

DISTANČNÍ STUDIJNÍ OPORA

EKONOMIKA ZDRAVOTNICTVÍ

ZUZANA DARMOPILOVÁ - IVAN MALÝ

PŘEDMLUVA

Vážení čtenáři,

málokteré odvětví může tak dobře posloužit jako ilustrace problému omezenosti zdrojů nežli zdravotnictví. Dnešní vyspělé země ročně vydávají na zajišťování zdravotní péče násobky toho, co utrácely před několika desetiletími a stejně je znát na každém kroku, že peněz není dost. Vlády přistupují k nejrůznějším reformám, snaží se udržovat růst nákladů různými nástroji regulujícími nabídku péči i poptávku po ní. Vyvolávají tak pravidelně nespokojenost na straně nejrůznějších zájmových skupin, ať již to jsou organizace chránící práva pacientů nebo samotní zdravotničtí pracovníci. Polemiky a diskuse jsou často velmi vypjaté a není lehké se v nich vždy orientovat. Vedle sebe zde existují různé vitální zájmy, zdraví je pro mnoho lidí prioritní hodnotou, stejně jako spravedlivý přístup ke kvalitní zdravotní péči. Zdravotnictví se historicky stalo jedním z pilířů veřejných sektorů, jde nesporně o politikum, které již nejednou leckde rozhodlo o výsledcích voleb.

Tato studijní opora si klade za cíl uvést vás do této složité problematiky tak, abyste se pokud možno naučili hledat vlastní odpovědi na složité otázky doprovázející rozvoj zdravotnických systémů. Akcentujeme přitom zejména ekonomické souvislosti, vzhledem k zaměření cílové skupiny – studentů ekonomických oborů. Nicméně, zdaleka tím nechceme tvrdit, že ekonomické či snad jen finanční aspekty jsou nejdůležitější či primární. Celá problematika vyžaduje interdisciplinární přístup, zejména pochopení a zohlednění právních aspektů, jakož i přístupů reprezentovaných odborníky na zdravotní politiku a veřejnou politiku vůbec. Zdravotní péče je navíc integrální součástí systémů sociálního zabezpečení současných států blahobytu, což přináší některé další komplikace.

Tato distanční studijní opora je organizována standardním způsobem, podporujícím samostatnou přípravu studenta. Úvody jednotlivých kapitol definují konkrétní výukové cíle. Následují relativně stručné teze, doprovázené zpravidla tabulkovými a grafickými přílohami v zájmu vyšší názornosti. Na konci kapitol můžete najít shrnutí, klíčová slova a otázky k úvaze a úkoly k procvičení. Literatura za jednotlivými kapitolami směřuje studenta na další texty a zdroje, kterými by si mohl a měl případně rozšířit své znalosti ve vybraných místech. V prostředí informačního systému ESF MU pak studenti naleznou rovněž bohatou nabídku autokorekčních testů dávajících dostatečnou zpětnou vazbu o tom, jak se podařilo zvládnout učivo.

Přejeme vám při hledání vlastních odpovědí na otázky současných zdravotnických systémů hodně úspěchů.

Pokud vás text inspiruje k připomínkám, radám či doplnění velice rád je přivítáme*.

autoři

V Brně duben 2012

* nejlépe na adresách ivan@econ.muni.cz, zuzanad@econ.muni.cz

OBSAH:

Předmluva.....	2
Obsah:.....	3
1. Zdravotnictví jako součást národního hospodářství.....	4
2. Zdravotní politika	12
3. Zdravotnictví jako předmět zájmu ekonomické teorie	21
4. Poptávka po zdravotní péči.....	30
5. Nabídka zdravotní péče	39
6. Financování zdravotní péče	48
7. Zdravotní pojištění a organizace zdravotnictví v ČR: subjekty, postavení, finanční toky a aktuální metody úhrad za péči v ČR.....	60
8. Reforma zdravotnictví	73

1. ZDRAVOTNICTVÍ JAKO SOUČÁST NÁRODNÍHO HOSPODÁŘSTVÍ

Cíl kapitoly

Po prostudování této kapitoly byste měli mít jasnou představu o tom, co bude předmětem našeho dalšího výkladu a o jak závažnou oblast se jedná. Zdravotnictví je zde představeno jako jedno z klíčových odvětví národního hospodářství, což je prezentováno jednak rozsahem výdajů, jednak rozsahem funkčních návazností na další součásti ekonomiky. Vedle toho byste měli porozumět pozici zdravotnictví v systému národních účtů. Schopnost vyhledat a pracovat samostatně se statistickými údaji je jednou z klíčových kompetencí, kterou se u vás snažíme rozvíjet.

➤ časová zátěž

3-4 hodiny

Stručné teze

Z hlediska národního hospodářství, se používá základní členění sektorů ekonomiky na tři (případně čtyři) základní sektory:

- Suroviny (primární sektor)
- Výroba a průmysl (sekundární sektor)
- Sektor služeb (terciární sektor)

Zdravotnictví se řadí z pohledu členění ekonomických sektorů do sektoru služeb (základní klasifikaci odvětví terciárního sektoru dle NACE uvádíme v tabulce č. 1). Svým rozsahem se dotýká každého člena společnosti. Vzhledem k výši částek, které jsou do této oblasti směřovány z veřejných i soukromých zdrojů a v ní dále transformovány a přerozdělovány, se řadí mezi nejvýznamnější odvětví ekonomiky. Jen pro ilustraci, toto odvětví u nás tvoří 4% hrubé přidané hodnoty.

Zvláštní podmnožinou sektoru služeb je veřejný sektor, který zahrnuje všechny služby financované v převažující míře z veřejných financí (tzv. veřejné služby). V tomto smyslu můžeme zdravotnické služby ve všech vyspělých zemích 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. 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.

Tabulka 1.1

Základní klasifikace odvětví terciárního sektoru dle NACE¹ je následující (zdroj <http://managementmania.com/sektor-sluzeb-dle-nace.pdf>):

Třída	Anglický název	Český překlad
G	Wholesale and retail trade; repair of motor vehicles and motorcycles	Velkoobchod a maloobchod; opravy a údržba
H	Transportation and storage	Doprava a skladování
I	Accommodation and food service activities	Ubytování, stravování a pohostinství
J	Information and communication	Informační a komunikační činnosti
F	Financial and insurance activities	Peněžnictví a pojišťovnictví
L	Real estate activities	Činnosti v oblasti nemovitostí
M	Professional, scientific and technical activities	Profesní, vědecké a technické činnosti
A	Administrative and support service activities	Administrativní a podpůrné činnosti
O	Public administration and defence; compulsory social security	Veřejná správa a obrana; povinné sociální zabezpečení
P	Education	Vzdělávání
Q	Human health and social work activities	Zdravotní a sociální péče
R	Arts, entertainment and recreation	Kulturní, zábavní a rekreační činnosti
S	Other service activities	Ostatní činnosti
T	Activities of households as employers	Činnosti domácností jako zaměstnavatelů
U	Activities of extraterritorial organisations and bodies	Činnosti zahraničních organizací

Základním rámcem veškeré zdravotnické statistiky v EU je v současné době systém zdravotnických účtů (SHA). Systém zdravotnických účtů je nástrojem, který slouží ke komplexnímu vyjádření veškerých výdajů na zdravotní péči, resp. na zdravotnictví v širším slova smyslu. Jeho hlavním specifickým rysem je vícerozměrnost členění výdajů. Hlavními rozměry jsou:

- (1) funkce (druh) poskytované zdravotní péče,
- (2) typ poskytovatele,
- (3) konečný zdroj financování.

¹ NACE je akronym pro statistickou klasifikaci ekonomických činností, kterou používá Evropská unie (resp. Evropská společenství) od roku 1970. NACE vytváří rámec pro statistická data o činnostech v mnoha ekonomických oblastech (např. ve výrobě, zaměstnanosti, národních účtech).

Co je vlastně onou funkcí zdravotnictví?

Podle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) je posláním zdravotnických systémů poskytovat služby, které zlepšují, uchovávají nebo navracejí zdraví jednotlivcům nebo jejich společenstvím. Patří sem péče, kterou poskytují nemocnice i praktičtí lékaři, ale také méně viditelné činnosti, jako jsou prevence, omezování přenosných nemocí, podpora zdraví či v širším smyslu celkové zlepšování sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek lidského života.

Zdravotnické systémy jsou dále odpovědné za pečlivé řízení (resp. správu) těchto služeb tak, aby bylo zajištěno, že k nim bude mít každý spravedlivý přístup, budou reagovat na individuální potřeby a omezení a nebudou představovat nadměrné finanční břemeno pro jednotlivce či rodiny (WHO).

Naše legislativa² definuje zdravotní péči 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 popsaným účelem.

Samotné zdravotnictví můžeme charakterizovat jako odbornou část péče o zdraví. Chápeme ho rezortně (resp. v institucionálně-funkčním pojetí), tj. jako odvětví národního hospodářství tvořené 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. Proto sem kromě samotné soustavy státních a nestátních zdravotnických zařízení, které zabezpečují poskytování zdravotnických služeb, patří i instituce, které slouží rozvoji lékařské vědy a výzkumu, zdravotnické školy, zdravotnická výroba apod.

Zdraví – zdrojem i cílem současně

Zdraví lze velmi obtížně definovat a ještě hůře měřit. K jeho vyjádření lze přistupovat z různých hledisek. Můžeme se na ně dívat jako na stav i proces, má nepochybně mnoho společného s procesy adaptace i integrace, spojují se v něm biologické, psychologické i sociální aspekty. Univerzální definice zdraví by měla postihovat všechny dimenze. To je pochopitelně velmi obtížné, ne-li nemožné.

Nabízí se definice zdraví jako opak nemoci. Jinými slovy, zdraví je podle tohoto přístupu staticky posuzovaný stav organismu, na který nepůsobí vliv choroby. Hovoříme v této souvislosti o negativní definici zdraví. Lze se pochopitelně snažit i o vymezení pozitivních znaků zdraví. Někteří autoři pak charakterizují zdraví jako stav organismu, který je schopen snášet zvýšenou tělesnou a duševní zátěž. WHO definuje zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Jistým nedostatkem posledně uvedené definice WHO je, že za zdravého bychom podle ní museli posuzovat člověka, který se sice momentálně subjektivně cítí všestranně „v pohodě“, ale v jeho těle již nastaly některé procesy, které se za určitou dobu projeví i navenek chorobou, resp. jejími příznaky. Ani jedna z definicí pak

² Aktuálně zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (§ 2 odst. 4)

nepostihuje dynamiku vztahu mezi organismem a vnějším prostředím, která se mění a je ovlivňována soustavou životních a pracovních podmínek.

„Zdraví tedy není trvalý, neměnitelný stav, ale stav dynamický, který můžeme cílevědomě ovlivňovat pěstováním organismu, aby sa dokázal přizpůsobit zvýšeným nárokům prostředí.“ (KUVÍKOVÁ 1995:19) Zdraví se během života neustále mění v závislosti na změnách vzájemně závislého systému „organismus - prostředí“. Kromě vnějšího prostředí hrají významnou roli rovněž faktory prostředí vnitřního, jako jsou dědičnost, dispozice k určitým chorobám, imunita (odolnost) apod.

Na základě uvedených argumentů můžeme zdraví definovat jako soubor (potenciál) vlastností a schopností člověka vyrovnat se s nároky a působením vnitřního a vnějšího prostředí bez narušení životních funkcí.

Z hlediska ekonomie je zdraví specifickou kategorií. Různí autoři se rozcházejí v tom, zda zdraví považují za statek či nikoliv. Aniž bychom chtěli tuto spíše akademickou debatu příliš rozvádět, domníváme se, že zdraví nemá povahu ekonomického statku, neboť samo o sobě není předmětem koupě či prodeje na trhu. (Zdá se nám, že tu existuje jistá analogie s kategoriemi jako láska nebo štěstí.)

Zdraví je jednak předpokladem a nutnou podmínkou pro společenské uplatnění, produktivitu i individuální uspokojení každého člověka a současně má charakter cílové potřeby, tvoří významnou složku životní úrovně a zdravotní stav populace bývá často používán i jako měřítko vyspělosti společnosti. Zdraví je tedy současně zdrojem i cílem (resp. jedním ze zdrojů a cílů) fungování lidské společnosti.

Zdravotní péče - produkt nebo produkční faktor?

Na zdravotní péči můžeme pohlížet jako na produkt vytvářený lékaři, nemocnicemi a dalšími poskytovateli v rámci zdravotnictví. Tento přístup vyvolává potřebu vyhodnocovat, jak efektivně je tohoto produktu dosahováno. Jde přitom mimo jiné o nalézání nejvýhodnějších kombinací vstupů, které by přinášely nejmenší náklady při zachování dané úrovně kvality.

Smysl má i alternativní pojetí, které chápe zdravotní péči daleko více jako vstup (resp. jeden z mnoha vstupů), který přispívá k dosažení finálního produktu, který bychom mohli označit jako „dobré zdraví“. Uplatňuje se především při rozhodování o tom, kolik prostředků vyčlenit na samotné zdravotnictví, pokud je základním cílem zlepšení zdraví. Ke správné odpovědi bychom měli identifikovat rozhodující faktory, které ovlivňují zdraví jednotlivců i populace jako celku a pokusit se odhadnout do jaké míry se jejich změna promítne ve změně „produkovaného“ zdraví.

Vztah mezi zdravotní péčí a zdravím - produkční funkce zdraví

Produkční funkce obecně vyjadřuje vztah mezi různými kombinacemi vstupů (produkčních faktorů) a výsledným výstupem. Cílem řešení je přitom nalézt nejefektivnější kombinaci resp. kombinaci, která daného zvýšení výstupu dosáhne s nejmenšími náklady. Toho lze dosáhnout, pokud budeme schopni odhadnout marginální efekty každého z produkčních faktorů na zdraví, měřeno například růstem výdajů na daný faktor.

Jde tedy o analytickou metodu sloužící pro řešení problému alokace zdrojů mezi alternativními programy, jejichž cílem je zlepšení zdraví. Největší problémy přitom bývají spojeny s vyjádřením efektů různých variant, měřením úrovně zdraví resp. jeho přírůstku a konečně i s interpretací dosažených výsledků v rovině praktických doporučení či formulace konkrétní politiky.

Formální vyjádření produkční funkce zdraví by mohlo vypadat např. takto:

$$Z = f(X_1, X_2, \dots, X_i)$$

kde Z je úroveň zdraví, f značí funkci a X_i symbolizuje jednotlivé produkční faktory.

Které faktory (kromě úrovně zdravotní péče) tedy determinují úroveň zdraví člověka?

Jde především o:

- genetické předpoklady
- vzdělání (osoby s vyšším vzděláním pravděpodobněji rychleji rozpoznají symptomy a také tíhnou více k využívání preventivních aktivit)
- příjem, majetek (nestačí vědět, co je zdraví prospěšné, ještě je potřeba na to mít)
- odpovídající výživa, kvalitní pitná voda
- životní prostředí (včetně kvality bydlení, stupně urbanizace apod.)
- životní styl (pracovní zatížení, tělesný pohyb, stres, kouření, rizikové sexuální praktiky)

Obecně se soudí, že samotná úroveň zdravotní péče zajišťované zdravotnictvím (měřeno např. celkovými výdaji na zdravotnictví) ovlivňuje stav zdraví populace jen asi 10 - 20 procenty. Konkrétně to lze jen obtížně měřit a výsledek bude zcela jistě záležet i na tom, jak budeme měřit samotné zdraví, resp. zdravotní stav populace. Mohou být přitom použity údaje o zemřelých, nemocných a celá řada dalších informací o obyvatelstvu, životním a pracovním prostředí.

Další specifika zdravotnictví jako odvětví národního hospodářství

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 ČT je 12%). Produktivita práce je však pod průměrem ekonomiky.

Ve vztahu k převažujícímu veřejnému sektoru je důležité, že trvá absolutní růst výdajů na zdravotnictví i přes ekonomickou krizi, která se projevila v poklesu hrubého domácího produktu (HDP) v roce 2009 oproti roku 2008. Dochází zachování přibližných relací mezi základními zdroji financování: veřejnými prostředky (státní a místní rozpočty, zdravotní pojišťovny) a soukromými výdaji obyvatel (ČSÚ, 2009). Výdaje na zdravotnictví rostou rychleji než spotřebitelské ceny.

Ve všech vyspělých zemích je snaha o zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Rostoucí životní úroveň, prodloužení délky života a nízká porodnost způsobují tzv. stárnutí populace, vyvolávají obavy týkající se dostatečnosti zdrojů, jejich způsobů využití, spravedlivosti, výkonnosti a efektivnosti zdravotní péče. Rychlé technologické změny, rostoucí očekávání pacientů a stárnutí populace vyvolávají potřebu reforem v oblasti zdravotnictví. Systém zdravotnických účtů je vhodným nástrojem pro zabezpečení srovnatelnosti údajů v čase a mezi jednotlivými zeměmi (ČSÚ, 2012)³

Mezinárodní porovnání výdajů na zdravotnictví (podrobněji viz ČSÚ, 2011)

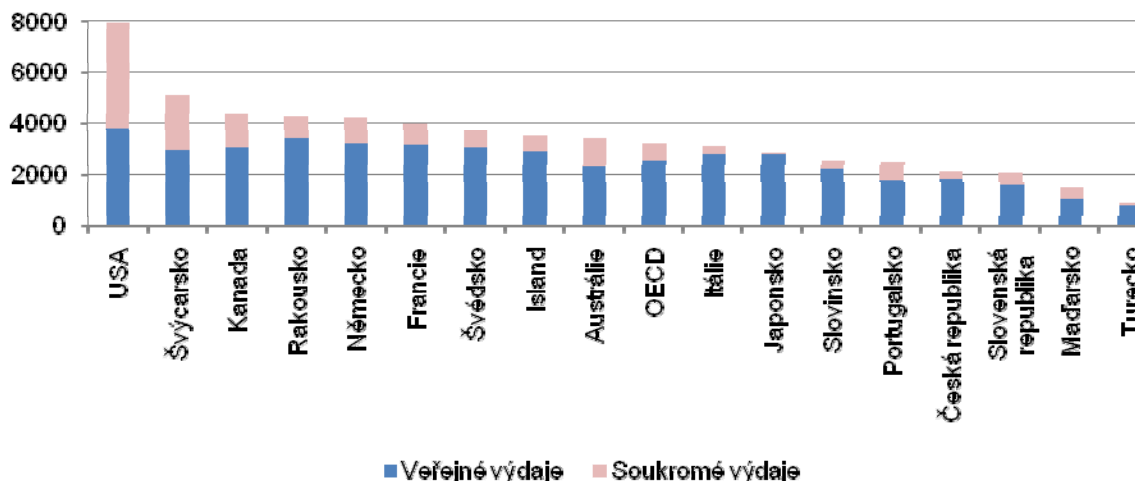
Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) představila v listopadu 2011 publikaci *Health at a Glance*. Ta prezentuje základní trendy a mezinárodní srovnání zdravotnických ukazatelů ve 34 členských státech OECD. Jednotlivé kapitoly publikace přinášejí údaje za ukazatele

³ [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F9984/\\$File/330612k5.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F9984/$File/330612k5.pdf)

zdravotního stavu a jeho nezdravotnických determinant, pracovníků ve zdravotnictví, zdravotnických kapacit a činností, kvalitě zdravotní péče, přístupu ke zdravotní péči, výdajích na zdravotnictví a jeho financování.

Při mezinárodním srovnání výdajů na zdravotnictví se jako měrná jednotka používá například americký dolar v paritě kupní síly přepočtený na jednu osobu.

Graf 1.1: Celkové výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD v roce 2009 (pramen: ČSÚ, 2011)



Jak ukazuje graf 1.1 za rok 2009 připadaly nejvyšší výdaje na zdravotnictví v USA (7 960 \$) následovaných Švýcarskem (5 144 \$). Mezi státy s nejnižšími výdaji za stejné období patří Maďarsko a Turecko. Česká republika s 2 108 \$ se spolu se Slovenskem (2 084 \$) pohybuje zhruba uprostřed mezi průměrem (3 233 \$) a slabšími státy OECD. Z grafu je také vidět rozložení veřejných a soukromých výdajů v jednotlivých zemích. Česká republika patří mezi evropské země s největším podílem veřejných výdajů na zdravotnictví (cca 86%).

Ekonomicky vyspělejší země vykazují obvykle i vyšší podíl výdajů na zdravotnictví na HDP. Pro zajímavost podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v roce 2009 tvořil v České republice 8,3%, zatímco bohatší státy jako jsou Francie a Německo vydaly na zdravotnictví 11,5%. Průměr za státy OECD tvořil 9,6% HDP.

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.

Zdraví předpokladem a nutnou podmínkou pro společenské uplatnění, produktivitu i individuální uspokojení každého člověka a současně má charakter cílové potřeby, tvoří významnou složku životní úrovně a zdravotní stav populace bývá často používán i jako měřítko vyspělosti společnosti. Zdraví je tedy současně zdrojem i cílem (resp. jedním ze zdrojů a cílů) fungování lidské společnosti. Lze ho definovat kupříkladu jako soubor (potenciál) vlastností a schopností

člověka vyrovnat se s nároky a působením vnitřního a vnějšího prostředí bez narušení životních funkcí.

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/>

Klíčová slova:

zdravotnictví

zdravotní péče

zdravotnické služby

zdravotnický systém

zdraví

produkční funkce zdraví

WHO

NACE

COFOG

systém zdravotnických účtů (SHA)

OTÁZKY, ÚKOLY A PROBLÉMY

1. Vyhledejte ve Statistické ročence ČR pokud možno všechny údaje, které se vztahují ke zdravotnictví, a ke zdraví populace. Co se dá říci o základních ukazatelích zdravotního stavu obyvatel ČR? Jak se vyvíjí výdaje na zdravotnictví? Uměli byste na základě údajů z ročenky odpovědět na otázku, na který typ zdravotní péče vydáváme nejvíce prostředků? Jaká je v ČR střední délka života mužů a žen? Roste nebo klesá v poslední době?

2. Zamyslete se nad problematikou měření zdravotního stavu. Jakým způsobem lze poměřovat vývoj zdraví populace? Má posouzení zdravotního stavu jednotlivce spíše subjektivní nebo spíše objektivní charakter - jinými slovy záleží podle vás spíše na tom, jak se kdo cítí, než co objeví lékařské vyšetření?

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)?

Použitá a doporučená literatura k této kapitole:

1. ČSÚ (2011) Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 - 2010
<http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3306-12>
2. <http://www.uzis.cz/>
3. http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_en.htm
4. http://www.who.int/topics/health_systems/en/
5. KUVÍKOVÁ, H., MURGAŠ, M., NEMEC, J. (1995): Ekonomie zdravotnictví. Phoenix, 1995. ISBN 80-900563-1-8
6. 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.
7. OECD (2010), Health at a Glance: Europe 2010, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en, citováno z
http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2010_exs_en.pdf, 26.4.2012

2. ZDRAVOTNÍ POLITIKA

Cíl kapitoly

Poskytování zdravotní péče má výrazný společenský rozměr, je předmětem státních zásahů, vlády považují společně se svými občany zdraví za klíčovou hodnotu a zdravotní péči za statek, který významně ovlivňuje sociální kohezi společnosti. Zdravotní politika tak představuje vnější faktor pro ekonomika analyzujícího chování odvětví, resp. může představovat formulaci zadání pro hledání variant uspořádání a ekonomického fungování zdravotnictví. Cílem kapitoly je poznat, jak pracuje zdravotní politika s hodnotami, cíli a nástroji, na jakých principech spočívá, kdo se podílí na její tvorbě a implementaci. Po prostudování byste si měli být vědomi základních dilemat zdravotní politiky a snažit se o nalezení vlastních odpovědí.

➤ časová zátěž

3-4 hodiny

Stručné teze

Zdravotní politiku můžeme definovat jako cílevědomou činnost státu, ale i ostatních subjektů hospodářské a sociální politiky, zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva. Výsledkem takto široce pojaté zdravotní politiky je nepřetržitá činnost (formulace cílů, mechanismů, institucí, atd.)... (DURDISOVÁ, 2005)

Zdravotnická politika se obvykle zabývá zejména počtem, vybavením, činnostmi a výsledky zdravotnických zařízení, účinností, efektivitou, dostupností, kvalitou, humánností, bezpečností, spravedlností, užitečností i trvalou udržitelností zdravotnických služeb, výchovou a obměnou zdravotnických pracovníků, zdravotnickou legislativou, financováním zdravotnictví a jeho dalším rozvojem. (HOLČÍK). Lze ji chápat i „jako rozhodovací procesy, realizované příslušnými aktéry zdravotní politiky na různých úrovních“ (POTUČEK, 2005)

Cílem zdravotní politiky je přispět k dosažení co **nejlepšího zdraví**. Zdravotní politika je výrazem zájmu i odpovědnosti za zdraví lidí, je jedním z významných koncepčních nástrojů dalšího rozvoje zdraví v populačním měřítku, i pokud jde o řešení zdravotních problémů jednotlivých osob.

Zdravotní politika vychází ze tří základních otázek: (HOLČÍK)

a. Jaké je zdraví lidí?

Otázka se týká popisu úrovně, rozložení a vývoje zdraví lidí a jeho determinant. Je nezbytné popsat hlavní charakteristiky celkové zdravotní situace spočívající ve zdravotním stavu obyvatel, životním způsobu, životním prostředí, stavu a činnosti zdravotnictví i ve zhodnocení ekonomických, sociálních a kulturních okolností.

b. Proč je zdraví takové?

Zde jde opět zejména o determinanty zdraví a o analytické studie dokládající návaznost zdraví na celou řadu jevů, které je ovlivňují. Pozornost je žádoucí věnovat zejména vlastnostem životního prostředí a chování lidí. Velmi důležité jsou sociální determinanty, které podstatnou měrou předznamenávají jak možnosti ochrany zdraví lidí, tak i zvládnání zdravotních problémů.

c. Co se dá udělat pro zlepšení zdraví?

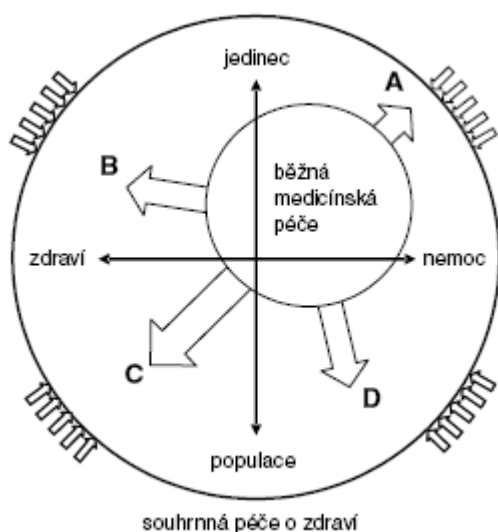
Návrhy účinných a hospodárných opatření by měly vycházet z odpovědí na předchozí otázku. V tomto směru by měla být rozvinuta rozsáhlá výzkumná práce. Je ovšem zřejmé, že už v současné době je známo mnoho okolností ovlivňujících zdraví (rizikové a protektivní faktory), na které lze příznivě působit. Spolu s vědeckým přístupem je žádoucí rozvíjet práci výchovnou, organizační i politickou, jejíž kvalita do značné míry rozhoduje o tom, zda se výsledky výzkumu podaří úspěšně uplatnit v praxi.

Nástroje zdravotní politiky

Vzhledem k narůstající ekonomické náročnosti medicínských, a zejména terapeutických postupů, je stále více jasné, že ke zvyšování úrovně zdraví lidí nelze směřovat jen metodami klinické medicíny a že bude nutné věnovat větší pozornost ochraně zdraví a všem okolnostem, které s ním souvisejí. (HOLČÍK)

Změny v zaměření péče o zdraví je možno ve stručnosti ilustrovat i graficky. Na obr. 2.1 jsou znázorněny dvě pravouhlé osy, které symbolizují jednak zájem o zdraví a nemoc, a jednak orientaci na jedince a na populaci. Velkým kruhem je znázorněna péče o zdraví, která pokrývá všechny vymezené kvadranty. Působnost medicíny je vyjádřena kruhem, který je umístěn vzhledem k osám asymetricky. I když medicína zasahuje do všech uvedených kvadrantů, její těžiště spočívá v péči o jednotlivé pacienty.

Obr. 2.1 Čtyři základní cesty rozvoje tradiční medicínské péče¹



¹ Holčík, J.: Poslání a budoucnost Public Health v evropském kontextu. Čas. Lék. čes., 2006, 145, č. 3, s. 171–174.

Na obrázku jsou dále schematicky vyznačeny čtyři základní cesty medicínského rozvoje:

- A. Klinická medicína je orientovaná zejména na pomoc nemocným. Tento směr je podmíněn jak požadavky pacientů a zájmem veřejnosti, tak i vlivem lékařů a dalších odborníků, kteří si v této oblasti získali nesporný respekt a usilují o rozšíření možností medicínské péče výzkumem a zaváděním nejnovějších postupů. Dosavadní zkušenost však ukazuje, že další rozvoj klinické medicíny je výrazně limitován dostupnými ekonomickými zdroji, které má společnost k dispozici.
- B. Posilování zdraví jednotlivců, např. zdravotnickou osvětou, zdravotní výchovou a výchovou ke zdraví orientovanou na jedince. Tento směr není dosud provázen výrazným

zájmem veřejnosti a je do značné míry podmíněn iniciativou organizací, institucí i některých skupin a jednotlivců.

- C. Podpora zdraví populace, např. populační zdravotní programy a preventivní opatření zaměřená na všechno obyvatelstvo.
- D. Populační strategie medicíny, např. zdravotní programy zacílené na jednotlivé diagnózy, popřípadě na vymezené diagnostické skupiny.

Základní hodnoty (principy) zdravotní politiky

Mezi základní hodnoty zdravotní politiky vyspělých zemí patří nepochybně ekvita a solidarita. Podstatou solidarity je uznání, že každý občan je součástí společnosti a všichni mají rovná práva a přístup ke zdravotnickým službám. Za základní výrazy solidarity je považováno přerozdělení od zdravých k nemocným a od majetných k méně majetným. Ekvita ve zdravotnické péči by se dala vyjádřit jako rovnocenný přístup k pacientům se stejnou chorobou (bez ohledu na postavení, rasu, pohlavní, vyznání apod.).

Listina základních práv a svobod v článku 31 ustanovuje: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínky, které stanoví zákon.“

Akteři zdravotní politiky, jejich zájmy a vliv

Ve zdravotnickém systému existuje velké množství aktérů tvořících složitou strukturu s mnoha vzájemnými vazbami. Je možné identifikovat tři hlavní skupiny aktérů: občané (pacienti – pojištěnci), plátcí a poskytovatelé zdravotních služeb. Vedle nich ale samozřejmě existuje čtvrtá skupina aktérů, kteří nepatří ani do jedné z těchto tří skupin, ale aktivně se účastní jednotlivých interakcí mezi těmito hlavními hráči nebo ovlivňují podmínky, na jejichž základě tyto tři hlavní skupiny aktérů vzájemně vystupují⁴.

První skupinu tvoří občané (pacienti – pojištěnci), kteří v systému vystupují jako poptávající zdravotnických služeb. Občané na jedné straně odvádí zdravotní pojištění, na druhé straně spotřebovávají zdravotní péči, zároveň ale nejsou díky existenci třetí strany přímo konfrontováni s cenou zdravotní péče. Jak již bylo řečeno, občané se mohou organizovat v rámci patientských organizací a tím mohou vstupovat do interakcí se skupinou plátců a poskytovatelů. V rámci veřejné volby jsou to pak občané, kteří v podstatě rozhodují o orientaci zdravotní (reformní) politiky.

Druhou skupinou jsou poskytovatelé péče, kteří bývají považováni za klíčového hráče. Vykonnávají samotnou zdravotní péči a kvalita jejich práce tak ovlivňuje výsledky celého systému. Poskytovatelé se povinně sdružují v profesních komorách a kromě toho se mohou organizovat v odborných sdruženích dle profesí. Jde o skupinu, která je ze všech tří z hlediska zájmů zřejmě nejvíce nehomogenní.

Lékařská profese se vyznačuje jistými charakteristikami, z nichž vyplývá jejich vliv na politickém trhu. Jsou to zejména: zdroje, velká a rozptýlená členská základna, soudržnost či homogenita ve vztahu ke klíčovým zájmům skupiny.

Třetí skupinu představují plátcí zdravotnických služeb, tedy především zdravotní pojišťovny v českém systému, které svým postavením zásadně ovlivňují chod celého systému. Na jedné straně mají závazky k pojištěncům, na druhé straně na základě smluv proplácejí poskytnutou zdravotní péči poskytovatelům.

⁴ Zpracováno na základě Zprávy o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Dokument Kulatého stolu. [online], c2007, [cit. 2009-10-05]. Dostupný z: <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf>

Čtvrtou skupinu tvoří ostatní aktéři, kteří ovlivňují podmínky fungování celého systému nebo kteří vstupují do interakcí s hlavními třemi skupinami aktérů. Do této skupiny patří státní aktéři či například výrobci a dodavatelé léčiv, výrobci a dodavatelé zdravotnické techniky, vzdělávací instituce, média, politické strany, odborové organizace a mnoho dalších.

Seznam reálných aktérů působících v českém zdravotnictví je mnohem obsáhlejší. Zkrácenou verzi seznamu aktérů je možno najít v tabulce 2.1:

Tabulka 2.1 Aktéři ve zdravotnictví

Státní aktéři	Ústřední orgány státní správy	Ministerstvo zdravotnictví a další ministerstva ovlivňující zdravotní politiku
	Samosprávné orgány	Krajská zastupitelstva
		Obce
	Parlament ČR	Poslanecká sněmovna
		Senát
	Vláda ČR	
	Ostatní instituce	Státní úřad pro kontrolu léčiv
Český institut pro akreditaci		
Státní zdravotní ústav		
Sociální aktéři	Politicko-ekonomické struktury	Zaměstnanecké a odborové zdravotní pojišťovny
		Všeobecná zdravotní pojišťovna
		Zdravotnická zařízení
	Firmy	Farmaceutické firmy
	Zaměstnanci	Zaměstnanci zdravotnických zařízení
Zaměstnanci různých organizací a firem uvedených v této tabulce		
Politická aktéři	Veřejnost	
	Výzkumné organizace	Vzdělávací instituce
	Politické strany	
	Masmédia	
	Organizovaná zájmová sdružení s dobrovolným členstvím	Pacientské organizace
		Svazy ZP
		Asociace nemocnic
		Odborové organizace
		Různé asociace související s farmaceutickým průmyslem
		Asociace sdružující pracovníky dle oborů
		Asociace související s oblastí zdravotnických prostředků
	Organizovaná zájmová sdružení s povinným členstvím	ČLK
		ČSK
		Česká lékařská komora
	Jiná organizovaná sdružení	NRC - Národní referenční centrum
Lékaři pro reformu		

	Česká lékařská společnost J.E.Purkyně
	České zdravotnické fórum
	Sdružení Občan, o.s.

Zdroj: Sestaveno autory

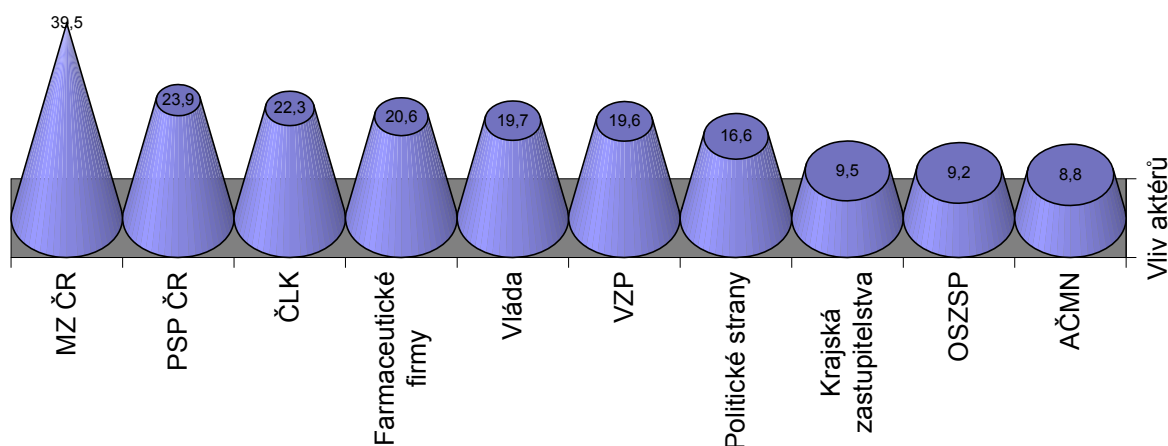
Zájmové skupiny

Zájmové skupiny jako takové spojuje snaha o ovlivnění tvůrců veřejné politiky tak, aby do výsledné politiky byly včleněny zájmy daných skupin. Úspěch či neúspěch jednotlivých aktérů při takovém prosazování svých zájmů je kardinálně závislý na jejich vlivu. Vliv sám o sobě je jednou z dimenzí síly zájmové skupiny.

V této souvislosti je možné konstatovat, že je tradičnější a praktičtější opřít se o měření tzv. relativního (vnímaného) vlivu dané zájmové skupiny. Ten pak bývá odvozován zejména od pocitu (předpokladu) tvůrců politiky a ostatních zainteresovaných osob ohledně tohoto vlivu. Není tedy ani tak důležité, zda je daná skupina opravdu vlivná; postačí, že je za vlivnou považována. V roce 2009 byla provedena studie, jejíž cílem bylo pokusit se změřit vliv zájmových skupin na základě série řízených rozhovorů a dotazníkového šetření (detailní popis, metodika a výsledky výzkumu viz graf 2.1).

Následující graf uvádí deset nevlivnějších aktérů v českém zdravotnictví tak, jak byli identifikováni ve výše zmíněném výzkumu. Vliv byl vyčíslen pro 72 aktérů a pohybuje se v intervalu <-0,7; 39,5>.

Graf 2.1: Nejvlivnější aktéři v českém zdravotním systému (2009)



Zdroj: Autoři

Jak je patrné z grafu, nejvlivnějším aktérem v českém zdravotním systému je Ministerstvo zdravotnictví, jehož vliv je téměř dvojnásobný než vliv aktérů na dalších pěti místech. Poslední tři

aktéři v první desítce mají oproti MZ ČR jen třetinový vliv a celkově je vidět, že jejich vliv je oproti ostatním aktérům uvedeným v grafu výrazně nižší.

Co se týče celkových výsledků lze aktéry rozdělit do osmi skupin dle výše jejich vlivu:

- Nejpočetnější skupinu tvoří 28 aktérů, jejichž vliv se pohybuje v intervalu $<0;1>$. Zde je možno najít například všechny pacientské organizace, které respondenti uváděli (Svaz pacientů ČR, Koalice pro zdraví, Česká onkologická společnost). Vedle nich jsou však v této skupině také členové zdravotních výborů jak v Poslanecké sněmovně, tak v Senátu, nebo také poslanci Evropského parlamentu. V této skupině jsou také soukromé firmy působící ve zdravotnictví jako např. Agel.
- 13 aktérů má hodnotu vlivu v intervalu $<1,1; 2>$; mezi nimi je možno nalézt obce, veřejnost či farmaceutické asociace (AIFP, Avel).
- V další skupině je šest aktérů, jejichž vliv se pohybuje v intervalu $<2,1; 5>$. Mezi nimi například lékařská fakulta či masmédiá.
- Druhá nejpočetnější skupina je tvořena patnácti aktéry, jejichž vliv se pohybuje mezi $<5,1; 10>$. Zde je možno najít dvě ze tří odborových organizací, které respondenti označovali, a to Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče (OSZSP) a Lékařský odborový klub. Dále plátce (kromě VZP) a svazy nemocnic (ACMN, AN ČR) či zdravotnická zařízení obecně. Je zde také možno najít dvě ze tří profesionálních komor (stomatologickou a lékárnickou).
- Pouze tři aktéři mají vliv vyšší než 15 a nižší než dvacet – vláda, VZP a politické strany.
- V intervalu $<20;30>$ se nachází také pouze tři aktéři, a to ČLK, farmaceutické firmy a PSP ČR.
- Vliv nad 30 získalo pouze Ministerstvo zdravotnictví.
- Dva aktéři (Česká asociace sester a Lékaři pro reformu) mají zápornou hodnotu vlivu.

Pokud jsou výsledky analyzovány pro jednotlivé podskupiny (tj. plátci, centrální aktéři, poskytovatelé zdravotní péče, apod.), je patrné, že (1) nejvyšší vliv získali poskytovatelé zdravotní péče, těsně následovaní centrálními aktéry; (2) vliv mezi $<29,4; 41,5>$ získali plátci, zákonodární aktéři a zástupci farmaceutického průmyslu; (3) vliv v intervalu $<10,5; 15,2>$ mají odborové organizace, aktéři na místní úrovni a zástupci lékárnického průmyslu a (4) jako nejméně vlivná byla označena veřejnost, tj. především pacientské organizace.

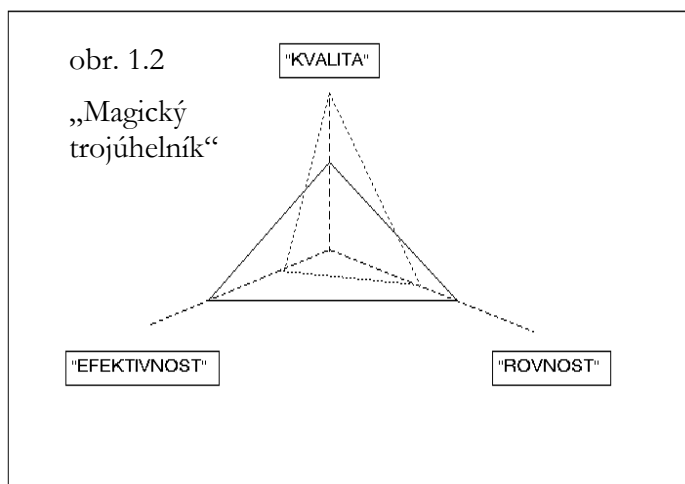
Dilemata zdravotní politiky

Poskytování zdravotnických služeb lze hodnotit ze **čtyř důležitých aspektů**. Kromě kritéria efektivity se jedná o posouzení:

- 1) zda je konkrétní služba **účinná** ve smyslu zlepšení zdraví pacientů (medicínský aspekt)
- 2) zda je poskytována humánním způsobem, jinými slovy, nakolik zdravotní péče uspokojuje "spotřebitele" (zde se nejedná zdaleka jen o medicínský aspekt, ale i o pohodlí, přístup lékaře k pacientovi apod.)
- 3) zda jsou služby poskytovány způsobem, který odpovídá ve společnosti převládajícímu chápání spravedlnosti (aspekt sociální).

Do jisté míry se jedná o vzájemně se vylučující cíle. Zajištění pohodlí a spokojenosti pacienta je nákladné a obvykle není v možnostech společnosti zabezpečit stejnou optimálně vysokou úroveň zdravotní péče pro všechny. Rozhodnutí o těchto otázkách mívají obvykle povahu kompromisu.

Jako ilustraci je z možno použít jisté analogie známého „magického makroekonomického čtyřúhelníku“ (inlace, zaměstnanost, růst a obchodní bilance). Spojíme-li do jedné kategorie (nazvané řeckně KVALITA) medicínskou účinnost a humanitu péče, vytvoří nám spolu s požadavky na EFEKTIVNOST (pro tento okamžik chápanou především jako minimalizaci nákladů při dosažení stejného prospěchu) a ROVNOST „magický trojúhelník“. Jeho vrcholy jsou spojeny a tvoří pružný systém, ve kterém na tah (snahu o pohyb v jednom směru, např. snahu o zvýšení pohodlí pacientů) reagují protitahem protilehlé vrcholy, nebo alespoň jeden z nich. Kupříkladu, zvolíme-li za standard u nemocniční péče dvojlůžkové (nebo dokonce jednolůžkové) pokoje, budou pacienti nepochybně s kvalitou služby spokojenější než dnes, kdy sdílí pokoj třeba s pěti i více osobami. Náklady na péči pro stejný počet pacientů však nepochybně vzrostou. Zachování dosaženého stupně rovnosti v přístupu k takové službě bude obtížné. Budeme-li chtít zvýšit přímou finanční spoluúčasť pacientů, abychom tím redukovali příliš vysokou poptávku, sáhneme tím možná efektivnějšího využití zdrojů, avšak od požadavku rovnosti se vzdálíme.



Velice inspirativní je rovněž pohled na klíčové otázky fungování zdravotnictví, jak je formuloval ve své klasické knize V. Fuchs (2002)

1. Zdraví nebo jiné cíle? Štěstí? Rozkoš? Dobrodružství? Nepodléháme náhodou klišé, když tvrdíme, že zdraví je nejvyšší hodnota vůbec? Jak obstojí toto tvrzení tváří tvář pozorovanému chování svobodných lidských bytostí?
2. Zdravotní péče nebo jiné programy podporující zdraví? Pokud chceme alokovat zdroje do zdraví, co je nákladově nejefektivnější? Co alternativní způsoby péče? Výdaje na ochranu životního prostředí? Čistá voda a vzduch?
3. Kolik rovnosti? A jak jí dosáhnout? Co je spravedlivé? Když mají všichni stejně? Nebo když mohou diferencovat podle svých preferencí? A jak přitom předejít diskriminaci a nespravedlivým sociálním rozdílům?
4. Dnes nebo zítra? Vydat peníze na péči dnes anebo počkat až vzroste produktivita použitých zdrojů? Jako diskontní sazbu zvolit při hodnocení budoucích užiteků?
5. Tvůj nebo můj život? Kdo má rozhodovat o tom, kdo bude žít? Jednotlivec? Lékař? Pojišťovna? Vláda?
6. Džungle nebo ZOO? Čemu více věříme? Plánovanému, regulovanému postupu anebo výsledkům plynoucím s dobrovolné a svobodné interakce svůj zájem hájících jednotlivců?

Shrnutí

Poskytování zdravotní péče má výrazný společenský rozměr, je předmětem státních zásahů, vlády považují společně se svými občany zdraví za klíčovou hodnotu a zdravotní péči za statek, který významně ovlivňuje sociální kohezi společnosti. Zdravotní politika tak představuje vnější faktor pro ekonoma analyzujícího chování odvětví, resp. může představovat formulaci zadání pro hledání variant uspořádání a ekonomického fungování zdravotnictví.

Zdravotní politiku můžeme definovat jako cílevědomou činnost státu, ale i ostatních subjektů hospodářské a sociální politiky, zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva. Lze ji chápat i jako rozhodovací procesy, realizované příslušnými aktéry zdravotní politiky na různých úrovních. Cílem zdravotní politiky je přispět k dosažení co **nejlepšího zdraví**.

Mezi základní hodnoty zdravotní politiky vyspělých zemí patří nepochybně ekvita a solidarita. Podstatou solidarity je uznání, že každý občan je součástí společnosti a všichni mají rovná práva a přístup ke zdravotnickým službám. Za základní výrazy solidarity je považováno přerozdělení od zdravých k nemocným a od majetných k méně majetným. Ekvita ve zdravotnické péči by se dala vyjádřit jako rovnocenný přístup k pacientům se stejnou chorobou (bez ohledu na postavení, rasu, pohlaví, vyznání apod.).

Ve zdravotnickém systému existuje velké množství aktérů tvořících složitou strukturu s mnoha vzájemnými vazbami. Je možné identifikovat tři hlavní skupiny aktérů: občané (pacienti – pojištěnci), plátcí a poskytovatelé zdravotních služeb. Vedle nich ale samozřejmě existuje čtvrtá skupina aktérů, kteří nepatří ani do jedné z těchto tří skupin, ale aktivně se účastní jednotlivých interakcí mezi těmito hlavními hráči nebo ovlivňují podmínky, na jejichž základě tyto tři hlavní skupiny aktérů vzájemně vystupují

KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotní politika

cíle

nástroje

aktéři

zájmové skupiny

solidarita

ekvita

OTÁZKY, ÚKOLY A PROBLÉMY

1. Vyhledejte a nahlédněte do materiálu WHO Zdraví 21 (Health 21). Prezentuje návrhy na zásadní změnu strategie péče o zdraví. V čem spočívá tato změna?
2. Zkuste najít dokument, který definuje zdravotní politiku současné vlády. Jaké jsou její priority a které nástroje jejich dosažení předpokládá?
3. Jakými nástroji prosazují jednotlivé zájmové skupiny své zájmy? Které jsou podle vás účinnější a proč?

POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA K TÉTO KAPITOLE

1. DRBAL, C.: Česká zdravotní politika a její východiska. 1. vyd. Praha: nakladatelství Galén, 2005. 96 s. ISBN 80-7262-340-0
2. DURDISOVÁ, J.: Ekonomika zdraví. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9
3. Fuchs, V. (2002) Who shall live? Health, economics, and Social Choice. World Scientific. Singapore 2002 ISBN 9810241836
4. Gladkij, I., Strnad, L. Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví. Olomouc: VUP, 2002.
5. Gladkij, I. a kolektiv. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003.
6. Holčík, J. Východiska a základy zdravotní politiky v Jihomoravském kraji
http://www.zubrno.cz/studie/kap01.htm#k01_103
7. KRŮTILOVÁ, V. (2007) Analýza základních faktorů ovlivňujících proces implementace u vybraných koncepcí reformy zdravotnictví. Diplomová práce. MU Brno 2007
8. MALÝ, I. (1998) Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. 114 s. ISBN 8021020067.
9. MALÝ, I., PAVLÍK, M.: Tvorba a implementace veřejné politiky. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 64 s. Stručný průvodce studiím, 1. ISBN 80-210-3562-5.
10. MOONEY, G. (1986): Economics, Medicine and Health Care. Wheatsheaf Books Ltd, Brighton, 1986.
11. POTUČEK, M. A KOL.: Veřejná politika. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. 399 s. ISBN 80-86429-50-4

3. ZDRAVOTNICTVÍ JAKO PŘEDMĚT ZÁJMU EKONOMICKÉ TEORIE

Cíl kapitoly

V této kapitole je prezentován rozbor základních teoretických souvislostí a specifík 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.

➤ **časová zátěž**

5-6 hodin

Stručné teze

Ekonomie a medicína, finance a zdravotnictví, peníze a zdravotní péče - spojení, která v sobě nesou z mnoho důvodů značné potenciální konflikty. Jen v nemnoha odvětvích lidské činnosti jsou tak ostře vedle sebe postaveny všeobecně uznávané lidské hodnoty, omezené zdroje a pestrá škála variant jejich použití při uspokojování základních lidských potřeb. A v málokterém odvětví lze měřit a porovnávat dopady různých variant alokace zdrojů na konečné efekty obtížněji, než ve zdravotnictví. Z těchto skutečností vyplývají významné implikace pro způsob řízení a organizace **zdravotnických** služeb.

Ekonomická teorie se začíná zdravotnickými službami intenzivněji zabývat počátkem padesátých let. Dostupnost zdravotní péče je v té době chápána jako jedno ze základních lidských práv. Některé státy vytváří systémy, které by umožnily přístup ke zdravotní péči bez ohledu na schopnost za ni platit. (např. Národní zdravotnická služba - NHS - ve Velké Británii od r.1947). Dokonce v baště liberálního kapitalismu, USA, jsou v této době podnikány na velmi vysoké úrovni kroky k institucionálnímu zabezpečení rovného přístupu k vysoce kvalitním zdravotnickým službám. V rodících se "státech blahobytu" (*welfare states*) nabývá zdravotnictví (a tím i jeho ekonomika) na důležitosti.

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 námitky 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. Kritikové vystupující z etického hlediska napadají myšlenku, že by společnost měla v jistém smyslu stanovit např. cenu lidského života nebo zdraví.

Technické námitky se týkají možnosti definování výsledného produktu odvětví a jedinečnosti zdravotnictví. Zdraví se dá těžko měřit, nehledě na to, že mezi poskytováním zdravotnických služeb a zlepšením zdravotního stavu je vztah dosti volný. (Obecně se mezi ekonomy traduje, že zdravotní stav obyvatelstva je na úrovni zdravotní péče závislý přibližně asi 20%, zbytek ovlivňují jiné faktory jako jsou např. výživa, kvalita životního prostředí, životní styl, genetické faktory apod.)

Oba druhy těchto námitek jsou nepochybně pádné. Bohužel, jejich uznání nás nechrání 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 kardiochirurgického 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 systematickosti 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.

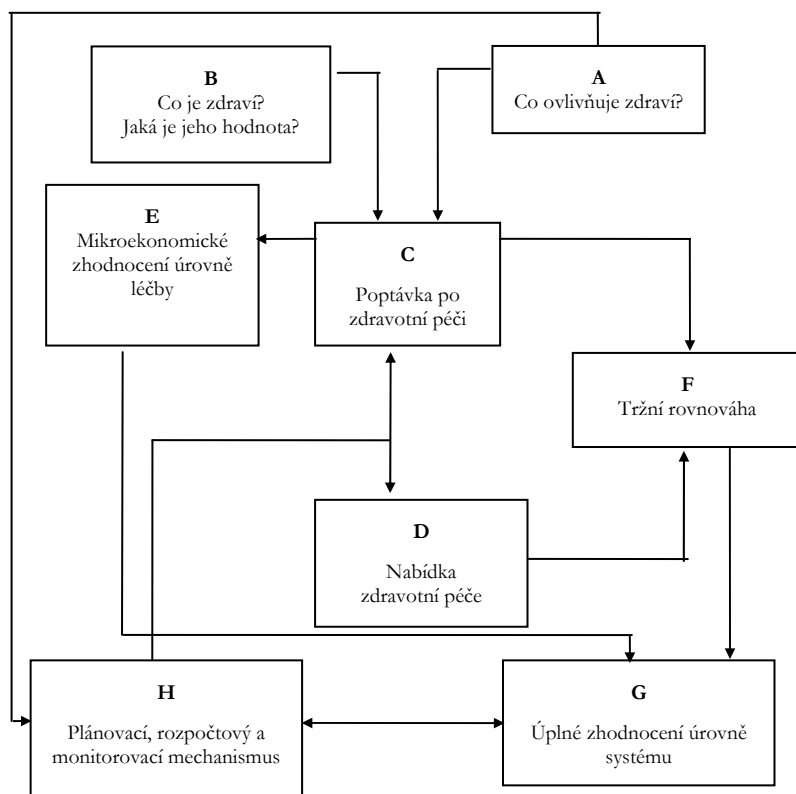
Obsah pojmu ekonomie zdravotní péče

Co všechno vlastně patří pod pojem ekonomie zdravotní péče? Řadu témat, která sem spadají, jsme již zmínili. Pro názornost uvádíme i velice výstižné schéma, které lze najít v publikaci Kuvíkové (1995:11). Kromě výčtu jednotlivých komponentů jsou z něj patrné i hlavní souvztažnosti mezi nimi. (Jde pochopitelně o značně zjednodušené vyjádření, které vychází z neoklasického přístupu, pro který je hlavní kategorií poptávka po zdravotní péči. Alternativní přístupy pokládají za ústřední kategorii např. potřebu zdravotní péče. Podrobněji je o vztahu mezi poptávkou a potřebou pojednáno v následující kapitole.)

Primárním je v tomto schématu vztah mezi C a D - poptávkou a nabídkou. V reálných zdravotnických systémech se sice 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.

Z těchto analýz vyplývá racionalita používání netržních mechanismů poskytování zdravotní péče, resp. výrazné regulace odvětví, která je společná všem systémům zdravotní péče ve světě již po mnoho desetiletí. V schématu je tento aspekt vyjádřen zejména bloky H a G . Nezajišťuje-li alokaci zdrojů trh, musí nastoupit pokud možno co nejracionalnější veřejná 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.

Obrázek 3.1 Hlavní komponenty ekonomie zdravotní péče (pramen Kuvíková, 1995)



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.

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, kdož mají více peněz a jsou ochotni je vynaložit na získání většího množství nebo vyšší kvality zdravotní péče, by měli mít možnost tak činit. Ti, kteří zastávají toto stanovisko, často zdůrazňují, že vztah mezi lékařskou péčí a životem (smrtí) je velmi slabý. Vycházejí přitom z přístupů popsaných v souvislosti s produkční funkcí zdraví. Právem poukazují na to, že další faktory, jako jsou kouření, pití, jídlo a zvláště vzdělání, hrají, pokud ne větší, tedy alespoň stejnou roli v ovlivňování délky života a zdravotního stavu člověka.

Nicméně se zdá, že prakticky všechny západní demokracie tendují k třetímu přístupu. Každý by měl mít právo na jistou minimální, přiměřenou nebo základní úroveň péče, a to i přes široce uznávanou skutečnost, že netržní metody poskytování statků vedou k nadměrné spotřebě a s tím souvisejícím neefektivnostem. Právo na dostupnost zdravotnických služeb v rozhodující míře garantuje např. i sociální charta Evropských společenství.

Dostí zajímavý by byl v této souvislosti podrobnější rozbor, proč tomu tak je. Zdá se, že to do značné míry souvisí s podobnými společenskými procesy, které vedou k tomu, že spotřebu některých statků společnost svým členům přikazuje, resp. zakazuje - tj. přímo vylučuje svobodu volby jednotlivce. Takové statky bývají v literatuře označovány jako statky pod ochranou, preferované statky, poručnické statky apod.

Statky pod ochranou (*merit goods*)

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 omezována. 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 mladistvým 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, 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 3.1. Pokud nejsou tyto podmínky splněny, mohou ekonomicky přezívat i neefektivní producenti a ceny se mohou držet nad marginálními náklady.

Tab. 3.1 ROZDÍLY MEZI TRHEM SE ZDRAVOTNÍ PÉČÍ A STANDARDNÍMI TRHY S DOKONALOU KONKURENCÍ (převzato ze *Stiglitz, J.E.*, 1988:290)

Standardní trhy	Trh ve zdravotnictví
Mnoho prodávajících	Pouze omezený počet nemocnic (mimo velkých měst)
Firmy podnikající pro maximalizaci zisku	Většina nemocnic je neziskových
Homogenní komodity	Heterogenní komodity
Dobře informovaní kupující	Neinformovaní kupující
Přímé platby spotřebitelů	Pacienti obvykle hradí pouze část nákladů přímo

Jak je z tabulky zřejmé, ve zdravotnictví není uspokojivě splněna v podstatě ani jedna z podmínek dokonale 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 vystupuje jako poskytovatel služeb odlišně oproti jiným producentům zboží a služeb. Ani v ryze tržních společnostech mezi lékaři zatím prakticky nedochází ke konkurenci prostřednictvím reklamy a cen, neboť je to jednoznačně pokládáno za neetické. Doporučení týkající se dalšího postupu léčby, která lékaři poskytují, jsou pokládána za zcela oproštěná od vlastního zájmu lékaře. Léčba je (nebo se to alespoň proklamuje) diktována objektivními potřebami každého případu a není primárně limitována finančními úvahami. (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

Existence čistých veřejných (kolektivních) statků a externality

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. 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 jednotlivec 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.

Arrowovy charakteristiky trhu se zdravotní péčí

V dnes již klasickém článku⁵ K. J. Arrow analyzoval zdravotnický trh v USA a konstatoval rozdíly trhu se zdravotní péčí od podmínek běžných trhů, popisovaných v učebnicích ekonomie. Spatřoval je v:

⁵ *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care.*

- A. v povaze poptávky
- B. v očekávaném chování lékařů
- C. v nejistotě výsledného produktu
- D. v podmínkách nabídky

ad. A) Na rozdíl od poptávky po běžných statcích lze individuální poptávku po zdravotní péči charakterizovat jako **nepravidelnou** a **nepředvídatelnou**. **Intenzita** a **pružnost** poptávky je ovlivněna tím, že zhoršení zdravotního stavu (nemoc, zranění) je spojeno se značnými ztrátami a náklady už samo o sobě, nehledě na náklady vynaložené na zdravotní péči. Jednotlivec přichází o výdělek, musí měnit svůj životní styl. Bolest a nepohodlí představují vážný zásah do osobní integrity. **Cenová elasticnost** poptávky po zdravotní péči je sporná. Při jejím zjišťování je totiž potřeba mít na paměti značnou heterogenost výsledné produkce. Odhad toho, jestli je poptávková křivka velmi málo elastická, tj. jestli je většina výdajů za zdravotnictví nedobrovolná, tj. diktována zdravotním stavem, nebo relativně elastická, je obtížné.

ad B) Nejvýznamnější objem zdravotnických služeb je poskytován lékaři, ať již v rámci jejich samostatných praxí či jako zaměstnanců zdravotnických zařízení. V **očekávaném chování lékařů** jako poskytovatelů služeb je několik významných rozdílů oproti jiným producentům zboží a služeb:

- 1) Ani v ryze tržních společnostech mezi lékaři prakticky nedochází ke konkurenci prostřednictvím reklamy a cen.
- 2) Doporučení týkající se dalšího postupu léčení, 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 léčení 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 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.

KLÍČOVÁ SLOVA

ekonomie zdravotní péče

dopady nerovností v příjmech

statky pod ochranou

selhání trhu

poruchy konkurence

informační nerovnováha

čisté veřejné statky

smíšené kolektivní statky

externality

OTÁZKY, ÚKOLY A PROBLÉMY

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. Zkuste si sami pro sebe naformulovat svoje preference ve vztahu k přístupnosti zdravotnických služeb. Co vám osobně připadá „spravedlivé“, resp. „správné“, „dobré“? Preferoval(a) byste spíše rovnost přístupu ke službám bez ohledu na schopnost platit, nebo byste byli spíše pro nějakou modifikaci? Pokud platí druhá varianta, pokuste se výslovně stanovit, jakou variantu byste preferovali, tj. např. jaký rozsah péče by vám připadal správný pro přístup bez omezení, jaká forma spoluúčasti by vám připadala správná apod. Zkuste se zpětně zamyslet i nad tím, co asi ovlivnilo vaše preference.

3. 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?

POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA K TÉTO KAPITOLE

1. ARROW, K. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review, 5(1963): 943-969
2. DRUMMOND, M.F., STODDART, G.L., TORRANCE, G.W. (1987): Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford medical publications - Oxford University Press
3. FELDSTEIN, P.J. (1993): Health Care Economics. 4th edition, Delmar Publishers Inc. Irvine, 1993
3. FUCHS, V. (1974): Who Shall Live? Basic Books, New York, 1974
4. GOULLI, R. (1990): Veřejná ekonomika: Netržní (kolektivní) statky v tržní ekonomice. UERNS UJEP Brno
5. GINZBERG, E. (1954): What Every Economist Should Know About Health and Medicine. American Economic Review, 1(1954):104-119
6. KUVÍKOVÁ, H., MURGAŠ, M., NEMEC, J. (1995): Ekonomía zdravotníctva. Phoenix, 1995 ISBN 80-900563-1-8
7. MALÝ, I. (1993): Vliv způsobu financování zdravotní péče na efektivnost zdravotnických služeb. (Kandidátská disertační práce) VŠE Praha, 1993
8. MOONEY, G. (1986): Economics, Medicine and Health Care. Wheatsheaf Books Ltd, Brighton, 1986.
8. MUSGRAVE, R.A., MUSGRAVEOVÁ, P.B. (1994): Veřejné finance v teorii a praxi. Management Press, Praha 1994
9. STIGLITZ, J. (1997): Ekonomie veřejného sektoru. Grada, Praha 1997. tuto knihu rovněž doporučujeme k podrobnějšímu výkladu pojmu „selhání vlády“ (str. 27-28) Ekonomická podstata zdravotnických služeb

4. POPTÁVKA PO ZDRAVOTNÍ PÉČI

Cíl 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.

➤ časová zátěž

6-8 hodin

Stručné teze

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.

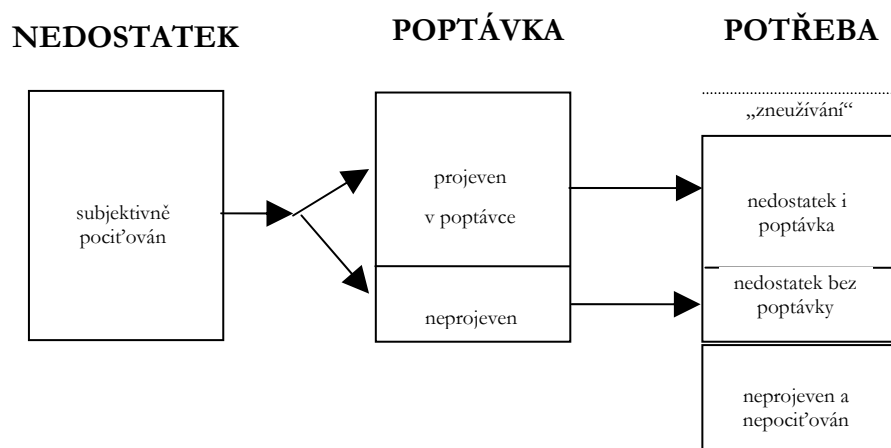
Potřebu zdraví a od ní odvozené potřeby zdravotní péče zařadíme do skupiny individuálních potřeb základního, tedy existenčního charakteru. V tomto smyslu jde o potřebu subjektivní.

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 jednatel 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) - jednatel 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 péče⁶ velmi specifické vztahy, komplikované výše naznačeným rozdílem mezi subjektivní a objektivní potřebou. Tyto vztahy jsou schematicky naznačeny v obr. 4.1

Obr. 4.1 VZTAH MEZI SUBJEKTIVNÍ POTŘEBOU, POPTÁVKOU A OBJEKTIVNÍ POTŘEBOU

Pramen: Podle Mooney, G.: Economics, Medicine and Health Care. Wheatsheaf Books Ltd, Brighton, 1986 + vlastní doplnění



Poptávkou jsou pak ta z přání, která jednatel promění v poptávku 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 užitky a náklady a poptávat bude pouze tehdy, když bude mít za to, že užitky 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.

⁶ 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.

Ze schématu 4.1 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.

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 spotřebovávat 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 nejlogičtější kritériem účelnosti vynakládání prostředků co největší uspokojení potřeb zdravotní péče občanů⁷. 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; 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 **síť 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 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

⁷ Případně zdravotního stavu populace...

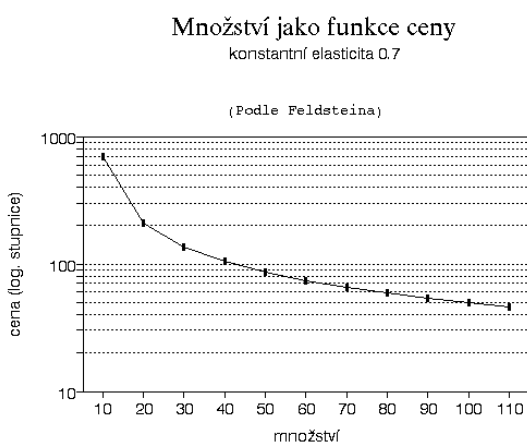
dospět k nějaké úrovni péče, kterou bychom následně mohli za garantovanou prohlásit. *Nutné* náklady jednotlivých forem péče ovšem předem neznáme, ani je znát nemůžeme, neboť jsou výsledkem celé řady svobodných a individuálních rozhodnutí poskytovatelů péče. Navíc je v tržním prostředí nelze chápat jako konstantní (byť nějakým auditem potvrzenou) hodnotu. **Potřeba není známá dostatečně detailně, abychom jenom podle ní mohli alokovat zdroje.**

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 **nepřavidelnou 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 sporná⁸. 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, M., 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 (0.7×90). Jiné studie nabízejí nižší cenovou elasticitu, tj. mezi 0.2 až 0.7, z čehož vyvozují, že toto pojištění by zvýšilo poptávku od 18 do 63 procent. (Stiglitz, J.E., 1988).

Graf 4.1 PRŮBĚH POPTÁVKOVÉ KŘIVKY PODLE FELDSTEINA Elasticitu poptávkové křivky po zdravotnických službách odhadnul Feldstein na asi 0.7 bodu.



⁸ 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.

Užitková funkce důležitá pro formulování racionální poptávky po zdravotnických službách:

$$U = F [X, \dots, ZSt(ZSl, X, E)]$$

kde U je užitek, X souhrnná spotřeba ostatních statků kromě zdravotních služeb, ZSt - zdravotní stav, ZSl – zdravotnické služby, E statky životního prostředí.

Předpokládáme-li racionálního spotřebitele, očekáváme od něho, že se snaží kvantifikovat vztah mezi svým užitekem a zdravotním stavem ($\sigma U / \sigma ZSt$). K tomu ovšem potřebuje znát dostatečně přesně vztah mezi zdravotním stavem a spotřebou zdravotnických služeb ($\sigma ZSt / \sigma ZSl$). Tyto hodnoty spolu však nekorelují 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 poptávky (podle KUVÍKOVÁ, 1995:35-36)

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.

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

Přínosy vyjadřuje:

- mezní psychický přínos – a_j ,

- 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:

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

přičemž je možné ho dále analyzovat.

Finanční přínos determinují tři faktory:

- denní mzda příslušného jednotlivce v roce i (W^i),
- mezní produkt zdraví, tj, počet dnů v dobrém zdravotním stavu z titulu spotřeby jednotky zdravotnických služeb (G^i),
- mezní náklady investic do zdraví realizované v předcházejícím období, tj. časové a finanční náklady (C^{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:

- faktory související se vznikem choroby (ty jsou v zásadě náhodné, avšak korelují s věkem, životním stylem apod.);
- kulturně demografické faktory - hlavně vzdělání a rodinný stav a počet osob v domácnosti;
- ekonomické faktory, (příjem, cena služby, čas nutný na spotřebu...).

Racionalizace (resp. 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 dvojnásobně:

- 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 (nemoci 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 ve 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 péčí 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).

Progresivní 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 vyšším 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.

KLÍČOVÁ SLOVA

poptávka

potřeba

objektivní potřeba péče

cenová elasticita

nabídkou indukovaná poptávka

Grossmanův mikroekonomický model poptávky

racionalizace poptávky

spoluúčast

gate keeping

pořadníky

OTÁZKY, ÚKOLY A PROBLÉMY

1. Které z předpokladů Grossmanova modelu poptávky považujete za nejméně realistické? Co by plynulo z jejich opuštění?
2. Vyhledejte na webových stránkách ministerstva zdravotnictví materiály, které by vám umožnily vyhodnotit dopady zavedení „Julínkových“ regulačních poplatků.
3. Vyhledejte statistické údaje o výši přímých plateb obyvatel v České republice a srovnajte naši situaci se zahraničím.
4. Jakými nástroji byste doporučovali posílit hodnotu a cenu zdraví?

POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA K TÉTO KAPITOLE

1. GROSSMAN, M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80, 1972
2. KUVÍKOVÁ, H., MURGAŠ, M., NEMEC, J. (1995): *Ekonomía zdravotníctva*. Phoenix, 1995, ISBN 80-900563-1-8
3. MALÝ, I. *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. 114 s. ISBN 8021020067.
4. 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
5. MOONEY, G. (1986): *Economics, Medicine and Health Care*. Wheatsheaf Books Ltd, Brighton, 1986.

5. NABÍDKA ZDRAVOTNÍ PÉČE

Cíl kapitoly

Cílem kapitoly je pochopit odlišnosti nabídky zdravotní péče od nabídky na dokonale konkurenčním trhu. V kapitole jsou představeny faktory ovlivňující úroveň nabídky a jsou rozebírány charakteristické vlastnosti nabídky. V závěru kapitoly jsou uvedeny nástroje vedoucí k racionalizaci nabídky.

Časová zátěž

8 hodin

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.

Vlastnosti nabídky zdravotní péče

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.

1. Omezená pružnost

Nabídka na dokonale konkurenčním trhu je charakteristická volným vstupem do odvětví. Ve zdravotnictví je naopak typické, že: (1) vykonávání praxe je vázáno a regulováno udělováním licencí, závislých na přísných kvalifikačních předpokladech a (2) medicínské vzdělání je velmi náročné a drahé. Tím je pružnost nabídky významně limitována.

(1) Vázání možnosti vykonávat zdravotního povolání na udělení licence je typické pro většinu vyspělých zemí⁹. 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.

V ČR způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta získává ten, kdo je odborně způsobilý, zdravotně způsobilý a bezúhonný. „Zdravotnický pracovník je povinen doložit zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékařským posudkem vydaným na základě lékařské prohlídky. Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů, který nesmí být starší 90 dnů. 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

⁹ Diskusi podmínek pro výkon zdravotnického povolání v různých zemích je možno nalézt [zde](#).

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“¹⁰.

(2) 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 opřít převážně o americkou literaturu¹¹, ve které jsou poměřovány náklady studia (ve smyslu poplatků za studium) a výše očekávaných příjmů. Ekonomové zde standardně poměřují hodnotu IRR¹², 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 českých podmínkách je tento přístup hůře aplikovatelný, což je dáno tím, že studium na vysokých školách není zatíženo poplatky. To znamená, že osobní užitek studenta převyšuje jeho náklady spojené se studiem medicíny.

Platí, že vzdělávání zdravotníků je velmi nákladné a náklady na jednoho studenta medicíny několikanásobně převyšují náklady např. na jednoho studenta ekonomie či právnických fakult¹³. Tyto náklady je možno chápat jako jakousi „vzdělávací dotaci“. Tato dotace do vzdělávání zdravotníků je tedy vyšší než u jiných profesí a v této souvislosti se často objevuje otázka, zda je spravedlivé (žádoucí), aby se výše vzdělávacích dotací u různých profesí lišila. Toto téma je také často dáváno do souvislosti s faktem, že obecně platí, že výděly zdravotníků bývají zároveň vyšší než u jiných profesí. Z těchto důvodů je někdy možno najít v literatuře¹⁴ tvrzení, že vzhledem k vysoké (veřejné) dotaci na vzdělávání zdravotníků, by pak zdravotní péče měla být spíše poskytována v neziskových (veřejných či privátních) zařízeních. Obecně také platí, že je možno setkat se s polemikou a etickými námitkami proti ziskovosti ve zdravotnictví. Tomu odpovídá i fakt, že, jakkoliv nemocnice poskytují i služby podobné službám hotelovým a že není zřejmé, že by ziskový motiv nevedl ke zvyšování efektivity nabídky, je obecně možno pozorovat ohromnou převahu neziskových nad ziskovými nemocnicemi.

Vnímání zdravotnictví jako neziskového odvětví je poměrně rozšířené i u nás. V našich podmínkách je to ale spíš ovlivněno historickými zkušenostmi z centrálně řízeného zdravotního systému, ve kterém byla zdravotní péče proklamována za „zdarma“

¹⁰ Citováno dle materiálů publikovaných na webových stránkách Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, <http://www.ipvz.cz/>

¹¹ Např. Phelps (1992)

¹² Internal Rate of Return

¹³ Normativ, který stanovuje výši příspěvku MŠMT na jednoho studenta VŠ pro rok 2010 je v ČR 29 554 Kč. Tento normativ je násoben tzv. koeficientem náročnosti pro jednotlivé studijní programy. Zatímco pro humanitní obory je tento koeficient roven jedné, pro lékařské obory je to 2,25. Koeficienty je možno nalézt [zde](#).

¹⁴ Např. The Elgar Companion to Health Economics, edited by A.M.Jones (2006). Edward Elgar Publishing Limited, UK.547 s.

poskytovanou službu, na kterou má každý nárok, zisk byl (a stále ještě někdy bývá) považován ve zdravotnictví za neetický (zisková nemocnice stále ještě může u některých spotřebitelů/pacientů či také u některých lékařů vzbuzovat podezření) a zároveň vnímání osobní odpovědnosti za vlastní zdraví bylo minimální (odpovědnost byla přenášena na paternalistický stát).

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 business-u. 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.

- (1) 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 kategorii 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.
- (2) 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 užitku (zlepšení zdravotního stavu). Pacient věří, že lékař volí léčbu objektivně, že je veden pouze snahou pomoci a že celý proces rozhodování je nezávislý na finanční stránce věci.
- (3) Lékař také může vystupovat v pozici podnikatele. Dle Phelps (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. To by z ekonomického pohledu znamenalo, že trh poskytovatelů v sobě obsahuje monopolní rentu pro lékaře (stále ve smyslu „vstupu“).

3. Omezená konkurence

Dalším charakteristickým prvkem na zdravotním trhu je fakt, že konkurence nabízejících je omezená. Je to dáno částečně legislativními faktory (například reklama „poskytovatelů“ není povolena) a částečně také potřebou již zmíněného konzultování mezi lékaři. I přes to je možné konstatovat, že konkurence mezi poskytovateli existuje. Soutěží mezi sebou o disponibilní zdroje, o pacienty, o kvalitní pracovní sílu, o finanční prostředky na investice, o možnost vykonávat složitější zákroky apod.

Cenová konkurence je velmi redukována, „levnější“ lékař může být pacienty vnímán jako „horší“ lékař. Poskytovatelé si spíše konkurují kvalitou. V této souvislosti se často mluví o tzv. žebříčcích nemocnic dle kvality. Pokud pod pojmem kvalita rozumíme medicínskou kvalitu, oficiální žebříčky nemocnic nám v ČR chybí. Pokus o sestavení žebříčků byl proveden v roce 2006, kdy se Ministerstvo zdravotnictví pokusilo sestavit žebříček nemocnic, které samo zřizuje. Vzhledem k nevhodně stanoveným parametrům, byl tento žebříček velmi kontroverzní a pokusy o sestavení žebříčků byly odsunuty. Současný ministr zdravotnictví proklamuje, že žebříčky by měly v ČR existovat do 4 let (rozhovor s ministrem si můžete přečíst [zde](#)). Pokud hovoříme o laické kvalitě (tedy, jak pacienti sami vnímají kvalitu, jak jsou spokojeni v různých zdravotnických zařízeních), žebříčky je možno v ČR nalézt. Spokojenost pacientů je nemocnicemi sledována (dotazníky). Ukázkou takového žebříčku je možno najít [zde](#).

Konkurence mezi nemocnicemi

Povaha a intenzita konkurence mezi nemocnicemi je závislá na míře regulovanosti prostředí, ve kterém působí. Tabulka [xxx](#) zobrazuje hlavní znaky regulovanosti prostředí v různých zdravotních systémech v závislosti na čtyřech ukazatelích: (1) úhrady péče (tj. cenová regulace); (2) bariéry vstupu a výstupu; (3) míra volnosti volby pacienta v systému a (4) míra volnosti volby plátce v systému. První dva ukazatele se vztahují k nabídkové straně (tj. úhrady a bariéry na vstupech a výstupech) a druhé dva se vztahují k poptávkové straně zdravotního trhu (tj. míra volnosti volby pacientů a plátců).

Tabulka [xxx](#): Povaha a intenzita konkurence ve vybraných zdravotních systémech v závislosti na míře regulovanosti prostředí

Nabídková strana	Poptávková strana	
	Menší volnost volby pacientů	Větší volnost volby pacientů

Úhrady	Bariéry vstupu/výstupu	Menší volnost volby plátců	Větší volnost volby plátců	Menší volnost volby plátců	Větší volnost volby plátců
Cena neregulovaná	Vysoké	Beveridge (před 1990)	NHS (1991_1997)	Bismarck (před 2000)	
	Nízké		USA (managed care)		
Fixní ceny	Vysoké		Bismarck (po 2000)	Skandinávie (po 1990)	
	Nízké			NHS (po 2003)	

Zdroj: Cookson, R., Dawson, D.(2006) Hospital competition and patient choice in publicly funded health care¹⁵

Cenová regulace (1) je pro zdravotnictví velmi typická. Většina veřejně financovaných zdravotních systémů proplácela nemocnicím péči na základě globálních rozpočtů¹⁶. V těchto podmínkách finanční zdroje nemocnic jsou nezávislé na pacientovi, tj. peníze nepřichází do nemocnice s pacientem, ale jsou závislé na výši rozpočtu pro loňský rok např. se zohledněním inflace. Tím je vyloučena tržní konkurence. Zavádění úhradových metod jako např. DRG (více [zde](#)) umožňuje alespoň necenovou konkurenci mezi nemocnicemi, ty si konkurují kvalitou.

Rozlišujeme také konkurenci řízenou plátcem nebo naopak pacientem (2). Jakkoliv jak pacient, tak i plátce mohou mít oba v systému určitou míru volnosti volby, existuje bod, kdy větší volnost pacientů znamená menší volnost plátce apod. To je patrné především v situaci, kdy, má-li plátce 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 volnostmi volby pacienta a plátce.

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. Existují některé studie¹⁷, které na základě údajů poskytnutých samotnými lékaři odhadují míru substituovatelnosti (více viz Phelps (1992), s. 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.

¹⁵ In The Elgar Companion to Health Economics, edited by A.M.Jones. Edward Elgar Publishing Limited, UK.547 s.

¹⁶ V ČR platí stále.

¹⁷ Reinhardt, 1972, 1973, 1975 citováno dle Phelps (1992)

Nástroje racionalizace nabídky

Nástroje používané pro racionalizaci nabídky jsou jiné pro lůžková zařízení a jiné pro ambulantní zdravotní péči.

(1) Lůžková zařízení

U lůžkových zařízení rozlišujeme administrativní nástroje, nástroje použitelné v procesech financování a nástroje vedoucí k vytváření konkurence a interního trhu zdravotnických služeb.

Administrativní nástroje

- **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:

- 1) neexistuje jasná definice potřeby a priority
- 2) kontrola uvedených údajů je složitá
- 3) může omezovat přístup na trh zdravotnických služeb a tím snižovat míru konkurence poskytovatelů

- **restrukturalizace a zavírání 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. Zavírání nemocnic se obecně setkává s velkým odporem zaměstnanců i města.

- **definování horní hranice příjmů nemocnic** – narušuje tradiční provázanost nákladů a příjmů, nereguluje cenu ošetrovacího dne, ale celkový objem příjmů.

- **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.

- **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 byly pravděpodobně vyšší než její přínosy.

Nástroje použitelné v procesech financování zařízení

- **perspektivní financování** – nemocnice uzavírají s financujícími subjekty kontrakty na výkony v rozsahu dopředu stanoveného rozpočtu. Dohodnutou sumu jim vyplatí bez 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.

Vytváření konkurence a interního trhu zdravotnických služeb

- **propojení produkce a financování na soukromé bázi** – organizace za stanovený roční poplatek zaručí spotřebitelům plný rozsah zdravotní péče. Předpoklady jejich efektivnosti spočívají ve 2 hlavních faktorech:

- 1) příjmy jsou pevně stanoveny na principu kapitace, přičemž lékaři jsou placeni na základě čistého hospodářského výsledku, tím se vyvolává tlak na snižování nákladů,
- 2) pacienti si musejí získávat samy, což vytváří tlak na zvyšování kvality.

- **interní trh zdravotnických služeb v podmínkách veřejného sektoru** - základní změnou je oddělení funkce producenta služeb (lékaři, nemocnice) a kupujícího služeb (místní zdravotnické správy a ti praktičtí lékaři, kteří si sami spravují rozpočty). Motivem ke zvýšení konkurence je potřeba soutěžit o prostředky. Na úrovni praktických lékařů může mít tento proces dvě podoby:

- 1) lékaři, kteří se nerozhodnou pro statut držitele rozpočtu, soutěží mezi sebou o co největší počet přihlášených pacientů, od jejich počtu závisí výše rozpočtu,
- 2) lékaři - držitelé rozpočtu dostávají prostředky přímo, nakupují služby pro své pacienty a zároveň mohou sami "prodávat" své volné kapacity jiným kupujícím služeb.

- Dále existují **nemocnice "trustového" typu**, které jsou odpovědné jen tajemníkovi ministerstva zdravotnictví. Soutěží o kontrakty s přímo řízenými nemocnicemi a se soukromým sektorem. Místní zdravotnické správy a praktičtí lékaři si vybírají, u které organizace nakoupí služby.

Výhody:

- 1) možnost kupujících soustředit se na hodnocení potřeb a hledání způsobu jejich uspokojení
- 2) možnost posílení programů veřejného zdravotnictví
- 3) existence motivace na zvýšení efektivity a snížení nákladů na stran producentů
- 4) přesun faktoru efektivity přímo do systému financování
- 5) přesnější analýza nákladů
- 6) přesnější evidence použití zdrojů podle jednotlivých služeb, potřeb a skupin pacientů

Nevýhody:

- 1) omezení systému plánování
- 2) oslabení funkcí odborů
- 3) možnost zavírání některých mezi obyvateli populárních nemocnic
- 4) náklady na reformu
- 5) náklady na realizaci kontraktů
- 6) nižší míra flexibility uzavřených kontraktů

-

částečné změny využívající tržní nástroje - **vnitřní zúčtování** - vytvoření hospodářských středisek přímo v organizacích - také u nás si nemocnice, které se rozdělily do nákladových středisek vedou dobře - je to vhodná cesta, jak překonat rozpor mezi medicínskými a ekonomickými profesemi

(2) Ambulantní zdravotní péče

- **Stanovení maximálního počtu výkonů, regulace maximálního počtu bodů, regulace bodu** - má význam při odměňování lékařů za výkony, kdy existuje tendence růstu objemu spotřebovaných služeb a preferování léčebné před preventivní péčí. Rizikem je také vykazování nerealizovaných výkonů.

- **Kombinace více systémů odměňování - příplatky za kvalitní práci** - sníží nemotivační působení odměňování prostřednictvím základního platu.

- **Určení maximálního počtu přihlášených pacientů, stanovení rozsahu předepisovaných léků**, které se pacientovi hradí v plné výši - uplatnění především v systému kapitace – lékaři dostávají dopředu roční 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

1. Nabídka zdravotní péče se odlišuje od nabídky na dokonale konkurenčním trhu především kvůli omezené pružnosti, specifickému postavení lékaře, omezené konkurenci a omezené substituovatelnosti.
2. 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. V této souvislosti pak dochází k polemice v otázce (ne)ziskovosti zdravotnictví.
3. Lékař jako poskytovatel zdravotní péče vystupuje na zdravotním trhu v několika rolích. Tyto role se mohou do jisté míry omezovat.
4. Pro nabídkovou stranu zdravotního trhu je typická také omezená konkurence. Pokud o konkurenci ve zdravotnictví mluvíme, máme na mysli především konkurenci kvalitou.
5. Existují různé nástroje pro racionalizaci nabídky zdravotní péče. Tyto nástroje jsou odlišné pro lůžková a ambulantní zařízení.

Klíčová slova

Nabídka zdravotní péče, omezená pružnost, omezená konkurence, postavení lékaře na zdravotním trhu, omezená substituovatelnost, nástroje racionalizace nabídky

Kontrolní otázky

1. Najděte minimálně tři důvody pro a proti vázání výkonu lékařské praxe na udělování licencí.
2. Uveďte argumenty pro ziskovost či neziskovost zdravotnictví obecně. Přiřaďte ke konkrétním událostem v českém zdravotním systému.
3. 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.
4. Jaké mohou být výhody kapitačních plateb (při úhradách péče v ambulantní sféře)?

Netriviální otázky k inspiraci a zamyšlení:

1. Pokuste se vyčíslit náklady na vzdělání jednoho lékaře a zároveň prostudujte data o mzdách a platech lékařů. Identifikujte hlavní problémy a navrhněte jejich řešení.
2. Proveďte mezinárodní komparaci lůžkového fondu v ČR a v zahraničí. Diskutujte.

Doplňková studijní literatura k této kapitole:

1. JONES, Andrew M. *The Elgar companion to health economics*. Cheltenham, UK : Edward Elgar, 2006. 565 s. ISBN 1845420039.
2. PHELPS, Charles E. *Health Economics*. HarperCollins, New York, 1992, 559s. ISBN 0-673-38746-1

6. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Cíl kapitoly

Problematika financování zdravotní péče je dosti složitá a vyžaduje k pochopení znalost rozsáhlého pojmového aparátu. Cílem této kapitoly je vybavit vás znalostí základních pojmů, orientovat se ve formách a modelech financování zdravotnictví a získat širší přehled o možných způsobech financování zdravotnických zařízení. Měli byste být schopni samostatně promýšlet důsledky různých alternativ způsobů úhrad, identifikovat jejich „silné“ i „slabé“ stránky. To je elementární předpoklad schopnosti hodnotit současný stav a navrhnout případná zlepšení. Ekonomické a finanční pohnutí sice nejsou zdaleka jediným motivem pro chování poskytovatelů, plátců a pacientů, jejich význam by však bylo velice nerozumné podceňovat. Svědčí o tom bezpočet příkladů z historie i současnosti u nás i v zahraničí.

Pokud si po prostudování této kapitoly uvědomíte, že neexistuje žádný optimální a obecně dokonalý systém, jak stanovovat výši úhrady za poskytnutou zdravotní péči zdravotnickým zařízením, budete na polovině cesty k úspěchu.

► časová zátěž

3-4 hodiny

Stručné teze

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

Formy financování

Různé formy financování zdravotnických služeb se dají třídit následujícím způsobem (podle třídění, které uvádí ABEL-SMITH (1984)):

Nepřímé financování

1. prostřednictvím veřejných rozpočtů: státních a místních (municipálních),
2. povinné pojištění, přičemž jakákoli finanční účast státu (obcí) se pokládá za formu č.1,
3. dobrovolné pojištění, přičemž jakákoli finanční účast státu (obcí) se pokládá za formu č.1,
4. zaměstnanecké pojištění, příspěvky pojištěných se pokládají za formy 2 nebo 3,
5. dobročinnost, charita, přičemž jakákoli finanční účast státu (obcí) se pokládá za formu č.1,

6. zahraniční pomoc (zejména u rozvojových zemí).

Přímé financování

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

Modely financování

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

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

Ve většině západoevropských zemí (včetně ČR) převažuje model s převahou veřejného pojištění. Model vychází z principu solidarity a dělení rizika. Většinou má podobu základního povinného pojištění pro všechny občany, nebo alespoň významné skupiny populace. Prostředky na financování zdravotnictví jsou odděleny od státního rozpočtu a soustřeďují se ve zvláštních pojistných fondech. V porovnání s modelem financování zdravotnictví prostřednictvím veřejných rozpočtů bývají různými autory (např. ŠTĚPÁN, 1990; KRÍŽOVÁ, 1998) uváděny tyto výhody a nevýhody:

Výhody

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

Nevýhody

1. Administrativní náklady u zdravotního pojištění jsou zpravidla vyšší než u financování prostřednictvím veřejných rozpočtů. Odhady udávají že u britské NHS je cca 5% z celkových výdajů určeno na administrativu, kdežto v USA je to více než 20%

2. Pojištění ve spojení s financováním podle poskytnutých služeb (výkonů) může stimulovat růst množství výkonů nad společensky užitečnou mez (inflace výkonů)
3. Pojišťovací systém je zaměřen především na kurativní činnosti. Obecně platí, že nedostatečně stimuluje prevenci
4. Zůstává problematickou otázkou financování investičních nákladů
5. Při špatném odhadu pojistného hrozí na jedné straně kolaps zdravotní péče a na straně druhé neúměrný nárůst daňového zatížení obyvatelstva, nebo jeho skupin
6. Bez finanční spoluúčasti na úhradě služeb se problém příliš vysoké poptávky stejně neřeší.

Metody financování "třetí stranou"

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

V tabulkách 6.1 a 6.2 je uveden rejstřík možných metod plateb. V první tabulce se nachází seznam výkonových ukazatelů, které mohou být použity jako základny pro platby. Druhá představuje seznam metod, kterými se stanovují ceny, nebo náklady použité pro tvorbu rozpočtů. Ačkoli existují některé tradiční kombinace (např. počet výkonů lékařů plus náklady na obslužné služby za den hospitalizace), je možné vytvořit schéma proplácení nákladů kombinací libovolné základny plus metody jejího stanovení. Mohou se pochopitelně vyskytovat i různé přechodné typy, takže se rozhodně nejedná o taxativní výčet.

Tabulka 6.1 VÝKONOVÉ UKAZATELE JAKO ZÁKLADNY PRO FINANCOVÁNÍ (s využitím: *Rapoport, J., 1982:301*)

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

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

Tabulka 6.2 RŮZNÉ METODY URČENÍ VÝŠE ÚHRADY (s využitím: *Rapoport, J., 1982:302*)

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

Při platbách za služby lékařů, případně i jiných zdravotnických pracovníků se obecně mohou uplatňovat tyto tři základní přístupy:

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

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

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

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

kompensována rizikem, že se nedomohou proplacení všech účtů, které vydali. Nedobytné pohledávky snižují příjmy a způsobují růst faktických nákladů.

Toto riziko, i náklady spojené s vymáháním plateb, jsou nižší, pokud je do mechanismu plateb zapojena i „třetí strana“. **Nejstarší formou jsou platby na základě pevného sazebníku služeb.** Jde o formu často používanou jak v USA, tak i v Evropě. Sazebníky mohou uvádět jednoduše seznam proplácených služeb a výši plateb, které za ně bude „třetí strana“ proplácet všem zúčastněným lékařům. Mohou se vyskytovat i složitější systémy, které rozlišují sazebníky podle různých skupin lékařů (specialisté a praktičtí lékaři) geografické polohy apod. Samotné platby se mohou uskutečňovat jednak ve formě úplného, nebo (častěji) částečného proplácení pacientových výloh, nebo formou přímých plateb poskytovateli služby. V prvně jmenované formě si tedy lékaři mohou určovat vlastní ceny a účtovat i služby nekryté plátcí. Pacienti jsou pak odpovědní za proplacení celé účtované částky a dodatečně si nechávají proplácet svá vydání ve výši stanovené sazebníkem.

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

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

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

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

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

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

Základem je, stejně jako u pevného sazebníku, seznam výkonů (služeb). Každý výkon je oceněn příslušným počtem jednotek relativní hodnoty (u nás body). Jednotka relativní hodnoty je obecně arbitrárně vytvořené číslo, umožňující porovnávat jednotlivé služby mezi sebou podle jejich časové náročnosti, nebo podle stupně kvalifikovanosti, který je pro jejich poskytování nutný. Může jít i o kombinaci těchto hledisek a přidělený počet jednotek (bodů) může zohledňovat i další kritéria. Celkový příjem lékaře je potom dán hodnotou této jednotky (bodů) vyjádřené v

peněžích. Případný nárůst cen vstupů, inflaci apod. lze tak zohlednit změnami v hodnotě bodu. V některých systémech, které využívají systém relativních hodnot, nemusí být "cena bodu" po všechny lékaře stejná. Může se lišit podle různého stupně specializace a forem provozované praxe, geografických charakteristik spádové oblasti apod. **Výhody** tohoto přístupu jsou zřejmé. Je dostatečně pružný a při dostatečně odladěném relativním hodnocení jednotlivých služeb se případné dohodovací procesy mezi lékaři a plátcí značně zjednodušují, neboť místo celého balíku jednotlivých výkonů stanovují pouze hodnotu bodu. Plátcí neztrácejí kontrolu nad růstem svých nákladů. Mezi **nevýhody** patří, že při stanovování relativních hodnot může lehce dojít k relativnímu nadhodnocení resp. podhodnocení některých služeb nebo výkonů a tím může dojít k nežádoucím deformacím jejich nabídky.

Platby na základě počtu pacientů

Pokud existuje alternativa financování lékařů podle poskytnutých služeb, pak je to nepochybně financování „podle hlav“ (angl. *capitation*), resp. podle počtu zaregistrovaných pacientů. Dalo by se také hovořit o paušálních platbách. Poskytovatel služby vybírá a někdy i stanovuje poplatky, které pacientovi dávají nárok na jakékoliv požadované množství platbami zabezpečených zdravotnických služeb. (Nerozhoduje tedy, zda jde pacient na prohlídku jednou nebo desetkrát za měsíc.) Tento způsob se uplatňuje především ve Velké Británii, kde jsou podle něj částečně placeni praktičtí lékaři.

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

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

Platby podle odpracovaného času

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

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

Financování lůžkových zdravotnických zařízení

Zpětné proplácení nákladů

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

- o nákladech by měl se zpětnou účinností rozhodovat veřejný audit
- náklady na pracovní sílu, spotřební materiál a menší přístroje by měly být u konkrétní položky započítávány v nákupních cenách
- náklady na budovy a přístrojové vybavení by se měly rozložit na celou dobu životnosti těchto aktiv
- započitatelné náklady se musí přiměřeným způsobem vztahovat na péči o pacienty
- náklady spojené s nehrazenými službami, nadbytečnou péčí a experimentálními medicínskými postupy nelze uznat
- náklady by neměly překročit to, co by opatrný kupec zaplatil za stejné zboží či službu při ne zrovna přátelské transakci.

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

Stanovování výše úhrad předem

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

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

Dopady na chování poskytovatele služby se u formy financování založené na předem stanovené výši úhrad podstatně liší od tradičních metod založených na proplácení nákladů nebo od systému účtovaných cen. Všeobecně se soudí, že poskytovatelé služeb jsou zainteresováni na tom, aby udrželi náklady pod úrovní, která je hrazena platbou. Pravdou však je, že není zcela jasné, jak silná tato pohnutka je, tj. nakoľik lze počítat s automatickou reakcí subjektů. Vždy tu je jisté riziko, že dosažením výrazných úspor ohrozí nemocnice do budoucna "cenu" svých služeb. Rolí

stimulu pro dosahování úspor a přebytku zřejmě sehrávají faktory jako: a) snaha rozšířit okruh poskytovaných služeb, b) zvýšit kvalitu a úroveň služeb, c) získat nákladná zařízení nezbytná pro odborný růst lékařů. Tím vším se zvyšuje míra seberealizace, prestiž i jméno lékařů a konec konců i managementu nemocnice.

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

Systémy, založené na předem stanovených úhradách, lze rozlišovat podle **základny**, ke které jsou platby vztaženy (viz. tabulky 6.1 a 6.2). Ta může mít podobu buď výkonových ukazatelů (počet pacientů, ošetrovacích dnů apod.), nebo za ni může v nějaké formě sloužit dosavadní rozpočet. Většinou se jedná o tyto ukazatele:

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

Celkový rozpočet

Typický scénář uplatnění tohoto přístupu vypadá asi takto: Nemocnice předkládá svůj rozpočet orgánu (nezávislé agentuře, úřadu, ministerstvu atd.), který posoudí přiměřenost jejích finančních požadavků prostřednictvím prověření předložených očekávaných nákladů. Hodnotící orgán může při prověřování výše nákladů vycházet např. z porovnání s náklady jiných podobných nemocnic (v podstatě metoda normativů), nebo může sledovat vývoj jednotlivých položek a požadovat vysvětlení, pokud u nich dochází k výraznému nárůstu skokem. Postupným sblíčováním stanovisek by pak mělo dojít k dohodě o výsledné podobě rozpočtu na příští rozpočtové období. Výsledná dohoda by měla být přijatelná pro obě strany, pokud se nachází v určitém přijatelném intervalu, nebo je výsledkem určité institucionální podoby projednávání. Přijatý rozpočet se stává závazný pro všechny "třetí strany", které využívají služeb dané nemocnice. Ty jsou pak povinny platit svůj podíl na rozpočtových výdajích, bez ohledu na to, jaké náklady v rozpočtovém období vzniknou.

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

Počet přijatých pacientů

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

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

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

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

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

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

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

Ošetřovací den

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

Jednotlivé druhy služeb

Způsob financování zdravotnických zařízení, ve kterém jsou stanoveny předem "ceny" resp. sazby za jednotlivé služby daného zařízení se v základních principech svého fungování prakticky shoduje s již popsáním způsobem plateb lékařům podle poskytnutých služeb. Také v tomto případě vycházejí finanční vztahy mezi plátcem a poskytovatelem služby (nemocnicí) ze seznamu služeb, resp. výkonů, který může udávat výši úhrady za jednotlivou službu absolutně, v peněžních jednotkách, nebo může služby hodnotit relativně (např. prostřednictvím bodů). Určitou nevýhodou je ovšem to, že nemocnice poskytuje pacientům - a následně pak účtuje plátcům - řádově stovky druhů jednotlivých služeb. V praxi je nemožné posuzovat individuálně u každé nemocnice "odůvodněnost" jejich celkových nákladů a korektnost jejich promítnutí do jednotlivých sazeb, zvláště je-li nemocnic i plátců velký počet. Při obligatorním plošném uplatnění stejných sazeb za stejné služby, které je typické pro situaci, kdy je plátcem stát nebo jiný veřejnoprávní subjekt, může dojít velmi lehce k tvrdostem, které neodpovídají společenskému

zájmu. Ztráty totiž mohou vykazovat i ta zařízení, u nichž dochází k vyšším než arbitrárně stanoveným nákladům z objektivních důvodů, jejichž odstranění mnohdy nemusí být ani v pravomoci ani v silách samotného zařízení.

Zaregistrovaní pacienti

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

SHRNUTÍ:

Kapitola představila formy financování, modely financování a metody úhrad poskytnuté péče. Těm byla věnována i největší pozornost. Z pozice poskytovatele zdravotnických služeb v podstatě není rozhodující, zda prostředky plynou z veřejných či soukromých zdrojů, či zda jsou tvořeny v rámci pojištění nebo rozpočtu. To, samo o sobě, má jen malý vliv na jejich chování. Daleko důležitější jsou konkrétní metody proplácení nákladů spojených s poskytováním zdravotnických služeb. Ony totiž mohou bezprostředně ovlivňovat chování a preference poskytovatelů služeb. Nejobvyklejšími principy jsou různé varianty plateb za výkony a financování prostřednictvím více či méně fixních rozpočtů. Jedním z klíčových problémů financování zdravotnictví je nalezení takového způsobu úhrad, který by byl současně motivační pro poskytovatele k tomu, aby poskytovali odpovídající, dostupnou, a kvalitní péči a na druhé straně by nevedl k deficitům celého systému zdravotního pojištění.

KLÍČOVÁ SLOVA:

veřejné pojištění

národní zdravotní služba

platby „třetí stranou“

globální rozpočet

platby za výkony

fee-for-service

kapitace

DRGs

HMOs

ošetřovací den

OTÁZKY, ÚKOLY A PROBLÉMY

1. Jedním z klíčových problémů financování zdravotnictví je nalezení takového způsobu úhrad, který by byl současně motivační pro poskytovatele k tomu, aby poskytovali odpovídající, dostupnou, a kvalitní péči a na druhé straně by nevedl k deficitům celého systému zdravotního pojištění. Zamyslete se nad nástroji, které se používají/mohly by se používat k tomu, aby se celý finanční systém choval na makroúrovni jako „uzavřený“ a přesto by působil motivačně na „mikroúrovni“ (na jednotlivé poskytovatele).
2. Jaký je váš názor na otázku finanční spoluúčasti pacienta na úhradě péče. K čemu může sloužit a co je potřeba zvažovat při rozhodování o jejím zavedení.
3. Rozeberte postavení a role „třetích plátců“ u nás. V čem selhávají?
4. Prostudujte si článek k DRG, který máte v učebních materiálech v informačním systému (https://is.muni.cz/auth/el/1456/jaro2012/MKV_EKZD/um/3805411/11531965/DRG_MALY.pdf). Argumentujte, zda by cena za DRG měla existovat jednotná pro všechny poskytovatele péče, či zda by měla odrážet nějaké dodatečné faktory mající vliv na průměrné náklady.

POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA K TÉTO KAPITOLE:

1. ABEL-SMITH, B. (1984): Improving cost-effectiveness in health care. World Health Forum, 5(1984):88-90 převzato z Health care - who pays? (Sborník článků přetištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str.6-9
2. ABEL-SMITH, B., (1986): Funding health for all - is insurance the answer. World Health Forum, 7(1986):3-32, převzato z Health care - who pays? (Sborník článků přetištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str.55-63
3. ENTHOVEN, A.C. (1987): Economic incentives for consumers and health insurance - the U.S. health care economy: from guild to market in ten years. Health Policy, 7(1987):241-251 Elsevier Science Publishers B.V.
4. KRÍŽOVÁ, E. (1998) Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání. Vlastním nákladem. ISBN 8023809377, s.133
5. MALÝ, I. (2004) Vybrané otázky z ekonomie zdravotní péče. Studijní opora pro studenty distančního studia Management ošetrovatelství, LF MU, interní učební text, k dispozici na https://is.muni.cz/auth/el/1456/jaro2012/MKV_EKZD/um/3805409/11530779/Skripta_Maly.pdf
6. RAPOPORT, J., ROBERTSON, R., STUART, B. (1982): Understanding Health Economics. Aspen Publication, Rockville, Maryland 1982
7. SMOLEK, A. a kol. (1983): Financování podle potřeb a výkonů (objektivizace nákladů zdravotnických zařízení ve sféře působnosti národních výborů). ÚSLOZ Praha, SPEV 909 335 102.
8. ŠTĚPÁN, J. (1990): Srovnání výhod a nevýhod klasického nemocenského pojištění ve fungování a efektech zdravotnických služeb. DT Pardubice.

7. ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ A ORGANIZACE ZDRAVOTNICTVÍ V ČR: SUBJEKTY, POSTAVENÍ, FINANČNÍ TOKY A AKTUÁLNÍ METODY ÚHRAD ZA PÉČI V ČR

Cíl kapitoly:

Cílem kapitoly je seznámit se se systémem veřejného zdravotního pojištění a subjekty, které se ho účastní. Důraz je kladen především na postavení zdravotních pojišťoven, je také provedeno jejich srovnání z hlediska vybraných ukazatelů (počty pojištěnců, příjmy na pojištěnce, náklady na péči na jednoho pojištěnce,..). Závěr kapitoly je věnován systému přerozdělování vybraného pojistného na zdravotní péči a zdravotnickým zařízením.

➤ časová zátěž

8 hodin

Stručné teze

System veřejného zdravotního pojištění: charakteristika, účastníci, institucionální zajištění¹⁸

System veřejného zdravotního pojištění je jedním ze základních sociálních veřejnoprávních systémů v České republice. Stejně jako v naprosté většině ostatních evropských zemí je i v České republice zřízen veřejně garantovaný systém zajišťující přístup k nutné zdravotní péči pro obyvatele České republiky. Zřizování podobných veřejných systémů přístupu ke zdravotní péči je v podmínkách evropského civilizačního okruhu vlastně samozřejmostí a český systém zdravotního pojištění patří k těm s nejširším osobním i věcným rozsahem plnění krytého veřejným pojištěním.

Český systém veřejného zdravotního pojištění je zřízen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Tento zákon provádí příslušné ustanovení Listiny základních práv a svobod jako českého ústavního dokumentu, který garantuje každému právo na čerpání zdravotní péče bez přímé úhrady v systému všeobecného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je systémem svou povahou pojistný. Je tedy založen na příspěvcích jeho účastníků, které zásadně nejsou vázány na výši čerpání věcných dávek z tohoto systému. Z pojistného je tedy shromažďován určitý fond, ze kterého jsou následně hrazena plnění poskytnutá účastníkům systému. Je to dále systém s povinnou účastí. Zákonem a předpisy Evropských společenství je přesně vymezeno, kdo je jeho účastníkem. Z pohledu českých národních předpisů je jeho účastníkem prakticky celá populace obývající Českou republiku, protože povinnou účast v něm zakládá status trvalého pobytu na území ČR nebo zaměstnání na území ČR. Jde o nejširší představitelný osobní rozsah tohoto systému a v mnoha jiných i evropských zemích nejsou národní zdravotní systémy takto všeobecně povinné. Na základě právních předpisů Evropských společenství jsou v našem veřejném zdravotním systému pojištění

¹⁸ Zpracováno dle podkladů k DP: Hrozby fungování ZP při centralizovaném řízení Ministerstva zdravotnictví. Autor Mgr. Radek Toman.

také všichni občané EU, kteří zde vykonávají relevantním způsobem ekonomickou činnost (zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné) a dále ti občané EU, kteří zde mají skutečné bydliště (tzv. těžiště zájmů). Systém je charakteristický významnou mírou solidarity, která se vyznačuje neobyčejně širokým rozsahem nárokového plnění věcných dávek zdravotního pojištění bez přímé úhrady (tedy hrazeného solidárně z veřejného pojištění), významnými rozdíly ve výši pojistného jednotlivých kategorií pojištěnců a naopak nulovými rozdíly v nárocích na věcná plnění s ohledem na výši pojistného a dále poměrně nízkou spoluúčastí konkrétního pojištěnce při úhradě jeho zdravotní péče ze společného systému. Významné prvky solidarity se projevují také v institutech přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami a úhradách nákladů zdravotní péče pro zvláště nákladné pojištěnce.

Veřejný pojistný systém je prováděn zdravotními pojišťovnami, které jsou specifickými právními osobami (tedy osobami s vlastní právní identitou) nezávislémi na státu. Zdravotními pojišťovnami jsou Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen „VZP ČR“) a tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. VZP ČR se řídí vlastním zákonem a provádí veřejné zdravotní pojištění pro většinu české populace (přes 6 milionů pojištěnců) a vybírá tak většinu pojistného v celém systému (v roce 2009 přes 120 miliard korun). VZP ČR má zcela specifické postavení. Vedle provádění veřejného pojištění pro většinu populace také provádí a koordinuje některé aktivity společné všem zdravotním pojišťovnám. Ačkoliv je právně formálně VZP ČR oddělena od státu, má v ní stát prostřednictvím některých institutů (zejména ustavování celé správní rady VZP ČR státem) významný vliv. VZP ČR je považována za určitého garanta fungování celého systému a za stávající situace je prakticky nemožné, aby z důvodů nepříznivých ekonomických jevů zanikla či byla jinak ohrožena její existence. Zákon jí upravující ani nepočítá s právním zánikem této zdravotní pojišťovny a v případě ekonomických obtíží je jí státem pomáháno.

Vedle VZP ČR existuje k dnešnímu dni dalších osm tzv. zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven (<http://www.mzcr.cz/Pages/332-zdravotni-pojistovny.html>)¹⁹. Ty vznikly ve valné většině v první polovině devadesátých let. V té době při zřízení systému veřejného zdravotního pojištění v nových ekonomických podmínkách ještě před privatizací národního hospodářství ústřední orgány státní správy zakládaly zdravotní pojišťovny podle jednotlivých oblastí národního hospodářství a do těchto zdravotních pojišťoven byli převáděni jako pojištěnci zaměstnanci těchto odvětví. Zdravotních pojišťoven takto vznikly desítky (až 27). V průběhu následujících let však došlo k zásadní redukci jejich počtu vzájemným slučováním a zanikáním z ekonomických důvodů. V poslední době vznikly jen dvě nové zdravotní pojišťovny, z nichž jedna byla obratem sloučena do většího celku a druhá je stále v počátcích svého fungování. Co do metody provádění veřejného zdravotního pojištění není však mezi VZP ČR a zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami rozdíl.

Zdravotní pojišťovny²⁰

Každá zdravotní pojišťovna má určitý okruh svých pojištěnců, jimž má povinnost zajistit zdravotní péči ve svých smluvních zdravotnických zařízeních. Zdravotní pojišťovna od svých pojištěnců vybírá pojistné v zákonem předepsané výši, přičemž disponuje i autoritativními prostředky vymození tohoto pojistného. Ve vztahu ke svým pojištěncům tak zdravotní pojišťovna vystupuje v roli subjektu nadaného veřejnou mocí a způsobilého vynutit plnění zákonných povinností pojištěnce. Na druhou stranu je pak zdravotní pojišťovna povinna vytvořit

¹⁹ Vzhledem k zániku pojišťovny Média (zánik spojením s VZP) bude brzy zaměstnaneckých pojišťoven jen sedm.

²⁰ Zpracováno dle podkladů k DP: Hrozby fungování ZP při centralizovaném řízení Ministerstva zdravotnictví. Autor Mgr. Radek Toman.

kvalitní síť svých smluvních zdravotnických zařízení, ve kterých je jejím pojištěncům poskytována zásadně bezplatně zdravotní péče. Tato péče je smluvním zdravotnickým zařízením hrazena právě zdravotní pojišťovnou.

Vztah mezi zdravotními pojišťovnami navzájem je snad nespécifičtějším rysem českého systému veřejného zdravotního pojištění. Teoreticky jsou zdravotní pojišťovny schopny si konkurovat. Prakticky k tomu však nemají ani nástroje, ani příliš mnoho důvodů. Zdravotní pojišťovny především nemohou nabízet pojištěnci odlišný produkt. Rozsah věcných dávek hrazených z veřejného pojištění je přesně předepsán a nemůže být ani rozšiřován ani zužován. Možnost konkurence je omezena na poskytování nadstandardního plnění z fondů prevence zdravotních pojišťoven, které však obsahují zcela marginální množství financí. Zdravotní pojišťovny dále nemají ani dostatek prostředků na konkurenční boj a vytváření a realizaci konkurenčních strategií. Veškeré provozní fondy zdravotních pojišťoven jsou tvořeny zákonem limitovaným odvodem ze základního fondu zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny, který je souhrnem vybraného pojistného. Jde o konečné množství financí, jehož odčerpáním na konkurenční boj se zdravotní pojišťovna připravuje o znovu nezískatelné prostředky na vlastní správu.

Nicméně, pojišťovny se snaží odlišit se. Prostředkem k tomu jsou hlavně rozdílné hlasové (call centra) a datové služby (webové nástroje ke sledování čerpání péče pro jednotlivé pojištěnce, apod.). Pojišťovny také používají jako nástroj konkurence prvky, které jsou primárně určeny ke zvyšování kvality služeb pro pojištěnce. Tím může být například tzv. nakupování péče, tj. snaží se pro své pojištěnce „nakupovat“ předem určité typy péče (výměna kyčelního kloubu např.) ve vybraných zdravotnických zařízeních. Zdravotnická zařízení jsou vybírána dle kvality služby, kterou poskytují. Zdravotní pojišťovny uzavřou s takovým zařízením smlouvu, která je pro zdravotnické zařízení výhodnější a pojištěnci této pojišťovny potom jsou s příslušnou diagnózou posíláni do nasmlouvaných zařízení. Tímto způsobem dochází například ke snižování čekacích dob.

Zdravotní pojišťovna nemá vlastníka ani jakoukoliv jinou osobu v obdobném postavení (podílníka, společníka, akcionáře a pod.), v jehož prospěch by generovala zisk. Ostatně zdravotní pojišťovna ani zisk vytvořit nesmí, resp. její přebytkový hospodářský výsledek je vždy odveden do rezervního fondu. Zdravotní pojišťovna je tak zcela specifickou právní osobou, která není nikým jakoukoliv formou vlastněna či ovládána a negeneruje zisk. Zdravotní pojišťovna tak vlastně existuje jen za tím účelem, aby v daném roce s co nejvyšší kvalitou z vybraných prostředků zajistila a uhradila svým pojištěncům zdravotní péči. Způsob činnosti zdravotní pojišťovny tak neurčují její podílníci či akcionáři či obdobné osoby, ale výhradně její management a zaměstnanci, přičemž ke způsobu výkonu jejich práce nejsou dány standardní ekonomické motivy (tedy motiv zisku či naopak srozumitelný a veřejně deklarovaný neziskový motiv).

Růst pojišťovny představovaný růstem počtu jejích pojištěnců znamená větší absolutní částku vybraného pojistného a tedy větší odvod do provozních fondů. To je zřejmě jediný motiv ke konkurenčnímu chování pojišťoven. K zásadním přesunům pojištěnců však v poslední době mezi zdravotními pojišťovnami nedocházelo. Vedle navyšování počtu pojištěnců by ještě mohla být užita metoda výběru ekonomicky atraktivnějších pojištěnců, tedy pojištěnců, kteří přinášejí na osobu vyšší pojistné. Jenže i smysl takové činnosti je oslaben, a to institutem přerozdělování pojistného. Celková částka vybraného pojistného je totiž mezi zdravotními pojišťovnami podle klíče nákladovosti pojištěnců přerozdělována tak, že pojišťovně s nákladnějšími pojištěnci (kteří zároveň přinášejí méně pojistného) je odváděna část pojistného vybraného zdravotními pojišťovnami s méně nákladnými pojištěnci. Tento systém byl zaveden zejména za účelem ochrany VZP ČR.

Zdravotní pojišťovny tak existují a vykonávají svou činnost bez větších konkurenčních bojů a přesunů pojištěnců a jsou schopny společné dohody na mnoha pravidlech fungování nepředepsaných právními předpisy. Systém veřejného zdravotního pojištění se tak pohybuje spíše

jako celek (kolísá spolu s ekonomickými cykly zejména v závislosti na úrovni zaměstnanosti a výši úhrad státu za státní pojištění), než že by se ekonomická kondice jednotlivých zdravotních pojišťoven v jednom okamžiku výrazně lišila podle schopností a úspěšnosti té které zdravotní pojišťovny (za předpokladu stabilizovaného počtu zdravotních pojišťoven).

Zdravotní pojišťovna hospodaří podle zdravotně pojistného plánu, což je vlastně rozpočet zdravotní pojišťovny. Návrh zdravotně pojistného plánu na další kalendářní rok je v návaznosti na termíny zpracovávání státního rozpočtu předkládán Ministerstvu zdravotnictví. To jej spolu s Ministerstvem financí posoudí s ohledem na soulad s právními předpisy a s veřejným zájmem a buďto jej vrátí zdravotní pojišťovně k přepracování či jej postoupí Vládě ČR. Spolu s návrhem zdravotně pojistného plánu je takto podávána také účetní závěrka za předcházející rok, výroční zpráva a výrok auditora. Vláda zdravotně pojistné plány zdravotních pojišťoven na další rok předkládá ke schválení Poslanecké sněmovně PČR. Pokud není zdravotně pojistný plán schválen Poslaneckou sněmovnou, hospodaří zdravotní pojišťovna v režimu rozpočtového provizoria, které stanoví Ministerstvo zdravotnictví a financí.

Kontrolu činnosti zdravotních pojišťoven vykonává Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Průběžná kontrola je realizována několika způsoby. Zdravotní pojišťovny především ze zákona čtvrtletně vypracovávají zprávy o svém hospodaření pro stát. Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí taktéž provádějí periodicky kontroly přímo ve zdravotních pojišťovnách.

Zjistí-li tato ministerstva závažné nedostatky v činnosti zdravotní pojišťovny, jsou oprávněna:

- požadovat, aby zdravotní pojišťovna ve stanovené lhůtě zjedнала nápravu nebo
- zavést nucenou správu.

Nucená správa je již velmi závažným zásahem do činnosti zdravotní pojišťovny. Nucená správa může trvat nejvíce rok a po tuto dobu všechna rozhodnutí orgánů zdravotní pojišťovny podléhají schválení nuceného správce, který je zaměstnancem Ministerstva zdravotnictví nebo financí. Stát tak na omezenou dobu přebírá kontrolu nad chodem zdravotní pojišťovny, přičemž má prostředky k vynucování provedení všech nutných nápravných opatření. Nucená správa byla uvalena v poslední době jen jednou, a to v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny Ministerstvem zdravotnictví v té době vedeným ministrem Davidem Rathem.

Uvalení nucené správy se zásadním způsobem dotýká reputace zdravotní pojišťovny a mimo jiné znamená, že od této pojišťovny mohou odcházet pojištěnci. V běžném případě smí pojištěnec zdravotní pojišťovnu změnit jen jednou za rok, v případě nucené správy toto pravidlo pozbývá platnosti. O nucené správě se rozhoduje ve správním řízení. Toto rozhodnutí je přezkoumatelné soudem, ovšem ani podání rozkladu proti němu nemá odkladný účinek.

Pojišťovny v číslech: vybrané ukazatele za rok 2009

Jak již bylo řečeno, k dnešnímu dni existuje v ČR vedle VZP osm zaměstnaneckých pojišťoven. Jakkoliv počet pojištěnců u největší pojišťovny (VZP) klesá, ke 31/12/2009 u ní bylo pojištěno 60% všech pojištěnců²¹. U zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven je trend spíše rostoucí, nárůst pojištěnců se ve sledovaném roce 2009 pohybuje mezi 0,2% až po 7,3% (Vojenská zdravotní pojišťovna)²².

²¹ Výroční zpráva VZP za rok 2009

²² Svaz zdravotních pojišťoven

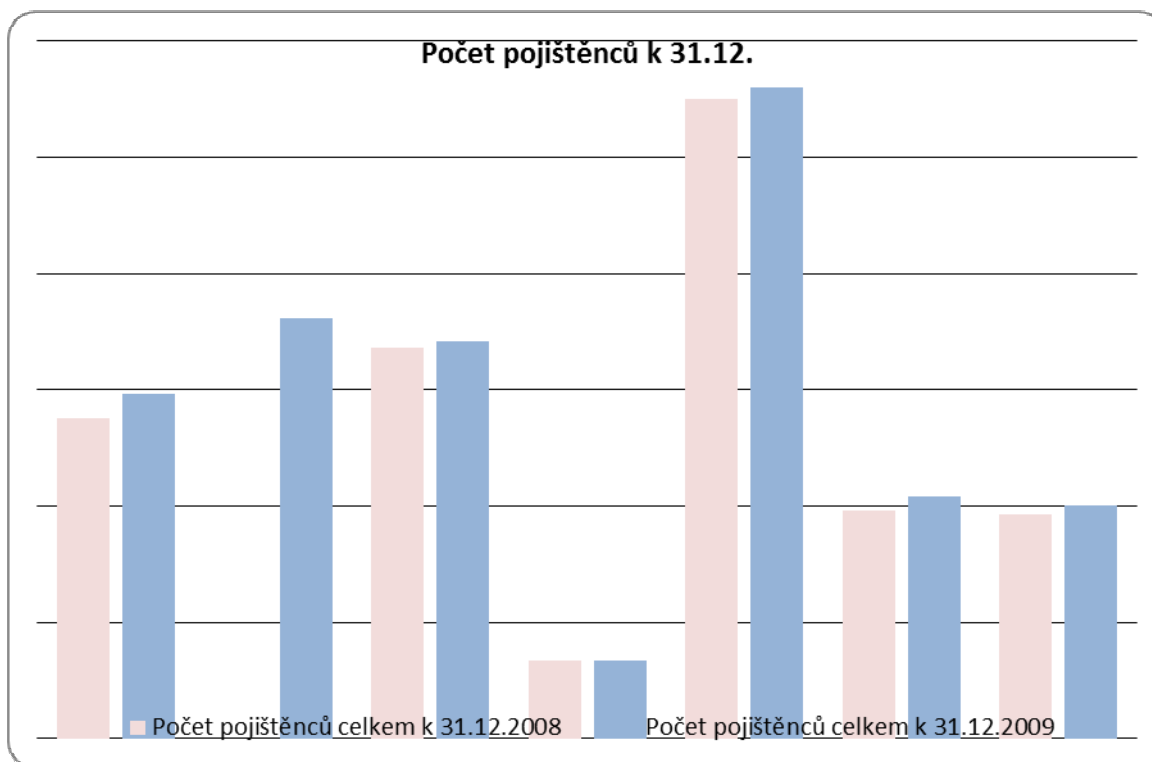
Zároveň v roce 2009 pojišťovny po přerozdělení vykazují příjmy na jednoho pojištěnce mezi přibližně 16 tisíci korun až po 19 473 Kč²³ (Zdravotní pojišťovna Škoda). VZP oproti tomu ve stejném roce (tj. 2009) vykazovala příjmy na pojištěnce ve výši 21838 Kč²⁴.

Co se týče nákladů na zdravotní péči na jednoho pojištěnce v roce 2009 pojišťovny vykazují náklady v rozmezí 16 024 Kč (Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance) až po 19 710 Kč u Zdravotní pojišťovny Škoda²⁵. VZP v roce 2009 vykazuje nejvyšší náklady na zdravotní péči na jednoho pojištěnce a to ve výši 21 167 Kč²⁶.

V roce 2009 náklady na zdravotní péči u většiny zaměstnaneckých pojišťoven přesahují příjmy po přerozdělení na jednoho pojištěnce. Jedná se především o VOZP, OZP, ZPŠ. Pouze ZP M-A a RBP v roce 2009 hospodařila s příjmy, které na 1 pojištěnce převyšují náklady na jeho zdravotní péči²⁷.

Následující grafy dokumentují vybrané ukazatele za jednotlivé pojišťovny:

Graf xxx: Počet pojištěnců zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven (stav ke 31/12/2009)



Zdroj: Svaz zdravotních pojišťoven (údaje z Výročních zpráv ZZP)

²³ Svaz zdravotních pojišťoven

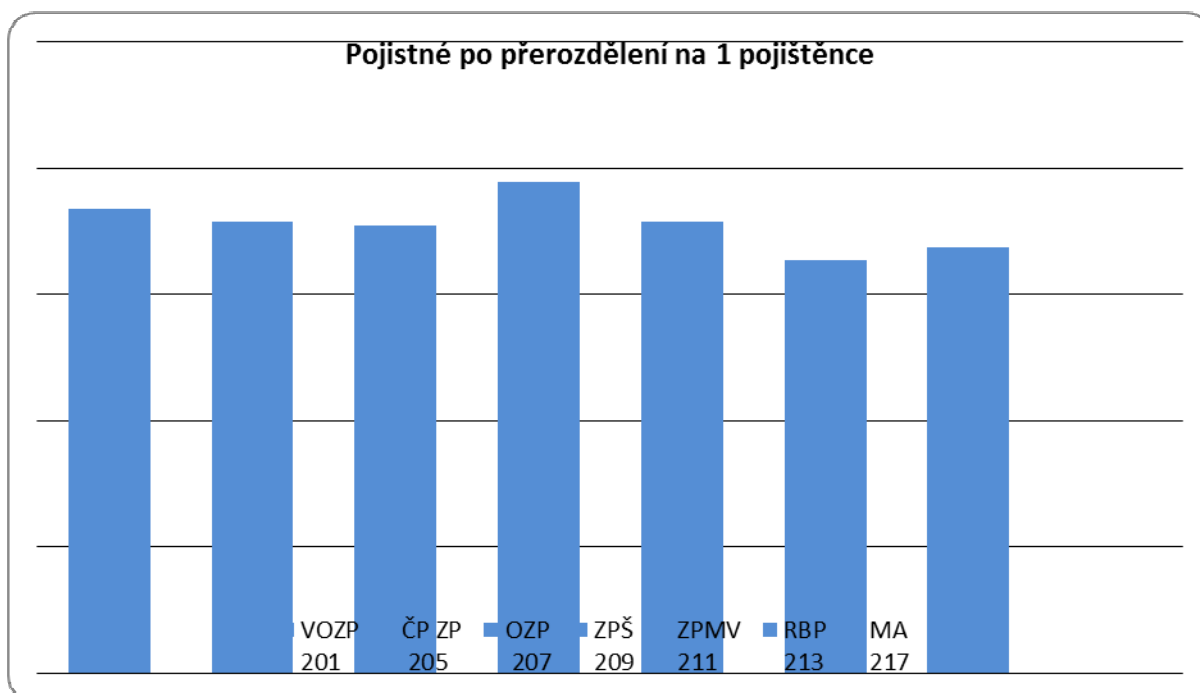
²⁴ Výroční zpráva VZP za rok 2009

²⁵ Svaz zdravotních pojišťoven

²⁶ Výroční zpráva VZP za rok 2009

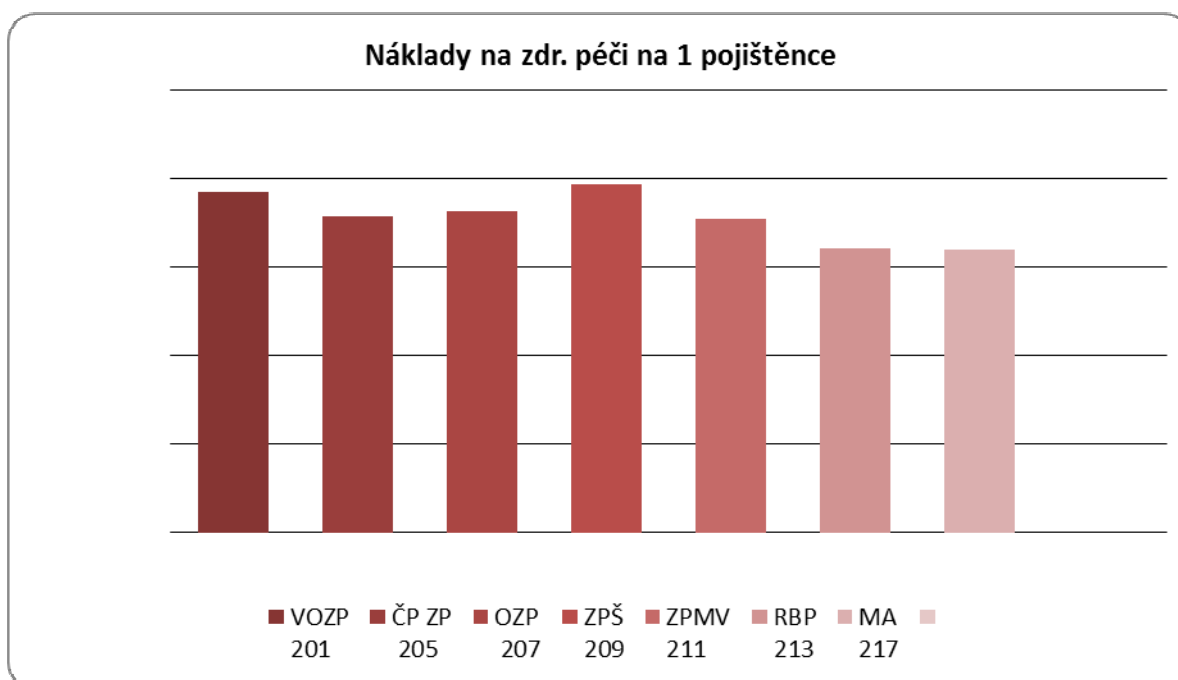
²⁷ Svaz zdravotních pojišťoven

Graf xxx: Pojistné po přerozdělení na 1 pojištěnce (stav ke 31/12/2009)



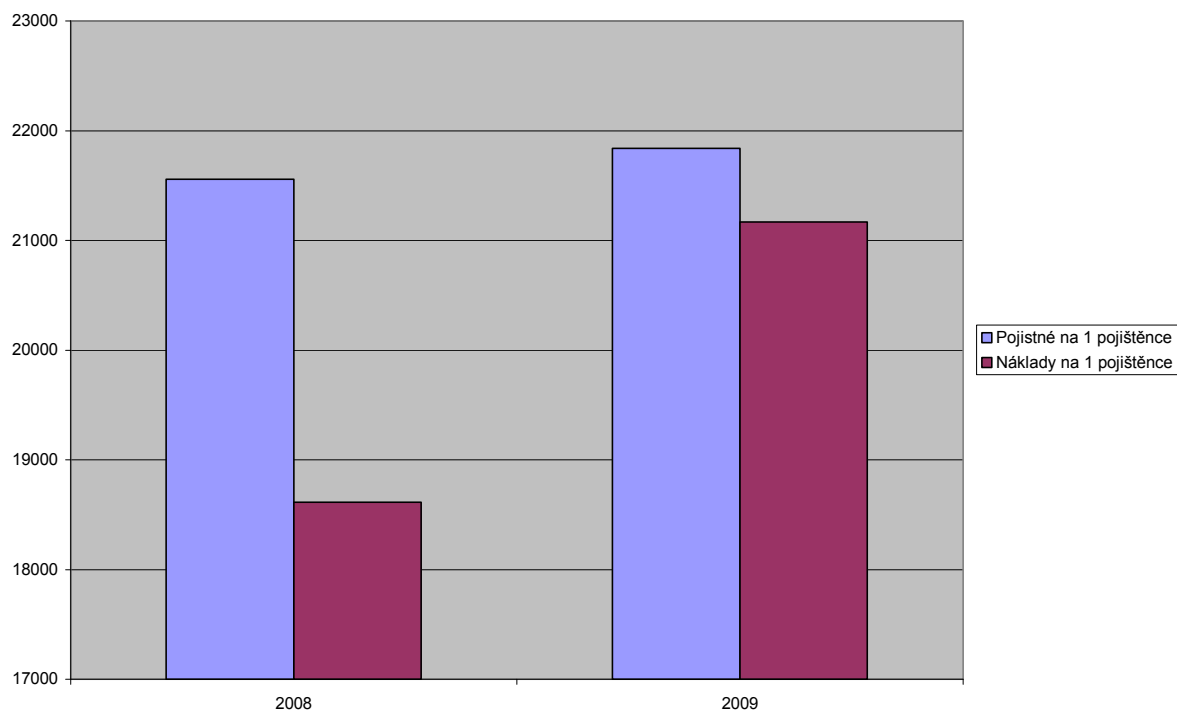
Zdroj: Svaz zdravotních pojišťoven (údaje z Výročních zpráv ZZP)

Graf xxx: Náklady na zdravotní péči na 1 pojištěnce (stav ke 31/12/2009)



Zdroj: Svaz zdravotních pojišťoven (údaje z Výročních zpráv ZZP)

Graf xxx: Pojistné na jednoho pojištěnce a náklady na jednoho pojištěnce (VZP, stav ke 31/12/2009)



Zdroj: Výroční zprávy VZP

Přerozdělování pojistného²⁸

Pojistné vybrané jednotlivými zdravotními pojišťovnami podléhá přerozdělování. Přerozdělování bylo zavedeno s cílem zabránit případnému adversnímu výběru, tedy selekci pojištěnců s vyšší věkovou strukturou, na které ve většině případů plynou vyšší částky z prostředků zdravotních pojišťoven. Proces přerozdělování probíhá každý kalendářní měsíc přes zvláštní účet vedený u VZP. Mechanismus přerozdělování se v průběhu let několikrát změnil.²⁹

Od 1.1.1993 fungovalo přerozdělování 50 % a od 1.1.1994 do konce roku 2004 přerozdělování 60 % prostředků vybraných všemi pojišťovnami. Model přerozdělovací 60 % vybraného pojistného zohledňoval zdravotní riziko pouze velmi hrubým kritériem, které rozdělovalo populaci na dvě skupiny, a to do 60 let a nad 60 let. Nezvažovalo však všechny osoby, ale pouze ty pojištěnce, za které byl plátcem pojistného stát. Z celkové sumy vybraného pojištění si 40 % každá pojišťovna ponechávala a výši 60 % vybraného pojistného ohlásila VZP jako správci účtu. Přerozdělení podléhala celková platba státu za osoby, za které je plátcem pojistného stát, a 60 % vybraného pojistného. Celkově se tak fakticky přerozdělovalo cca 68 % pojistného. Každá pojišťovna získala zpětně z přerozdělení prostředky podle počtu registrovaných pojištěnců

²⁸ Zpracováno dle DP: Analýza postavení VZP v systému zdravotní péče ČR. Dostupné na: https://is.muni.cz/auth/th/63133/esf_m/?fakulta=1456;obdobi=4686

²⁹ K přerozdělování v rámci veřejného zdravotního pojištění musely přistoupit téměř všechny země s více zdravotními pojišťovnami (Německo, Belgie aj.). Přerozdělovací mechanismus byl zaveden i ve švýcarském systému postaveném na komerčních pojišťovnách. V západoevropských zemích s konkurujícími si pojišťovnami je běžné přerozdělování ve výši 80-100 %.

pojištěných státem, přičemž na takového pojištěnce ve věku do 60 let připadal jeden podíl a na pojištěnce od 60 let tři podíly.

Tento způsob přerozdělení nezohledňoval věk a zdravotní stav pojištěnců, umožňoval výběr „ziskových“ pojištěnců podle věku, příjmu a zdravotního stavu. VZP, u níž převládá počet pojištěnců státu, upozorňovala na nedostatečnou výši finančních zdrojů z přerozdělení. Kategorie pojištěnců – důchodci, zdravotně postižení a děti nízkého věku jsou finančně nejnákladnějšími skupinami pojištěnců, které spotřebovávají výrazně vyšší finanční částky, než jsou příjmy za tyto pojištěnce. Systém byl tedy výhodný pro zaměstnanecké pojišťovny na úkor VZP. Navíc v tomto systému chyběla kompenzace nákladů na velmi drahé pojištěnce (1 % nejdražších pojištěnců spotřebuje 20 až 30 % nákladů). Proto bylo navrženo nové přerozdělování, jehož kritériem je nákladovost pojištěnců dle věku a pohlaví. Zároveň byl zaveden systém kompenzace rizika.

Od 1.1.2005 bylo postupně zaváděno **stoprocentní přerozdělování pojistného**³⁰. Kritériem přerozdělování je počet všech pojištěnců, nikoliv jen státních, podle nákladovosti pojištěnců dle věku a pohlaví. Nákladovost pojištěnců je zohledňována prostřednictvím nákladových indexů. Zavedlo se 36 věkových skupin v intervalu pěti let, a to zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy. Byla stanovena míra podílu věkových skupin z hlediska jejich předpokládaného podílu na nákladech péče. Průměrné náklady na pojištěnce dané skupiny se vypočtou na základě údajů ze všech pojišťoven. Každá pojišťovna dostává platbu podle počtu pojištěnců. Roky 2005 a 2006 byly pro systém přechodné, kdy postupně zanikalo přerozdělování na základě počtu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, a nabíhalo přerozdělování podle nákladových indexů věkových skupin. Od 1. 4. 2006 je již používáno 100 % přerozdělování v plné míře. Na novém systému „vydělal“ VZP s dosud největším podílem starých lidí a „drahých“ pacientů. VZP si tímto polepší téměř o 3 mld. korun ročně, což představuje nárůst příjmů o necelé 3 %. O to méně dostanou zaměstnanecké pojišťovny, u nichž se jedná většinou o snížení příjmů o 2,5 až 7 %, ale u některých až o 16 % (Oborová zdravotní pojišťovna).³¹

Mechanismus 100 % přerozdělení přináší také určité nevýhody. Především ruší jakoukoliv vazbu mezi výběrem pojistného a skutečnými příjmy zdravotní pojišťovny. ZP tedy mohou tímto opatřením ztratit motivaci k efektivnímu výběru pojistného. Z určitého pohledu znamená 100 % přerozdělování konec konkurence mezi pojišťovnami. Pojišťovny fungují ve stávajícím systému převážně jako přerozdělovatelé peněz. Do budoucna systém 100 % přerozdělování představuje obtížnou překážku možné individualizace ve zdravotním pojištění. Zamezuje se tím tvorbě alternativních diferencovaných zdravotně pojistných plánů založených na různé výši pojistného nebo zavedení bonifikace pojištěnců při nečerpání zdravotní péče, protože ZP musí všechny příjmy přerozdělit. Tento přerozdělovací mechanismus tedy výrazně nivelizuje systém veřejného zdravotního pojištění.³²

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny vystupovaly proti zavedení 100 % přerozdělování s odůvodněním, že eliminuje řídicí prvek pojišťovny na příjmové straně a ZP tak ztrácí motivaci k řízení nákladů na zdravotní péči.³³ Změnou systému přerozdělení nedošlo podle nich k vyřešení žádného ze základních problémů zdravotního pojištění. Přerozdělovací mechanismus podle věkových skupin ve svých důsledcích dlouhodobě

³⁰ Novelizací 123/2005 zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

³¹ SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny ke změně systému přerozdělení pojistného.

³² PAVLÍČEK, M. Ekonomické dopady přerozdělovacích mechanismů v systému zdravotního pojištění, s. 27-28.

³³ SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN. Důvody, proč 100% přerozdělování tak jak bylo navrženo nijak neřeší současné problémy financování systému veřejného zdravotního pojištění.

nemotivuje zdravotní pojišťovny ke snižování nákladů, protože vysoké náklady se promítnou do zvýšeného indexu rizikovosti.³⁴

Od 1.1.2005 byly také zavedeny úhrady nákladné péče, což jsou příspěvky pojišťovnám na drahé pojištění. Jedná se o zajištění pojišťoven proti nadprůměrnému výskytu drahých pojištěnců, které by vedlo k finančním problémům pojišťovny. Zavedení fondu sdílení rizika umožní částečně kompenzovat náklady na mimořádně drahé případy. Tyto příspěvky jsou rozdělovány také z účtu přerozdělení.

Zdravotnická zařízení a úhrady péče

Zdravotnická zařízení jsou zařízení s licencí poskytovat zdravotní péči. Zdravotnickým zařízením je jak samostatně ordinující praktický lékař, tak také fakultní nemocnice zaměstnávající několik tisíc zdravotnických pracovníků a s obratem v řádu miliard korun. Ačkoliv je rozsah zdravotní péče hrazené ze systému veřejného pojištění velmi široký, nepokrývá samozřejmě veškerou zdravotní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních. Ta tak obvykle vedle zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění poskytují také péči hrazenou přímo pojištěnci. Některá zdravotnická zařízení se do dokonce do systému veřejného zdravotního pojištění nezapojují, neuzavírají smlouvy se zdravotními pojišťovnami a poskytují zdravotní péči výhradně za přímou úhradu. Činnost zdravotnického zařízení má obvykle povahu podnikání (existují však také mnohá nepodnikatelsky provozovaná zdravotnická zařízení) a mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou je dán vztah smluvní svobody. Je-li však smlouva se zdravotní pojišťovnou uzavřena, nesmí zdravotnické zařízení od pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny za poskytnutí zdravotní péče zákonem zařazené do rozsahu veřejného zdravotního pojištění vyžadovat přímou úhradu. Výjimkou jsou některé formy spoluúčasti typické zejména pro oblast léků³⁵.

V roce 2009 bylo v ČR evidováno celkem 27 959 zdravotnických zařízení, z toho 19 824 samostatných ordinací lékařů primární péče a lékařů specialistů, přičemž 261 zařízení bylo státních (zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví a ostatní centrální orgány), 27 698 zařízení bylo nestátních (zřizovatel kraj - 163, zřizovatel město, obec - 170, zřizovatel fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba - 27 365)³⁶.

Současně platné úhrady naleznete [zde](#).

Analýza výdajů na zdravotnictví

Přístup zdravotnických účtů umožňuje oddělit jednotlivé rozměry a analyzovat výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování, druhů péče nebo typu poskytovatele. V závislosti na potřebě členění dat lze zavést i další hlediska jako jsou např. věk, pohlaví pacienta nebo diagnóza.

Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (ICHA- HF)

Finanční zdroje tvořící největší část podílu na financování zdravotnictví představují tři položky: zdravotní pojišťovny, veřejné rozpočty a domácnosti. Ostatní uvedené finanční zdroje dosahují v České republice 1,4% výdajů na zdravotnictví. Podařilo se získat údaje o soukromém

³⁴ PAVLÍČEK, M. Ekonomické dopady přerozdělovacích mechanismů v systému zdravotního pojištění, s. 37.

³⁵ Zpracováno dle podkladů k DP: Hrozby fungování ZP při centralizovaném řízení Ministerstva zdravotnictví. Autor Mgr. Radek Toman.

³⁶ Zdravotnická zařízení v ČR v roce 2009. ÚZIS ČR, dostupné na: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotnicka-zarizeni-cr-roce-2009>. Citováno dne 07/03/2011.

zdravotním pojištění za roky 2003 až 2010, o korporacích (podnicích) za roky 2004 až 2010 i o výdajích na zdravotnictví za neziskové instituce sloužící domácnostem za roky 2003 až 2010.

Tabulka 7.1: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v mil. Kč) Pramen: ČSÚ

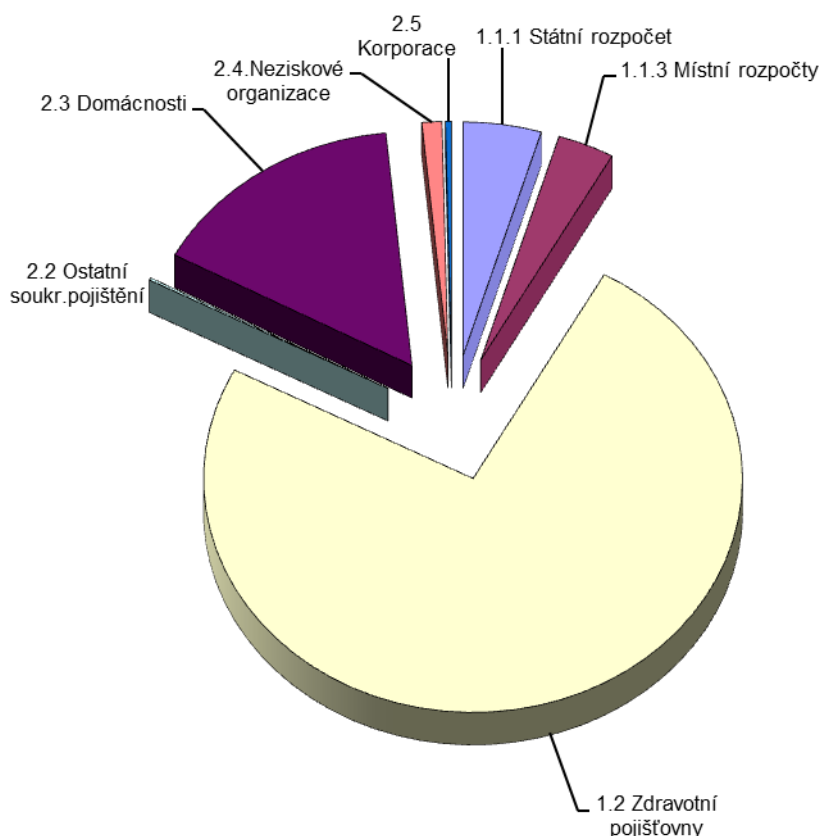
Zdroj financování (ICHA-HF)	2000	2005	2007	2008	2009	2010	Index 2010/2009	Průměrné roční tempo růstu (v %)
1 Vládní výdaje	132 962	191 356	206 565	218 719	243 692	238 387	97,8	6,01
1.1 Veřejné rozpočty	17 170	21 263	22 851	21 439	26 034	24 487	94,1	3,61
1.1.1 Státní rozpočet	8 319	12 334	14 199	12 434	14 846	13 337	89,8	4,83
1.1.3 Místní rozpočty	8 851	8 930	8 652	9 005	11 188	11 150	99,7	2,34
1.2 Zdravotní pojišťovny	115 792	170 093	183 713	197 280	217 658	213 900	98,3	6,33
2 Soukromý sektor	13 873	27 418	35 370	45 801	47 954	45 754	95,4	12,67
2.2 Ostatní soukr. pojištění	-	530	514	419	627	427	68,1	
2.3 Domácnosti	13 873	23 110	31 491	41 288	43 141	41 867	97,0	11,68
2.4 Neziskové instituce	-	3 172	2 517	3 151	3 258	2 559	78,5	
2.5 Korporace	-	606	848	943	928	901	97,1	
Celkem	146 835	218 774	241 935	264 520	291 646	284 141	97,4	6,82

Z tabulky vyplývá, že výdaje zdravotních pojišťoven, na nichž spočívá tradičně největší zátěž financování zdravotní péče, se snížily mezi roky 2009 a 2010 o necelá 2%, průměrné tempo růstu od roku 2005 činilo 4,69%. V porovnání s rokem 2009 vykázaly všechny uvedené zdroje nižší výdaje. Výdaje na zdravotnictví hrazené z veřejného rozpočtu poklesly o 6%. Výdaje domácností se ve sledovaném období snížily o 3% a jejich hodnota zhruba odpovídá úrovni z roku 2008.

V roce 2010 měly největší podíl na celkových výdajích tradičně zdravotní pojišťovny se 75,3%, veřejné rozpočty tvořily cca 8,6% (z toho státní rozpočet 4,7% a místní rozpočty 3,9%), domácnosti zaujímaly 14,7% celkových výdajů na zdravotnictví a ostatní zdroje 1,4

První pokles výdajů na zdravotnictví od doby jejich sledování prostřednictvím SHA, zřejmě nasvědčuje úspornému chování všech zúčastněných subjektů v současných složitých ekonomických podmínkách.

Graf xxxx: Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování (pramen ČSÚ)



2.2. Výdaje na zdravotnictví podle druhů péče (ICHA-HC)

Výdaje na zdravotnictví se dají analyzovat také podle rozměru „druh péče“. Jednotlivé druhy péče jsou hodnoceny bez ohledu na to, kde byly poskytnuty. Do ambulantní péče tedy řadíme veškerou ambulantní péči poskytnutou jak praktickými lékaři, tak i např. nemocnicemi.

Následující tabulka ukazuje výdaje na zdravotnictví členěné podle rozměru druh péče.

Dlouhodobě zastává největší podíl na celkových výdajích léčebná péče (cca 54% v roce 2010). Lůžková a ambulantní péče tvoří dohromady cca 97% léčebné péče. Výdaje na lůžkovou a na ambulantní péči zůstávají od roku 2009 bez výrazných změn. Podíl lůžkové péče se od roku 2005, kdy tvořil 57% výdajů léčebné péče, každoročně snižuje na současných 49%. Naopak, mírný meziroční nárůst výdajů (téměř o 7%) byl zaznamenán v roce 2010 u dlouhodobé lůžkové péče, což do jisté míry souvisí i se zvýšeným počtem lůžek v léčebnách pro dlouhodobě nemocné i v ostatních odborných ústavech pro dospělé.

Druhou nejnákladnější položkou byly léky a PZT s 23% podílem na celkových výdajích na zdravotnictví. Největší položkou této skupiny jsou již tradičně léky, které se dlouhodobě pohybují okolo 87%.

Tabulka 7.2: Výdaje na zdravotnictví podle druhů péče (v mil. Kč)

Druh péče (ICHA-HC)	2000	2005	2007	2008	2009	2010	Index 2010/2009	Průměrné roční tempo růstu (v %)
1 Léčebná péče	73 964	106 601	125 224	141 241	153 829	153 331	99,7	7,56
1.1 Lůžková péče ³⁷	40 960	60 798	66 679	72 074	76 887	75 757	98,5	6,34
1.2 Denní péče	1 906	2 199	3 254	4 758	4 488	4 538	101,1	9,06
1.3 Ambulantní péče	30 883	43 362	55 078	63 963	72 249	72 850	100,8	8,96
1.4 Domácí péče	215	242	213	446	205	186	90,7	-1,44
2 Rehabilitační péče	5 874	7 624	7 959	8 570	11 847	11 527	97,3	6,98
3 Dlouhodobá péče	5 041	7 114	9 198	8 650	10 203	10 414	102,1	7,53
3.1 Lůžková péče	3 826	5 432	7 344	7 081	8115	8 671	106,9	8,53
3.3 Domácí péče	1 215	1 682	1 855	1 569	2 089	1 743	83,4	3,68
4 Podpůrné služby	7 126	11 602	12 026	14 331	16 896	15 700	92,9	8,22
5 Léky a PZT	37 953	60 973	59 942	63 062	66 929	64 615	96,5	5,47
5.1 Léky	33 547	53 542	51 317	53 501	57 916	56 052	96,8	5,27
5.2 PZT	4 406	7 431	8 625	9 561	9 013	8 563	95,0	6,87
6 Prevence	2 198	3 601	5 227	6 808	7 776	6 785	87,3	11,93
7 Správa	3 887	6 640	7 760	8 920	9 883	8 749	88,5	8,45
7.1 Vláda + ZP	3 646	4 996	5 957	8 900	9 862	8 736	88,6	9,13
7.2.Správa soukromého ZP	-	18	16	20	20	13	65,0	-
9 Neznámá péče	771	4 299	3 672	4 341	4 201	3 400	80,9	16,00
Celkem	146 835	218 774	241 935	264 520	291 646	284 141	97,4	6,82

SHRNUTÍ

V České republice je povinná účast v systému veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění odvádíme ve výši 13,5% z vyměřovacího základu. V roce 2011 existovalo 9 zdravotních pojišťoven. VZP je největší pojišťovnou, ve které je pojištěno přibližně 60% populace. Vztah VZP a ostatních (tzv. zaměstnaneckých pojišťoven) je jedním z nespécifičtějších rysů českého zdravotního systému. Jakkoliv je prostor pro konkurenci omezený, pojišťovny se přesto snaží odlišovat se. V ČR je přerozdělováno 100% vybraného zdravotního pojištění. Výše úhrad poskytnuté péče se stanovuje v tzv. dohodovacím řízení.

³⁷ Na doporučení OECD došlo k přepočtu lůžkové péče (a tím pádem k jejímu nárůstu), kde jsou nově do položky lůžková péče zahrnovány některé podpůrné služby poskytnuté v nemocnicích lůžkovým pacientům.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotní pojištění

VZP

Zaměstnanecké pojišťovny

Přerozdělování pojistného

Úhradová vyhláška

OTÁZKY, ÚKOLY A PROBLÉMY

1. Charakterizujte systém veřejného zdravotního pojištění v ČR. Srovnajte se systémy v jiných zemích a identifikujte jeho výhody a nevýhody.
2. Jaká je role zdravotních pojišťoven v českém zdravotním systému. Jakým největším problémům systém, dle Vašeho názoru, čelí?
3. Jaké nevýhody má systém stoprocentního přerozdělování vybraného zdravotního pojištění?
4. Jaké metody úhrad jsou v ČR používány pro ambulantní specialisty?
5. Jaké nástroje byste použili k zajištění finanční udržitelnosti systému veřejného zdravotního pojištění?
6. Diskutujte problematiku konkurence mezi zdravotními pojišťovnami.

POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA K TÉTO KAPITOLE:

1. Toman R., Hrozby fungování zdravotních pojišťoven při centralizovaném řízení Ministerstva zdravotnictví, Diplomová práce, Brno 2010.
2. Stránky Ministerstva zdravotnictví ČR: <http://www.mzcr.cz/>
3. Stránky Všeobecné zdravotní pojišťovny: <http://www.vzp.cz/>
4. Stránky Svazu zdravotních pojišťoven: <http://www.szpcr.cz/>

8. REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ

Cíl kapitoly: Cílem kapitoly je shrnout hlavní změny, kterými prošel český zdravotní pojišťovací systém po roce 1989. Důraz je kladen na samotnou transformaci zdravotního systému a dále pak na vybrané problémy, kterými české zdravotnictví trpí (např. restrukturalizace péče). Velký prostor je věnován také tzv. Julínkově reformě, jsou popsány základní rysy tohoto návrhu a jsou také identifikovány důvody jejího neúspěchu.

Časová zátěž: 16 hodin

(1) Historický vývoj

Počátky zdravotního pojištění na území dnešní České republiky sahají do období konce devatenáctého století, kdy zde existovaly stovky vzájemných pokladen s mnoha tisíci členy. V Rakousku-Uhersku bylo nemocenské pojištění zavedeno v průmyslu od roku 1888, zákony vydanými již v samostatném Československu došlo v první polovině dvacátých let dvacátého století k zavedení povinného zdravotního pojištění pro námezdní dělníky a státní a veřejné zaměstnance. Dle GLADKIJ (2003) působilo během První republiky několik typů pojišťoven. Nemocenské pojištění pro dělníky v průmyslu a zemědělství a soukromé úředníky zajišťovaly nemocenské pojišťovny podléhající Ústřední sociální pojišťovně. Horníci byli pojištěni u revírních bratrských pokladen a státní úředníci u úřednických nemocenských pokladen. Existovaly i další fondy a pokladny a z celkového počtu 14,7 mil osob se nemocenského pojištění účastnilo 3,5 mil osob a jejich rodinných příslušníků. Od roku 1934 se pojišťovny musely povinně sdružovat. Svazy pojišťoven vyjednávaly s poskytovateli smlouvy. Základem zdravotní péče byl praktický lékař, ke kterému byli pacienti přiřazeni. Ve třicátých letech dvacátého století v Československu působilo přes 300 nemocenských pojišťoven. Po druhé světové válce nedošlo k téměř žádným změnám. K zásadní změně došlo v roce 1951, kdy byl zaveden sovětský model zdravotnictví a stát na sebe převzal zodpovědnost za poskytování péče i za zdraví celé populace³⁸.

V Československé republice vznikl hierarchicky uspořádaný a centralizovaný systém zdravotnictví. Existovaly zde krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ), okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ) a městské ústavy národního zdraví (MÚNZ), které byly zaměstnavateli veškerého zdravotnického personálu. Stát měl monopolní postavení v poskytování zdravotní péče. Neexistovaly žádné soukromé praxe. Systém využíval rozsáhlých kapacit a byl relativně levný.

Zpočátku tento socialistický model fungoval překvapivě dobře. Podařilo se mu vymýtit některé nemoci a snižovat některé důležité indikátory, jako například dětskou úmrtnost. Československé zdravotnictví se mezi lety 1960 a 1964 pohybovalo na desátém místě mezi 27 evropskými zeměmi v rámci sledovaných ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva.

Od poloviny šedesátých let sledované indikátory zdravotního stavu obyvatelstva Československé socialistické republiky začaly stagnovat a posléze se zhoršovat. Znamenalo to propad na dvacáté druhé místo mezi evropskými zeměmi mezi 1970 a 1974, přičemž v roce 1980 bylo Československo už na posledním, tedy dvacátém sedmém místě v Evropě.

Přestože zdravotní stav obyvatel je závislý i na jiných faktorech, než je pouze zdravotnictví (životní prostředí, způsob života, genetické předpoklady atp.), je možné konstatovat, že zdravotní

³⁸ Zpracováno dle Zprávy o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Dokument Kulatého stolu. [online], c2007, [cit. 2009-10-05]. Dostupný z: <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf>

stav obyvatel Československa přímo koreloval se „zdravotním stavem“ celého zdravotního systému. Tento rigidní, přídělový a hierarchický systém se vyznačoval především :

- Financováním ze státního rozpočtu
- Nedostatkem moderního managementu, ekonomického stimulu a kontroly kvality
- Ztrátou schopnosti přijímat racionální rozhodnutí o alokaci zdrojů
- Nereagoval flexibilně na potřeby obyvatel
- Velká část peněz, lidského potenciálu a důvěry obyvatel byla promrhána.
- Nízká efektivnost systému
- Větší počet lékařů a nemocničních lůžek
- Nízký sociální statut zdravotnického personálu
- Téměř žádná práva pacientů na volbu lékaře
- Systém privilegií pro některé sociální a především politické vrstvy.
- Zdravotní služby byly neekonomické, nedemokratické a postrádaly lidský přístup

Je zřejmé, že zdravotnictví trpělo chronickou a stále se prohlubující krizí a že bylo před kolapsem celého systému. Politické, sociální a ekonomické změny, které přinesl rok 1989, znamenaly nový impuls pro celou ekonomiku, zdravotnictví nevyjímaje.

(2) Transformace (1989 – 1991)

Na počátku 90. let se začaly formovat občanské iniciativy, které později zastřešilo Ministerstvo zdravotnictví a od nichž vzešly první principy navrhovaných změn ve zdravotnictví. Bylo konstatováno, že není možné pouze provádět dílčí změny stávajícího systému, ale že je nutné zavést zcela nový systém poskytování zdravotní péče.

Cílem bylo vytvořit flexibilní systém zdravotnictví, který by byl schopný se přizpůsobovat měnícím se potřebám obyvatel a zároveň by zajistil rovnováhu mezi profesionálními, ekonomickými a lidskými aspekty.

Jinými slovy mělo jít o transformaci z centralizovaného modelu na demokratičtější a liberálnější systém, který by umožnil poskytování kvalitnější zdravotní péče všem a měl by lepší kontrolu nad efektivitou systému. Tvůrci nového zdravotního systému si uvědomovali, že základní principy zdravotní politiky jsou předmětem sociálních preferencí, jejich implementace je vyjádřením politické vůle na všech úrovních politiky a že tuto změnu není možno provést bez podpory adekvátně informované veřejnosti.

Základní principy nového zdravotnického systému :

- stát garantuje adekvátní úroveň péče pro všechny občany
- vytváření, implementace a kontrola zdravotní politiky má být demonopolizována a musí být vytvořen prostor pro zavádění konkurence do zdravotnictví
- svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení
- monopolní postavení státu bude zrušeno
- územní jednotky budou zodpovědné za implementaci zdravotní politiky na svém území
- zdravotnictví bude financováno z více zdrojů (státní rozpočet, prostředky územní samosprávy, soukromé subjekty, pacienti)

- povinné zdravotní pojištění předpokladem fungování nového systému.

V první polovině 90.let došlo tedy v ČSFR v důsledku změn společenských poměrů k zásadní změně zdravotnictví. Šlo především o změny ve financování a úhradách služeb, v postavení subjektů, poskytujících zdravotnické služby a v systému veřejné správy. Zrušením krajských a okresních ústavů národního zdraví byla zdravotnickým zařízením přiznána právní a ekonomická subjektivita. Předchozí systém státního zdravotnictví, financovaného ze státního rozpočtu, byl nahrazen vícezdrojovým financováním zdravotní péče na principu solidarity. Převažující podíl tvoří ze zákona povinné veřejné zdravotní pojištění občanů. Pacientům byla dána svoboda volby poskytovatele zdravotní služby.

Transformační změny v letech 1990 – 1993 probíhaly velice rychle a soustředily se hlavně na vztahy v oblasti financování a úhrad poskytovaných služeb. Následně pak na procesy privatizace majetku. Přístup k těmto změnám byl silně ovlivněn samotnými zdravotníky a jejich očekáváním zvýšených příjmů. Potřebné detaily v právní a ekonomické rovině se však nestaly předmětem diskusí v průběhu tvorby koncepčních a právních transformačních kroků.

Po této rychlé transformaci nastalo dlouhé období četných nestabilit v důsledku podcenění významu kontroly nad hospodařením s veřejnými finančními prostředky, které v podstatě přetrvávají dodnes.

Na tomto místě je nutno poznamenat, že od roku 1990 se do dnešního dne na postu ministra zdravotnictví vystřídal 16 osob. Od revoluce do února 1997 byli ministři z ODS, mezi lety 1998 – 2006 to byli zástupci ČSSD a od roku 2006 opět pravicoví ministři.

(3) Privatizace (1992 – 1996)

V roce 1992 byla ve zdravotnictví zahájena další významná organizační změna – privatizace majetku. První představy vycházely z předpokladů o možnosti zprivatizovat, snad jen s výjimkou fakultních nemocnic, téměř vše. Při absenci právního rámce pro neziskovou formu organizací proběhla privatizace menších nemocnic do formy obchodních společností. V ambulantní péči byla privatizace méně konfliktní.

Na začátku roku 1992 bylo na základě zákona o VZP a ZZP rozhodnuto o pluralitním systému zdravotního pojištění (snaha o konkurenci plátců). Vzniklo až 27 zdravotních pojišťoven, které postupně fúzovaly nebo zanikaly. Dnes existuje v ČR 9 zdravotních pojišťoven.

Roky 1995 a 1996 představovaly řetězení a vyvrcholení krize nedostatečné koncepčnosti, komplexnosti a jasných pravidel pro celý proces privatizace, především nemocnic.

Efekty privatizace lze shrnout následovně:

- růst kvality poskytovaných služeb - zájem o pacienta
- vyšší dostupnost techniky
- určitá ekonomizace zdravotnictví
- pluralitní trh zdravotních služeb
- řídicí pravomoci byly rozděleny mezi veřejnou správu, profesní komory a zdravotní pojišťovny
- nepodařilo se dostatečně racionalizovat síť poskytovatelů (nemocnic).

V polovině 90.let se však systém zdravotnictví dostal do vážné bilanční krize. Řada nemocnic dosáhla deficitu v rozsahu desítek až stovek milionů Kč. Bilanční nerovnováha nastala také na straně zdravotních pojišťoven .

V důsledku těchto událostí se zdravotní politika začala orientovat spíše na regulaci nabídkové strany, jde především o snahu zredukovat počet akutních nemocničních lůžek, kontrolovat lékovou a investiční politiku.

(4) Restrukturalizace lůžkové péče (1997 – ?)

ČR má více lékařů na deset tisíc obyvatel než většina států v OECD. Naopak má nižší počet zdravotních sester. Také počet lůžek na deset tisíc obyvatel je vyšší než průměr v OECD zemích tak, jak ukazuje následující tabulka.

Tabulka xx: Počet lůžek na 10 000 obyvatel v roce 2009

ČR	5,1
Velká Británie	2,7
Francie	3,5
Německo	5,6
Rakousko	5,6
Průměr OECD	3,8

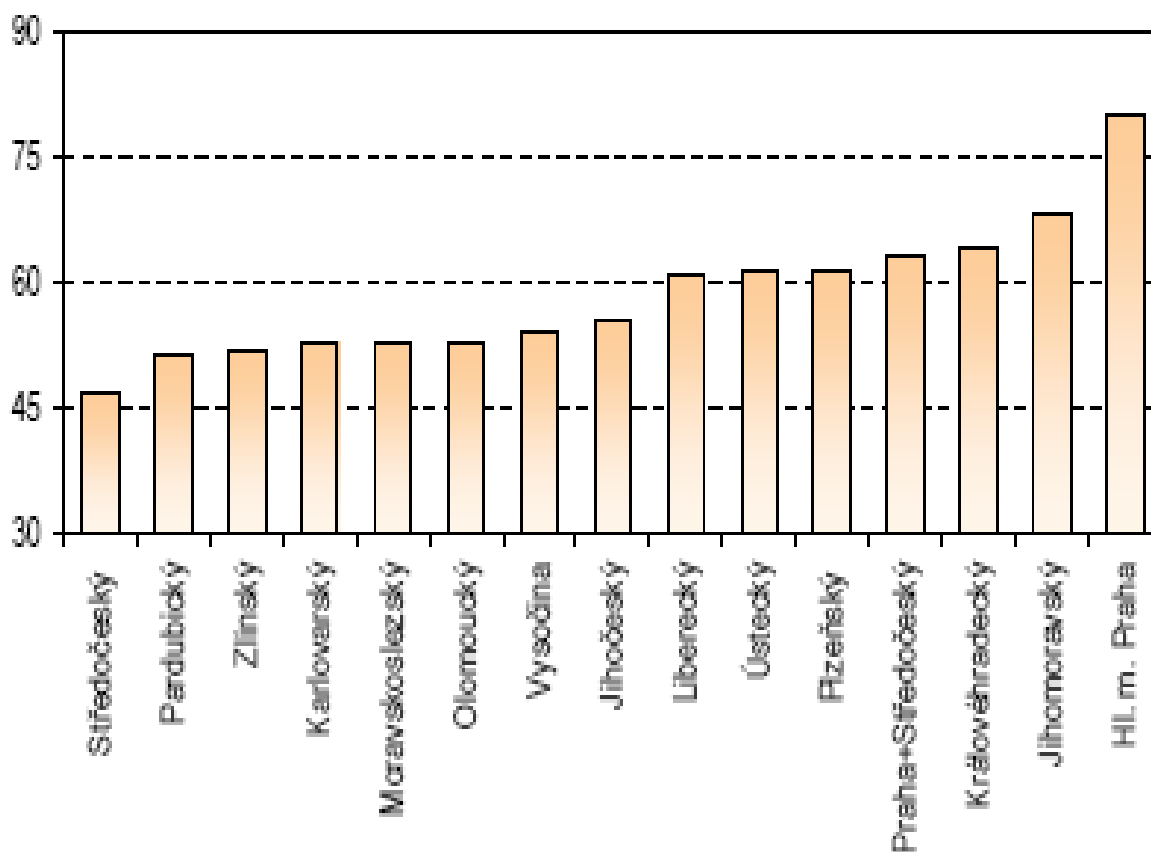
Zdroj: ÚZIS

Restrukturalizace by měla vyřešit problém naddimenzované akutní lůžkové péče. Hlavním cílem restrukturalizace je snížení počtu základních akutních lůžek, posílení počtu lůžek pro dlouhodobou lůžkovou péči a snížení počtu lékařů, který se ukazoval jako nadbytečný.

První pokus o restrukturalizaci z roku 1997 nebyl příliš úspěšný. Dalším milníkem byly roky 2004 – 2006, kdy se kraje staly zřizovatelem nemocnic (viz níže). Některé z krajů měly poměrně jasnou představu o potřebném počtu lůžek na svých územích a dařilo se jim ji alespoň částečně naplňovat. Příkladem je především Středočeský a Jihočeský kraj tak, jak to vyplývá z následujícího grafu.

Graf xx: Počet lůžek na 10 000 obyvatel v roce 2010

Lůžka na 10 000 obyvatel



Zdroj: ÚZIS

Podstatné je především umět odpovědět na otázku, kde by restrukturalizace měla proběhnout. Jak vyplývá z výše uvedeného grafu, největší počet lůžek je vykazován ve velkých městech (Praha, Brno). Nicméně jako problematické se ukazují i kraje, ve kterých byla snaha lůžkový fond restrukturalizovat, například Středočeský kraj. Pokud bychom se orientovali dle koeficientů potřebných lůžek, které byly vypracovány odbornými lékařskými společnostmi a vzali bychom si jako příklad okres Kolín, zjistili bychom, že například v ortopedii by bylo potřeba disponovat 16 lůžky, zatímco v roce 2009 jich tam bylo 39.

Další příležitostí pro restrukturalizaci lůžkového fondu mohla být akce Lékařského odborového klubu „Děkujeme, odcházíme“ z let 2010 - 2011. Nicméně vzhledem ke kompromisu, který MZ ČR v této věci s odbory vyjednalo, nebyla tato příležitost využita. Z postojů lékařských odborů i samotné ČLK je evidentní, že vůle poskytovatelů k restrukturalizaci lůžkového fondu je po akci „Děkujeme, odcházíme“ velmi omezená.

V současné době se znovu iniciativy chopily kraje, které začínají podepisovat s MZ ČR a pojišťovny memoranda o snižování počtu lůžek. Prvním příkladem je [memorandum](#) Jihomoravského kraje z února 2011.

Dlouhodobým otazníkem ovšem zůstává, kdo by vlastně restrukturalizaci měl provádět. Logicky by to mohly být zdravotní pojišťovny. Ty jsou však velmi závislé na státu (resp. MZ ČR), když jsou omezovány vyhláškami a nemohou tak pracovat s rozdílnými výšemi úhrad pro různé poskytovatele. Restrukturalizace by také mohla být v gesci MZ ČR či samosprávy, zde se však dlouhodobě nedaří sestavit jasnou koncepci. Je také nutné si uvědomit, zda vlastně existuje politická motivace k restrukturalizaci, protože zjednodušeně řečeno zavírat nemocnice je politicky nepopulární krok. Restrukturalizaci by také mohly provádět samotné managementy

zdravotnických zařízení, která ale v současném systému k tomuto kroku nemají příliš velkou motivaci.

(5) Reforma veřejné správy (2000 -2003)

V rámci reformy veřejné správy došlo k převodu nemocnic zřizovaných MZ ČR do samostatné působnosti krajů, přičemž kraj se stal také zřizovatelem bývalých okresních nemocnic. Přitom do konce roku 2002 spadalo nejvíce nemocnic právě pod okresní úřady. Šlo o 82 nemocnic s 32 021 lůžky z celkových 203 nemocnic s 66 784 lůžky.

Stát převedl na kraje převážnou většinu nemocnic, kromě nemocnic fakultních, které jsou řízeny přímo Ministerstvem zdravotnictví. Celkové zadlužení převáděných nemocnic dosahovalo hodnoty přibližně 500 mil. Kč a dotace krajům na úhradu závazků představovala asi 60% dlužné částky. V reakci na to převedly v průběhu následujících let kraje mnohé z nemocnic na jinou právní formu než byla původní příspěvková organizace. Jednalo se o transformaci nemocnic zejména na akciové společnosti. Podle představitelů některých krajů právě transformace na obchodní společnosti umožnila stabilizovat hospodaření těchto zdravotnických zařízení, a to zejména kvůli vyšší motivaci managementů, větší odpovědnosti a transparentnosti stavu a pohybu majetku a závazků. Otázka transformace nemocnic na akciovou společnost zůstává dodnes velmi aktuálním tématem.

Výše nastíněný průběh transformace českého systému zdravotnictví shrnuje tabulka **xxx**:

Tabulka **xxx**: Vývoj reformy zdravotnictví

1990 – 1991
<ul style="list-style-type: none"> - příprava základních změn - nastartování základních změn - zánik Krajských ústavů národního zdraví a později i Okresních ústavů národního zdraví - vznik České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory
1992
<ul style="list-style-type: none"> - zahájení nového způsobu financování zdravotní péče prostřednictvím VZP (v té době ovšem ještě čerpala zdroje ze státního rozpočtu) - vytvoření základů pro proces privatizace
1993
<ul style="list-style-type: none"> - zahájení financování zdravotní péče VZP a později dalšími zdravotními pojišťovny na bázi vybraného pojistného - vznik několika zaměstnaneckých pojišťoven - zahájení privatizace (převážně se týkala ambulantní péče)
1994 - 1995
<ul style="list-style-type: none"> - první vážnější problémy ve financování zdravotnictví - vznik většiny zaměstnaneckých pojišťoven - legislativní omezení konkurence pojišťoven - začíná se uznávat nutnost podstatných úprav systému a nutnost pokračovat v reformě

v upraveném pojetí
1997 - 1998
<ul style="list-style-type: none"> - vládní stranou ČSSD – orientace zdravotnictví na čistě neziskový princip poskytování zdravotní péče - tlumení růstu výdajů zavedením různých forem paušálních plateb - pokus o restrukturalizaci lůžkové péče na bázi výběrových řízení
1999 - 2001
- stagnace a vyčkávání
2002 - 2007
<ul style="list-style-type: none"> - stálý růst výdajů na zdravotnictví - více návrhů na reformu zdravotnictví, žádný však neprosazen a neuplatněn v praxi - převod státních neziskových zdravotnických zařízení na kraje a obce - přeměna některých zdravotnických zařízení na právnické osoby fungující na ziskovém principu – velmi kontroverzní, snaha ze strany vlády o udržení celého sektoru čistě neziskového - v systému průběžně prováděny pouze dílčí změny - např. pravidelné změny úhradových vyhlášek - od r. 2006 vládní stranou ODS – nový návrh reformy (Julínkova reforma)

Zdroj: vepřek, j., vepřek, p., janda, j.(2002.)

(6) Julínkova reforma

Současný systém zdravotní péče v ČR musí řešit dva základní problémy. Prvním, do určité míry specifickým, problémem českého systému zdravotní péče je nedostatečné fungování řady institucí zajišťujících jeho chod. Rozpory přítomné již při formování dnešního systému na počátku 90. let a nekonceptní přístup k jejich řešení v posledních 10 letech vedly ke zmatení rolí jednotlivých institucí a k nedostatečnému tlaku na jejich efektivitu. Druhým problémem je rozpor mezi omezenou výší zdrojů a prakticky neomezenou poptávkou po zdravotních službách. Základním zdrojem rozporu je odtržení voleb občanů v oblasti zdravotní péče od jejich ekonomických důsledků. Tento rozpor je společný všem systémům zdravotního zabezpečení v rozvinutých zemích³⁹.

Jak je patrné z výše uvedeného, Česká republika, tak jako mnoho jiných zemí, se dlouhodobě snaží reformovat svůj zdravotní systém. Výsledky parlamentních voleb v roce 2006 znamenaly velké očekávání mezi odbornou veřejností a zdálo se, že po dlouhých 15 letech neschopnosti přiblížit se prosazení ucelené reformní koncepce docházelo k jisté změně. Vypadalo to, že ministři nechybí vůle k prosazování razantních změn v systému (pečlivě připravovaných dlouho před nástupem do funkce), a to i přestože tehdejší vládní koalice byla velice křehká (102

³⁹ MACHÁČEK T.&HROBOŇ P.&JULÍNEK T.Návrh změny systému zdravotního zabezpečení v České republice. Duben 2004. [online], c2007, [cit. 2009-10-05]Dostupné z: <http://www.zdravotnireforma.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_vstupni_studie.pdf>

ku 98). Již na podzim roku 2006 předložil ministr cíle Ministerstva zdravotnictví (MZ) pro období 2006 – 2010.

Reformní opatření byla členěna do dvou fází (respektive i do dvou volebních období), přičemž cílem první fáze byla stabilizace systému a reforma institucí, cílem druhé fáze byla reforma financování a tedy zajištění dlouhodobé udržitelnosti solidárního systému. První fáze reformy („Reforma institucí – od 2006) sestávala ze čtyř cílů: (1) posílení volby a odpovědnosti občanů (2) zvýšení zodpovědnosti zdravotních pojišťoven, (3) modernizace sítě zdravotnických zařízení, (4) úhrada léků podle jejich přínosu. Tato etapa reformy se dá považovat za fázi přípravnou, přinášející dílčí změny do současného systému. Na ni pak měla navazovat systémová změna, tedy samotná přeměna systému financování českého zdravotnictví (od 2010). Představa tohoto nového fungování systému, jakož i rámec této systémové změny, byla poměrně jasně definována, nicméně pro dotvoření její detailní podoby působil při MZ pracovní tým odborníků v rámci tzv. projektu „Kulatý stůl“.

Vládě se podařilo v srpnu 2007 v Parlamentu prosadit novelizaci klíčových zdravotnických zákonů, směřujících k naplnění cílů první etapy reformy. Tyto změny si kladly za cíl přispět ke stabilizaci zdravotního systému a k připravenosti na reformu. V rámci těchto novelizací byly od ledna 2008 zavedeny regulační poplatky za čerpání zdravotních služeb (včetně ochrany zranitelných skupin obyvatel cestou výjimek a celkového limitu na regulační poplatky a na doplátky na léky). Cílem bylo podpořit větší zodpovědnost občanů za vlastní zdraví a za čerpání zdravotní péče, včetně částečné finanční odpovědnosti a omezení plýtvání. Dále byl změněn proces stanovování úhrad léků v souladu s požadavky EU, byly značně posíleny pravomoci Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Došlo také ke změně vztahu státu a Veřejné zdravotní pojišťovny atd.⁴⁰

V návaznosti na to představilo na konci roku 2007 MZ veřejnosti věcné záměry sedmi reformních zákonů, když předpokládalo jejich účinnost od roku 2009. Návrhy zákonů se daly rozdělit do tří vzájemně provázaných a na sebe navazujících souborů legislativních i nelegislativních opatření: (1) veřejné zdravotní pojištění; (2) poskytování zdravotní péče a (3) vzdělávání, věda a výzkum.

V systému veřejného zdravotního pojištění obsahovala reformní koncepce následující změny:

- Stanovení jasné a vymahatelné definice péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, tedy „standardu“ (otevření prostoru pro platbu za „nadstandard“),
- umožnění nabídky více způsobů pojištění, včetně řízené péče a možnosti pojištěnce samostatně hospodařit s částí peněz,
- možnost pojištěnce získat bonus v případě dobrého hospodaření jeho pojišťovny,
- významné zvýšení aktivity pojišťoven při organizaci zdravotní péče, zejména přednostní uzavírání smluv s kvalitními a efektivními poskytovateli,
- zásadní zpřísnění státního dohledu nad činností zdravotních pojišťoven včetně založení specializovaného regulačního úřadu
- změna právní formy zdravotních pojišťoven vedoucí k nalezení jejich zodpovědných majitelů a managementu s jasně definovanými odpovědnostmi.

Dlouhodobou součástí reformních snah byla také změna způsobu financování veřejného zdravotního pojištění (tedy změna v oblasti plateb pojistného), která sledovala dva cíle – větší zapojení občanů a možnost přisunu soukromých prostředků do systému veřejného zdravotního

⁴⁰ Více např. DARMOPILOVÁ, ŠPALEK (2007)

pojištění. Tato změna ve financování byla úmyslně odložena na pozdější dobu (výše zmíněný projekt Kulatý stůl).

V systému **poskytování zdravotní péče** šlo především o změny v postavení a v činnosti pojišťoven, které měly postupně vést k významnému zvýšení efektivity a kvality českého zdravotnictví, včetně změn ve struktuře sítě zdravotnických zařízení, v řízení a chování poskytovatelů zdravotní péče a ke zvýšení konkurenceschopnosti českého zdravotnictví v mezinárodním měřítku. Nástrojem zdravotních pojišťoven v prosazování těchto změn jsou zejména smlouvy upřednostňující kvalitní a efektivní poskytovatele. Nicméně změny v oblasti poskytování zdravotní péče měly být podpořeny také dalšími způsoby:

- Novou zastřešující legislativou (nové zákony o zdravotních službách, nahrazující dodnes platný zákon z roku 1966 a novely zákonů o vzdělávání),
- vypracováním nových systémů pro popis a vykazování zdravotní péče (zejména náhrada dnešního systému bodů a zavedení srozumitelného katalogu výkonů),
- centrální podporou zavedení nových způsobů plateb poskytovatelům ze strany pojišťoven (namísto anonymních rozpočtů platba v korunách za skutečně odvedenou péči, postupně založená i na její kvalitě),
- zavedením „standardů“ (doporučených klinických postupů),
- centralizací vysoce specializované péče k menšímu množství poskytovatelů s cílem zajistit kvalitu poskytované péče a lepší využití drahých přístrojů a postupů.

Některé z těchto opatření se podařilo uskutečnit, k zásadním změnám ve způsobu poskytování zdravotní péče ale nedošlo.

V oblasti **vzdělávání, vědy a výzkumu** šlo především o následující:

- Zlepšit systém vzdělávání zdravotníků
- Podpora výzkumu vedoucího ke zlepšení kvality péče
- Transformovat nemocnice řízené MZ ČR na univerzitní nemocnice, které by byly špičkovými centry vzdělávání a medicíny.

Reformní strategii tak, jak byla koncipována se nepodařilo prosadit a ministr Julínek byl začátkem roku 2009 odvolán z funkce. Přínosy reformy by dle názoru autorky mohly být spíše pozitivní, neboť hlavní principy, na kterých reformní koncept stál, jsou skutečné problémy, se kterými se resort potýká a jejich vyřešení (či snaha o řešení) by mohla vést ke zefektivnění celého systému. Je také evidentní, že odborná veřejnost od reformního konceptu mnoho očekávala. Nicméně prosazování reformy bylo od začátku ohroženo zejména třemi faktory: (1) síla mandátu vlády; (2) neochota MZ ČR hledat konsensus uvnitř vládní koalice a (3) špatně nastavená komunikační strategie směrem k ostatním aktérům působícím ve zdravotní politice. MZ ČR se tak dostávalo do jakési izolace, která zesílila zejména po přijetí zákona o regulačních poplatcích. Jakkoliv není pochyb o významu regulačních poplatků, autokratický způsob přijetí tohoto zákona fakticky snahu o reformu ukončil.

Následující tabulka shrnuje hlavní příčiny neprosazení reformy.

Tabulka xxx: Faktory neprosazení julínkovy reformy

faktory	Ekonomická situace ČR v době prosazování návrhu	V demokraciích se málokdy podaří přesvědčit občany o potřebnosti změn v době, kdy je většina obyvatelstva spokojena.
---------	---	--

	Síla mandátu vlády	Neustálý boj vládní koalice o přežití a nejistota týkající se výsledku téměř jakéhokoliv hlasování vedly k tomu, že názory jednotlivých poslanců rozhodovaly o osudu reformních zákonů.
	Neexistence dlouhodobého konsensu o podobě reformy	O budoucí podobě zdravotnictví by měl existovat základní politický konsensus.
Vnitřní faktory	Přílišný rozsah a hloubka změn	Reformní návrh se z důvodů provázanosti jednotlivých kroků a neexistence základního konsensu mezi hlavními politickými stranami snažil prosadit všechny podstatné změny během jednoho volebního období. ČR je spíše připravena na sérii postupných změn.
	Špatně nastavená komunikační strategie s ostatními aktéry	Velmi významná byla snaha o prosazení technicky a právně nejlepšího řešení bez ohledu na možnosti jeho prosazení a postoj klíčových zájmových skupin
	Špatně nastavená komunikační strategie s veřejností	Při plánování reformy došlo k podcenění odporu proti tržně orientovaným řešením a zejména některým jejich symbolům v české společnosti. Vzhledem k rozsahu a hloubce změn, nebyla popularizace reformy dostatečná.
	Ztráta politického kapitálu	Podpora ministři klesala jak ve vládní koalici, tak v jeho vlastní politické straně.

Zdroj: Sestaveno autorkou dle „Proč nebyla v období 2006 – 2008 prosazena reforma zdravotnictví“

Od odvolání ministra Julínka začátkem roku 2009 působili v ČR další tři ministři zdravotnictví. Žádný z nich nepředložil ucelenou reformní koncepci pro zdravotnictví. Současný ministr Leoš Heger čelil nátlaku lékařů v rámci akce „Děkujeme, odcházíme“, jejíž výsledkem je podepsané [memorandum](#) (nejen) o navýšení mezd a platů lékařů. V návaznosti na programové prohlášení vlády z roku 2010⁴¹ je možné konstatovat, že oblast zdravotnictví je jednou z hlavních priorit současné vlády a přijatá opatření mají být koncipovaná tak, aby byl zdravotnický systém dlouhodobě finančně udržitelný.:

Shrnutí:

1. Český systém byl transformován z centrálně plánovaného systému do podoby bismarckovského systému.
2. Proběhla rozsáhlá privatizace (lékárny, lázně..), velké nemocnice privatizovány nebyly. Otázka (ne)privatizace zdravotních zařízení je dosud aktuální otázkou v ČR.
3. Nepodařilo se zásadním způsobem restrukturalizovat péči ani vydefinovat úhradové standardy.
4. Julínkova reforma byla pravděpodobně nepropracovanějším reformním materiálem, nepodařilo se ji však prosadit.

Klíčová slova: reforma zdravotnictví, restrukturalizace péče, privatizace

Kontrolní otázky a úkoly:

⁴¹ Programové prohlášení Vlády České republiky je dostupné online z <http://www.vlada.cz/assets/media-centrum/dulezite-dokumenty/Programove_prohlaseni_vlady.pdf>

1. Popište hlavní kroky transformace zdravotního systému v devadesátých letech 20.století. Jaké byly principy, na kterých transformace stavěla. Zhodnot'te výstupy transformace.
2. Proč byly některé nemocnice převedeny z centrální na krajskou úroveň? Jaké jsou výhody a nevýhody. Uveďte konkrétní příklady.
3. Vyberte si dvě z mnoha navrhovaných koncepcí reformy zdravotnictví. Vysvětlete jejich principy a zhodnot'te jejich silné a slabé stránky.

Netriviální otázky k inspiraci a zamyšlení:

1. Pokud byste byli zodpovědní za vytvoření koncepce restrukturalizace lůžkového fondu v ČR, jak byste postupovali. Kdo by za restrukturalizaci měl být zodpovědný a kde byste ji prováděli?
2. Nastudujte si princip tzv. [Holandské reformy](#)⁴². Byl by, dle Vašeho názoru, tento princip přínosný pro ČR. Diskutujte.

Použitá a doplňková studijní literatura k této kapitole:

1. VEPŘEK, J., VEPŘEK, P., JANDA, J.: *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 232 s. ISBN 80-247-0347-5
2. BRYNDOVÁ, L., PAVLOKOVÁ, K., ROUBAL, T., ROKOSOVÁ, M., GASKINS, M.: *Czech Republic HiT European Observatory on Health System and Policy* [online]. c2009, [cit. 2011-01-26]. Dostupné na internetu: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf
3. České zdravotnictví v roce 2050. Leden 2009. Dokument Kulatého stolu.
4. Zpráva o možných změnách ve zdravotnictví ČR. Leden 2009. Dokument Kulatého stolu. ISBN 978-80-85047-36-3
5. Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Květen 2008. Dokument Kulatého stolu

⁴² Ukázka jednoho z možných zdrojů.