

I. Poptávka po zdravotní péči – opakování :

Charakteristika poptávky po zdravotní péči:

- Individuálně nepředvídatelná (neznalost vlastního zdrav. stavu, v rámci populace podstatně lépe předvídatelná)
- Nepravidelná (pravděpodobně rostoucí s věkem)
- Intenzivní (v případě bolesti, nemoci)
- Vykazuje externí užitky (společenský zájem na zdraví jednotlivců i populace jako celku)
- Existence elity (lékař ví lépe, co potřebuji)
- Cenová elasticita poptávky, tj. citlivost na cenu, které je pacient vystaven (Feldstein : $E_{PD(\text{nemocniční péče})} = 0,7$; jiné odhady : elasticita mezi 0,2 a 0,7)

Nabídkou indukovaná poptávka (podmíněno systémem financování):

- Pacient deleguje svou spotřebitelskou suverenitu na lékaře => dodatečné služby, vyšetření, léky
- Manipulace s frekvencí služeb, délkou hospitalizace
- „Každý lékař si pacienta najde, každé lůžko bude obsazeno“

Racionalizace (redukce) poptávky :

- **Progresivní a regresivní pojistné sazby, bonusy, tlak na prevenci** - běžný prvek v činnosti komerčních pojišťoven v jiných oblastech než je zdravotní péče. Mohli by se zdát vhodnými nástroji stimulace pacienta na zdravější způsob života. Diskutabilní je jejich vliv na princip spravedlnosti, protože lze velmi těžko posoudit, které zdravotní problémy vyplývají ze způsobu života a které jsou zaviněny prostředím a které geneticky. Lidé s vrozenými dispozicemi by byli zřejmě diskriminováni. Možná by bylo lepší použít systém bonusů jako nástroj podporující spotřebu preventivní péče.
- **Finanční spoluúčast**
- **Stanovení maximální výše prostředků, které se vyplácejí za danou diagnózu.** V případě, že spotřebitel využije služby nemocnice nebo lékaře, kteří účtují vyšší sazbu než je maximální, spotřebitel hradí rozdíl z vlastních prostředků. Tato metoda vyžaduje podrobnou informovanost pacienta o cenách a je poměrně nákladná
- **Posílení vědomí hodnoty a ceny zdraví, zdravotnické programy a osvěta** - vedou obyvatele ke snížení morálního rizika v chování v souvislosti se zdravotním stavem.
- **Specifikací a omezením rozsahu garantované péče**
- **Pořadníky a délka čekací doby** : tento způsob omezuje poptávku zejména vyšších příjmových skupin, které nahrazují dobu čekání zvýšenými náklady na nákup léků z vlastních prostředků nebo přímou platbou v soukromém sektoru. Negativem je motivace k protekcionismu a nerovnosti. Problémem je též definování skupiny pacientů, kteří mohou čekat a skupiny naléhavých případů. Pořadníky se mohou při

určitých podmínkách použit ve specializované péči, ale nepředstavují vhodný nástroj u praktických lékařů.

- **Gate keeper systém** – de facto omezení svobody volby lékaře, posílení pravomocí praktického lékaře – „vybaví pacienta žádankou a pošlou ho dál“. Praktický lékař vystupuje jako regulátor poptávky po specializované péči, která je dražší. Dříve se pacient u nás dostal ke specialistovi jedině přes praktika. Pak se to uvolnilo, bylo možno chodit zdarma ke specialistovi. Ale protože tito se stali přetíženými, zavedla se platba výkonů specialisty. Oni to však nevybírali, jednak je to zatěžovalo a jednak nechtěli ztratit pacienty.
- **Spotřebitelé jsou motivováni k využívání služeb určitých zařízení, která dokáží uvedený výkon realizovat za menší náklady anebo disponují nadbytkem volných kapacit.** Pojišťovny nebo jiné subjekty, které hradí náklady, nasmlouvají služby tam, kde se dosahují nejnižší náklady a spotřebitel může tento kontrakt akceptovat nebo si zvolit jiné zařízení, ale při méně výhodných finančních podmínkách.

=>ad. Jak definovat rozsah garantované péče

- **garantovaná péče** :
 - 1/užší pojetí (péče hrazená z veřejných prostředků)
 - 2/širší pojetí (všechny podmínky pro poskytování péče občanům – geografická a časová dostupnost, kvalita péče..)
- **proč garantovat péči** :
 - 1/systém ve finanční krizi (co si mohu dovolit hradit a co ne – rozvojové země)
 - 2/starost o efektivnost systému (rozhodnutí, co hradit a co ne z hlediska efektivnosti systému)
 - 3/v rámci vymezení práv občana
- **nástroje** :
 - 1/pozitivní (na co MÁM nárok) – dosti obtížné
 - 2/negativní (na co NEMÁM nárok) – v ČR
- **jak vymezit balík garantované péče** :
 - 1) *zásady WHO* (financování systému na základě solidarity, při zachování všeobecné dostupnosti, hodnocení potřeb občanů a prostředky alokovat dle zjištěných potřeb)
 - 2) *dle cílů zdravotní a sociální politiky*
 - 3) *dle kulturních a morálních kritérií* (jde o pojetí individuální viny :např. pokud způsobím dopravní nehodu – náklady na léčbu by nespádaly do garantované péče, ale hradila bych je formou zvýšených splátek na pojištění, atp.)
 - 4) *výsledkem politických bojů* (zájmové skupiny)

- 5) *dle ex-ministra Stráského* (nákladná neodkladná péče hrazena z veřejného pojištění a nenákladná odkladná z osobních zdravotních účtů) atd.

Rozsah povinného pojištění je třeba zrevidovat, protože finance nebudou stačit (stárnutí populace, technologický vývoj, atd.) a je potřeba přesně vymezit, na co lidé mají nárok. Pokud vytváříme balík garantované péče, musíme zvolit **jedno základní kritérium** např.:

- medicínská účinnost
- ochota k solidaritě
- nákladová efektivita
- finanční zátěž = spoluúčast atd.

na základě kterého se vytvoří balík péče, která bude hrazena (Nizozemí).

Výběr kritéria je velice důležitý, např. v USA existuje Medicaid (pro seniory) a Medicare (pro 5% nejchudších). Problém je, že chudí lidé, kteří nespádají do těchto 5%, nejsou pojištěni a je jich hodně. Ve státě Oregon se tento problém rozhodli řešit, chtěli poskytovat péči v rámci Medicaid více než 5%. Hledali vhodné kritérium a zvolili porovnání nákladů se zlepšením zdravotního stavu. Vytvořili seznam 450 chorob, přičemž se například měla proplácet transplantace zubu, ale ne odstranění nádoru na mozku (relativně malé zlepšení zdravotního stavu).

Lidé se bouřili, seznam revidován, protože zlepšení zdravotního stavu není jediný cíl zdravotnictví.

=>ad. Spoluúčast

- Podíl soukromých výdajů na zdravotnictví je u nás jedním z nejnižších ze všech států OECD – v roce 2002 byla spoluúčast v ČR 8,6 % na rozdíl od průměru OECD ve výši cca 25 %.
- Spotřebitel si hradí část nákladů, a to buď ve formě absolutní částky, anebo procentního podílu. Snížení poptávky při zavedení poplatků můžeme považovat za dokázanou, i když ne jednoznačně pozitivní tendenci. Svědčí o tom více důvodů:
 - 1) Zavedení poplatků zaručí princip rovnosti, když ho nekompensují jiné mechanismy. Může omezit dostupnost služeb pro nižší příjmové vrstvy.
 - 2) Poplatky mohou mít negativní dopad na zdravotní stav obyvatelstva, když se např. závažné choroby nezachytí už v počátečním stadiu.
 - 3) Poplatky mohou negativně ovlivňovat spotřebu preventivních služeb, za které je nutno si připlácet.
- Zavedení symbolické spoluúčasti, jak navrhuje Světová banka a jak ukazují příklady ze zahraničí (Slovensko), by přitom nebylo důležité jako další zdroj financování systému, ale spíše jako stabilizační opatření, které by si kladlo za cíl :
 - 1) omezit nadbytečnou poptávku po zdravotní péči (snížit počet návštěv u lékaře a snížit spotřebu léků),
 - 2) snížit míru korupce,
 - 3) zvýšit spoluzodpovědnost pacienta za jeho zdravotní stav (zkvalitnění zdravotní kultury).

II. Nabídka zdravotní péče

„...zdravotnické trhy se odlišují zejména v povaze poptávky, očekávaném chování lékařů, v nejistotě výsledného produktu a v podmínkách nabídky“ (Arrow Kenneth; Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care; 1963)

Zvláštnosti nabídky zdravotní péče

=>Omezená pružnost

Nabídka na dokonale konkurenčních trzích je charakteristická volným vstupem do odvětví, tzn. vstup do odvětví není spojen s žádnými (respektive minimálními dodatečnými náklady). Ve zdravotnictví toto neplatí, je zde typické, že :

- výkon lékařského povolání je vázán a regulován na udělení licence (Lékařská komora, vázáno na přísné kvalifikační předpoklady)
- vzdělávání zdravotnického personálu je finančně i obsahově náročné. To omezuje pružnost nabídky.

=>Omezená konkurence

- omezenost konkurence se liší mezi jednotlivými segmenty trhu (všeobecní lékaři a specialisti versus lůžková péče)
- poskytovatelé si konkurují mezi sebou i s dalšími odvětvími, soutěží o disponibilní zdroje
- jde tu o soutěž o pacienta, kvalitní pracovní sílu, finanční prostředky na investice, možnost vykonávat náročné zákroky, seberealizovat se atp.
- klasická cenová konkurence se vyskytuje málo (v USA), spíše jde o konkurenci kvalitou
- u ambulantní péče se v „boji o pacienta“ používají např. tyto nástroje : zvýšení kvality služby, především servis pacientovi jako je příjemnější prostředí čekáren, organizace objednávání, aby pacient nemusel čekat atp.
- nemocnice by si mohly lépe konkurovat, pokud by existoval jiný systém financování (např. DRG) nebo „dohoda“ se specialisty, aby své lékaře orientovali do naší nemocnice
- obecně konkurence kvalitou je běžná v odvětvích s regulovanou cenou

=>Postavení lékaře

- lékař vystupuje jako poskytovatel služby
- lékař vystupuje jako „zprostředkující agent“ – pacient na něj deleguje svoji spotřebitelskou suverenitu, lékař rozhoduje za něj
- lékař vystupuje jako „podnikatel“ – stanovuje cenu, ovlivňuje náklady, množství služeb a jejich strukturu, atp.

=>Omezená substituovatelnost faktorů

- „není lékař jako lékař“ – některé věci *nemůže* dělat někdo jiný, některé věci *nesmí* dělat někdo jiný
- ve zdravotnictví existuje silná reglementace v zájmu zachování a garantování kvality služeb

Nástroje racionalizace nabídky

A) Lůžková zařízení

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 byli 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 efektivnosti a snížení nákladů na stran producentů
- 4) přesun faktoru efektivnosti 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

B) 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 demotivační 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.