

# Optimalizace výdajů ve zdravotnictví

(příspěvek do sborníku Šlapanice 1996)

Ivan Malý

## 1. K pojmu optimalizace

Samotnou *optimalizaci* chápu v obecné rovině jako cílevědomé směřování k **lepšímu** (resp. **nejlepšímu**) stavu prostřednictvím uplatňování určitých nástrojů. Optimalizaci výdajů pak jako speciální případ řešení obecného alokačního problému v **souvislosti se stanovováním výše a struktury veřejných výdajů<sup>1</sup> v návaznosti na dosažené efekty (užitky)**. Jinými slovy jde o to, jak rozdělovat veřejné prostředky tak, aby a) z fixně stanoveného množství zdrojů byly produkovány co nejvyšší efekty, resp. b) z hlediska celkové rovnováhy došlo k rovnosti marginálního efektu (užitku). Efekt přitom nemusí být nutně definován jen úzce ekonomistně, tj. reálně prokázanou ochotou zaplatit cenu na trhu. Náklady ušlé příležitosti tu představuje možnost ponechat prostředky v soukromém sektoru, resp. jejich použití na jiné účely v rámci veřejného sektoru.

Takto definován se řadí pojem optimalizace jednoznačně do sféry normativní ekonomie. Mám pocit, že řadě ekonomů by proto mohl znít přinejmenším podezřele. Každopádně se jedná o problém velmi složitý. Optimum u veřejných výdajů by se dalo přirovnat ke kvadratuře kruhu. Problém má navíc celou řadu rovin, z nichž ty hlavní nejlépe vystihuje rozdíl mezi alokační a technickou efektivností.

Možnosti a problémy optimalizace výdajů jsou ve zdravotnictví v podstatě stejné jako v celém veřejném sektoru. Nahrazení trhu jako standardního řešení alokačního problému veřejným sektorem sice některé problémy řeší, jiné však přináší. **Kardinální otázkou je definování efektu, který je dosahován z vynaložení alokovaných zdrojů.** Co vlastně má být maximalizováno? Který stav je *lepší*? V závislosti na zvolené odpovědi se budou diametrálně lišit jak hodnocení konkrétního stavu, tak návrhy na žádoucí opatření. Je kupříkladu více žádoucí, aby byla uspokojována ekonomicky chápána **poptávka** po zdravotnických službách, nebo nějak medicínsky definovaná **potřeba** zdravotní péče? Je zdravotní péče více kategorií spotřeby nebo investic?

I přesto, že celá problematika ekonomických a neekonomických příčin a důsledků státních zásahů je teoreticky velmi dobře propracovaná a začíná být i u nás notoricky známá, jsem si svůj příspěvek dovolil zaměřit právě na názornou prezentaci variantních přístupů k dané problematice. Domnívám se totiž, že kdybychom se dokázali shodnout na hodnotících kritériích, nalezení technik a nástrojů k dosahování žádoucích stavů by již nebylo natolik obtížné. Problém je v tom, že takové **shody zásadně nelze dosáhnout**. Maximálně může být dosaženo jistého kompromisního konsensu, který je průchozí demokratickými mechanismy tvorby veřejných rozhodnutí.

V dalším textu bych rád naznačil tři základní alternativy definování žádoucího efektu. Každá z nich má své zastánce, svědčí pro ni řada argumentů a tvoří zajisté smysluplný myšlenkový koncept.

## 2. Alternativy definování efektů

V teoretických a praktických přístupech k řešení alokačního problému ve zdravotnictví lze vystopovat v podstatě **tři hlavní způsoby** vymezení žádoucího efektu. Pro účely tohoto semináře si je dovoluji pracovně charakterizovat poněkud volně.

První způsob by se dal označit jako **EKONOMISTNÍ, resp. subjektivní**. Za žádoucí efekt je v tomto případě pokládána obecná kategorie subjektivního užítku (*utility*), kterou sice neumíme měřit, ale věříme, že v podmínkách konkurenčního trhu platí rovnost mezi mezním užítkem a cenou. Za povšimnutí stojí, že tento přístup je aplikovatelný na všechny úrovně rozhodování o alokaci zdrojů.

Druhá varianta je **ZDRAVOTNĚ-POLITICKÁ, resp. objektivní**. Vychází z poslání odvětví zdravotnictví, které vidí v poskytování zdravotní péče a v pozitivním působení na zdravotní stav jednotlivců i celé společnosti. Efekty, které tu stojí proti nákladům, jsou definovány zlepšováním zdraví. Lépe či hůře se je

---

<sup>1</sup> Výši a strukturu veřejných výdajů by bylo pravděpodobně vhodné v této definici doplnit ještě o *způsob, kterým o nich společnost rozhoduje*. Ten je v demokracii možná ještě významnější než samotný věcný výsledek rozhodovacího procesu.

pokoušíme měřit. Tento přístup lze vcelku dobře uplatnit u rozhodování o struktuře výdajů *uvnitř* odvětví, ale příliš nám nepomůže při rozhodování o celkové výši přidělených prostředků.

Třetí variantě říkáme **MOCENSKO POLITICKÁ, resp. pragmatická**. Žádoucím efektem je v zásadě „dobře vládnout“, resp. udržovat rozličné zájmové skupiny a subjekty, které hrají důležité role v systému, více méně spokojené. Tato formulace nám jistě může připadat poněkud cynická, ale v dalším rozboru se pokusím ukázat, že pro reálné možnosti optimalizace výdajů má právě toto definování efektů klíčový význam.

Podívejme se na jednotlivé varianty a jejich implikace podrobněji. Pokusím se naznačit, o jak zásadně odlišné koncepty ve vztahu k optimalizaci se jedná. Současně bych rád uvedl hlavní teoretické a praktické problémy, které je třeba řešit v souvislosti s optimalizací podle jednotlivých paradigmat.

### 3. „Ekonomistní“ přístup

#### 3.1 Charakteristika

S tímto přístupem se nejčastěji setkáváme v (typicky amerických) učebnicích *Health Care Economics*, které nástrojově vycházejí ze současné mikroekonomie středního proudu. Základní filosofie se odvíjí zhruba následovně:

- 1) **optimálním nástrojem alokace zdrojů je v podmínkách dokonalé konkurence trh**, fungující prostřednictvím cenového mechanismu;
- 2) existují sice „selhání“ trhu, která brání dosažení celkového rovnovážného stavu, kdy jsou splněny podmínky Paretovského optima, ale
- 3) dochází i k „selhávání“ vlády, resp. všechny alternativní alokační mechanismy nahrazující trh (veřejná volba, čekání, jednotné poskytování...) jsou rovněž nedokonalé a pravděpodobně způsobují ještě větší neefektivnosti než reálně fungující trh;
- 4) nadto existují zásadní neekonomické důvody, proč by stát mohl (měl) zasahovat do ekonomiky: hlavně v zájmu zachování sociálního smíru a neutralizace trhem generované polarizace v úrovni důchodů a bohatství různých skupin;
- 5) tyto státní zásahy (především tam, kde způsobují absenci nebo distorzi tržní ceny) vnášejí do systému neefektivnost, zejména proto, že podporují tzv. nadměrnou poptávku po zdravotní péči, morální hazard apod.;
- 6) z toho plyne, že je potřeba tyto zásahy redukovat, vnášet do systému více tržních prvků, privatizovat atd.

Povaha efektu generovaného z alokovaných zdrojů se v ničem neliší od ekonomiky jako celku resp. jiných odvětví. Jde obecně o užitek (*utility*) úzce svázaný s kategorií poptávky resp. subjektivně chápané potřeby vycházející z liberálního konceptu individualismu a spotřebitelské suverenity. **Žádoucím** je stav, kdy celkové disponibilní zdroje společnosti generují maximální celkový užitek (odhlížíme nyní od komplikací plynoucích ze zohlednění dlouhodobého horizontu), resp. maximální upokojení jednotlivých spotřebitelů. Funkce společenského blahobytu přitom umožňuje zohlednit i *komu* určitý užitek plyne.

Kdybychom tento přístup dovedli do důsledku, pak by za „lepší“ musel být označen stav, kdy je uspokojena velmi silně pocíťovaná poptávka jednotlivce, který z hlediska medicínského vlastně ani péči nepotřebuje, ale svobodně si ji přeje (a je ochoten ji zaplatit), na úkor reálné (řekněme objektivně medicínsky prokázané) potřeby zdravotní péče osoby, která z nejrůznějších důvodů (finančních, náboženských) si danou formu péče nepřeje.

#### 3.2 Zdroje neefektivnosti

Zdroje neefektivnosti jsou zde obecně dvojího druhu. Naznačíme je pouze ve stručnosti, neboť jsou velmi bohatě rozebírány v odborné literatuře.

Za prvé se jedná o důsledky objektivních selhání trhu. Sem lze zařadit především všeobecně známé charakteristiky zdravotnických trhů, jako jsou informační nerovnováha (asymetrie) mezi poskytovatelem služby a spotřebitelem a s ní související nabídkou indukovaná poptávka, pozitivní externality spojené s některými

druhy zdravotní péče nebo omezená konkurenčnost vlivem geografických podmínek, vysoké heterogenosti produktu či ustálených zvyklostí ovlivňujících chování poskytovatelů.

Jak již bylo uvedeno, druhým (a hlavním) zdrojem neefektivnosti jsou právě státní zásahy. Pokud není bezprostřední uživatel služby vystaven nutnosti konfrontovat svou poptávku s nutnými náklady, vznikají pobídky k nadměrné poptávce, tzn. je realizováno větší množství zdravotní péče (služeb) při vyšších mezních nákladech, než by odpovídalo tržnímu optimu. Zdravotnictví tímto způsobem v podstatě načerpává zdroje, které by jinde byly schopné přinést vyšší užitek. Státní regulace je dále spojována s omezeními vstupu do odvětví, jakož i s rigidností používaných „technologí“, což významně ovlivňuje konkurenčnost uvnitř odvětví.

### 3.3 Nástroje optimalizace

Z výše řečeného jsou vcelku zřejmé i dva druhy opatření a kroků, které logicky snižují míru takto definované neefektivnosti. Zejména by se daly uvést následující, jedná se však pouze o ilustrativní vzorek.

#### Redukce vlivu selhání trhu

- 1) **Všemi dostupnými prostředky redukovat stupeň informační asymetrie.** Iniciovat nezávislé audity, vypracovávat standardy péče a uvádět je v širokou známost, zveřejňovat hodnocení různých skupin poskytovatelů, podporovat aktivity zaměřené na porovnávání různých aspektů poskytování zdravotní péče, včetně finančních.
- 2) V rámci širšího zavádění tržních prvků do zdravotnických systémů **přenášet finanční odpovědnost** za využití omezených zdrojů **na poskytovatele** zdravotní péče (viz. např. formy financování jako předplacená péče v HMOs, fundholding, kapitace).
- 3) U typů péče, které prokazatelně přinášejí pozitivní externalitu stimulovat poptávku.

#### Redukce vlivů státních zásahů

- 1) Pokud možno redukovat rozsah veřejně zabezpečené zdravotní péče v porovnání se soukromou iniciativou. Obyčejně bývá spojeno se snahou vymezit určitou „základní“ resp. „standardní“ nárokovou úroveň péče a ponechání dostatečného prostoru pro nadstandard.
- 2) Zavádět (udržet, rozšířit) finanční spoluúčast pacientů na přijímané zdravotní péči.
- 3) Všestranně napomáhat cenové (nákladové) konkurenci v odvětví. (Nabízejí se různé metody řízené soutěže, vnitřního trhu apod.)

### 3.4 Technické a metodologické problémy

I z naznačeného stručného výčtu je pravděpodobně zřejmé, že tento přístup není prost problémů a vnitřních rozporů. Zkušenosti z reformy zdravotnictví ve vyspělých zemích i u nás naznačují, že čistě využití tržních nástrojů jako nástrojů optimalizace v praxi zatím nevede k příliš uspokojivým výsledkům. Zdravotnické systémy se celkově stávají dražšími (měřeno procentem celkových výdajů na zdravotnictví na HDP), nerovněžšími a složitějšími.

Kroky ke snižování vlivu selhání trhu se doposud ukazují jako málo účinné. Informační asymetrie v odvětví přetrvává se všemi svými negativními důsledky. Poněkud nadějněji se jeví míra konkurenčnost zdravotnických trhů, která je nepochybně ovlivněná hlavně novými formami úhrad za zdravotní péči. Zatímco literatura šedesátých let je mohla jednoznačně charakterizovat jako málo konkurenční vlivem různých faktorů, dnes lze projevy konkurence identifikovat velmi dobře. V nejvyspělejších zemích je již pravděpodobně překonáno stadium konkurence výlučně kvalitou a konkurence nutí poskytovatele k snižování jednotkových nákladů a ceny v zájmu boje o klienta a plátce. Tento pozitivní vývoj se ovšem neprojevuje v tempu vývoje celkových výdajů na zdravotní péči. (Resp. lze možná hovořit o tom, že díky němu nerostou výdaje ještě rychleji.)

Uvolňování prostoru pro soukromé iniciativy v praxi pravděpodobně generuje větší problémy, než samo řeší. Stanovení základní (standardní) úrovně je odborně dosti náročné a politicky citlivé. Přináší to s sebou velké administrativní náklady a uvolňuje prostor pro zneužívání systému. V situaci, kdy není dostatečně posílena informační rovnováha (a to obvykle není) se otvírá nový kanál pro příliv peněžních prostředků do systému, takže se celkově poskytovaná péče zdražuje. Paradoxně může vzrůstat i byrokratická náročnost a role státu-regulátora, který je nucen bránit projevům *cream-skimmingu* a adverzního výběru.

Samostatnou kapitolou by mohly být dopady zavedení různých forem spoluúčasti pacientů na úhradě poskytnuté péče. Pro bližší rozbor bohužel není v tomto příspěvku prostor. Celkově se však tyto dopady dají charakterizovat jako rozporné a dosti nejisté co se týče vlivu na poptávané množství zdravotní péče.

## 4. „Zdravotně-politický“ přístup

### 4.1 Charakteristika

Zdravotně-politický přístup chápe efekty z alokovaných prostředků jako **přínosy ke zdraví jednotlivců, resp. zdravotnímu stavu populace**. Přes všechny obtíže se je pokouší definovat a měřit a využívat jich k posuzování efektivnosti vynakládání prostředků. V porovnání s obecnou kategorií užítka se jedná o relativně objektivní veličiny, k jejichž zachycení slouží celá řada více či méně standardizovaných ukazatelů a metod. Od toho se pak odvíjí celá logika smyslu a forem optimalizace výdajů, která je výrazně odlišná od prvně uvedeného přístupu:

- 1) **zdravotnictví** (alespoň z podstatné části) **je reálně součástí veřejného sektoru**, kde z mnoha důvodů nefungují zákonitosti trhu a cenový mechanismus působí jen velmi omezeně;
- 2) jedním z úkolů státu je garantovat (zabezpečovat, organizovat ...) dosažitelnost a kvalitu zdravotní péče pro své obyvatele - s tím souvisí i přirozený stav, že stát buď prostředky na zdravotní péči přímo poskytuje, nebo právem stanovuje mechanismy veřejného financování a reguluje soukromý sektor, pokud existuje;
- 3) proto by měl mít propracovanou promyšlenou zdravotní politiku, ve které by mimo jiné definoval veřejný zájem v této oblasti, podobu zdravotnického systému, cíle jeho fungování, nástroje, kterými chce těchto cílů dosáhnout apod.;
- 4) nejlogičtějším kritériem účelnosti vynakládání prostředků je uspokojení potřeb zdravotní péče občanů. Potřeba péče je do značné míry determinována objektivně zdravotním stavem, stylem života apod. a je možné, aby o její (ne)existenci bylo přijato nezávislé odborné stanovisko;
- 5) 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 když by 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;
- 6) 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.

Výstupy jsou zde chápány jako specifické a s výstupy ostatních odvětví nesouměřitelné. Rozhodování o tom, kolik prostředků bude vyčleněno celkově na zdravotní péči, není předmětem řešení optimalizačního problému. Ten je spatřován až na úrovni uvnitř odvětví. Má tak výrazně charakter *technické nikoliv alokační efektivnosti*.<sup>2</sup> Toto omezení je současně i silnou stránkou daného přístupu. Vyhýbá se velmi složitým problémům oceňování zdraví v peněžních jednotkách, jejich poměřování k jiným hodnotám jako je svoboda, bezpečí, vzdělání a další.

Dovedeno do důsledků, pak by za „lepší“ musel být označen stav, kdy je zdravotní péče poskytnuta jedinci, který je nemocen a existuje u něj vysoká pravděpodobnost úspěšnosti zákroku avšak léčbu si nepřeje, než stav, kdy by stejný zákrok chtěl člověk, u něhož je pravděpodobnost úspěšnosti nižší....

### 4.2 Zdroje neefektivnosti

Neefektivnosti zde pramení z řady různých příčin týkajících se chování poskytovatelů, spotřebitelů i objektivního stavu našeho poznání. Významné komplikace rovněž přinášejí otázky etické a požadavek na spravedlnost resp. rovnost přístupu k péči. Pro nedostatek prostoru pouze stručně naznačím některé.

---

<sup>2</sup> Jedna z možných interpretací pojmu efektivnosti platná pro zdravotnictví hovoří o „poskytování nezbytné péče v dobré kvalitě při minimálních nákladech.“ (Abel-Smith, B., 1984:88)

Poskytovatelé mnohdy neúčelně poskytují péči i těm osobám, které ji „objektivně nepotřebují“. Mohou je k tomu vést důvody spojené se způsobem financování (např. výkonový způsob je zde přímo vzorovým příkladem) nebo jejich odborné či výzkumné aspirace, nebo pouhá nedostatečná kvalifikovanost. Ze stejných důvodů dochází k neracionálnímu vytváření kapacit a jejich následnému nevyužívání, což zvyšuje celkové fixní náklady.

Spotřebitelé (pacienti) jednak většinou nemají jasnou představu o variantách řešení jejich konkrétní situace, jednak nejsou konfrontováni s jejich náklady. To je bezpochyby motivuje k tlaku na komfortnější, jistější a účinnější formy péče. Ty sice nemusí být vždy dražší, nicméně obecné povědomí bude jistě více důvěřovat dražším alternativám. Prosté zavedení spoluúčasti však rozhodně nefunguje jako filtr *medicínsky zbytečné* péče. Naopak jeho použití může způsobit zanedbání relativně lehčích stavů a generovat vícenáklady.

Jednotlivé používané „technologie“ mají sice různé náklady a účinnost, ale naše znalosti o tom jsou stále spíše kusé a izolované. Existuje řada technických problémů jak u klíčování nákladů, tak především u zjišťování individuálních efektů různých způsobů léčby. Sporná je i otázka přenositelnosti již existujících závěrů z různých empirických analýz nákladů a efektů.

### 4.3 Nástroje optimalizace

#### Ovlivňování chování poskytovatelů

- 1) Odstranit nevhodné pobídky ke zbytečné honbě za výkony v systému financování.
- 2) Vystavit poskytovatele (typicky nemocnice) výrazně **účinnější veřejné kontrole**, prostřednictvím fungujících správních rad, zveřejňováním hospodářských výsledků apod. Kontrola by se zejména měla zajímat o hospodárnost provozu, přístup k pacientům, mechanismům rozhodování o rozvoji a investicích.
- 3) Zabránit živelnému vytváření kapacit. Promyšleným způsobem organizovat provázanou **sít' zdravotnických zařízení**, která by redukovala dublování, nevyužívání kapacit a generování nadbytečné poptávky.
- 4) Vypracovávat a využívat standardy péče. Paralelně přitom provádět a využívat závěrů z analýz zabývajících se účinností jednotlivých způsobů léčby (*cost-effectiveness analysis*), *technology assessment*, jakož i motivovat poskytovatele k jejich používání.
- 5) Cílevědomě zvyšovat kvalifikovanost pracovní síly.

#### Ovlivňování chování spotřebitelů

- 1) Zvyšovat jejich informovanost.
- 2) Působit všemi prostředky na posilování prevence.

#### Obecné

- 1) Soustavně poznávat stav potřeb, vliv různých faktorů na zdravotní stav. Cílem by měla být schopnost modelovat vývoj potřeb zdravotní péče.
- 2) Zdravotní politika by měla být komplexní tj. mít možnost ovlivňovat všechny faktory, významné pro ukazatele zdravotního stavu. („Politika pro zdraví“)

### 4.4 Technické a metodologické problémy

Ponechme pro tuto chvíli stranou základní problém uplatnění těchto optimalizačních nástrojů tj. *politickou vůli a moc k jejich prosazení*. (Budeme se jím zabývat v dalším textu.) Rovněž bych se zde nerad pouštěl do diskuse nad kardinální otázkou, zda tento v podstatě konstruktivistický, dirigistický a na plánování založený přístup je vůbec kompatibilní s moderní tržní ekonomikou. Co nám v současnosti chybí k tomu, abychom mohli uvažovat o dosahování takto definovaného optima?

Začneme makroúrovni. Především **neexistuje 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 (a inflačním) prostředí nelze chápat jako konstantní (byť nějakým auditem potvrzenou) hodnotu. *Potřeba* rovněž není známá dostatečně detailně, abychom jenom podle ní mohli alokovat zdroje.

Mnohem nadějněji se jeví možnosti na mikroúrovni, tj. optimalizace na úrovni jednotlivých poskytovatelů. Seriózní práce na porovnávání účinnosti různých diagnostických či terapeutických postupů jsou u nás sice na počátku, ale systémově existují dobré předpoklady pro jejich provádění. Mám tím na mysli sledování výkonů, postupné zdokonalování informačních systémů a způsobů sledování nákladů. Výraznou překážkou, která je ovšem poměrně lehce překonatelná cestou nové legislativy, je veřejná nedostupnost údajů o provozu a nákladech zdravotnických zařízení.

## 5. Mocensky-politický přístup

### 5.1 Charakteristika

Praktická politická rozhodnutí se vytvářejí a uskutečňují v prostředí, které lze definovat růzností zájmů zúčastněných subjektů, dynamickým vývojem vztahů a značnou dávkou nejistoty. Tyto atributy většinou znemožňují vývoj a implementaci „teoreticky čistých“ koncepcí, byť by byly vnitřně promyšlené, logické a systémově správné. To platí bez výjimky i na problematiku optimalizace veřejných výdajů. Posun z jednoho stavu do druhého je nezbytně spojen s narušením zájmů, vztahů a hodnot některých subjektů v systému. Jinými slovy, optimalizace vždy někoho subjektivně poškodí. Ten, kdo optimalizuje, si bývá pochopitelně této skutečnosti vědom. Výsledná rozhodnutí jsou často výsledkem především kompromisů a aktuální rovnováhy sil.

Za subjekty optimalizace veřejných výdajů na zdravotní péči většinou chápeme orgány veřejné moci (vlády) na jednotlivých úrovních. Ty jsou potenciálně odpovědné za vynakládání prostředků pocházejících z veřejných příjmů a navíc mají pravomoc tvořit a uskutečňovat opatření. Je jistě zcela racionální ptát se, jak definuje žádoucí efekty ten, kdo rozhoduje.

Empirické poznatky z průběhu celé řady reforem zdravotní péče ve vyspělých zemích zdá se podporují hypotézu školy veřejné volby vztahující se k primární motivaci politiků a byrokracie. Tou je především dobře, stabilně (a proto dlouho) vládnout. Ačkoliv by jistě pro každou vládu bylo velmi cenné, kdyby mohla daňovým poplatníkům a voličům prokázat, že tak velká částka je stanovena a rozdělována způsobem, který je nejlepší z možných, ve skutečnosti je taková optimalizace (pouze) nástrojem „uspokojování“ zúčastněných subjektů. Vláda si ji bude „přát“ natolik, nakolik po ní budou volat voliči, zájmové skupiny, politické strany, média a další významné subjekty politických procesů.

Zjednodušeně by se dala optimalizace v mocensko-politickém schématu popsat následovně:

- 1) pro vládu představuje zdravotnictví významnou oblast veřejné politiky, která má velký vliv na hodnocení úspěšnosti vlády (viz příklady z USA, Velké Británie), jsou v něm vydávány značné veřejné prostředky, dotýká se zájmů drtivé většiny občanů;
- 2) jde o oblast s extrémně protichůdnými zájmy a s poměrně dobře organizovanými a účinně působícími zájmovými skupinami (viz u nás Lékařská komora, LOK, zdravotní pojišťovny...), rozhodnutí jsou vysoce náročná na kvalifikovanost, kvalitu informací a podkladů;
- 3) objektivizace výdajů je na jedné straně požadována některými subjekty, neboť je souladná s jejich zájmy, jednak může sloužit jako účinný nástroj usnadňující „vládnutí“, resp. redukující (alespoň formálně) subjektivismus v rozhodování - ten je na jedné straně pro decizora příjemný, na straně druhé jej vystavuje nebezpečí nést odpovědnost za konkrétní rozhodnutí a nutí ho argumentovat důvody, proč rozhodl tak, jak rozhodl;
- 4) problém je v tom, že názorů na to, co znamená a jak se má uskutečňovat optimalizace, může existovat mnoho; optimalizace tudíž není čistě technicko odborná záležitost, nýbrž záležitost odborně politická. Nemůže být nestranná, její prostředky jsou podmíněny cíli a tím, kdo ji prosazuje. Součástí objektivizace se tak musejí stát i pravidla a formy vyjednávání;
- 5) pro dosažení žádoucího stavu je důležité předcházet krizovým situacemi, řešit potenciální konflikty a proporcionálně uspokojovat protikladné zájmy;

- 6) z toho plyne, že je nutné porozumět těmto zájmům, dobře odhadnout poměr sil a reagovat na jeho změny, udržovat trvale vysokou kvalifikovanost vlastních pracovníků, aby dokázali vyjednávat s ostatními systémovými subjekty, zapojovat je do tvorby koncepcí a systémových rozhodnutí podle dohodnutých a přijatelných pravidel, která jediná dokáží kompenzovat obsahové odlišnosti mezi zvoleným řešením a zájmy subjektů.

Efektivní stav tak podle vlády panuje v podstatě tehdy, když je dosaženo shody v základních systémových otázkách. Mimo jiné i v tom, které efekty je vhodné maximalizovat a jakých prostředků k tomu použít nebo v jaký soubor kritérií zvolit pro posuzování stavu a vývoje odvětví. Ostatní faktory jsou svým způsobem podružné, resp. nastupují až sekundárně.

Jinými slovy, z hlediska mocensko-politického přístupu bude výhodnější udržovat stav, kdy (za předpokladu, že není plně propracována metodika, která by nad vší pochybnost prokazovala zavedení korektivních opatření) kupříkladu územní srovnání vykazují výrazné rozdíly v jednotkových nákladech na stejný typ zdravotní péče, než stav, kdy se regulativními opatřeními dosáhne vyrovnání těchto nákladů, avšak značná část zdravotnických lobby proti tomu bude aktivně vystupovat, případně stávkovat.

## 5.2 Zdroje neefektivnosti

Vládám se obvykle nedaří dosahovat těchto žádoucích stavů z důvodů, které souvisejí s obecnými otázkami veřejné politiky, politické kultury, informovanosti a kvalifikovanosti. Tyto důvody mohou být jak objektivního tak i subjektivního charakteru. Bylo by značně nad rámec tohoto příspěvku rozebírat tyto obecné důvody podrobněji. Uvedu tedy jen dva ilustrativní příklady.

Vláda se ve své snaze prosadit celkové globální řešení, které by vyhovovalo jejímu obecně politickému zaměření a bylo kompatibilní se „zbytkem ekonomiky“ zaměří jednostranně na tzv. systémová řešení a nevěnuje dost pozornosti dotahování problémů do mikroúrovně. Postupně se kupíci dílí a marginální problémy nižšího řádu pak spolehlivě diskreditují i případně správná strategická řešení a činí je z hlediska zájmových skupin neprůchodnými.

Vláda podlehoje dojmu, že některé řešení je natolik „správné“, že je ho nutno ostatním subjektům vnutit silou. Bez jistého stupně všeobecné shody však zdravotnické reformy zpravidla nemají úspěch. Tím není řečeno, že by rozhodnutí měla vždy vyhovovat všem, ale minimálně k nim musí docházet způsobem, který je všem přijatelný a dodává rozhodnutí potřebnou legitimitu.

## 5.3 Nástroje optimalizace

Pro dosažení takto chápaného optima se zdají být vhodnými následující kroky. Svědčí tomu vývoj transformace českého zdravotnictví jakož i jisté společné prvky reforem zdravotní péče, kterými procházely další země. Pro názornost je definujeme ve vztahu k hlavním zájmovým skupinám, za které bývají považováni především pacienti, zdravotničtí pracovníci, management zdravotnických zařízení, zdravotní pojišťovny, místní orgány a občané jako poplatníci.<sup>3</sup>

- 1) Z hlediska pacienta by měl systém garantovat ekonomickou i místní dostupnost zdravotní péče, její kvalitu a účinnost a dostatečné informace. Definování pacientových práv a bezproblémovost fungování mechanismů jejich uplatňování (garance práva dovolat se nápravy při vadných službách, náhrady za zanedbání péče atd.) jsou velmi důležité. Svoboda výběru poskytovatele péče může být i rozumně omezena (praktičtí lékaři jako tzv. *gate keeper*), resp. lze zavést zásadu, že za rozšíření možnosti volby je třeba připlácet.
- 2) Zdravotničtí pracovníci obvykle požadují slušný (vysoký) životní standard, resp. takový systém, který by jim ho umožnil dosáhnout. Vedle toho jsou silně motivováni k uspokojování potřeb a přání svých pacientů a většinou je značně demotivují administrativní procedury. Systém by pro ně měl být dostatečně jednoduchý, finančně zajištěný a spravedlivý co do „podnikatelského prostředí“ v jednotlivých medicínských oborech či formách zdravotní péče. K jistému otupení potenciálních konfliktů s touto zájmovou skupinou může vláda úspěšně použít prastarou metodu „*rozděl a panuj*“, kdy vede vyjednávání odděleně s menšími skupinami a tím de facto staví zájmy jedné skupiny proti druhé (stomatologové kontra lékaři v nemocnicích...). „Nárokový“ způsobu myšlení některých profesionálů by mohly úspěšně korigovat způsoby financování zdravotní péče, které částečně břemeno odpovědnosti za hospodaření se svěřenými prostředky na

---

<sup>3</sup> Existují ovšem i další zájmové subjekty jako např. farmaceutický průmysl, velcí zaměstnavatelé, odbory, média apod.

poskytovatele péče (*např. fundholding, UK*), výměnou za vyšší míru samostatnosti při provozování praxe a potenciálně vyšší úroveň příjmů.

- 3) Management požaduje jasná pravidla, samostatnost a prostor pro uplatnění individuálních schopností v kombinaci s hmotným i nehmotným oceněním své práce. Manažeré veřejných zdravotnických institucí jsou potenciálně nejbližšími partnery a „spojenci“ vlády.
- 4) Zdravotní pojišťovny mohou a měli by hrát klíčovou roli ve vztahu k optimalizaci výdajů v rozměru technické efektivity. Mají k tomu všechny předpoklady: informace, ekonomický zájem, smluvní vztahy. Bohužel, v podmínkách, kdy platby od pojišťoven jsou v podstatě jediným zdrojem příjmů poskytovatelů, je důsledná optimalizace těchto plateb příliš obtížně prosaditelná. Zavedení vícezdrojovosti financování systému by nepochybně tento proces usnadnilo. Avšak počáteční náklady zřejmě převýší úspory z optimalizace.
- 5) Místní orgány si většinou přejí zachovat pravomoce ve vztahu k tak voličsky významné oblasti. Celková decentralizace systému a posilování místní úrovně jako základny pro řešení běžných problémů se jeví jako funkční.
- 6) Občan jako poplatník jednak nechce platit více, než je nezbytně třeba a jednak není obvykle ochoten tolerovat případy prokazatelně špatného hospodaření, plýtvání prostředků a neracionálních alokačních rozhodnutí, pokud se o nich dovídá. Úroveň veřejné kontroly je však v tomto smyslu u nás ještě dosti nízká. Optimalizace výdajů by proto měla být provázena vytvářením funkčních kontrolních mechanismů.

#### **5.4 Technické a metodologické problémy**

Problémy s uplatňováním uvedených doporučení jsou stejné jako v předchozích subkapitolách. Vždy jde o hledání rovnováhy a schopnost argumentovat v demokratickém procesu přijímání rozhodnutí. Z politické povahy tohoto procesu vyplývá, že požadavek na teoretickou čistotu, systémovost, logiku apod. je až sekundární a nabývá významu až tehdy, je-li teoretická čistota, systémovost a logika opatření požadována resp. umožněna.

### **Závěr**

Příspěvek možná vzbuzuje dojem, že autor vyznává pesimistický názor že „nic se nedá dělat“. Opak je pravdou. Existuje celá řada prostředků k dosažení vyšší míry racionality, objektivity, efektivity a ztotožnění se s cíli a prostředky transformace našeho zdravotnictví. Uplatnění mnohých z nich nestojí v cestě žádné legislativní ani jiné objektivní překážky. Neuplatňovat je s odůvodněními, že „systém je špatný jako celek, tak co se zdržovat s detaily“ nebo „systém už funguje a detaily se postupně dořeší automaticky“ by bylo nešťastné, ať již na si žádoucí efekty definujeme jakkoli.