

2 VÝZNAMNÉ KONCEPTY A MECHANISMY VE ZDRAVOTNICTVÍ

2.1 Determinanty zdraví

V ekonomii zdravotnictví a zdravotní politice se stále častěji (Bravenan, Egerter, & Williams, 2011) objevuje přístup, který upozorňuje na to, že samotná zdravotní péče problémy incidence a prevalence nemocí, zejména civilizačních, neřeší a že je nutno se zaměřit na kauzální příčiny ovlivňující zdravotní stav člověka. Z této logiky vychází teorie determinantů zdraví, která je podstatná pro porozumění základních mechanismů vzniku nemocí (etiologie obecných příčin a prostředí, patogeneze konkrétních biologických procesů), ale také průběh úzdravných procesů salutogeneze (Mittelmarm et al., 2017).

V literatuře se uvádí, že samotné zdravotnictví (zdravotní péče) ovlivňuje zdravotní stav pouze z 15–20 %, zatímco nezdravotnické faktory, jako jsou životní prostředí, životní styl, pracovní podmínky a genetické předpoklady, ovlivňují rozhodující mechanismy determinující zdravotní stav (Krebs et al., 2015, s. 346; Marmot & Wilkinson, 2003). V malém počtu případů může dokonce poskytování zdravotní péče pacienta iatrogeně poškodit, což má význam z hlediska sociálního lékařství, lékařské etiky (Ptáček & Bartůněk, 2011) i právních souvislostí takových jevů.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje sociální determinanty zdraví obecně jako podmínky, v nichž se lidé narodí, vyrostou, žijí, pracují a zestárnou (WHO, 2018a). Zajímavý je rovněž přístup zaměřující se na směry a mechanismy ovlivnění nezdravotnických (sociálních) determinantů zdraví, jež dělí na dva typy: ty, které „svrchu směrem dolů“ kauzálně ovlivní zdravotní stav (downstream) a jimž se můžeme bránit na úrovni jednotlivců, a ty, které můžeme ovlivnit „nahore“ (upstream), tedy jejich eliminací nebo změnou jejich fungování přestanou negativně působit. V obecné rovině lze vazby faktorů zakreslit takto:

Obrázek 2 Hlavní skupiny determinantů zdraví



Zdroj: (Bravenan, Egerter, & Williams, 2011)

Čím výše a dále od člověka se daný determinant vyskytuje, tím je obvykle účinnější na něj působit formou upstream, tedy z hlediska jeho výskytu v ekonomice a fungování, naopak u faktorů přímo působících na zdraví a na úrovni upstream neovlivnitelných je nutno buď pokusit se zamezit downstream působení, anebo léčit důsledky tohoto působení. Současně to však znamená, že řada upstream ovlivnitelných faktorů, jako je životní prostředí, pracovní podmínky, vzdělání, výživa, příjmová a majetková nerovnost nebo stresogenní vlivy nejsou specifické výhradně pro zdravotnictví, jsou to obecné problémy či charakteristiky společnosti, v níž žijeme a pravděpodobně každá doba bude mít své potíže v jejich fungování; lze si jen těžko představit, že by se podařilo ve jménu jejich vazby na zdraví tyto determinanty dokonale optimalizovat. Významné je také to, jak široce budeme ovlivnění zdraví prostřednictvím determinantů chápat: určitým rizikem je v tomto přístup „všechno souvisí se vším“ a dovozování, že v konečném důsledku ovlivňuje zdravotní stav nepřímo většina věcí, s nimiž je člověk v interakci.

Na druhé straně je nezbytné tam, kde je kauzalita nesporná či zásadně negativní z hlediska působení na zdraví, o ní vědět a v míře dané intenzitou či škodlivostí vlivu prosazovat její implementaci do kriteriální funkce zdraví (Durdisová, 2005), včetně zvažování možnosti a rozsahu jejího upstream ovlivnění. Zde může pomoci ekonomická analýza (např. u znečištění životního prostředí), protože jakkoli úplná eliminace negativních externalit nebývá v daném čase možná, má smysl zvažovat náklady a výnosy jednotlivých variant a případně i to provázat do fiskálních či legislativních opatření. Často je však problém daleko složitější,

jak ukazuje příklad negativního vlivu některých sportů na zdraví sportovců i se zpožděním, kdy se kompromis mezi samotnou existencí sportu a přípravy na něj a zdravím sportovců hledá velmi obtížně – třeba v aktuálním případě hlavičkování dětí ve fotbale (Ling et al., 2017; Stamm et al., 2015).

Determinanty zdraví jsou klíčové a zásadní v tom, na co se má zaměřit zdravotní politika i lidé samotní, aby zlepšili svůj zdravotní stav a ovlivnili incidenci nemocí. Současně ale poměrně nízký podíl samotné zdravotní péče v ovlivnění zdraví neznámá, že by tato měla malou úlohu v praxi – musí totiž řešit (léčit či dispenzarizovat) důsledky selhání všech determinantů zdraví. Lze říci i opak – čím horší bude stav determinantů zdraví, tím větší nároky budou na zdravotní péči *ex post* kladeny a tím složitější stavy se budou vyskytovat. Z hlediska nákladů na zdravotní péči tak musíme vždy pracovat s úhradou těch, které vzniknou, a bohužel se neukazuje (viz kapitola 4), že by se některé vyspělé zemi podařilo celkové náklady na zdravotnictví díky ovlivnění determinantů zdraví v čase podstatně snížit. Na tom se podílí i fakt, že vyléčení, snížení incidence či dokonce vymýcení některé nemoci (spojené s dílčím snížením nákladů, k němuž občas dochází a je nesporně pozitivní) znamená velmi často pouze přesun zdravotnických výdajů do jiné části systému či k dalším pacientům a diagnózám.

V rámci této knihy budeme – při vědomí zásadního významu determinantů zdraví, jenž byl právě nastíněn – chápat tyto determinanty z hlediska zdravotnického systému jako exogenní faktor, a to s dvěma výjimkami. Tou první je prevence, kde při analýze zdravotní péče poukážeme na ekonomické charakteristiky preventivní péče, a tou druhou jsou motivační či regulační prvky ve financování systému, včetně zdravotního pojištění.

2.2 Ekonomické charakteristiky zdravotní péče

Zdravotní péče je specifická ekonomická, medicínská i právní kategorie, jejíž uchopení je předmětem řady kontroverzních přístupů (Ptáček & Bartůněk, 2016). Je pouze jedním z determinantů zdraví, ale je spotřebována při všech stavech chápaných a klasifikovaných jako nemoc, tedy nežádoucí vychýlení organismu z homeostázy, jež vzniká působením vnitřních i vnějších faktorů a jež není schopen organismus pomocí autoregulačních mechanismů napravit.¹⁶ Nemoc lze klasifikovat a diagnostikovat, má své příčiny, podmínky vzniku a typický průběh, který lze do určité míry ovlivnit spotřebou zdravotní péče. Obvykle je nemoc spojena s vnímanými nesnáze, které vedou k vyhledání lékařské pomoci (Žáček, 1974).

¹⁶ Více viz (Holčík, 2009).

Z ekonomického hlediska má zdravotní péče řadu specifík, jež ji odlišují od běžných statků a služeb na trhu. Nejsou sice samy o sobě zcela jedinečné (jednotlivá specifika v určité podobě můžeme najít i u některých dalších komodit), ale protože působí společně, vytváří unikátní mix, který způsobuje selhání trhu na mikroúrovni, tj. v transakcích mezi poskytovatelem a pacientem a vede k vytváření dodatečných mechanismů tato selhání kompenzujících či nahrazujících. Jedná se o (Arrow, 1963):

- charakter poptávky po zdravotní péči,
- chování lékaře (poskytovatele) při nabídce péče,
- charakter konkurence na trhu zdravotní péče,
- významná nejistota a informační asymetrie týkající se zdravotní péče,
- specifika cenotvorby ve zdravotnictví.

Z uvedených specifík je zásadní faktor nejistoty, neúplných informací a asymetrie informací mezi jednotlivými aktéry transakcí ve zdravotnictví. Základní dvě informační asymetrie vidíme mezi lékařem a pacientem, kdy lékař má informační převahu danou svým studiem a praxí, a mezi pacientem a plátcem péče, kdy naopak pacient má informační převahu týkající se svého zdravotního stavu a rizik. To jsou asymetrie dané nerovnoměrným rozložením a sdílením informací a vyskytují se z principu, nelze předpokládat, že by je šlo snadno kompenzovat. Lze vysledovat též asymetrie informací mezi dalšími aktéry systému, jako je vazba plátce–poskytovatel a poskytovatel–dodavatel zdravotnické techniky; zde se však podstatně lépe než v případě pacientů (jichž se léčba osobně týká) daří informační asymetrii pomocí ekonomických a právních nástrojů kompenzovat. Obecně platí, že selhání vyplývající z informační asymetrie lze omezit důrazem na princip důvěry mezi subjekty; současně je však zjevné, že praktické transakce mají potenciál důvěru mezi subjekty narušovat.

Ve zdravotnictví však řada informací je nejistá či neúplná v principu, v důsledku reálných medicínských faktorů. Zde působí známá skutečnost, že v medicíně není nic stoprocentní a každý pacient je individuum. Lékaři se současně rozhodují v podmínkách omezených zdrojů a „informační asymetrie vůči přírodě“. Navíc zdraví, respektive vnímání zdravotních potíží je též subjektivní fenomén, spjatý se sdělováním informací lékaři a lékařem, působením jednotlivých léčebných metod (včetně extrémního příkladu placebo efektu, jenž dokazuje biopsychosociální komplexnost fenoménu údravy podáním neúčinného léku v rámci podstupované léčby). Výsledkem těchto jevů je fakt, že garance shody pacientem očekávaného efektu (užitku) a pacientem pocíťovaného efektu (užitku) léčby, což je podmínkou efektivnosti tržních transakcí v jiných službách, ve zdravotnictví neexistuje, existuje pouze skupinová pravděpodobnost, že se těchto efektů podaří

dosáhnout. K tomu přistupuje ještě diferenciací vnímání očekávaného a zjištěného efektu lékařem, neboť výchozí stav a výsledek léčby může být vnímán odlišně objektivně (lékářem) a subjektivně (pacientem). To lze částečně kompenzovat dobrou komunikací, informovanými souhlasly a dalšími technikami, ale opět nelze výsledek garantovat (Mertl, 2007).

Dalším problémem je samotné posouzení výsledku léčby, kdy můžeme uplatnit řadu kritérií závislých na čase a podrobnosti posouzení. Výsledky lze rozdělit do několika úrovní (Porter, 2010):

- získaný nebo zachovaný zdravotní stav (přežití, stupeň úzdravy),
- proces a průběh uzdravování (délka léčby, chyby či komplikace při léčbě),
- udržitelnost výsledků léčby (recidivy, dlouhodobé následky).

Ekonomicky je podstatné, co všechno bude zahrnuto do dohodnuté transakce (za předpokladu racionálního rozhodování pacienta ohledně nabídky péče). Zároveň z toho vyplývá, že v některých oborech či typech zdravotní péče je segmentace a případná komodifikace léčby obtížná (např. interní medicína, pediatrie či psychiatrie), v některých snadnější (např. dialýzy nebo laboratorní vyšetření). To určuje i úhradové metody a oborová specifika.

Problémem informační asymetrie ve vztahu lékař–pacient je rovněž to, že pacient není mnohdy schopen adekvátně posoudit nabízenou terapii jakožto potenciální nakupující ve vazbě na efekty ve zdraví. Na rozdíl od jiných služeb, kde sice také nerozumí jejich fungování vzhledem ke znalostnímu deficitu, ale je schopen posoudit, k čemu mu jednotlivé předkládané možnosti budou a jak mu prospějí, v medicíně mnohdy není reálné, aby pacient racionálně zvažil účelnost jednotlivých postupů ve vazbě na jejich cenu a přínos pro svůj zdravotní stav. Tato schopnost je jednak výsledkem dlouhodobého vzdělávání lékaře, jednak je výsledkem výzkumu a studií, jež ukazují fungování konkrétních způsobů léčby, pravděpodobnosti účinku a jež jsou základem evidence-based medicíny, jež je definována jako „vědomé, zřetelné a soudné používání nejlepších aktuálních důkazů při rozhodování o péči o jednotlivé pacienty“ (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996, s. 71). To, co je pacientovi lékařem doporučeno, je tak výslednicí dlouhodobého konsensu medicíny v průniku s posouzením jeho individuálního stavu. Navíc existuje značná míra nejistoty ohledně jednotlivých léčebných metod, i ve vazbě na unikátní situaci a reakci každého pacienta; i nejlepší lékař nemůže vyloučit komplikace a poskytovat záruku na svou léčbu.¹⁷ Může samozřejmě připadat v úvahu několik variant

¹⁷ V extrémních případech existují jistě právní cesty, jak se domoci náhrady při zjevném pochybení lékaře; to je však malé procento všech případů, a navíc nákladnost a složitost těchto postupů je zřejmá.

lěčby, tam pak pacient může do jisté míry volbu provést, ale typicky zvažuje subjektivní efekt a náročnost léčby, nikoli efektivnost nákupu péče samotné. To vede k potřebě důvěry ve vztahu pacient–lékař, kdy spotřeba zdravotní péče se děje buď přímo na základě objektivní indikace, nebo rozhodování pacienta závisí na informacích, které mu lékař v dobré víře a na základě svých odborných znalostí poskytuje a pacient by z nich měl vycházet.¹⁸ V praxi se to projevuje i tak, že spotřebu řady medicínských postupů (např. prevence onkologických onemocnění nebo dispenzarizace chronických onemocnění) je nutno *ex ante* definovat a integrovat do systému, neboť spontánně většina pacientů jejich smysl nevidí. Lze sice podpořit jejich využití informačními kampaněmi, ale na principu individuální poptávky by jejich využití bylo v relaci k jejich objektivně zjištěnému přínosu nedostatečné anebo by v systému nebyly vůbec.

Co naopak pacient posoudit do značné míry může, je subjektivní užitek, komfort, charakter a pocit ze spotřeby zdravotní péče a souvisejících služeb. Racionální je také volba mezi variantou léčby hrazenou systémově bez doplatku v momentu spotřeby, garantující nutný efekt ve zdravotním stavu, a dalšími variantami léčby přínášejícími dodatečný užitek. Lze říci, že i informační asymetrie jako základní forma selhání trhu se zdravotní péčí lze diferencovat ve vazbě na konkrétní typ spotřeby.

Ohledně spotřeby zdravotní péče lze využít i přístupy teorie her, které ukazují často eticky a medicínsky vyhocená či absurdní, ale palčivá rozhodovací

¹⁸ Ukázka striktního přístupu – názoru lékaře založeného na objektivní indikaci: „Podle jakých charakteristik se určuje typ endoprotézy? Může si ji pacient zvolit sám? Těch faktorů je více, jsou to například anatomické podmínky, věk pacienta, osobní zkušenosti operátora, dlouhodobé výsledky uvažovaného typu kloubní náhrady. Je to tak trochu jako s auty. V současné době je u nás k dispozici řada kvalitních kloubních náhrad od různých firem, které se liší v některých drobných detailech. Pacienty především zajímá, jestli implantát bude cementovaný nebo necementovaný. Mají pocit, že ten cementovaný je horší, ale není to pravda. Je na operátrovi, aby zvolil optimální implantát. Totální náhrada není auto, to si každý vybírá sám.“ (Bartoníček, 2019). A méně striktního, zachovávacího však objektivní přístup: „Další věc je, aby pacienti znali reálné odhady – nikdy bych nechtěl sklouznout do zatajování rizik operování. Nejsm ani úplně pro to, abychom měli s pacientem partnerský vztah – já bych ho měl vést, ale měl bych mu poskytnout veškeré informace, co může očekávat a jaká jsou rizika daného výkonu, aby se mohl svobodně rozhodnout. Na druhou stranu si ale také nemyslím, že by si měl moci pacient volně vybírat mezi různými modalitami – měl bych mu říct doporučení, jaká metoda jak z pohledu publikačních, vědeckých dat, tak vlastní zkušenosti bude pro pacienta nejlepší, a naopak která modalita není vhodná. Měl bych mu možnosti seřadit, přičemž vážím na lékařských vahách, a například ze 70 procent doporučím tento postup a z 20 jiný postup s tím, že třetí postup je úplně špatně. Snažím se vysvětlit, že některá alternativa je pro mě horší, i když se pacientovi v dané životní situaci může zdát lákavá. Případně pro něj může být důležitý odklad rozhodnutí, a tuto možnost pak dávám [...] Pacient si může vybrat, neměl by ale vybírat jen z prostých možností a), b) a c) – měl by mít doporučení.“ (Netuka, 2020).

dilemata, která by vznikala často, pokud by zdravotnictví nebylo regulováno zákony a lékařskou etikou, avšak v některých případech vznikají i zcela spontánně. Příkladem z novější literatury je dilema ohledně předpisu opioidů pacientovi: to lze chápat jako variantu hry zvané věžňovo dilema následujícím způsobem.

Mějme situaci, kdy máme dostupné léky proti bolesti – opioidy v určitých indikacích. Obecně je lékař motivován pomoci pacientovi od problémů. Připustíme dále, že někteří pacienti potíže zveličují či simulují, aby se dostali k opioidům. Protože bolest je subjektivní, neexistuje objektivní test, který by rychle či jednorázově prokázal, zda pacienta skutečně něco bolí, nebo nikoli a jak moc. To by bylo profesně správné – rozpoznat tu situaci, ale nejistota a informační asymetrie tomu brání. Přitom předepsat pacientovi, kterého ve skutečnosti nic nebolí, opioid je profesně nesprávné. Odmítnout předpis léku může být však nesprávné také: pacient nebude spokojen a část z nich bude zbytečně trpět. Mají lékaři vždy předepsat opioid pacientovi, který požaduje medikaci proti bolesti, i když mají podezření, že bolest předstírá?

Tabulka 1 Aplikace věžňovo dilematu na předpis opioidů

Pacient/Lékař	Předepíše opioid	Nepředepíše opioid
Reálná bolest	pacient spokojen, lékař spokojen, profesní satisfakce	pacient nespokojen, lékař nespokojen, profesní chyba
Simulovaná bolest	pacient spokojen, lékař částečně spokojen, profesně problém	pacient nespokojen, lékař částečně nespokojen, profesně satisfakce

Zdroj: (Djulbegovič, Hozo, & Ioannidis, 2014)

Nejlepší strategie je samozřejmě pokud dojde k průniku reálné bolesti a předpisu opioidu. Celá volba je navíc komplikována informační asymetrií, v tomto případě způsobenou nemožností intenzitu bolesti u pacienta v krátkém období verifikovat. Že je tento problém nejen teoretický, ale shodou okolností i reálný, ukazují studie o objemu preskripce opioidů v USA – tzv. opioid crisis (Rummans, Burton, & Dawson, 2018).

Z uvedeného příkladu vyplývá obecnější jev – význam důvěry ve vztahu lékař–pacient, i význam dlouhodobější péče o pacienty (opakovaných her) tam, kde to je vzhledem k nastavení systému možné. Zdravotní péče je též označována jako statek zkušenosti nebo statek důvěry (experience good) (Nelson, 1970). Je zřejmé, že při segmentaci péče do jednotlivých úkonů, pracovišť a lékařů, při absenci spolupráce jak mezi lékaři, tak mezi lékařem a pacientem se výrazně zvyšuje pravděpodobnost

tržního selhání a situací ústících ve výše popsaná dilemata, zvláště pak, kdy se jedná o jednorázovou léčbu (v terminologii teorie her situace označované jako one-shot games). I vědomí tohoto rizika zhoršení výsledků léčby vede k aplikaci vysokých etických standardů ve zdravotnictví. Vztah důvěry však má řadu věcných předpokladů ke své realizaci a kultivaci; mimo jiné se jedná i o charakter nabídky a poptávky, kdy důvěra v postup lékaře a předkládané volby fakticky omezuje až vylučuje konkurenční výběr, který lze akceptovat například ve formě druhého názoru u závažných diagnóz, ale nikoli jako shánění péče pacientem na trhu na základě komparace nabídek lékařů. I lékaři v řadě případů spolupracují a vzájemně konzultují léčbu u komplikovaných případů (konziliární přístup); interdisciplinarita je podmínkou úspěšné léčby řady nemocí. To vše modifikuje charakter konkurence a vztahů mezi poskytovateli a pacientem, i mezi poskytovateli navzájem. I vstup na trh je specifický, jsou zde kladeny vysoké kvalifikační požadavky a povolání zdravotníka je stále typicky celoživotní ekonomická aktivita s dlouhým vzděláváním, současně nemocnice tvoří typicky lokální monopol nebo oligopol.

Je možno říci, že poskytování a úhrady zdravotní péče je žádoucí postavit na důvěře; současně platí, že důvěru si nelze přímo koupit, je nutno ji v rámci interakce konkrétními činy a postoji vytvořit a udržovat, a také platí, že se důvěra obtížně buduje a lehce ztrácí. Arrow se otázkou důvěry zabýval dlouhodobě a ukázal, jak významná je pro fungování trhů a jak ovlivňuje chování aktérů ve zdravotnictví (Arrow, 1963) (Arrow, 2010).

Ekonomické chování pacienta v průběhu životního cyklu obsahuje také klasický Grossmanův model investic do zdraví (Grossman, 1972). Jeho význam tkví v ekonomické analýze výdajů na zdravotní péči jako investice do lidského kapitálu zdraví; v tom Grossman navazuje na práce Beckera (1964)¹⁹ a Schultze (1961; 1962), kteří definovali lidský kapitál jako ekonomickou kategorii investičního statku, oproti dřívějšímu pojetí spotřebnímu. Grossman upřesňuje specifika lidského kapitálu zdraví, definuje poptávku po něm a ukazuje, kdy se vyplatí do zdraví jednotlivci investovat ve vazbě na zdravé dny života, jež získá. Odlišuje, že jedinec nepoptává primárně zdravotní péči samotnou, ale zdraví, pomocí výdajů na zdravotní péči tak chce prodloužit období, po němž bude zdravý, a tedy i produktivní. Definuje také zásobu zdraví, naznačuje tím dlouhodobost a typicky postupné nabývání/ubývání zdravotního stavu. Goulli charakterizuje Grossmanův model takto: „Jednotlivec zdědí původní zásobu kapitálu, která se znehodnocuje věkem. Tato zásoba musí být renovována investicemi do zdraví. Je řešen problém, jak je možné v různém období života obnovovat zásobu lidského kapitálu a jaké

¹⁹ Becker následně v roce 2007 rozvinul Grossmanovy a další přístupy ve svém syntetickém článku věnovaném lidskému kapitálu zdraví (Becker, 2007).

jsou optimální objemy investic. Přitom optimalizace se dosahuje při respektování rozpočtového a časového omezení.“ (Goulli, 2002, s. 103). Tak, jak to chápe Grossman ve svém modelu, tedy investovat do lidského kapitálu zdraví pomocí přímých investičních výdajů s cílem zvýšení počtu zdravých dnů, jde o výborný argument zdůvodňující ekonomicky smysl výdajů na zdraví. Nechápe je jako úhradu nutné škody, ale jako prostředek k dosažení a udržení zdraví s cílem umožnění ekonomické aktivity; v tomto smyslu je tedy jeho model přínosný.

Současně je však v Grossmanově pojetí výdajů na zdraví skryta určitá slabina: ukazuje také situace, když se už další výdaje na zdravotní péči jednotlivci nevyplatí a kdy koncept investic do zdraví selhává, respektive není ekonomicky racionální jej použít. Problém z hlediska zdravotní politiky však spočívá v tom, že mnoho reálně potřebné péče do investičního pojetí integrovat nelze, nebo jen nepřímou skrze solidární schémata. Grossmanův model tak paradoxně ukazuje i to, že racionální reálných výdajů na zdraví lze na individuálním investičním principu obhájit jen do jisté míry; v ostatních případech daná péče nebude realizována buď vůbec, nebo je nutno využít solidárních triangulárních schémat (viz též kapitola 3.1). Model ukazuje také to, že s rostoucími výdaji na zdravotnictví během života může dojít k situaci, kdy člověk racionálně zvolí i smrt, neboť se mu již investice do kapitálu zdraví nevyplatí. Takové dilema je samozřejmě individuálně eticky nepřijatelné; současně však diskuse o ekonomické hodnotě lidského života ukazují, že na úrovni koncepcí systému se i s takovými úvahami pracuje a v tomto smyslu jsou s Grossmanovým modelem konzistentní. Lidský kapitál zdraví se také podstatně liší od vzdělání v tom ohledu, že zásobu zdraví má člověk při narození (až na vrozené vady) plnou a věkem se snižuje či opotřebovává, zatímco zásobu vzdělání má při narození nulovou a věkem (vzděláváním) se zvyšuje.

Moderním přístupem k výdajům na zdravotní péči je ekonomie produktivní spotřeby, která rozšiřuje neoklasické pojetí maximalizace subjektivního užítku o maximalizaci současné hodnoty svého budoucího příjmu v dlouhém období v souladu se svou životní strategií (Valenčík et al., 2019). V tomto pojetí jsou ekonomicky racionální výdaje na uchování a upevnění zdraví jako jednoho z podstatných faktorů budoucího příjmu jednotlivce, a to jak vynucené onemocněním, tak i optimalizující životní strategii jednotlivce ve smyslu dlouhodobého produktivního uplatnění. Z toho vyplývá i model ekonomického rozvoje založený na vyšší intenzitě a prodloužení horizontu uplatnění lidských schopností, čehož je zdraví nutnou (ač nikoli postačující) podmínkou.

V kontextu produktivního, respektive investičního pojetí výdajů na zdravotní péči se v ekonomii oslabuje chápání zlepšení dostupnosti a kvality zdravotní péče jako výsledku či vedlejšího produktu ekonomického rozvoje a posiluje

vnímání zdravotnictví a výdajů na něj jako předpokladu a determinantu individuální produktivity i ekonomického růstu. Na mikroúrovni existuje řada studií prokazujících vazby mezi vyšší výdělkem a zdravotním stavem, a to i v dlouhodobém horizontu, tedy s vyloučením vlivu akutního vzplanutí chronických onemocnění (Chirikos & Nestel, 1985; Andrén & Palmer, 2001). Na makroúrovni pak tvoří lidské zdroje součást řady modelů dlouhodobého růstu včetně endogenního pojetí (Lopez, Rivera, & Currais, 2005) a empiricky je sledován příspěvek zdraví populace k ekonomickému rozvoji (Suhrcke, McKee, et al., 2005).

Zdravotní péče také nespĺňuje charakteristiku homogenity a jedná se tedy v principu o heterogenní statek, což omezuje možnost konkurence a tržně racionální cenotvorby. Ve zdravotnictví lze vysledovat řadu různých statků a služeb, jako jsou:²⁰

- hygienická a epidemiologická služba,
- očkování,
- záchranná služba,
- preventivní péče,
- prenatální péče,
- léčebná péče (lůžková, ambulantní),
- dispenzární péče,
- paliativní péče,
- laboratorní a přístrojová vyšetření (komplement),
- léky na předpis,
- rehabilitace a fyzioterapie,
- lázeňství a wellness,
- estetická medicína, poradenství, coaching,
- volně prodejné léky a doplňky stravy,
- alternativní medicína.

Ekonomické vlastnosti výše uvedených forem zdravotní péče se liší a heterogenita je navíc trojího typu.

Zprvė z *pohledu mikroekonomických charakteristik tržní struktury poskytovatelů* a jimi nabízených „produktů“, kdy se spotřebitel nerozhoduje pouze podle ceny zdravotní péče, ale řady dalších faktorů typicky spojených se zdravotní péčí (důvěra v lékaře, hodnocení kvality, osobní zkušenost, navazující péče). Jednotlivé formy zdravotní péče mají odlišné „produktové charakteristiky“ (péče praktického lékaře & laboratorní vyšetření & psychiatrická hospitalizace), současně jsou ale z hlediska léčby vzájemně provázané. Zdravotnická zařízení mají

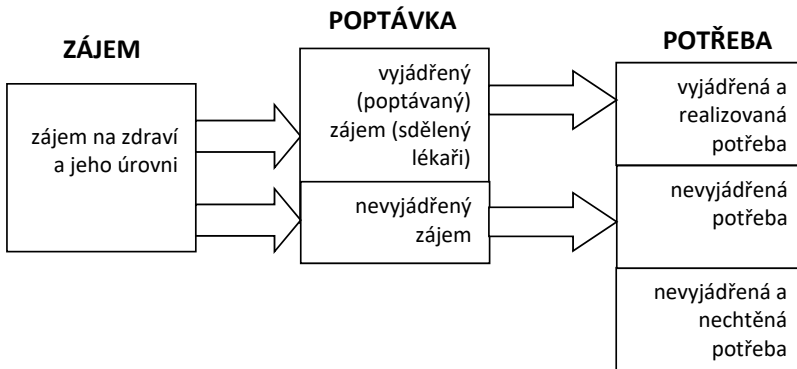
²⁰ Přístup k poskytování a úhradám jednotlivých forem péče se v čase a zemi liší. Konkrétní vývoj v českém prostředí ukážeme v kapitole 6.

typicky výrazně omezený marketing (etikou i legislativně) a obecně není cílem zdravotní politiky, aby si pacienti opakovaně konkurenčně volili lékaře (poskytovatele) v poměru užitek/cena, jako je tomu na běžných trzích.

Zadruhé z *pohledu veřejné ekonomie a teorie ekonomických statků*, kdy různé typy zdravotní péče mají odlišnou vylučitelnost ze spotřeby, dělitelnost a rivalitu při spotřebě. Stejně tak při použití institucionálního kritéria ekonomických statků (Bénard, 1985) závisí na přístupu konkrétního státu, zda bude daný typ zdravotní péče řazen mezi čisté tržní, nečisté tržní nebo netržní statky. Většinu zdravotní péče lze sice s určitým zjednodušením zařadit dle ekonomického kritéria mezi smíšené veřejné statky s možným efektem přetížení a dle institucionálního kritéria mezi nečisté tržní statky, ale tato klasifikace je pro reálné spektrum forem zdravotní péče příliš hrubá.

Zatřetí se liší zdravotní péče i z *hlediska charakteru poptávky*. Heterogenitu zdravotní péče lze doložit i na členění požadavků pacientů. Zatímco v běžné teorii spotřebitele stačí pro rozbor racionálního chování teorie poptávky, v oblasti zdravotní péče lze identifikovat tři prvky: zájem na zdraví, poptávku a potřebu péče, jejichž vzájemné vztahy jsou znázorněny na obrázku níže.

Obrázek 3 Zájem, potřeba zdravotní péče a poptávka po zdravotní péči



Zdroj: (Mooney, 1992)

Vyplývá z něj, že v praxi lze dělit postoje pacienta ke zdravotní péči na obecnější zájem o zdraví, i ten se může lišit například na přístup konzumenta a investora (Chytil, Klesla, & Kosička, 2015), poptávku, kterou pacient vyjádří svému lékaři nebo naopak nikoli, a potřebu, která při vyjádření a pochopení/akceptaci