

# K OTÁZCE STANDARDU A NADSTANDARDU V RELACI K VEŘEJNÝM INVESTICÍM DO LIDSKÉHO KAPITÁLU ZDRAVÍ

Jaroslava Durdisová, Jan Mertl

---

## Abstract

Příspěvek se bude zabývat lidským kapitálem zdraví ve vazbě na současnou hospodářskou praxi, kdy dříve výhradně veřejné investice jsou komplementárně doplňovány soukromými výdaji. S tím souvisí i vymezení standardu a nadstandardu zdravotní péče, které je v konkrétní rovině těžko proveditelné, ale v teorii lze alespoň obecně s jednotlivými těmito kategoriemi pracovat. To bude analyzováno ve vazbě na veřejné financování zdravotní péče a omezenost zdrojů pro zdravotnictví, která je v současné době v ČR velkým problémem vzhledem k probíhající fiskální restrikci.

Key words: zdraví, zdravotnictví, standard, fiskální restrikce

JEL Code: I310, H800, H00

---

## Úvod

V českém prostředí tradiční chápání veřejných výdajů (investic) na zdraví obyvatelstva zaznamenalo v posledních 20 letech značné změny.

Dřívější systém, který nerozlišoval standard a nadstandard a veškeré aktivity ve zdravotnictví poměřoval ke zdravotnímu stavu pacienta, potažmo ke zdravotnímu stavu celé populace, byl z teoretického hlediska založen na zlepšování veřejného zdraví a dalších postupech tzv. sociálního lékařství (Holčík, 2009). Spoléhal na to, že zdravý člověk zdravotní péči, až na nízkonákladovou prevenci, v podstatě nepotřebuje a touto cestou docílí snížení nákladů na zdravotní péči. V takto pojatém systému není prostor pro nadstandard, neboť zdravotnictví zde není od toho, aby někomu něco aktivně nabízelo, ale plní pasivní roli péče o zdraví obyvatelstva a postupy, které k tomu volí, jsou dány objektivně bez ohledu, co si o nich pacienti myslí. Vnitřní logika systému tak byla poměrně jednoduchá a umožňovala v adekvátním prostředí péči o zdraví obyvatelstva v rámci daného rozpočtového omezení, protože i objem dostupných prostředků byl zvnějšku dán a tudíž ti, kteří vymýšleli používané

postupy, museli pracovat jen s prostředky, které byly k dispozici a problém nedostupnosti zdrojů tak nevznikal na úrovni poskytování péče – poskytovalo se pouze to, na co byly dostupné prostředky. Z toho vyplývá i slabá role pacienta, který byl pasivním příjemcem poskytované zdravotní péče ve stanoveném rozsahu, který měl vazbu na zdravotní stav obyvatele.

V současné době ve zdravotnictví vystávají zejména následující faktory:

- nedostatek veřejných zdrojů k financování zdravotní péče ve veřejných rozpočtech,
- stárnutí populace,
- nové technologie a „medical inflation“,
- vytvoření prostoru pro tzv. nadstandardní péči.

Z jejich existence vyplývají nové problémy, které zdravotnictví musí řešit a jsou dány zejména nárůstem autonomie jednotlivých aktérů zdravotnického systému. Stát (veřejný zájem) má v tomto modelu komplikovanou pozici, protože už nestačí pohybovat se v rámci daného rozpočtového omezení a „přesvědčit o něm“ všechny zúčastněné (a ani k tomu už nemá pravomoci), ale zdá se, že veřejné zdroje už plní v systému především roli garanta všeobecné dostupnosti „základní“ zdravotní péče.

Na druhé straně v populaci existují občané převážně s vyššími příjmy a s vyššími nároky na individuální užitek získávaný ze zdravotní péče. Z toho vzniká potřeba nadstandardu s problematou definicí.

Cílem příspěvku je formulovat problémy standardu a nadstandardu a jeho postavení v českém systému zdravotní péče na základě vývoje v posledních 20 letech.

## **1 Teoretická východiska**

Výdaje na zdravotní péči lze chápat jako investice do lidského kapitálu (Grossman, 1972). Tyto investice mohou být buď individuální (soukromé), nebo univerzální (veřejné) (Suhrecke, 2005). V obou případech jde o produktivní uplatnění člověka na pracovním trhu i mimo něj. Vedle tohoto produktivního aspektu mají výdaje na zdravotnictví také sociální složku, která primárně k produktivitě nesměřuje a jejím smyslem je umožnění univerzálního přístupu ke zdravotní péči na principu solidarity zdravých s nemocnými, případně charitativní a paliativní aspekt zdravotní péče.

V souvislosti s rozvojem medicíny a nárůstem chronicity onemocnění lze očekávat, že incidence nemocí a jejich délka se bude zvyšovat. Dle poznatků sociálního lékařství (Holčík, 2009) tento problém nelze řešit pouze prostřednictvím nastavení racionálních peněžních toků, cesty k řešení jsou širší a spočívají v následujících bodech (Holčík, 2010):

- vložení dalších peněz do systému zdravotnictví,
- zvýšení hospodárnosti zdravotnictví,
- omezení dostupnosti zdravotnických služeb,
- všeobecné zlepšení zdraví lidí s cílem snížit náklady na zdravotní péči vzhledem k nižší incidenci nemocí.

Uvedené postupy pracují s problémem výdajů na zdravotnictví nikoli v rovině optimalizace tržní struktury či míry konkurence na trhu zdravotní péče, ale v rovině věcné-faktické, tedy se snaží ovlivnit potřebu a spotřebu zdravotní péče vyplývající ze zdravotního stavu obyvatelstva a vztahu lidí ke svému zdraví.

Současně ale pracují i s limitací poskytování zdravotní péče na principu její objektivní potřeby, což nemusí být v souladu s prioritami konkrétních lidí a jejich aspiracemi v systému zdravotnictví. Lze dokumentovat na zkušenostech např. z Velké Británie, že omezení počtu operací nebo prodloužení čekacích lhůt na ně bylo vnímáno veřejností i odbornou obcí jako problém a bylo to impulsem k zásadním změnám v systému zdravotnictví. Tudíž lze říci, že výše uvedená východiska či metody nelze pominout, ale samy o sobě k vyřešení problému ve zdravotnictví rovněž nepostačují.

Pokud budeme uvažovat o poptávce pacientů na základě jejich rozpočtového omezení, je podstatný také pojem poptávky po zdravotní péči. Pokud vychází ze soukromých výdajů, je podle dostupných poznatků (Feldstein, 1971) (Feldstein, 1973) spíše neelastická, to znamená, že její reaktivita na změnu ceny je spíše nižší a tudíž nelze očekávat, že tržní struktura „na této poptávce“ vzniklá bude příliš dynamická či dokonale konkurenční. Stejně tak lze očekávat potíže ve zdravotním pojištění, a to jak z důvodu relací přímé poptávky a poptávky „skrze“ zdravotní pojištění, tak i z důvodu existence informační asymetrie a negativního výběru (Arrow, 1963).

## **2 Standard a nadstandard**

Následující schéma ukazuje postupné rozlišování mezi jednotlivými kategoriemi poskytované zdravotní péče. „Původní“ varianta pracovala s objektivní potřebou zdravotní péče a limitem ve smyslu nároku na to, že tato potřeba bude v rámci zdravotnictví řešena. To

sice vedlo k všeobecné dostupnosti zdravotní péče a k legislativně „pokrytým“ nárokům, ale v současné v některých případech neuspokojil potenciální individuální poptávku po zdravotní péči.

Nejdříve systém považoval jakýkoli „nadstandard“ se soukromými za nelegální vzhledem k uplatňované rovnosti přístupu ke zdravotní péči.

Následně se uplatnil systém (viz první část schématu), který umožnil vstup samoplátců do systému bez nároku na veřejné zdroje a bez omezení nasmlouvané kapacity.

Takto poskytovaná péče byla hrazená plně pacientem bez spoluúčasti pojišťovny a bez cenové regulace. Existovala tedy snaha vytěsnit soukromě hrazenou péči mimo systém (viz též tzv. paragraf poslankyně Fischerové § 11 zák. č. 48/1997 Sb., který zakazoval zdravotnickým zařízením jsoucím ve smluvním vztahu s veřejnou zdravotní pojišťovnou poskytovat péči za úplatu), bez definice jejího obsahu a bez toho, že by se stát o její poskytování zajímal. Smyslem bylo uspokojit nestandardní potřeby, neboť už nebylo únosné jim bránit.

Vzhledem k tomu, že stát rezignoval na regulaci nestandardní péče, tak systém selhával a to v následujících bodech:

- docházelo k využívání kapacit smluvních zdravotnických zařízení k poskytování nestandardní zdravotní péče
- cenotvorba byla netransparentní
- obsah zdravotní péče nebyl ani regulován, ani definován
- poskytovatelé této péče tvoří neprůhlednou tržní strukturu
- nejasná odpovědnost za poskytování nestandardní péče
- zdravotní péče takto poskytovaná se poskytovala tržně, ale její odborná úroveň často ceně neodpovídala a nebyla kontrolovatelná

Výše uvedená selhávání vystoupila na světlo více v souvislosti s fiskálním tlakem na zdravotnictví, ale i dopadem ekonomické krize na individuální rozpočtová omezení.

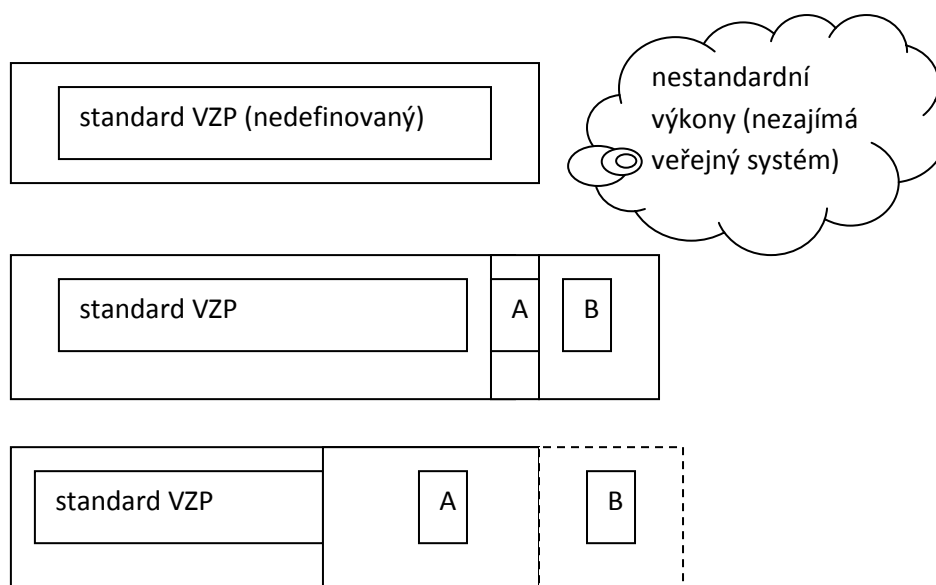
Nicméně snaha do systému „nějakým způsobem“ zakomponovat nadstandard trvala a současně lze využít rozdělení zdravotní péče i k úspoře veřejných zdrojů, neboť je „již možné“ vyčleňovat část zdravotní péče do nadstandardu. Navíc rozpočtové deficity způsobily nutnost hledání nových přístupů a využívá se rozdělení standardní a nadstandardní péče.

To ukazují další dvě části schématu. Druhá část popisuje stav, kdy dříve nestandardní péče je zahrnuta do systému formou nadstandardní péče hrazené ze spoluúčasti pacienta jako

rozdíl mezi úhradou mezi úhradou z veřejného zdravotní pojištění a skutečnou cenou služby. Tato část zdravotní péče se definuje následujícím způsobem ze dvou kategorií:

- 1 v rámci stávajícího standardu se popíší způsoby léčby, které (po odborném zhodnocení) „nejsou nezbytně nutné“ (část A)
- 2 doposud nestandardní výkony, jejichž cena a způsob poskytování je živelný, se zahrnou do systému a propojí s úhradou z veřejného zdravotní pojištění, což pravděpodobně povede i regulaci jejich celkové ceny a kontrole kvality (část B)

### Schéma 1 – vývoj standardu, nestandardu a nadstandardu v českém zdravotnictví



*Zdroj: vlastní zpracování*

Třetí část popisuje „nejúspornější stav“ z pohledu veřejných rozpočtů, kdy by byla standardní zdravotní péče redukována na „katastrofickou“, respektive život zachraňující zdravotní péči, což je ta část péče, za kterou by si ponechal garanci stát, a další části zdravotní péče (A, B) spadají do „konkurenčního prostředí“ zdravotních pojišťoven, kde míra účasti státu už bude volitelná a staví se na předpokladu, že regulovaná konkurence mezi pojišťovnami poskytne pacientům lepší služby než státem organizovaný systém. Tento předpoklad je krajně diskutabilní, neboť v odborné literatuře doposud nebylo prokázáno, že by konkurenční alokace soukromých prostředků na trhu zdravotní péče vedla, jako je tomu na jiných trzích, ke zlepšení užítku pro všechny účastníky transakcí. Proto tato třetí varianta je

zatím pouze předmětem úvah některých aktérů, v extrémní variantě by odpovídala tzv. nominálnímu pojistnému s rozsáhlou povinnou nominální složkou a malou solidární platbou procentem z příjmu, která by kryla onu katastrofickou péči.

### **3 Omezení veřejných rozpočtů a jeho vazby k poskytovanému nadstandardu zdravotní péče**

Druhá část schématu uvedeného v minulé kapitole z ekonomického hlediska znamená to, že se vytvoří nová kategorie úhrad zdravotní péče, která bude mít kombinovanou úhradu z veřejných i soukromých zdrojů. Doposud se uvažuje, že výše úhrady z veřejných zdrojů bude odpovídat nejméně finančně náročné metodě léčby. Tudíž její spotřeba bude záviset na rozpočtovém omezení obyvatelstva, neboť jednotlivé varianty léčby se budou lišit v závislosti na individuálním užitku konkrétního pacienta, který si on vyhodnotí vůči svým dostupným zdrojům.

Faktorem nárůstu úhrad z veřejného systému bude pouze nárůst objemu poptávky po výkonech oproti výchozímu stavu, nikoli volba konkrétní varianty poskytování zdravotní péče.

Současně platí, že možnost alokovat individuální zdroje na zdravotní péči formou nadstandardu, na kterém se bude podílet pojišťovna z veřejných zdrojů, může dynamizovat poptávku po těchto výkonech a tudíž i nároky na veřejné zdroje ve formě absolutního nárůstu výdajů z pojištění.

Tento způsob kombinovaných úhrad z teoretického pohledu už příliš neodpovídá běžnému způsobu získávání zdrojů na zdravotnictví formou veřejných příjmů, tj. procentem z vyměřovacího základu, resp. základu daně. Je tomu tak zejména proto, že stát, respektive veřejná zdravotní pojišťovna, už posléze nebude mít kontrolu nad objemem poskytované zdravotní péče, neboť o její realizaci se bude rozhodovat ve vztahu zdravotnické zařízení/pacient a role veřejných zdrojů v tomto směru bude vlastně role dotace na kvazitržní transakci mezi těmito dvěma subjekty.

## 4 Vazby na soukromé připojištění zdravotní péče

Lze spekulovat o tom, že výše zmíněný problém povede z hlediska kapacity pojišťovny financovat zdravotní péči kombinovaného typu ke konstrukci připojišťovacích schémat, jejichž obsahem bude úhrada spoluúčasti pacienta.

To ale znamená, že spoluúčast, které doposud fungovala jako ekonomická bariéra růstu spotřeby nadstandardních metod léčby s ohledem na rozpočtové omezení pacienta, bude odstraněna formou časového rozložení příslušných plateb, což je základní princip soukromého pojištění.

Jenže zdravotní pojištění se liší od jiných typů pojištění tím, že pojistná událost není nutně škodou, ale zejména v tomto případě vychází z rozhodnutí pacienta o tom, že bude spotřebovat konkrétní typ zdravotní péče a je ochoten si to zaplatit – jde o koncept investic do zdraví.

Tudíž vzniká otázka, jestli zavedení těchto prvků nebude působit na růst objemu celkových výdajů zdravotních pojišťoven, což by nemuselo naplnit původní filozofii reformy směřující k úspoře veřejných zdrojů a efektivnímu hospodaření systému zdravotnictví.

### Závěr

Existují dva základní způsoby, jak poskytovat a hradit zdravotní péči. První z nich pracuje s vazbou mezi potřebou zdravotní péče a objektivně uznaným nárokem financovaným z veřejných zdrojů. Druhý vychází z rozhodování pacienta ve vztahu ke zdravotnickému zařízení a subjektivního užítku financovaného za soukromé peníze klienta.

Český zdravotnický systém absolvoval za posledních 20 let cestu od státního zdravotnictví bez účasti soukromých zdrojů, ke stávajícímu systému veřejného zdravotní pojištění s tolerováním poskytování nestandardní zdravotní péče plně hrazené pacientem. V současné době je diskutován systém kombinovaně hrazené zdravotní péče jako doplněk k veřejně hrazenému standardu, který má být postupně redukován. Míra této redukce je zatím neznámá a je otázkou, kde se tento proces zastaví.

Uvedené změny mohou dále zvedat celkový objem výdajů na zdravotnictví.

Koncept lidského kapitálu usiluje o to, aby si lidé mohli do svého lidského kapitálu zdraví investovat a v podstatě to i umožní. Je částečně v protikladu k péči o zdraví

obyvatelstva s cílem snížit incidenci nemocí, který chápe výdaje na zdravotnictví pasivně a snaží se o jejich redukci.

Podstatná je také otázka sociální dostupnosti výše zmíněných efektů. Sociální dostupnost se v navrhovaných koncepcích řeší pouze na úrovni dostupnosti zdravotní péče, která v zásadě nebude navyšovat zásobu lidského kapitálu a jeho kvalitu – tj. pouze nutná zdravotní péče na základě odborného a potažmo i politického konsensu. Uplatnění konceptu sociálního investování, respektive vynakládání veřejných zdrojů na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva je rovněž závislé na ochotě politiků, resp. veřejného zájmu kultivovat/zlepšovat standard zdravotní péče, protože sociální dostupnost výše uvedených metod bude i v novém systému určena na jeho výchozí úrovni (nadstandard bude z principu značně sociálně selektivní).

Lze shrnout, že zdravotní politika v popisovaném aktuálním pojetí je otázka subjektivního rozhodování, neprosazují se objektivní kritéria a záleží na rozhodování jednotlivých aktérů.

## **Použitá literatura**

1. **Arrow, K.J. 1963.** Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*. 1963, Sv. 53, 5, stránky 941-973.
2. **Feldstein, M.S. 1971.** Hospital Cost Inflation: A study of nonprofit price dynamics. *American Economic Review*. 1971, Sv. 61, 5.
3. **Feldstein, M.S. 1973.** The Welfare loss of excess health insurance. *Journal of Political Economy*. 1973, Sv. 80, 2.
4. **Grossman, M. 1972.** On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80, 1972
5. **Holčík, J. 2009.** *System péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno : MSD, 2009.
6. **Holčík, J. 2010.** Potřeba rozvoje zdravotní gramotnosti. [Online] 10 2010. [Citace: 10. 10 2011.] [http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2010/26/26/texty/cze/holcik\\_s.pdf](http://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2010/26/26/texty/cze/holcik_s.pdf).
7. **Suhrcke, M., McKee, M., Arce, RS, Tsovala, S., Mortensen, J . 2005.** The Contribution of health to the economy in the European union. Health and consumer protection Directorate-General. European Communities.



## **Kontakt**

Jaroslava Durdisová

VŠE

nám. W. Churchilla 3

Praha 3

[Durdis@vse.cz](mailto:Durdis@vse.cz)

Jan Mertl

VSFS

Estonská 500

Praha 10

[Honza.mertl@gmail.com](mailto:Honza.mertl@gmail.com)