi kategoriemi **poptávka** a **potřeba** jsou v případě zdravotní péče¹⁶ velmi specifické vztahy, komplikované výše naznačeným rozdílem mezi subjektivní a objektivní potřebou. Tyto vztahy jsou naznačeny ve schématu 6-1.

Schéma 10. Vztah mezi subjektivní potřebou, poptávkou a objektivní potřebou



Zdroj: dle Mooney 1986; doplněno

Poptávka je tvořena těmi z „přání“, která jednotlivec reálně projeví tím, že vyhledá pomoc u zdravotnického pracovníka. Je evidentní, že každé přání, resp. subjektivní potřeba není projevena v poptávce. Svoji roli tu hraje časová a místní dostupnost péče, finanční, časové a další náklady. Spotřebitel zde poměřuje užítky a náklady a poptávat bude pouze tehdy, když bude mít za to, že užítky převažují. V ekonomii je tradiční představa, že nároky spotřebitelů vznikají na základě jejich vlastních hodnocení - spotřebitel je považován za „suveréna“. Ve zdravotnictví je tato spotřebitelská suverenita významně omezena.

Ze schématu 6-1 je zjevné, jak obtížné je vytvořit optimální kombinaci nástrojů zdravotní politiky. Na jednu stranu má vláda zájem na omezení plýtvání a zneužívání péče, na stranu druhou je v obecném zájmu snižovat práh bránící přístupu k péči potřebným, zejména měl-li být spojován se schopností platit, nebo byl vyvolán jinými faktory jako diskriminace, sociální vyloučení apod.

¹⁶ Potřeba zdravotní péče (spotřeby zdravotnických služeb) je potřebou odvozenou od potřeby *být zdravý*. Jde tu o dosti zprostředkovaný vztah, rozhodně nelze klást rovnítko mezi potřebou zdraví a potřebou zdravotní péče. Zdravotní péče je jedním ze způsobů uspokojení potřeby být zdravý.

Potřeby versus poptávka při alokaci zdrojů

Jakkoliv se může požadavek na uplatnění objektivních potřeb jako hlavního kritéria alokace zdrojů jevit jako rozumný a v reálném světě převažující, je realitou, že skutečný rozsah využívání zdravotnických služeb pacienty je určován kromě potřeby i celou řadou dalších faktorů. Zejména pro úspěšné praktické fungování zdravotnického zařízení je **nutné pracovat s poptávkou**, resp. ochotou jednotlivých pacientů spotřebovat za jistých podmínek zdravotnické služby v určitém množství, kvalitě a struktuře. Jinak se lze sotva vyhnout plýtvání zdroji resp. okamžikům přetížení systému v situacích, kdy se skutečně poptávané množství služeb odchyluje od „nějak“, více či méně přesně definované objektivní potřeby.

Zastánci přístupu postaveného na konceptu potřeb uvažují zhruba následovně: v podmínkách veřejného sektoru se jeví nejlogičtějším kritériem účelnosti vynakládání prostředků co největší uspokojení potřeb zdravotní péče občanů. Pro dosažení žádoucího stavu je podstatné využívat prostředky na uspokojování reálné potřeby, pokud možno eliminovat případy, kdy jsou prostředky využívány *zbytečně*, bez medicínsky (objektivně) chápané potřeby nebo kdyby přínosy z alternativního použití stejných zdrojů mohly přinést větší užitek (např. roky zachráněného života) jinde. I tak nelze uspokojit všechny potřeby - ty jsou v podstatě nekonečné. Zajistit lze jen takovou úroveň péče, na kterou společnost *má* - jinými slovy, z tohoto pohledu je výše disponibilních zdrojů chápána jako fixní; z toho plyne, že je nutné detailně zmapovat a znát potřebu zdravotní péče, koordinovat způsob jejího poskytování na různých úrovních, důsledně kontrolovat vynakládání prostředků v systému, posílit (resp. zlepšovat) regulační, alokační, redistribuční a kontrolní funkci státu.

Z pohledu doporučení pro praktickou zdravotní politiku se pak nabízejí tato doporučení:

- 1) Zabránit živelnému vytváření kapacit. Promyšleným způsobem organizovat provázanou **sít' zdravotnických zařízení**, která by redukovala dublování, nevyužívání kapacit a generování nadbytečné poptávky.
- 2) Soustavně poznávat stav potřeb, vliv různých faktorů na zdravotní stav. Cílem by měla být schopnost modelovat vývoj potřeb zdravotní péče.
- 3) Zdravotní politika by měla být komplexní tj. mít možnost ovlivňovat všechny faktory, významné pro ukazatele zdravotního stavu. („Politika pro zdraví“).

Podle našeho názoru ovšem tento přístup nezasluhuje jednoznačné upřednostnění. Ve skutečnosti se potýká se zásadním omezením. **Neexistuje totiž všeobecně sdílená, explicitní specifikace veřejného zájmu** směrem ke zdravotní péči. Není jasné, kde jsou **hranice**

individuální odpovědnosti za vlastní zdraví a kde nastupuje solidarita. Není přesně definována garantovaná, (základní, standardní) péče ani co do kvantity ani kvality. Už proto nelze např. hovořit o vytvoření *racionální* sítě. Také veřejná kontrola tak nemá svůj hlavní předmět. Tato překážka by se dala do jisté míry obejít. Kdybychom vyšli tzv. od konce, tj. od disponibilních zdrojů (řekněme od nějakým způsobem stanovených 9-10 % z HDP) a znali nutné náklady na různé typy zdravotní péče, mohli bychom teoreticky modelově dospět k nějaké úrovni péče, kterou bychom následně mohli za garantovanou prohlásit. *Nutné* náklady jednotlivých forem péče ovšem předem neznáme, ani je znát nemůžeme, neboť jsou výsledkem celé řady svobodných a individuálních rozhodnutí poskytovatelů péče. Navíc je v tržním prostředí nelze chápat jako konstantní (byť nějakým auditem potvrzenou) hodnotu. **Potřeba není známá dostatečně detailně, abychom jenom podle ní mohli alokovat zdroje.**

7.2 Vlastnosti poptávky po zdravotní péči

Jak jsme již konstatovali s Arrowem v předchozí kapitole, 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.

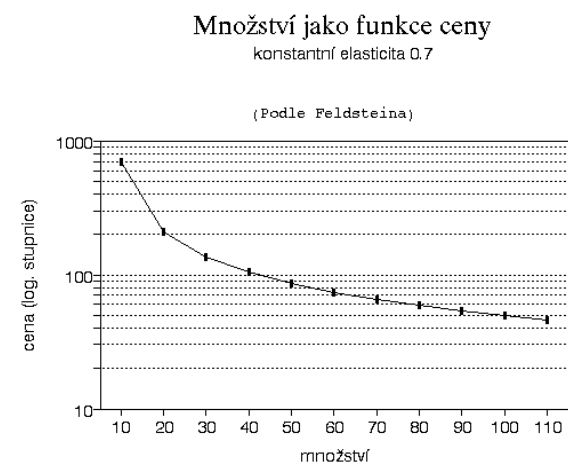
Cenová elasticita individuální poptávky po zdravotní péči je sporná¹⁷. Při jejím zjišťování je totiž potřeba mít na paměti značnou heterogenost výsledné produkce. Odhad toho, jestli je poptávková křivka velmi málo elastická, tj. jestli je většina výdajů za zdravotnictví nedobrovolná, tj. diktována zdravotním stavem, nebo relativně elastická, je obtížné. V USA ji M. Feldstein odhadnul na asi 0,7 bodu. (Feldstein 1971). To znamená, že pokud by například pojistka pokrývala 90 procent nemocničních nákladů, faktická cena zdravotnických služeb se zmenší o 90 procent. Tím pádem poptávka vzroste o 63 procent ($0,7 \times 90$). Jiné studie nabízejí nižší cenovou elasticitu, tj. mezi 0,2 až 0,7, z čehož vyvozují, že toto pojištění by zvýšilo

¹⁷ Na druhé straně, agregovanou poptávku na úrovni populace lze odhadovat mnohem snáze. To má význam pro schopnost plánovat zdroje a je to i argument pro určitou regulaci a koordinaci při vytváření kapacit.

poptávku od 18 do 63 procent. (Stiglitz 1988) I neekonomovi je jasné, že pohybují-li se tyto odhady v tak širokém intervalu, neříkají nám v zásadě téměř nic.

Graf 4. Průběh poptávkové křivky podle Feldsteina

Elasticitu poptávkové křivky po zdravotnických službách odhadnul Feldstein na asi 0.7 bodu.



Zdroj: Feldstein (1993)

Pro formulování racionální poptávky po zdravotnických službách lze využít následující uživatkovou funkci:

$$U = F [X, \dots, Z_{St}(Z_{St}, X, E)]$$

kde U je užitek, X souhrnná spotřeba ostatních statků kromě zdravotních služeb, Z_{St} - zdravotní stav, Z_{St} - zdravotnické služby, E statky životního prostředí.

Předpokládáme-li racionálního spotřebitele, očekáváme od něho, že se snaží kvantifikovat vztah mezi svým užitekem a zdravotním stavem ($\sigma U / \sigma Z_{St}$). K tomu ovšem potřebuje znát dostatečně přesně vztah mezi zdravotním stavem a spotřebou zdravotnických služeb ($\sigma Z_{St} / \sigma Z_{St}$). Tyto hodnoty spolu však nekoreluji dostatečně (výsledky jsou nejisté), stanovení jejich hodnot je náročné na informace a kvalifikaci. Spotřebitel ji většinou nemá v dostatečné míře, nemluvě již o transakčních nákladech na získávání informací. Z toho pak plyne, že

individuální poptávka nemusí sehrávat svou informační roli v tržním mechanismu alokace zdrojů. Může tak docházet k jevům jako neschopnost pacienta posoudit přiměřenost a cenu výkonů, stejně jako její kvalitu. To může ve výsledku znamenat nadměrnou spotřebu, resp. vyšší úroveň cen, než by odpovídalo průniku mezních nákladů a mezních přínosů.

Nabídkou indukovaná poptávka

Informační asymetrie na zdravotnických trzích, společně s existencí nejistoty vyvolává zvláštní jev, tzv. nabídkou indukovanou poptávku. Jde o vyvolanou poptávku z důvodů dominantního postavení poskytovatele vůči spotřebiteli. Poptávka se může zvětšovat s tím, jak roste nabídka, resp. počet poskytovatelů. Když je v jejich zájmu (například v situaci financování podle výkonů), aby se uskutečnilo větší množství služeb, není pro ně nikterak nesnadné o potřebnosti tohoto navýšení přesvědčit relativně méně informovaného spotřebitele. Možnost existence tohoto jevu je jedním z důvodů, proč je regulace nabídky obvykle považována za účinnější nástroj kontroly nákladů.

Grossmanův model poptávky¹⁸

Neoklasická ekonomická literatura nabízí několik modelů poptávky po zdravotnických službách. Většina přitom vychází z Grossmanova modelu. Základní předpoklady tohoto modelu jsou:

- jednotlivci porovnávají přínosy plynoucí z výdajů na zdravotnické služby s přínosy plynoucími z výdajů na jiné zboží a služby s cílem optimalizovat svůj zdravotní stav,
- jednotlivci znají svůj zdravotní stav,
- jednotlivci znají míru odpisů – diskontní faktor – pro svůj zdravotní stav,
- jednotlivci znají průběh funkce vyjadřující míru přínosů pro svůj zdravotní stav, která vyplývá ze spotřeby zdravotnických služeb,
- jednotlivci maximalizují svou celkovou užitkovou funkci ve smyslu poznatků všeobecné teorie výdajů.

¹⁸ Podle Kuvíková, Murgaš, Nemeč 1995: 35-36

Maximalizace užitkové funkce vyžaduje, aby se mezní míra přínosu ze zdraví rovnala mezní míře nákladů.

Přínosy vyjadřuje (a) mezní psychický přínos – a_j , a (b) mezní finanční přínos – g_j .

Náklady vyjadřuje:

- míra ušlého zisku z investování do jiných statků – r_j ,
- diskontní faktor budoucích přínosů z „nákupů zdraví“ – b_j .

Požadavek rovnosti mezních nákladů a mezního přínosu se vyjadřuje jako:

$$g_j + a_j = r_j + b_j,$$

Finanční přínos determinují tři faktory:

- denní mzda příslušného jednotlivce v roku i (W_j^i),
- mezní produkt zdraví, tj. počet dnů v dobrém zdravotním stavu z titulu spotřeby jednotky zdravotnických služeb (G_j^i),
- mezní náklady investic do zdraví realizované v předcházejícím období, tj. časové a finanční náklady (C_j^{i-1}).

Abstrahujeme-li od psychických přínosů, můžeme předchozí rovnici vyjádřit v následujícím tvaru:

$$\frac{W_j^i G_j^i}{C_j^{i-1}} = g_j^i = r_j^i + b_j^i$$

Faktory ovlivňující poptávku po zdravotnických službách

Můžeme je rozdělit do tří hlavních skupin. Především jde o faktory související se vznikem choroby (ty jsou v zásadě náhodné, avšak koreluje s věkem, životním stylem apod.). Dále hrají roli kulturně demografické faktory - hlavně vzdělání a rodinný stav a počet osob v domácnosti. Poslední skupinou jsou ekonomické faktory – ušlý příjem, cena služby, ztracený volný čas, náklady na dopravu.

7.3 Racionalizace (omezování) poptávky

V podmínkách existence plateb třetí stranou, informační asymetrie a nejistoty výsledného produktu je regulace zdravotnických trhů předpokladem pro dosažení rovnováhy mezi nabídkou a poptávkou při reálné úrovni disponibilních zdrojů. Nástroje racionalizace, resp. omezování nabídky jsou popsány v následující kapitole. Zde se zaměříme na existující nástroje na straně poptávky.

Můžeme si je v podstatě rozdělit do stejných skupin, které jsme použili u faktorů ovlivňujících poptávku snad jen s tou výhradou, že cílené nástroje směřující k ovlivnění kulturně demografických faktorů jsou spíše raritou. Jinými slovy, omezování poptávky směřuje dvojím směrem:

- a) Ve smyslu prevence, k většímu úsilí zůstat zdravý. Sem patří nástroje zdravotnické osvěty, informování potenciálních pacientů **posiluje jejich spotřebitelskou suverenitu**, vzdělanější lidé mají větší možnost volby zdravého stylu života. Podle odhadu WHO je drtivá většina nemocí, které představují hlavní příčiny úmrtí (nemocí oběhové soustavy, novotvary, nemoci pohybového ústrojí) do značné míry ovlivnitelná životním stylem, rizikovým chováním, obezitou, kouřením, nedostatkem pohybu. Rovněž sem můžeme zařadit nástroje snažící se o **posílení vědomí hodnoty a ceny zdraví**, typicky se jedná o nastavení nemocenského pojištění.
- b) K vytváření motivace neobtěžovat s maličkostmi, resp. omezit poptávku v situaci již existující choroby. K tomu mohou sloužit nejrůznější opatření, jak ekonomického, tak administrativního charakteru. Pokusíme se naznačit alespoň ty, které považujeme za vyspělých zemích za nejobvyklejší.

Finanční spoluúčast pacienta

Může mít velmi mnoho podob. Od nám známých regulačních poplatků, fixních, relativně nízkých poplatků uplatňovaných paušálně při kontaktu s poskytovatelem, po procentní spoluúčast na ceně služby či tzv. *deductible*, nominálně stanovenou výši spoluúčasti, po jejímž překročení pak teprve začne docházet k úhradám z pojištění.

Cílem je omezit nadbytečnou poptávku, snížit míru korupce, resp. neformálních plateb, zvýšit spoluzodpovědnost pacienta za jeho zdravotní stav.

Rizika spojená s příliš vysokou mírou spoluúčasti jsou zjevná: hrozí prohloubení sociálních problémů, marginalizace ohrožených skupin populace, růst nerovnosti. Hrozí zhoršování zdravotního stavu, neboť neinformovaní pacienti mohou iracionálně volit neléčení v prvních fázích nemoci, kdy mohou být náklady na uzdravení nižší.

Specifikace (omezení) rozsahu garantované péče

Tento nástroj v podstatě také znamená růst finanční spoluúčasti. Standardně se ho používá zejména u léků.

Garantovanou péči můžeme chápat v užším a širším pojetí. V tom prvním se jedná o péči hrazenou u veřejných prostředků. Širší pojetí zahrnuje zároveň i všechny podmínky pro poskytování péče jako jsou časová a geografická dostupnost či kvalita péče.

Specifikaci lze provést v zásadě dvěma způsoby tzv. pozitivním (na co existuje nárok) nebo negativním seznamem (na co neexistuje nárok).

Progressivní a regresivní pojistné sazby, bonusy a malusy

Běžný prvek v činnosti komerčních pojišťoven. Směřuje ke stimulaci pojištěnce ke zdravějšímu stylu života. Typicky se objevují jako bonusy na podporu prevence. V několika zemích se objevily, resp. jsou diskutovány malusy pro pojištěnce s rizikovým chováním (nadváha, kouření). Rizikem je to, že mohou lehce sklouznout k diskriminaci lidí s vrozenou dispozicí k onemocnění.

Pořadníky a délka čekací doby

Oficiální seznamy čekatelů na zákrok se uplatňují typicky u tzv. elektivní tj. neakutní chirurgie. Nejrozšířenější ve Velké Británii.

Délka čekací doby je rovněž svým způsobem regulačním nástrojem. Selektuje zpravidla pacienty s vyššími příjmy a tudíž vyššími náklady ušlé příležitosti. Ti pak substituují péči samoléčbou případně přímou platbou v soukromých zařízeních.

Gate keeper systém - resp. de facto omezení svobody volby

Praktický lékař jako regulátor poptávky po specializované péči. Bez jeho doporučení se pacient nedostane ke specialistovi, resp. žádanka je obvykle podmínkou proplacení poskytnuté péče. Kromě zjevného omezení mnohonásobných návštěv různých specialistů při jednom onemocnění se jedná o nástroj zajišťující žádoucí kontinuitu a koordinaci péče. Může

mít různé varianty, velice zajímavá byla např. forma tzv. *fundholdingu* na přelomu osmdesátých a devadesátých let ve Velké Británii.

SHRNUTÍ

Potřebu zdraví a od ní odvozené potřeby zdravotní péče zařadíme do skupiny individuálních potřeb základního, tedy existenčního charakteru. V tomto smyslu jde o potřebu subjektivní. Vedle ní ovšem zdravotnické systémy tradičně pracují častěji s potřebou chápanou **objektivně**, tj. do jisté míry nezávislou na pocitech a přáních jednotlivce. Bývá definovaná jako množství příslušné zdravotní péče, které by měla dostat jednotlivá osoba k tomu, aby zůstala nebo se znovu stala tak zdravou, jak je to jen možné s ohledem na dosaženou úroveň medicínské vědy a znalostí. Vytvořit optimální kombinaci nástrojů zdravotní politiky je obtížné. Na jednu stranu má vláda zájem na omezení plýtvání a zneužívání péče, na stranu druhou je v obecném zájmu snižovat práh bránící přístupu k péči potřebným, zejména měl-li být spojován se schopností platit, nebo byl vyvolán jinými faktory jako diskriminace, sociální vyloučení apod. Vzhledem ke svým vlastnostem, individuální poptávka nemusí sehrávat svou informační roli v tržním mechanismu alokace zdrojů. Může tak docházet k jevům jako neschopnost pacienta posoudit přiměřenost a cenu výkonů, stejně jako její kvalitu. To může ve výsledku znamenat nadměrnou spotřebu, resp. vyšší úroveň cen, než by odpovídalo průniku mezních nákladů a mezních přínosů. V podmínkách existence plateb třetí stranou, informační asymetrie a nejistoty výsledného produktu je regulace zdravotnických trhů předpokladem pro dosažení rovnováhy mezi nabídkou a poptávkou při reálné úrovni disponibilních zdrojů.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- GROSSMANN, M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80, 1972
- KUVÍKOVÁ, H., MURGAŠ, M., NEMEC, J. (1995): *Ekonomía zdravotníctva*. Phoenix, 1995, ISBN 80-900563-1-8
- MALÝ, I. *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. 114 s. ISBN 8021020067.

- MERTL, J. Potřeba zdravotní péče a poptávka po zdravotní péči. https://is.muni.cz/auth/el/1456/jaro2012/MKV_EKZD/um/3805409/11530779/mertl_poptavka_a_potreba.pdf
- MOONEY, G. (1986): *Economics, Medicine and Health Care*. Wheatsheaf Books Ltd, Brighton, 1986.

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jaký je rozdíl mezi klasickým ekonomickým chápáním potřeby a způsobem, jak se pracuje s pojmem potřeba zdravotní péče?
- Nepředvídatelnost je znakem spíše individuální nebo agregované poptávky po zdravotní péči?
- Pokud by zavedení finanční spoluúčasti zvýšilo náklady spojené s čerpáním péče o 10% a následně by došlo ke snížení poptávaného množství o 5%, jaká je cenová elasticita poptávky?
- Které selhání trhu je hlavní příčinou existence tzv. nabídkou indukované poptávky?
- Které faktory ovlivňují poptávku po zdravotní péči?
- Co se rozumí pod termínem *gate-keeper*?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

Které z předpokladů Grossmanova modelu poptávky považujete za nejméně realistické? Co by plynulo z jejich opuštění?

1. Vyhleďte na webových stránkách ministerstva zdravotnictví materiály, které by vám umožnily vyhodnotit dopady zavedení regulačních poplatků v roce 2008.
2. Vyhleďte statistické údaje o výši přímých plateb obyvatel v České republice a srovnajte naši situaci se zahraničím.
3. Jakými nástroji byste doporučovali posílit hodnotu a cenu zdraví?
4. Jaký je váš názor na otázku finanční spoluúčasti pacienta na úhradu péče. K čemu může sloužit a co je potřeba zvažovat při rozhodování o jejím zavedení.

8 Nabídka zdravotní péče

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

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. Ve zdravotnictví je ale kvantita i kvalita nabídky výrazně ovlivňována netržními silami. V následujícím textu se budeme nejprve věnovat vlastnostem nabídky zdravotní péče a v druhé části budeme studovat nástroje racionalizace nabídky. Cílem kapitoly je pochopit odlišnosti nabídky zdravotní péče od nabídky na dokonale konkurenčním trhu.

KLÍČOVÁ SLOVA

nabídka zdravotní péče

omezená pružnost

omezená konkurence

postavení lékaře na zdravotním trhu

omezená substituovatelnost

nástroje racionalizace nabídky

8.1 Vlastnosti nabídky zdravotní péče

Nabídka zdravotní péče je silně provázána s kapacitami zdravotnických systémů. Údaje o počtech poskytovatelů, lůžkových zařízení, lékařů, ostatních zdravotnických pracovníků apod. jsou podrobně a dlouhodobě statisticky sledovány a jsou snadno k dispozici na veřejně dostupných serverech a databázích (WHO, Světová banka, OECD u nás pak ÚZIS). Orientace v základních trendech, znalost alespoň přibližných hodnot u nejdůležitějších ukazatelů jako jsou např. počty lůžek na 100,000 obyvatel, počet lékařů na 100,000 obyvatel apod. jsou známkou chvályhodné poučenosti, jakkoliv je nelze zaměňovat za opravdovou odbornost.

Při studiu odlišností nabídky na dokonale konkurenčním trhu a nabídky zdravotní péče je možno identifikovat čtyři základní odlišnosti:

- omezená pružnost;
- specifické postavení lékaře;
- omezená konkurence a
- omezená substituovatelnost.

8.1.1 Omezená pružnost

Nabídka na dokonale konkurenčním trhu je charakteristická volným vstupem do odvětví. Ve zdravotnictví je naopak typické, že vykonávání praxe je vázáno a regulováno udělováním licencí, závislých na přísných kvalifikačních předpokladech a že medicínské vzdělání je velmi náročné a drahé. Tím je pružnost nabídky významně limitována.

Vázání možnosti vykonávat zdravotního povolání na udělení licence je typické pro většinu vyspělých zemí¹⁹. Udělování licencí pro vykonávání povolání lékaře znamená snahu o udržení určitého minima kvality zdravotní péče. Znamená ovšem také omezování nabídky a tím vede ke zvyšování nákladů spojených s poskytováním zdravotní péče.

Box 14. Způsobilost k výkonu povolání lékaře v ČR

V ČR způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta získává ten, kdo je odborně způsobilý, zdravotně způsobilý a bezúhonný. „Odbornou způsobilost k výkonu povolání získává lékař absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství. Poté je oprávněn k provádění vymezených činností pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí. Bez odborného dohledu může lékař s odbornou způsobilostí vykonávat činnosti stanovené prováděcím právním předpisem na základě certifikátu o absolvování základního kmene příslušného specializačního oboru, který vydalo ministerstvo, popřípadě pověřená organizace. Výkon těchto činností však není považován za samostatný výkon povolání. Specializovanou způsobilost získává lékař absolvováním a úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou a vydáním diplomu o specializaci ministerstvem. Získání specializované způsobilosti je podmínkou pro samostatný výkon povolání lékaře, pro výkon povolání lékaře ve vedoucí funkci nebo jako osoby samostatně výdělečně činné nebo jako odborného zástupce zdravotnického zařízení podle jiného právního předpisu o nestátních zdravotnických zařízeních“²⁰.

Druhým faktorem limitujícím pružnost nabídky zdravotní péče je fakt, že vzdělávání zdravotníků je finančně i obsahově náročné. Náklady spojené se vzděláváním (nejen) zdravotníků je možno považovat za jakousi investici, která přináší užitek jak samotným lékařům, tak celé populaci. Tedy jde o investici, která je spojena s pozitivní externalitou. Pokud jsou zkoumány přínosy jednotlivcům (tj. studentům), je možné se opírat převážně o americkou literaturu²¹, ve které jsou poměřovány náklady studia (ve smyslu poplatků za

¹⁹ Diskusi podmínek pro výkon zdravotnického povolání v různých zemích je možno nalézt na img.mf.cz/file-public/375/65.%20BEZUHONNOST.doc

²⁰ Citováno dle materiálů publikovaných na webových stránkách Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, <http://www.ipvz.cz/>

²¹ Např. Phelps, 1992.

studium) a výše očekávaných příjmů. Ekonomové zde standardně poměřují hodnotu IRR²², tedy zkoumají medicínské vzdělání jako standardní investici a poměřují její výnosy s úroky, které by investující (tj. studenti) mohli získat, pokud by investovali do nějakého jiného finančního produktu. V podmínkách zemí, kde převažuje veřejné vysoké školství je tento přístup hůře aplikovatelný, což je dáno tím, že studium na vysokých školách není zatíženo školným. Regulativní funkce školného je zde nahrazována různými nástroji, od stanovování závazného směrného čísla počtu přijatých studentů lékařských fakult (tzv. numerus clausus) platícího Německu po nejrůznější administrativně ekonomické nástroje související s financováním vysokých škol.

8.1.2 Specifické postavení lékaře

Poskytovatel zdravotní péče je centrálním hráčem na zdravotním trhu. Je naprosto klíčovou postavou v rámci rozhodování o alokaci zdrojů ve zdravotnictví, rozhoduje mimo jiné o typu péče pro pacienta, o typu léčiv pro pacienta, podílí se na rozhodování o rozpočtech zdravotnických zařízení, o výběru dodavatelů zdravotnických prostředků, spolupodílí se na rozhodování o směrech výzkumu, apod. Vzhledem k charakteru služby, kterou lékař poskytuje, je pracováno s předpokladem, že chování lékaře je kompletně nezávislé na sledování jeho vlastního prospěchu. Chování „nabízejícího“ je z etického pohledu vedeno snahou o spotřebitelovo dobro, je zde patrná jistá kolektivní orientace odlišující zdravotnictví od businessu. Toto kolektivně orientované chování (např. velmi časté konzultace mezi lékaři při léčbě) pozitivně ovlivňuje kvalitu „nabízeného produktu“. Tyto předpoklady potom vedou k tomu, že při snaze o sestavení užitkové funkce lékaře docházíme k tomu, že do ní kromě standardních veličin jako je volba mezi příjmem (důchodem) a volným časem přidáváme minimálně ještě jednu komponentu, kterou je právě „užitek spotřebitele“. Nicméně, lékař může dost často být i podnikatelem a je samozřejmě veden snahou maximalizovat svoji užitkovou funkci (svůj příjem, postavení/ profesní uznávání v rámci svého zdravotnického zařízení, apod.).

Při studiu postavení poskytovatele zdravotní péče (lékaře) na zdravotním trhu je velmi důležité rozlišovat různé role, které zde lékař může zastávat. Lékař je samozřejmě v první řadě poskytovatel služby (zdravotní péče), lékař ale také může být v postavení podnikatele, jestliže má svoji vlastní ordinaci, lékař působí jako tzv. zprostředkující agent, na lékaře je také možno pohlížet jako na „vstup“ do procesu poskytování péče.

²² Interna Rate of Return

Lékař jako poskytovatel služby je v podstatě „**prodávající**“ zdravotní péče a je při tom v jiném postavení než prodávající na standardním trhu. Zdravotní péče patří mezi kategorií zboží (služeb), pro které platí, že produkt a aktivita spojená s produkcí je identická. Spotřebitel nemůže testovat produkt před konzumací ani se nemůže spoléhat na zkušenosti, které získal při předcházející spotřebě. Navrácení/zlepšení zdravotního stavu je navíc nejisté a nepředvídatelné. Na rozdíl od standardního trhu je do vztahu prodávající-kupující na zdravotním trhu pevně zabudován prvek důvěry.

Lékař může také na zdravotním trhu vystupovat jako **zprostředkující agent**. Vzhledem k informační asymetrii, která je pro zdravotnictví typická, pacient na lékaře přenáší část své spotřebitelské suverenity. Nedokáže se sám kvalifikovaně rozhodnout např. o nejlepší možné léčbě, proto přenáší rozhodování na stranu lékaře, který má lepší informace. Lékař zde vystupuje v roli experta, který se snaží o maximalizaci pacientova užítka (zlepšení zdravotního stavu). Pacient zpravidla věří, že lékař volí léčbu objektivně, že je veden pouze snahou pomoci a že celý proces rozhodování je nezávislý na finanční stránce věci.

Lékař ovšem také může vystupovat v pozici podnikatele. Dle Phelpse (1992) představuje lékař pracující v soukromé ordinaci na jedné straně „pracovní vstup“ a na straně druhé je v postavení podnikatele, tedy manažera své ordinace. Hodnota „pracovního vstupu“ může být odvozována od příležitosti výše příjmu, kterou by mohl lékař získat jinde, pokud by pracoval například jako zaměstnanec v soukromé ordinaci jiného lékaře či v organizaci sdružující více lékařů (typ polikliniky) nebo například v nemocnici apod. Další příjmy lékaře jako podnikatele souvisí s řízením jeho organizace a z jejích hospodářských výsledků. Pokud pro lékaře ve smyslu „pracovního vstupu“ platí, že nabídka na zdravotním trhu je omezena (z důvodů licencí či jakéhokoliv jiného důvodu), byl by vytvářen tlak na uměle vysokou „monopolní cenu“ jejich produkce. Zároveň ale lékaři vlastní soukromé ordinace a tím tedy vystupují na tomto trhu jako vertikálně integrované firmy v situaci monopolizovaného vstupu.

8.1.3 Omezená konkurence

Dalším charakteristickým prvkem na zdravotním trhu je fakt, že konkurence nabízejících je omezená. Nicméně, jakkoliv není vnějškově příliš akcentována, konkurence mezi poskytovateli existuje. Soutěží mezi sebou o disponibilní zdroje, o smlouvy s plátcí, o pacienty (za určitých podmínek), o kvalitní pracovní sílu, o finanční prostředky na investice, o možnost vykonávat složitější zákroky apod.

Rozlišujeme konkurenci řízenou plátcem nebo naopak pacientem. Jak pacient, tak i plátcé mohou mít v systému určitou míru volnosti volby, existuje však bod, kdy větší volnost pacientů znamená menší volnost plátce apod. To je patrné především v situaci, kdy, má-li plátcé efektivně rozhodovat o ceně (tedy musí mít možnost uzavírat s různými zařízeními různé smlouvy), potom musí být schopen snížit či ovlivňovat volbu svých klientů (pacientů), tj. existuje tu trade-off mezi volností volby pacienta a plátce.

Samotná cenová konkurence ještě donedávna prakticky neexistovala ani ve vysoce liberálním prostředí amerického zdravotnictví. Začíná se objevovat až v 90. letech v souvislosti s rozšiřováním tzv. řízené péče. Dnes se s ní občas můžeme setkat i v našich podmínkách, nicméně není typická. Jedním z důvodů je skutečnost, že v prostředí, kde panuje informační asymetrie funguje cena i jako signál kvality produktu. „Levnější“ lékař může být pacienty vnímán jako „horší“ lékař. Podobně jako na obdobných, regulovaných trzích, poskytovatelé si spíše konkurují kvalitou. Ta je rozhodující pro jejich šanci uplatnit se v regulovaných trzích, získat kontrakt, přilákat pacienty.

Omezení konkurence znamená v tržních podmínkách zpravidla riziko růstu cen a narušení efektivnosti alokace zdrojů. Logicky se nabízí otázka, jakými nástroji je v současných zdravotnických systémech toto riziko redukováno. Jedna velká skupina nástrojů souvisí se způsobem financování, resp. s typy úhrad poskytovatelům zdravotní péče. Budeme se jim věnovat v následující kapitole. Druhá souvisí se způsobem uzavírání kontraktů.

Nakupování péče

Nakupování zdravotní péče lze považovat je nástroj usilující o zlepšení kvality zdravotní péče prostřednictvím specifických smluvních vztahů mezi plátcem a poskytovatelem zdravotní péče. Jde o proces, při kterém zdravotní pojišťovny uzavírají kontrakty s jednotlivými poskytovateli zdravotní péče na dohodnutou strukturu, objem, kvalitu a cenu zdravotní péče a to v zájmu pojištěnců (více viz např. Hroboň 2005; Watters, Morlock, Hatt 2004). Plátcé (typicky zdravotní pojišťovna) přijímá odpovědné rozhodnutí, jakou zdravotní péči nakoupí a od kterých poskytovatelů a to s tím, že i při nakupování péče je velmi důležité, aby byl zachován princip spravedlnosti a efektivnosti v souladu s potřebami zdravotní péče (více viz např. Háva, Goulli 2003; Zigová 2010; Dokumenty Světové banky).

Hlavní výhodou nakupování zdravotní péče je, že umožňuje plánování jak finančních, tak i lidských zdrojů, čímž se stává významným stabilizujícím prvkem celého zdravotního systému. Mezi všeobecně přijímané pozitivní dopady nakupování patří zvyšování kvality

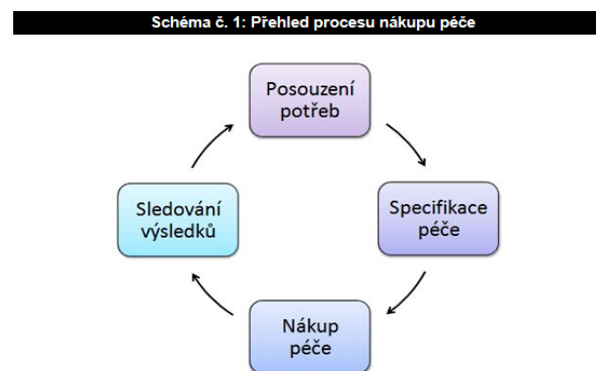
a efektivnosti zdravotní péče a zároveň podpora rozvoje inovativních metod ve zdravotnictví (více viz např. Kothera 2008; Zigová 2010).

Nakupování zdravotní péče by mělo přinášet užitek pro všechny zúčastněné strany. Pro pojištěnce je tímto užitek zkrácení čekacích dob a předem známá struktura a kvalita péče. Poskytovatel má pak větší míru jistoty při plánování finančních a lidských zdrojů a také větší možnost restrukturalizace a specializace, než je to tomu v případě jiných mechanismů úhrad, protože zná konkrétní cenu a objem péče. Zdravotní pojišťovna má jednoznačný nástroj na udržení kvality a zajištění dostupnosti péče. Přisun zdrojů pro poskytovatele je vázán na zvyšování efektivity, čímž odpadá problematika spoléhání se na stálý přísun zdrojů bez nutnosti se zlepšovat. Navíc při nakupování dochází k intenzivnější spolupráci mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou (více viz např. Kothera 2008; Zigová 2010).

Jako nevýhoda nákupu péče je někdy prezentována možnost netransparentního poskytování péče, kdy nejsou k dispozici náležitě pořádníky, které by garantovaly spravedlivý a rovný přístup k péči. Kromě toho může docházet k situaci, že zlepšení dostupnosti není zajištěno pro všechny pojištěnce všech pojišťoven stejně, protože zdravotní pojišťovny, které zaplatí víc, zajistí svým pojištěncům kratší čekací doby na úkor pojištěnců ostatních zdravotních pojišťoven. Dále jsou zde poskytovatelé, kteří odmítají takto ujednanou úhradu péče kvůli konzervativnímu přístupu. Dalšími důvody, proč se někteří poskytovatelé brání nakupování péče, je hrozba nárůstu administrativy s ním spojená. Problémem může být také reálná obava ze zvýšení náročnosti organizace péče, která musí odpovídat smluvním podmínkám. V neposlední řadě je nevýhodou i stále se měnící právní prostředí a z toho plynoucí míra nejistoty ve zdravotním systému (více viz např. Blatný 2012; Zigová 2010).

Proto, aby byl nákup péče opravdu přínosem pro všechny zúčastněné, musí být zachován určitý postup, který je běžný v zahraničí, například v USA nebo Nizozemí (více viz např. Roubal 2012; Watters, Marlock, Hatt 2004). Tento postup je znázorněn pomocí schématu 7-1. Nejprve musí být zmapovány potřeby se zdravotní péčí spojené a způsoby, jakými je možné tyto potřeby naplnit. Následně je nutné specifikovat péči, kterou je vhodné nakupovat. Nákup péče je vhodný v případě plánované péče. Samotný nákup péče se pak skládá z několika kroků, kdy je potřeba zvolit vhodnou strategii nákupu (více viz např. Kothera 2008; Robinson, Jakubowski, Figueras 2005). Následuje výběr poskytovatele, který splňuje kritéria zdravotní pojišťovny na kvalitu poskytované zdravotní péče.

Schéma 11. Přehled procesu nákupu péče



Zdroj: autoři

Mezi kritéria, na jejichž základě lze posuzovat kvalitu poskytované zdravotní péče, patří například technické a personální vybavení daného zdravotnického zařízení a v neposlední řadě samozřejmě výsledky zdravotnického zařízení v poskytování péče, jako je například počet úmrtí, komplikací, rehospitalizací, překladů, počet provedených výkonů, ordinační hodiny a dostupnost. Dalšími faktory, které vypovídají mnohé o kvalitě péče, jsou následky léčby a zákaznická přívětivost zdravotnického personálu, do níž se zahrnují faktory jako je informovanost pacientů, čekací doby, objednávací doby a patientská vybavenost zdravotnického zařízení (Kothera 2008). Dalšími důležitými kroky při nákupu péče je vypracování metodiky, zpracování standardu daného produktu včetně požadavků na kvalitu a finanční analýzy, návrh tzv. balíčkové ceny a zpracování návrhu smlouvy, popřípadě její podpis. K procesu nákupu péče neodmyslitelně patří sledování výsledků takto hrazené péče ze strany zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny potřebují adekvátní informace, aby mohly posoudit poskytovatele a využily jejich výsledky v poskytování zdravotních služeb při uzavírání kontraktů na nákup péče. Dostupnost těchto informací poskytuje možnosti kontroly smluvních vztahů a podpory kvality (Watters, Marlock, Hatt 2004).

Při uzavírání kontraktů typu nákupu péče, přebírají zdravotní pojišťovny větší odpovědnost za kvalitu služeb, a to právě prostřednictvím kontraktů a jejich využíváním jako nástroje ke zvýšení kvality zdravotní péče. Podle zahraničních studií (Robinson, Jakubowski, Figueras 2005) zahrnuje tato odpovědnost především jednání a následné odsouhlasení smlouvy s tím,

že musí být uvedeny odpovídající požadavky na kvalitu a dostupnost, dále je to sledování kontraktu a jeho přezkoumávání. Součástí sledování kontraktu je pak přijímání zpráv od poskytovatele a kontrola platnosti těchto informací získávání zpětné vazby od pacientů.

8.1.4 Omezená substituovatelnost

Tak jako při jakékoliv výrobní aktivitě, i při produkování zdravotních služeb je možná určitá substituovatelnost jednoho vstupu za druhý. Míra substituovatelnosti je zde ovšem výrazně omezená. To je dáno jak technickými, tak právními faktory. V některých případech stav technického pokroku substituci nedovolí, není možné například nahradit všechny výkony lékaře roboty. V jiných případech substituci nedovolují zákony. Některé výkony mohou vykonávat pouze lékaři a některé výkony pouze někteří z lékařů. Obdobně to platí i u nelékařských zdravotnických pracovníků, u kterých je rovněž typická vysoká míra specializace a vysoká míra formalizace kvalifikačních předpokladů pro jednotlivé činnosti.

Existují studie²³, které na základě údajů poskytnutých samotnými lékaři odhadují míru substituovatelnosti (více viz Phelps 1992: 158). Výsledky ukazují, že pokud se lékaři snaží o maximalizaci své užitkové funkce (zahrnující standardně volný čas a příjem), najímají mnohem méně pomocného personálu než by odpovídalo maximalizaci. Dle těchto výsledků by lékař mohl ošetřit o 25 % více pacientů, pokud by najímal více pomocného personálu. Důvodem je pravděpodobně skutečnost, že užitková funkce lékaře obsahuje něco navíc než jen příjem a volný čas. Pokud je lékař ve svém chování veden především snahou „léčit a pomáhat“, pak by lékaři mohli věřit tomu, že jejich čas je pro pacienty více přínosný než čas pomocného personálu.

8.2 Nástroje racionalizace nabídky

Obdobně, jakou u racionalizace poptávky i zde jde primárně o udržování nabídky péče v mezích, které dovolují disponibilní zdroje. Omezování nabídkové strany je v podmínkách veřejných zdravotnických systémů považováno za účinnější nástroj, vzhledem k existenci nabídkou indukované poptávky a politickým konsekvencím spojeným s některými nástroji omezování poptávky. Obecně rozlišujeme administrativní nástroje, nástroje použitelné v procesech financování a nástroje vedoucí k vytváření konkurence a interního trhu

zdravotnických služeb. Pro lepší přehlednost rozdělíme používané nástroje racionalizace nabídky na ty, které bývají uplatněny pro lůžková zařízení, a ty pro ambulantní zdravotní péči.

8.2.1 Lůžková zařízení

Mezi základní *administrativní nástroje* patří:

1. **Prokázání opodstatněnosti růstu kapacit (certifikace potřeb)** - na realizaci kapacitního růstu se vyžaduje prokázání opodstatněnosti investičního projektu a vypracování přesného rozpočtu. Skutečná účinnost je však dost omezená, zejména pokud neexistuje jasná definice potřeby a priority. Navíc v praxi je kontrola uvedených údajů *ex ante* (předem) složitá. Nástroj může omezovat přístup na trh zdravotnických služeb a tím snižovat úroveň konkurence.
2. **Restrukturalizace a uzavírání některých zařízení** - dotýká se existujícího stavu, kdy certifikace potřeb je nástrojem na zamezení nadměrného růstu. Je aktuální při nadměrných kapacitách. Problém je v kvantifikaci a identifikaci nadměrných kapacit. Uzavírání nemocnic se obecně setkává s velkým odporem zaměstnanců i obyvatel, tudíž mu nebývají nakloněni ani lokální politici.
3. **Definování horní hranice příjmů nemocnic** – narušuje tradiční provázanost nákladů a příjmů, nereguluje cenu ošetřovacího dne, ale celkový objem příjmů.
4. **Omezení počtu lékařů (pracovníků)** – realizace tohoto opatření je dnes v Evropě, kde se předpokládá volný pohyb pracovní síly, prakticky nemožná. Reálný problém většiny zemí nemusí být ani tak nadměrný počet lékařů, jako jejich nevhodné rozmístění. Řešením může být stimulace redistribuce pracovní síly, která je použitelná zejména při přijímání absolventů.
5. **Přímá kontrola výše nákladů**, kdy financující strana zabezpečuje i kontrolní funkci a v případě zjištění nadměrného plýtvání zdroji uplatní sankce - tato metoda selhává pro těžkosti s definováním přiměřené úrovně nákladů a se zabezpečením soustavnosti kontroly. Kdyby měla být komplexní, náklady na zjišťování neefektivnosti by byli pravděpodobně vyšší než její přínosy.
6. **Zavedení standardů vybavenosti, kvalifikovanosti, kvality**, které musí být splněny, aby dané zařízení mohlo vykonávat některé činnosti.

Hlavním nástrojem použitelným v *procesech financování* zařízení je tzv. **prospektivní financování** (financování předem) – nemocnice uzavírají s financujícími subjekty kontrakty na výkony v rozsahu dopředu stanoveného rozpočtu. Dohodnutou sumu jim vyplatí bez

²³ Reinhardt, 1972, 1973, 1975, citováno dle Phelps 1992.

ohledu na skutečnou výšku nákladů. Za základ se bere situace v předchozím roku nebo letech. Principem je stanovení pevné ceny za jednotlivé výkony a odhad počtu výkonů v průběhu roku. Motivace se dosahuje možností ponechat si část případných úspor s podmínkou, že se použijí v zdravotní péči. Podrobněji se o těchto nástrojích zmíníme v následující kapitole.

8.2.2 Ambulantní zdravotní péče

Při odměňování lékařů za výkony se dosti často používají nástroje spočívající ve **stanovení maximálního počtu výkonů, regulaci maximálního počtu profinancovaných bodů, regulace ceny bodu** apod. Bez těchto regulací by hrozila neudržitelná tendence růstu objemu spotřebovaných služeb a částečně možná preferování léčebné před preventivní péčí.

Obdobně funguje i **určení maximálního počtu přihlášených pacientů či stanovení rozsahu předepisovaných léků**, které se pacientovi hradí v plné výši. Uplatňují se především v systému kapitace, kdy lékaři dostávají dopředu roční/měsíční platbu za počet přihlášených pacientů. Systém motivuje lékaře k úsilí o získávání pacientů. Je pro něj ale rizikový, protože potenciální výše nákladů je neomezená. Měl by být motivem pro růst objemu preventivní péče, na druhé straně může vést k úsilí o snižování nákladů a kvality na úkor pacienta a o posílání pacientů do systému specializované péče.

SHRNUTÍ

Nabídka zdravotní péče se odlišuje od nabídky na dokonale konkurenčním trhu především kvůli omezené pružnosti, specifickému postavení lékaře, omezené konkurenci a omezené substituovatelnosti. Pružnost nabídky zdravotní péče je způsobena především dvěma faktory. Prvním je, že vykonávání praxe je vázáno a regulováno udělováním licencí. Druhým faktorem je vysoká cena a obtížnost medicínského vzdělání. Pro nabídkovou stranu zdravotního trhu je typická také omezená konkurence. Pokud o konkurenci ve zdravotnictví mluvíme, máme na mysli především konkurenci kvalitou. Existují různé nástroje pro racionalizaci nabídky zdravotní péče. Je důležité porozumět mechanismům jejich působení a dokázat analyzovat jejich účinnost a rizika s nimi spojená.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- Blatný, J. Právní vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb v systému veřejného zdravotního pojištění. Brno 2012. Rigorózní práce,

MASARYKOVA UNIVERZITA V BRNĚ, Právnická fakulta, Katedra pracovního práva a sociálního zabezpečení. Dostupné na http://is.muni.cz/th/15426/pravf_r/Rigorozni_prace_Blatny.txt

- Hroboň, P. Proč potřebujeme nákupčí zdravotní péče. http://healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Prezentace/PH_euroforum_27_9_05.pdf
- JONES, Andrew M. The Elgar companion to health economics. Cheltenham, UK : Edward Elgar, 2006. 565 s. ISBN 1845420039.
- Kothera, V. Nakupování zdravotní péče. Prezentace, interní materiál zdravotní pojišťovny Metal-Alliance, Kladno 2008
- PHELPS, Charles E. Health Economics. HarperCollins, New York, 1992, 559s. ISBN 0-673-38746-1
- MALÝ, Ivan. Platba za případ - diagnosticky příbuzné skupiny reálnou alternativou. Praha: CaC, 1996. Marketing pro zdraví.
- Robinson, R. Jakubowski, E. Figueras, J. et al. Purchasing to improve health systems performance. WHO 2005 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies Series. ISBN 0335 21367 7. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98428/E86300.pdf
- Zigová, Z. Nakupování péče jako prvek stability financování zdravotnictví. Praha 18.9.2010 http://www.vzdelavani-zdravotniku.cz/sites/default/files/historie_vzdelavacich_aktivit/2011-02/ing.zigova.pdf

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Najděte minimálně tři důvody pro a proti vázání výkonu lékařské praxe na udělování licencí.
- Jaké existují objektivní překážky pro cenovou konkurenci poskytovatelů zdravotní péče?
- Čím se odlišuje postavení lékaře oproti poskytovateli běžné tržně poskytované služby? Porovnejte nejlépe s nějakou konkrétní profesí.
- Jaké nástroje k racionalizaci lůžkového fondu znáte? Jaká mohou být omezení vedoucí k problémům racionalizovat síť zdravotních zařízení? Uveďte konkrétní situace v českém zdravotním systému.

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Najděte minimálně tři důvody pro a proti vázání výkonu lékařské praxe na udělování licencí.
2. Pokuste se vyčíslit náklady na vzdělání jednoho lékaře a zároveň prostudujte data o mzdách a platech lékařů. Identifikujte hlavní problémy a navrhněte jejich řešení.
3. Proved'te mezinárodní komparaci lůžkového fondu v ČR a v zahraničí. Diskutujte.