

Ekonomické předpoklady poskytování zdravotní péče v ČR

Mgr. Lenka Kalábová, Ph.D., Ing. Jana Bellová, Ph.D., Ing. Jaroslav Zlámal, Ph.D.

¹Náměstkyně pro nelékařské zdravotnické obory Městské nemocnice v Litoměřicích

²Právnická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

³Fakulta zdravotnických věd UP v Olomouci

Článek se zabývá ekonomickými předpoklady vývoje zdravotnictví ČR v kontextu celkové péče o zdraví. Jsou popsány souvislosti mezi ekonomickým růstem ekonomiky státu a možností financování zdravotnictví. Zdravotnictví v celém svém rozsahu přispívá k prevenci či obnově lidského zdraví a tvoří tak významnou složku bohatství lidí. V ČR se vydává na potřeby rozvoje zdravotní péče množství peněz, které je srovnatelné s vyspělými státy Evropy, za poslední desetiletí však podíl celkových prostředků vkládaných do zdravotnictví relativně klesá. Lidské zdroje v ČR patří k základním faktorům růstu, k nejcennějším druhům bohatství státu.

Klíčová slova: zdraví, HDP, systém péče o zdraví, zdravotnictví, financování zdravotnictví, veřejné a osobní statky, ekonomický růst.

The economic requirements of development of the health care system of the Czech Republic

The article deals with the economic requirements of development of the health care system of the Czech Republic in the context of health care as a complex. There are described interconnections between the economic development of the state economy and possibilities of financing the health care. The health care system in the whole extend participates to prevention or restoration of human health and therefor creates an important part of the human wealth fare. In the Czech republic the amount of finances that is distributed to sustain and further develop health care is comparable with the developed European countries, during the last decade the percentage of total financial means transferred into health care relatively decreases. The human resources in the Czech republic belong to the key factors of economic growth, the most valuable types of wealth fare of the state.

Key words: health, GDP, the system of health care, health care, financing of health care, public and state goods, economic growth.

http://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201406-0012_Ekonomicke_predpoklady_poskytovani_zdravotni_pece_v_CR.php

Lidské zdraví má nezastupitelnou hodnotu, všichni lidé přikládají svému zdraví a zdraví svých blízkých neobyčejně vysokou prioritu. Vývoj názorů na zdraví vedl k vytváření určitých systémů péče o zdraví. Vzhledem k výskytu nových jevů, situací ovlivňujících zdraví rozsáhlejších skupin lidí (jako například španělské či ptačí chřipky, nových epidemií či pandemií, vzrůstající počet lidí nakažených virem HIV, narůstající počet infarktů, rakoviny apod.), se problematika péče o zdraví stává celosvětovou záležitostí a jednotlivé státy koordinují v řadě oblastí svou zdravotní politiku. I Česká republika, jakožto členský stát mnoha celosvětových organizací, vytváří svou zdravotní politiku na základě Národních programů zdraví, Akčního plánu zdraví a životního prostředí atd. Jak vývoj názorů na zdraví, tak i problémy globalizace, se projevují v neustálém rozvoji systému péče o zdraví, hledání optimálních struktur, směrů výzkumu i vývoje, ekologickými aktivitami či sociálními projekty.

Systém zdravotnictví jen součástí celého komplexu péče o zdraví. Systém péče o zdraví vyžaduje existenci i řady dalších podsystémů, které spolu se zdravotnictvím vytvářejí celkový komplex péče o zdraví lidí daného státu. Tento systém péče o zdraví, obsahující jako jeden ze základních subsystémů „zdravotnictví“,

se vyznačuje určitými specifickými rysy. Podle Gladkého¹ je systém péče o zdraví charakteristický následujícími znaky:

- Požadovaným základním výstupem celého systému je zdraví obyvatelstva, současné i budoucí populace. Nejedná se tedy jen o potřeby současných generací obyvatelstva, nýbrž i ve vytváření příznivých podmínek pro zdravý vývoj generací příštích.
- Každý jedinec i celá populace je v tomto pojetí chápána jako „produkt“ všech faktorů systému péče o zdraví včetně systému „zdravotnictví“.
- Zdravotnictví je podsystémem celkové péče o zdraví. Zdraví je tedy ovlivňováno řadou dalších podsystémů, vlivů, faktorů a zdrojů včetně zdrojů z podstatného okolí i megasystému (například zmíněné vlivy celosvětových pandemií).
- Samotný proces transformace vstupních zdrojů na žádoucí výstupy je silně ovlivněn jejich dostupností, kvalitou, dostatečností, úrovní vědy a výzkumu a prostředků vkládaných do celého systému péče o zdraví.
- Obnova zdraví je však do určité míry i otázkou pouze pravděpodobnosti a dispozic jedince, jeho genetickým vybavením a dědičnými faktory.

- Celý komplex péče o zdraví je velmi složitý, vyvíjející se otevřený systém s často předvídatelnými, avšak i pouze možnými výstupy, kde míra pravděpodobnosti je mnohdy sice vysoká, avšak nedá se jednoznačně hovořit o zcela bezproblémovém a jedno příčinném výstupu.
- Zdravotnictví se dotýká každého člověka, ve vyspělých státech každý jedinec zdravotnictvím prošel, to se týká i všech obyvatel ČR.
- Lidé velmi vnímají problematiku péče o zdraví, problematiku zdravotnictví, preference obyvatelstva ke zdravotnictví vykazují vysoký stupeň priorit, vnímání a citlivých postojů.
- Dokonce reklamy propagující prostředky upevňující nebo zlepšující individuální zdraví, mají vysokou a rychlou odezvu v nákupu propagovaných výrobků, léků nebo služeb.
- Zdravotnictví nemá pouze jeden hlavní cíl, ale řadu i dílčích cílů, kdy je nesnadné určit jednoznačná a lehce stanovitelná kritéria. Zdravotní stav je dán obvykle souhrnem ukazatelů, které se mohou vyskytovat v určitém rozmezí, popřípadě některé mohou být negativní, jejich zmírnění nebo odstranění však může mít vedlejší účinky v jiné oblasti zdraví.

- Nejednoznačnost je mnohdy problémem v řadě zdravotnických oborů, některé diagnózy vyžadují řadu nutných vylučovacích metod, je to velmi složitý a vzájemně provázaný systém.
- Mezi výsledky vědy a výzkumu existuje často velmi dlouhá doba, než je možná aplikace či standardní nasazení léků nebo metod v léčebné péči. Léky například musí projít dlouhodobým testováním, kdy je nutné zkoumat, zjišťovat a hodnotit vedlejší účinky, to vesměs trvá roky, avšak ani pak není zcela vyloučena neškodnost ve všech případech.
- Samotná péče o zdraví, jakož i zdravotnictví a především postavení a jednání lékařů je silně založeno na etice, pomoci a snaze záchrany života a zdraví. Tento etický rys zdravotnictví má svůj odraz v posuzování a hodnocení lékařů a zdravotníků v očích nemocných. Samo označení lékař je známkou vysokého společenského postavení a tato prestiž by měla být spjata i s příslušným finančním ohodnocením, lékařské povolání má obvykle ve všech vyspělých státech absolutně nejvyšší společenskou prestiž a v mnohých ekonomicky vyspělých státech tak i příslušné finanční ocenění.
- Zdravotnictví vyžaduje vysoký stupeň vzdělanosti a celoživotního vzdělávání nejen lékařů, ale naprosté většiny všech pracovníků, procesy „učení se“ jsou nezbytným znakem výkonu povolání, a to až do konce aktivního působení ve zdravotnictví.
- Složitost systému způsobuje, že například pro značnou část diagnóz a léčebných postupů nejsou a nemohou být předepsány žádné jednotné postupy, práce často vyžaduje i značné duševní, ale i fyzické vypětí, dovednosti, zkušenosti i umění.
- Chybná rozhodnutí mohou mít za následek i nevratné škody na zdraví pacienta, případně trvalé následky nebo i smrt. Zdravotníci tak mají vysokou zodpovědnost, vysoké pracovní nasazení (služby, respektive pracovní pohotovost), v řadě případů musí vykonávat službu bez přesného časového ukončení, jsou na ně kladeny vysoké morální a volní požadavky, někdy jsou napadáni či jsou proti nim vedeny žaloby.
- Jako v málokterém povolání se lékaři i zdravotníci potýkají s etickým rozměrem své práce, často musí řešit etická dilemata. Řada zdravotnických profesí má samostatné etické kodexy.
- Zdroje a prostředky vynakládané do zdravotnictví nejsou v přímé úměře ve vz-

tahu k výsledkům, mnohdy jsou výsledky nejednoznačné, žádné nebo i negativní, v řadě případů se nejedná o jednoznačnou souvztažnost a příčinnou souvislost. Jak prevalence, tak i diagnostika a terapie je v mnoha případech spojena se značnými náklady, avšak efekt může být malý, přesto je třeba i takovéto zásahy často konat v zájmu zdraví či života pacienta. Právě tento specifický znak zdravotnictví navozuje skutečnost, že i přesto je třeba pohlížet na zdravotnictví i jako na hospodářský systém a zamýšlet se nad jeho ekonomikou, zkoumat jeho náklady i výnosy a transformovat jej z hlediska dosažení co nejvyšší efektivity, optimalizace a účinnosti.

¹GLADKIJ, I., KOLDOVÁ, Z. Propedeutika sociálního lékařství, s. 145,146

Ekonomika péče o zdraví

Ekonomické možnosti státu jsou základem pro stav a rozvoj všech součástí lidského života. Bohatství státu a jeho příslušníků, ekonomické prostředky, zdroje, ale také hospodárnost jejich vynakládání, efektivita, racionalita či jejich účelnost, to vše tvoří nezbytný základ pro posuzování ekonomiky péče o zdraví. Ekonomika péče o zdraví je souhrnem mnoha různorodých nákladů do všech vstupů tvořících systém „péče o zdraví“, tedy i nákladů vložených do životního a pracovního prostředí, vědy a výzkumu a ostatních inputů vstupujících do systému.

Jsou to často náklady (tzn. finanční prostředky, nákupy investic, věcné prostředky, přístroje, spotřebovaná energie, práce lidí apod.), které jsou vynakládány mnohdy do takovýchto oblastí života společnosti, které jakoby ani na první pohled nijak nesouvisely se zdravím této populace.

Investicí do zdraví může být dlouhodobý výzkum drobných parazitů, zkoumání účinků různých látek na chování jedince, postavení čističky vod, realizace pravidelných a povinných preventivních prohlídek, osvětová činnost v televizi, prodlužování nároku na dovolenou atd.

Při vynakládání těchto peněz, času, lidské práce, tj. nákladů, musíme často omezovat jiné možnosti či alternativy, které by se z hlediska času mohly momentálně jevit jako mnohem efektivnější, účinnější a jednoznačné. Naproti tomu náklady vynaložené do péče o zdraví jsou v mnoha případech otázkou dlouhodobých investic bez okamžité či krátkodobé návratnosti, při rozhodování není zcela jasné kdy a zda vůbec se očekávaný přínos dostaví, kdo bude jeho konzumentem, kdy se tak stane a v jakém rozsahu bude užitečný. Často při rozhodování o nákla-

dech do této oblasti stojí poslanci, manažeři, lékaři a ostatní zdravotníci před závažnými a velmi obtížnými morálními otázkami a konflikty.

Při posuzování ekonomických aspektů péče o zdraví se pohybujeme ve velmi těžce definovatelných a precizovatelných kategoriích, kdy samo o sobě je těžko vyjádřit i základní ekonomické pojmy jako jsou náklady, výnosy, zisk atd. Nemusí dokonce ani platit a mnohdy evidentně neplatí, že činnost je efektivní, pokud je výsledku dosaženo s co nejmenšími zdroji nebo náklady. Rovněž je často diskutabilní, co jsou vlastně přínosy péče o zdraví, jak je měřit, co je subjektivní a co objektivní kategorií. Jaký význam má odsíření tepelné elektrárny v severních Čechách pro rolníky v okolí Mikulova? Jak vidíme, vždy se při rozhodování v této oblasti vkládá etický a solidární rozměr: opravňuje nás předpokládaný či pravděpodobný výnos z této činnosti k takové výši nákladů? Nebylo by užitečnější vynaložit tyto prostředky, energii a práci do zcela jiné oblasti života společnosti? atd. Navíc, některé výnosy, jakožto reakce na vložené náklady, jsou často otázkou mnoha let po realizaci nákladů a čas i stírá příčinnou souvislost vynaložených nákladů. Mnohdy tak úspory jedné generace mají užitek až pro generaci nastupující. Ocení však nová generace, že se jejich předkové omezili ve své spotřebě a věnovali své úsilí či finanční prostředky ve prospěch někoho jiného? Jak velká má být solidarita mezi generacemi, mezi kraji, regiony, státy? Máme tolerovat kuřáky, pijany, narkomany a další rizikové skupiny obyvatelstva, které si vědomě poškozuji své zdraví?

Jak vidíme, je právě v této oblasti často otázka rozhodování možným střetem mezi čistě ekonomickým myšlením a vnímáním lidské solidarity a etiky chování.

Pokud si i dovedeme představit či definovat nutné či potřebné náklady na péči o zdraví, ještě obtížnější bude možné definovat výnosy. I když bychom je mohli definovat jako očekávané či pravděpodobné výstupy, je velmi těžké určit například samotný pojem zlepšení zdraví, přírůstek zdraví, přínos pro zdraví apod. Je jisté, že například záchrana života je jednoznačně definovatelný „výnos“ jako výsledek vynaložených zdrojů a nákladů, ale i tam se často může pochybovat na základě posuzování případné kvality života, chronické zátěže a dalších charakteristik, které mohou význam pojmu snížit, redukovat i znehodnotit. Ještě obtížnější je to při posuzování výnosů péče o zdraví, neboť ten se může (ale nemusí) projevovat různými formami jako například „snížení rizika onemocnění“, „snížení možnosti úrazu“, „zlepšením tělesných funkcí“, „zlepšením psychického stavu“, „snížení

počtu sebevražd“ atd. Takovýchto indikátorů jako výsledků, výstupů celého systému péče o zdraví, můžeme uvést velmi mnoho.

Pokud bychom však chtěli vyjádřit nějaký výnos péče o zdraví, měl by být měřitelný změnou stavu jedince nebo množiny obyvatelstva (určité entity, skupiny, popřípadě celé populace) a mělo by být měřitelné, jak se příslušný výkon péče o zdraví projeví na zdravotním stavu jedince či konkrétní množiny obyvatelstva.

Takovéto měření zdravotního stavu je však velmi obtížné, neboť může být často kategorií subjektivní. Navíc je „pociťování“ zdraví kategorií již ryze subjektivní, zdraví si neuvědomujeme, pokud ho máme. Teprve jeho nedostatek či ztráta nás vede k potřebě řešení daného stavu. Subjektivně se můžeme ještě cítit dobře, ale objektivně jsou již v organismu nastartovány procesy, které zdraví v budoucnosti ohrozí nebo zničí. A naopak, objektivně je organismus v přirozeném stavu, přesto se pacient může cítit zle. Mnohdy si ani lékaři neví rady a nemohou jednoznačně rozhodnout mezi stavem zdraví a stavem nemoci. V této souvislosti je třeba se zmínit například o Moliérově hře „Zdravý nemocný“.

Nemocný člověk svou nemoc vnímá z několika úhlů pohledu. I když základní pohled je medicínský (nemoc je obvykle provázena subjektivními obtížemi a poruchami funkcí), zvláště při déletrvajících a těžších nemoci narůstají v nemocném obavy také ekonomického charakteru.

Druhým subjektem, na který však doléhá tíže onemocnění jedince, je celá společnost, nejen úzká skupina jeho nejbližších, ale společnost v širším slova smyslu, neboť v rozvinutých státech na sebe různým způsobem a v různém měřítku přebírá stát povinnost se o nemocného postarat, jakožto se postarat i o jeho rodinu. Nemoc jedince tak zapojuje do činnosti určitý okruh lidí a institucí, které se zabývají problémem nemoci, omezením schopnosti pracovat, invaliditou atd., ať už se jedná o možnosti zdravotního, nemocenského a sociálního zabezpečení, způsobů léčby, primární, sekundární a terciální péče či doživotní pomoci společnosti chronicky nemocným.

Úspěšná zdravotní péče naopak vytváří aktiva navrácením zdraví a znovu začleňováním lidí do pracovního procesu. Organizace zdravotnictví, náklady společnosti na zdravotnictví, systém péče o zdraví a zdravotní politika daného státu – to vše vytváří rámec péče o zdraví jedinců i celé populace.

Ekonomické aspekty zdraví a nemoci se tedy projevují především zkoumáním:

- ztrát, které společnost utrpí smrtí nebo poruchou zdraví obyvatelstva,

- nákladů, které společnost vydává na zdravotní péči, obnovu či uchování zdraví,
- ekonomické účinnosti preventivní a léčebné péče.

Nemoc z ekonomického hlediska znamená:

- ztrátu pracovního potenciálu společnosti, nevytvoření nového bohatství,
- náklady na nemocenské a důchodové dávky,
- náklady na léčbu.

Ekonomický přínos zdravotnictví lze obtížně vyčíslit, je však jisté, že efektivnost prevence je mnohokrát vyšší, než je efektivnost léčby a následné rehabilitace. Funkce lékařství a zdravotnictví je dnes podstatná ve vztahu ke vzniku a nutnosti adaptace na neustále se měnící životní i přírodní podmínky, které přináší:

- jednak zhoršování přirozených podmínek života v přírodě i v pracovním prostředí a tím i
- nutnost rychlé eliminace nově vznikajících tzv. „civilizačních chorob“,
- nutnost rychlé adaptace člověka na změnu podmínek hektického života,
- požadavek obnovy zdravého životního stylu,
- potřebu rychlého využití výsledků vědy a výzkumu v praxi.

Ekonomické dopady zdraví a nemoci jedince či větších skupin při případné epidemii jsou značné, společnost se musí proti výskytu negativních jevů bránit a naopak musí podporovat (a to i ekonomicky) prevenci zdraví, rychlý návrat jedinců do aktivního života, musí podporovat kvalitu zdravotní péče. Ideální společnost by měla být založena na spokojené, zdravé a šťastné populaci, a to nejen té současné, ale i budoucí. K tomu ovšem potřebuje dostatečné ekonomické zdroje. Zdroje a prostředky vynakládané do zdravotnictví však nejsou často v přímé úměře ve vztahu k výsledkům, mnohdy jsou výsledky nejednoznačné, žádné nebo i negativní, v řadě případů se nejedná o jednoznačnou souvztažnost a příčinnou souvislost. Jak prevence, tak i diagnostika a terapie je v mnoha případech spojena se značnými náklady, avšak efekt může být malý, přesto je třeba i takovéto zásahy často konat v zájmu zdraví či života pacienta. Je nutné pohlížet na zdravotnictví i jako na hospodářský systém a zamýšlet se nad jeho ekonomikou, zkoumat jeho náklady i výnosy a transformovat jej z hlediska dosažení co nejvyšší efektivnosti, optimalizace a účinnosti. I celý systém péče o zdraví a jeho subsystém zdravotnictví je závislý na zdrojích, které do systému proudí a jsou v něm spotřebovávány, zatímco na druhé straně

produkuje obnovené zdroje (uzdravené pacienty), kteří se stávají aktivními tvůrci nových hodnot. Je tedy třeba vytvářet stále nové a nové ekonomické zdroje, správně je ekonomicky využívat, rozdělovat a s nejvyšší mírou efektivnosti je spotřebovávat.

Jak se tvoří tyto zdroje, jaké procesy je rozdělují, kolik procent těchto zdrojů plyne do zdravotnictví? Základním předpokladem pro možnosti vývoje, zlepšování kvality lékařské péče a zlepšování života vůbec ve společnosti, je stav a vývoj základního makroekonomického ukazatele – HDP, pomocí něhož se dnes ekonomický stav i vývoj (pomocí přírůstků) měří. Jeho objem je pak podstatný pro možnosti rozdělování nově vytvořených zdrojů do všech oblastí společenského vývoje státu.

HDP a vliv jeho tvorby na ekonomiku zdravotnictví ČR

V ekonomii platí základní ekonomický zákon, který říká, že „každý má ničím neomezená přání, avšak omezené zdroje“. Od slova „přání“ je nutno odlišovat pojem „potřeby“, neboť potřeby mají odpovídat nejen nutnosti jejich uspokojování (v případě například biologických potřeb), ale také možnostem jejich uspokojování. Přání na rozdíl od potřeb nejsou omezené ničím, přát si může člověk cokoliv, ale skutečně potřebuje mnohem méně. Přání jsou tedy spíše pojmem z marketingu, kdy se marketingoví specialisté snaží udělat z našich přání naše potřeby.

Omezené zdroje mají všechny tři ekonomické subjekty, které ekonomie rozlišuje, tj. domácnosti, firmy (institute) a státy. Mezi těmito třemi subjekty neustále dochází k vzájemné interakci, k všeobecnému uspokojování potřeb v rozsahu vytvořených zdrojů.

Pro sledování ekonomického stavu a vývoje ekonomiky se používá stěžejního makroekonomického agregátního ukazatele – hrubého domácího produktu (HDP, anglicky GDP, gross domestic product).

Každý stát je však nucen, pokud nechce být zcela závislý na dovozu, produkovat dva typy statků. Jednak je nucen vyrábět tzv. statky výrobní (slouží pro další výrobu, tzn., že jsou nakupovány dalšími výrobci), jednak produkuje tzv. statky spotřební či finální. Teprve tyto statky kupují ostatní subjekty (domácnosti, ostatní firmy i stát) pro uspokojení svých potřeb. Mezi finální statky patří i služby, mezi služby patří rovněž služby zdravotnictví.

Jak můžeme definovat pojem HDP?

Hrubý domácí produkt je celková peněžní hodnota toku finálních statků a služeb vytvořená za určité časové období všemi výrobními

faktory na území daného státu bez ohledu na to, zda jsou ve vlastnictví občanů tohoto státu nebo cizinců.

Není to tedy úplná produkce veškerých vytvořených statků (nezapočítávají se statky výrobní ani tzv. meziprodukty), ale pouze statky finální, spotřební, sloužící ke konečnému uspokojování potřeb. Z definice je zřejmé, že veškeré produkty, které jsou výsledkem péče o zdraví, jakožto i zdravotnictví do této oblasti patří a jsou do tvorby nového bohatství započítávány.

HDP skutečně tvoří nově vytvořené bohatství daného státu, bohatství, které vytvořilo obyvatelstvo v produktivním věku (tedy tzv. ekonomicky činné obyvatelstvo – EČO), což znamená pouze část společnosti daného státu, a to bez ohledu na fakt, zda to byla domácí či zahraniční firma působící na území státu, která finální produkt vyrobila, nebo službu na domácím území státu poskytla.

EČO představuje pouze část společnosti, tu produktivní složku, která je tvořena lidmi v ekonomicky produktivním věku. Dle legislativního pohledu tedy v rozmezí od prvního nástupu do pracovního poměru nebo zahájení podnikání, což je teoreticky možné v ČR dejme tomu od 18 let (s výjimkami, neboť pracovní poměr je možné zahájit po ukončení základní školy, tj. od 15 let věku) až do odchodu do starobního (nebo invalidního) důchodu a skutečného ukončení práce. Je zřejmé, že počet lidí daného státu v tomto produktivním věku podstatným způsobem determinuje vytvoření bohatství státu ve formě produktů a vytvořených služeb. Velikost této složky obyvatelstva určuje i velikost vytvořeného HDP. Státy s menším počtem obyvatelstva vytvářejí oproti státům s vysokým počtem obyvatel obzvláště menší agregátní ukazatel HDP.

Po vytvoření HDP je třeba jeho rozdělení, a v konečné fázi jeho užití, všemi složkami obyvatelstva, tedy nejen oběma dipóly společnosti, tj. mladistvými na jedné straně a důchodci na straně druhé, ale v souhrnu nejen domácnostmi, ale i firmami i státem, neboť i ony nakupují a spotřebovávají finální produkty a služby.

Můžeme tedy hospodářské fáze, které charakterizují základní ekonomický pohyb ve společnosti rozdělit dle následujícího obrázku.

Výroba rozdělování přerozdělování směna užití

Výroba je záměrná lidská činnost, sloužící k vytváření ekonomických statků, jejichž konečným cílem je uspokojení lidí. Je počátkem a východiskem všech ekonomických aktivit. Předpokladem výrobní činnosti je existence

výrobních zdrojů. Těmito výrobními zdroji jsou lidská práce, přírodní zdroje a kapitálové zdroje. Tyto zdroje se postupně ve výrobním procesu proměňují na nové, požadované statky. Přeměnu těchto výrobních zdrojů na ekonomické statky označujeme jako výrobní proces. Ten může být výsledkem vzájemného působení a propojení jeho tří součástí, tj. procesu pracovního (vynaložení lidské práce), přírodního (zrání, růst plodin) či technologického (záměrný postup při využití kapitálových statků, jako je například výroba oděvů, výroba oceli, aut, stavba domů atd., ale i poskytování zdravotnických služeb). Zhruba se dá říci, že každé hospodářství, aby mohlo vyrábět finální produkty vlastními prostředky, musí mít odpovídající (a často mnohem větší) výrobu výrobních statků. (Uvádí se, že v ČR zhruba dvě třetiny firem produkuje výrobní statky, jedna třetina pak statky finální).

Tím, že se určitá skupina lidí věnuje výrobě, vzniká určitá stratifikace (vrstvení) společnosti. Lidé se věnují rozdílným činnostem, specializují se na výkon určité práce (nebo funkce), vyrábějí tisíce různých produktů (nebo poskytují různé služby). Ve skutečnosti má tedy agregátní ukazatel HDP v ČR zhruba jeden milión sortimentních druhů produktů.

Po výrobě následuje fáze rozdělování a sekundárně přerozdělování. Tyto procesy se odehrávají prostřednictvím peněz. Peníze jsou tedy symbolickým vyjádřením určitého podílu výrobce na tvorbě nového produktu, na tvorbě nového bohatství společnosti. Nelze však zapomínat, že společnost je tripartitní. Člověk se v první fázi svého života (v době mládí) postupně připravuje na své budoucí ekonomické aktivity, teprve v druhé fázi života je součástí ekonomicky činného obyvatelstva (EČO), v třetí fázi odchází do důchodu a je vyčleněn z aktivní ekonomické činnosti. Oba dipóly společnosti nelze ponechat bez prostředků, proto dochází k procesům přerozdělování. Současně jsou obyvatelstvu odebrány prostřednictvím daní určité finanční prostředky do veřejných financí. Peníze plní několik funkcí. Základní funkcí peněz je stanovení množství peněz jako míry hodnot. Ve čtvrté fázi pak dochází k jejich výměně (správněji směně) za výrobky a služby. Již v počátcích vzniku dělby práce, tak vznikla nutnost vyměňovat (a později prodávat a nakupovat) výrobky za jiné. Vznikal mechanismus výměny zboží, vznikl trh.

Poslední fází je užití (spotřeba) produktů (do této fáze je třeba zahrnout ještě dovoz a vývoz). Užitím vzniká nutnost opětovné výroby (produkce a poskytování služeb). Tyto hospodářské fáze na sebe navazují a jsou souběžné. Vždy je určitá část lidí ve výrobě, část lidí právě

nakupuje, část lidí právě konzumuje atd. Obecně se dá říci, že HDP je ve své miliónové různorodosti spotřebováván, je užit a EČO tak přistupuje k jeho opětovné formě.

Zdravotnictví patří obor, které se podílejí na tvorbě nového bohatství státu. Lidské zdraví je považováno za statek, na jehož ochraně, léčbě i zachovávaní se zdravotnictví podílí velmi intenzivně. Za podstatný podíl na vytváření domácího produktu lze jmenovat i podíl celého systému péče o zdraví, neboť všechny instituce a lidé, kteří se podílejí na tvorbě zdravého života lidí, populace, a to současné i budoucí, mají nemalý podíl na vytváření bohatství národa.

Oba systémy se tedy podílejí na tvorbě HDP (a i když to nezní pěkně), zařadíme je oba do první fáze hospodářského cyklu, tedy do fáze označené jako „výroba“. Prakticky můžeme označit „tvorbu lidského zdraví“ jako fázi výroby, produktem jsou zdraví nebo uzdravení lidé.

Druhá fáze rozdělování s fází přerozdělování se rovněž bezprostředně dotýká systému péče o zdraví i celého zdravotnictví. Neboť jak uvedeno, tyto dvě fáze se uskutečňují pomocí peněz, je tedy důležité při obou procesech uznat, jakou výši peněz oba systémy dostanou, kolik si tedy

Tabulka 1. Státy podle HDP (parita kupní síly) – HDP

Pořadí	Stát	HDP (USD)	Rok
1.	Spojené státy americké	14 260 000	2009
2.	Čína	8 791 000	2009
3.	Japonsko	4 141 000	2009
4.	Indie	3 561 000	2009
5.	Německo	2 812 000	2009
6.	Spojené království	2 165 000	2009
7.	Rusko	2 117 000	2009
8.	Francie	2 113 000	2008
9.	Brazílie	2 024 000	2009
10.	Itálie	1 756 000	2009
41.	Vietnam	258 200	2009
42.	Česká republika	256 700	2009
43.	Rumunsko	256 300	2007
54.	Finsko	181 400	2009
55.	Kazachstán	175 100	2009
60.	Slovensko	115 300	2009

Zdroj dat: OECD Health Data červen 2011, převzato z ÚZIS ČR, Zdravotnictví 2011

ve své konečné fázi mohou „užít“, tedy spotřebovat. Těžké je určit podíl, jímž se oba systémy podílejí na tvorbě HDP, je však zjistitelné, kolik rozdělených a přerozdělených peněz na provoz a investice do obou systémů se vrací ke konečné spotřebě.

Je tedy podstatné pro praktický provoz i investice obou systémů určit, jak se vyvíjí tvorba HDP, jaký je jeho stav, jaké místo zaujímá ČR v tvorbě HDP. Toto místo ukazuje následující tabulka, převzatá ze statistiky OECD 2011.

Zvážíme-li, že ve světě formálně existuje cca 250 států, pak 42. místo v tvorbě HDP není špatné, ČR patří do horní poloviny ekonomicky vyspělých států.

Stav HDP v objemovém vyjádření ukazuje momentální situaci daného státu k okamžiku měření. Neříká však nic o dynamickém vývoji, o růstu ekonomických potřeb a jejich uspokojování v čase. To vyjadřuje ukazatel ekonomického růstu.

Požadavek ekonomického růstu vyplývá z přirozené tendence lidských potřeb. Ty neustále rostou, mění se nejen kvantitativně, ale i kvalitativně. Současně na světě nestále přibývá lidí a je třeba zabezpečit potřeby stále rostoucí mase obyvatelstva. Navíc lidské potřeby rostou geometrickou řadou a rozšiřují se spirálovým efektem. Jedna potřeba vyvolává druhou, odvozené potřeby či sekundární potřeby jsou důsledkem vzniku potřeb primárních.

Na neustále rostoucí potřeby reaguje hospodářství zvyšováním produkce, rozšiřováním služeb, zvyšováním výkonnosti, produktivity, zvyšováním počtu a kvality výrobků a služeb.

Zvyšuje a diverzifikuje se sortimentní skladba, trh je zásobován ze zahraničí žádanými produkty či službami, to vše má dopad na nutný a žádoucí růst celkového objemu makroekonomických agregátů, především HDP.

Ekonomický růst můžeme vyjadřovat různými ukazateli, nejčastějším vyjádřením je však jeho měření jako přírůstku HDP vůči HDP v předcházejícím srovnávaném období.

Ekonomický růst se sleduje za různá časová období, podstatná jsou srovnání meziroční, kdy se sleduje ekonomický růst za stejná období vůči minulému roku (v ČR například měsíčně, kvartálně, pololetně, ročně), v přehledu pěti či deseti let atd. Ekonomický růst znamená kladnou změnu takových veličin v čase. Je třeba si uvědomit, že i HDP vyjadřuje spotřebu, a to jak spotřebu obyvatelstva, tak i celé společnosti (státu), nové investice a převahu vývozu nad dovozem. Tedy finanční toky, které byly vynaloženy, spotřebovány, realizovány, užity.

Měření ekonomického růstu a tím vlastně dynamiky, výkonnosti celé ekonomiky v objemovém vyjádření, je sice základem, ale mnohem větší vypovídací schopnost má běžně užívaný ukazatel označovaný jako **tempo růstu**.

Za standardní, příznivé tempo ekonomického růstu se v makroekonomickém vyjádření považuje rozpětí od 3–5 %. Pokud je tempo vyšší, pak se již hovoří o značném růstu ekonomiky, tempo růstu nad 7 % se považuje za vysoké tempo růstu, údaje nad 10 % jsou označovány jako ekonomický zázrak. Vysoké tempo růstu však může mít za následek tzv. přehřátí ekonomiky, které se později změní v hlubší pokles.

Pokud je ekonomický růst výrazem našich stále rostoucích potřeb, pak by tomu měl odpovídat dlouhodobý, stabilní a stále se zvyšující ekonomický růst. Tomu tak ale v reálné ekonomice prakticky žádného státu s tržní ekonomikou není, **dochází k odchylkám od stálého růstu**. Tyto odchylky mohou mít podobu snižujícího se tempa růstu, nulového, popřípadě i záporného tempa růstu. Hovoříme o cyklickém vývoji, existenci hospodářských cyklů, kolísání ekonomiky.

Pro tržní ekonomiku je tedy charakteristický cyklický vývoj hospodářství, který se posuzuje od stavu ekonomického růstu nebo poklesu. Rozeznáváme 4 fáze hospodářského cyklu (konjunktura, recese nebo také deprese, krize a oživení), které mají v různých státech světa jiný časový průběh, nicméně střídání těchto fází je obecným a charakteristickým jevem tržního hospodářství všude ve světě. Cyklický vývoj nemá v realu ideální průběh, snahou každé odpovědné vlády je dosažení a udržení růstu nebo naopak vyvedení hospodářství z krize. Často se v některých státech podařilo poměrně dlouhou dobu udržovat trvalý (a vysoký) růst, nicméně v řadě případů však byl zaznamenán právě v důsledku rychlého a vysokého růstu o to hlubší propad do recese nebo i krize.

Cyklický vývoj tržního hospodářství je průvodním jevem každého tržního hospodářství, kdekoli na světě, tedy bez ohledu na jednotlivé státy. Je však rovněž charakteristické, že pokud dojde k poklesu v některých světových ekonomikách, ve vedoucích hospodářských velmocích světa, přenesení se tento pokles do celé řady navazujících ekonomik a naopak, dojde-li k ekonomickému růstu silných, ekonomicky vyspělých států, táhne tento růst za sebou opět řadu navazujících, korespondujících ekonomik ostatních kooperujících států.

Tržní hospodářství se tedy pohybuje v těchto cyklech, vcelku pravidelně se střídají uvedené fáze. Všechny tyto faktory způsobují výkyvy

v chování a jednání ekonomických subjektů, v jejich reakci na měnící se tržní prostředí, v jejich investice či spotřebu. Kolísání ekonomiky, střídání vzestupu a sestupu, zpomalování či zrychlování tempa růstu je doprovázeno celou řadou negativních nebo pozitivních jevů. Dopady jsou především na úroveň nezaměstnanosti a inflace, jako na celospolečenské jevy, ale rovněž i na podnikové jevy, jako například ziskovost, rozšiřování či zužování výroby, zastavení výroby atd. Je zřejmé, že pokud se ekonomika státu nachází ve fázi růstu má to příznivý dopad i na možnosti spotřeby vytvořeného HDP, potřeby všech ekonomických subjektů se naplňují ve zvýšené míře, zatímco naopak, pokud je ekonomika ve fázi poklesu, zvláště pak ve formě krize, má to negativní dopad i na celkové uspokojování potřeb, obyvatelstvem počínaje, přes firmy, či stát.

Takovýto vývoj se pak negativně projevuje i na uspokojování potřeb péče o zdraví, a tím rovněž i na uspokojování potřeb zdravotnictví, a to až na úroveň uspokojování potřeb pacientů, ale i lékařů a zdravotníků. U nich se tento pokles může projevit například stagnací mezd a platů, menšími investicemi, omezením provozních potřeb. Bohužel, zatímco již v současné době všechny okolní státy České republiky registrují hospodářský růst (byť nevelký), Česká republika stále vykazuje recesi či spíše krizi. Ta se následně projevuje i v oblasti financování zdravotnictví, tedy v možnostech přidělu vytvořeného HDP do oblasti zdravotnictví.

Ještě před 10 lety relativní podíl výdajů na zdravotnictví ve vztahu k HDP se v České republice pohyboval na úrovni téměř srovnatelné s ekonomicky vyspělými státy (7,6 procent, stejný podíl mělo například Finsko) a některé ekonomicky vyspělé státy měly tuto relaci ve srovnání s námi i nižší. Například Velká Británie měla v tu dobu tento podíl ve výši 5,8%, Irsko 6,2%, Norsko 6,5%, atd.

Relace tohoto vztahu však může kolem dané hranice dlouhodobě oscilovat, krátkodobě se může i výrazněji vychylovat. Souvisí to s tím, že některé ekonomicky vyspělé státy mohou určité roky, popřípadě i několik roků po sobě aktuálně preferovat i jiné potřeby společnosti a krátkodobě upřednostnit například rozvoj jiného sektoru, respektive reagovat tak na krátkodobé cíle. Jak vyplývá z dále uvedené tabulky, absolutně nejvyšší relaci tohoto vztahu mají USA, což vyplývá z jejich snahy v poslední době právě řešit otázky spjaté se zdravotnictvím, reformou jejich systému zdravotní péče i snahou o korekce financování systému. Období zvýšené podpory zdravotnictví nad obvyklý průměr bývá

Tabulka 1. Výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD jako % z HDP v roce 2009

■ 6,9 Korea
■ 7,4 Polsko
■ 7,4 sko
■ 8,2 Česká republika
■ 9,1 Slovensko
■ 9,2 Finsko
■ 9,5 Irsko
■ 9,5 Španělsko
■ 9,5 Itálie
■ 9,6 Norsko
■ 9,8 Velká Británie
■ 10,0 Švédsko
■ 10,9 Belgie
■ 11,0 Rakousko
■ 11,4 Švýcarsko
■ 11,6 Německo
■ 11,8 Francie
■ 12,0 Nizozemsko
■ 17,4 USA

(2) Zdroj dat: OECD Health Data červen 2011

však po čase opět střídáno obdobím tradiční relace, pozornosti společnosti na jiný směr rozvoje apod. To se také v uplynulých deseti letech naprosto zřejmě projevilo, tento relativní podíl osciloval kolem uvedených procent okolo roku 2000 v mnoha státech, včetně ČR, kdy nejnižší hodnota tohoto podílu činila ke konci uplynulého desetiletí dokonce údaje 6,8%.

Avšak v současné době se opět tento podíl postupně zvyšoval až na údaje současných hodnot, které se pohybují nad hranicí 8%. Nicméně ve srovnání s vyspělými evropskými státy se zřetelně projevuje zaostávání tohoto podílu na zdravotnictví z HDP, neboť **evropské státy vydávají na zdravotnictví v průměru asi o 2% více**. Proto je uveden přehled tohoto ukazatele ve vybraných státech světa. Z tabulky vyplývá, že Česká republika, přestože se její výdaje na zdravotnictví relativně zvyšují, jiné státy vydávají zvyšující se výdaje na zdravotnictví v rychlejším tempu. Česká republika postupně klesá z průměru vyspělých evropských států, ten činí v Evropě, dle posledních publikovaných výsledků OECD, zhruba 9%. Tento relativní pokles je zřejmý například i ve srovnání s Finskem, které zhruba před 10 lety bylo v tomto ukazateli na úrovni České republiky, nyní vydává na zdravotnictví o celé procento více.

Výrazný růst podílu výdajů na zdravotnictví vykazalo za sledovaných 10 let nejen s námi kdysi srovnatelné Finsko, které však vytváří i dnes o více než polovinu nižší HDP než ČR, ale především Irsko (z 6,2% na uvedených 9,5%), jakožto i Velká Británie (z 5,8% na 9,8%). Česká republika tak zůstává ve spodní části tabulky, a to přesto, že objemově do zdravotnictví proudí více prostředků než předtím. Relativně postupně klesáme a difference kolem zmíněných 2% je již značná.

Zdravotnictví jako součást celkové péče o zdraví

Systém „péče o zdraví“, jehož dílčí částí, tedy podsystémem, je i zdravotnictví, si můžeme podle obecné teorie systémů definovat jako systém vyznačující se určitými charakteristickými prvky, vztahy a procesy, můžeme si jej představit i jako hospodářský systém a zkoumat jeho obecné i specifické rysy. Tento systémový přístup nám umožňuje lépe zjišťovat jeho strukturu, účinnost i efektivnost.

Zdravotnictví je součástí celého komplexu péče o zdraví, je podsystémem péče o zdraví, avšak současně je autonomním hospodářským systémem.

Není však pouze hospodářským systémem, je zcela svébytným, specifickým systémem, který musí plnit daleko více funkcí než, aby bylo možné jej posuzovat pouze z ekonomického hlediska. Přesto, nebo právě proto, že se však jedná i o systém ekonomický je nutné jej posuzovat i z hlediska ekonomických aspektů péče o zdraví a efektivnosti celého zdravotnictví. Při analýze tady musíme zohledňovat obě hlediska užitečnosti systému, jak hledisko zdravotnické, tak i ekonomické. Jak celý systém péče o zdraví, tak rovněž subsystém „zdravotnictví“ mají rozsáhlé ekonomické vstupy (zdroje), tj. požadavky, náklady, tak i ekonomické přínosy, efekty.

Celý komplex péče o zdraví je ovlivňován mnoha faktory, jako jsou například faktory politické, ekonomické, kulturní, sociální a další podmínky a jevy společnosti (státu), jakožto i vlivy podstatného okolí, neboť otevřenost státu vůči světu, i na naší zemi doléhají všechny vlivy celosvětového působení, klimatické a přírodní podmínky na zeměkouli, dopady světové ekonomiky, vlivy celosvětových epidemií a další životní podmínky. Péče o zdraví je spoluvytvářena takovými faktory, jako je péče o životní prostředí, způsoby vzdělávání a výchovy obyvatelstva, kultura a mentalita národa, výzkum a vývoj, sociální a zdravotní péče o obyvatele a s tím související a podmiňující faktory jako je ekonomika daného státu a funkce státu v této oblasti. Pojem „péče o zdraví“ je tedy daleko širší pojem než samotný pojem zdravotnictví. Zdravotnictví je jen součástí celého komplexu péče o zdraví a ekonomický pohled na tuto problematiku je jen jedním z možných úhlů pohledu.

V dalším textu budeme sledovat podsystém zdravotnictví, který je součástí celkového systému „péče o zdraví“, budeme však analyzovat pouze jeho ekonomické aspekty. Systém péče o zdraví vyžaduje však existenci i řady dalších podsystémů, které spolu se zdravotnictvím vytvářejí celkový komplex péče o zdraví lidí daného státu. Je nepochybné, že na celkové zdraví

obyvatel má vliv i zdravý či nezdravý životní styl, krajinná ekologie, pracovní podmínky lidí (EČO – ekonomicky činného obyvatelstva) v pracovním prostředí, vzájemné vztahy lidí, chování jedinců, sociálních skupin, ale i chování firem, především průmyslových komplexů, které se často podílejí na zamořování území exhalacemi, emisemi, znečišťováním vod či ovzduší, patří sem úroveň a kvalita sociálních vazeb domácností, ale i celé společnosti, psychologické faktory atd. Jak systém péče o zdraví, tak i jeho součást „zdravotnictví“ je tedy v systémovém pojetí vzájemně provázaná soustava prvků, vazeb, zdrojů a výstupů, založená na principu a s cílem ochrany a zabezpečení zdraví.

V podmínkách tržního hospodářství se výměna protihodnot uskutečňuje pomocí peněz. Peníze jsou ve stále se opakujících procesech koupě vyměňovány za potřebné zboží a služby. Tyto výměny protihodnot probíhají na všech druzích trhů na základě působení dvou protichůdných sil, nabídky a poptávky. Majitelé peněz na straně poptávky nakupují zboží a služby. Objem peněz, které mají k dispozici, určuje rozsah jejich poptávky. Tato poptávka po zboží a službách, je tedy dána množstvím peněz, které má každý poptávající se k dispozici.

Protože pro možnost uskutečnění směny musí mít poptávající se peníze ve výši přijatelné pro nabídku, je možná směna pouze do objemu vlastnictví peněz. Potřeba jedince by tak byla limitována množstvím jeho peněz. Jedinec, který by odpovídající výši peněz neměl, by byl z procesu směny vyloučen, jeho potřeby by nebyly uspokojeny.

Tento princip vzájemné směny hodnot na základě oboustranné přijatelné výše peněz je zcela pravidelný, běžný a více či méně fungující ve sféře všech trhů.

Tento princip však **není možno zcela a bez společenské regulace aplikovat do oblasti poskytování lékařských a dalších zdravotnických služeb**, a to zejména v ČR. Pro mentalitu občanů ČR je takřka nemyslitelné, aby v okamžiku, kdy občan péči potřebuje, ji nedostal, protože například již vyčerpал roční nebo dokonce celoživotní limit.

Společnost, tj. stát, musí mít i jiné hodnoty, zájmy a priority než ty, které vyplývají čistě a pouze z běžného fungování tržního mechanismu.

Je stále více zřejmé, že ve vyspělé společnosti nemůže být výlučně tržní mechanismus jediným principem zajišťujícím zdraví společnosti, ani jediným mechanismem zajišťujícím rozložení zdravotnických služeb, lékařské a zdravotnické péče, či jediným mechanismem zajišťujícím finanční toky uvnitř tohoto systému.

Zdravotnictví vyspělého státu, který dbá o všestranný rozvoj svých příslušníků, o zdraví současné i budoucí generace, by mělo být založeno **i na rozsáhlém etickém kodexu**, na morálních principech pomoci všem trpícím a nemocným lidem bez rozdílu, mělo by být založeno na lidské solidaritě a soudržnosti. Zdravotnictví moderního státu by mělo být založeno na zájmu o každého člověka, vůli a předpokladech pomoci, zajištění kvalitního života všem lidem dané společnosti, daného státu, veškerému obyvatelstvu. To je dnes i převažující mínění obyvatelstva USA, státu s tradičním tržním přístupem ke zdraví, to je podstata tzv. Obamovy reformy povinného pojištění zdraví, která mění dosavadní pojetí lidského zdraví jako individuálního statku, tradičního, liberálního názoru Američanů.

Každá společnost musí tedy řešit problémy spjaté se zajišťováním zdravotnické péče v daleko širším kontextu, než jsou pouze ryze ekonomické pohledy či závislosti vyplývající ze střetu nabídky a poptávky v oblasti zdravotní péče obyvatelstva. Navíc komplexní pojetí zdraví vyžaduje i zaměřit se na zdravý vývoj celé populace, na prevenci a předcházení nemocí, na efektivní, účinný a racionální systém zajišťování zdraví lidí, tj. obnovu zdraví nemocných, dále realizaci optimální zdravotnické sítě, jakož i vybudování efektivního systému úhrad za poskytované zdravotnické služby. V tom je nezbytná role státu, jako představitele veřejných zájmů, nositele politické i ekonomické moci, legislativce a výkonného organizátora celého zdravotnického systému.

Zdraví je považováno částí ekonomů, sociologů a zdravotníků a dalších odborníků nejen jako individuální, ale rovněž i jako celospolečenský, tedy veřejný statek.

Dlužno podotknout, že s tímto tvrzením část odborné veřejnosti nesouhlasí a považuje zdraví za individuální statek, a to tedy nejen v USA, ale i například v ČR. Je třeba přiznat, že zdraví nenaplní některé znaky charakteristické pro veřejný statek, tak, jak je definuje veřejná ekonomie. Vede se stálý spor, zda-li se mají zdravotní služby pokládat za zboží, za komoditu podléhající zákonitostem trhu, či zda je zdraví všelidská a celospolečenská hodnota, tak vysoce a obecně ceněná, že je ji třeba vyjmout ze systému běžných komodit a začlenit ji do sféry veřejného zájmu, tedy veřejných statků ovlivňovaných danou společností a státem. Vývoj ve vyspělých státech v poslední době směřuje směrem k druhé variantě, a to i v samotných USA.

Omezené zdroje má jedinec, instituce, ale i každý poskytovatel zdravotní péče, má je i stát. Ale právě v oblasti zdravotnictví je třeba

řešit tento rozpor především a právě na úrovni státu a korigovat nedokonalosti tržního mechanismu hledisky etiky a lidské solidarity. Každý člověk chce obvykle být operován přímo panem primářem, chce mít nejlepší péči, nejúčinnější léky, nejlepší ošetření, chce mít kvalitní život a dobré zdraví. Chce, aby nebyly šířeny přenosné nemoci, zabezpečeny včas a v kvantitě potřebné léky, zajištěny optimální hygienické podmínky a prováděny preventivní akce. To ale často přesahuje individuální možnosti a vyžaduje celospolečenskou konvenci, koordinaci a organizaci.

Je tedy třeba řešit ono základní ekonomické dilemma, tzn. požadavek poskytování té nejlepší možné zdravotní péče každému pacientovi, každému občanovi, a na druhé straně existenci jen omezených a nikdy nepostačujících finančních zdrojů na její zabezpečení. Je to tedy problém, jaká je přiměřená výše nákladů na poskytování kvalitní zdravotnické péče. Rovnováha mezi těmito rozpornými jevy, náklady a přínosy, to je dilemma, které je nedořešené všude ve světě. A proto také všude ve světě se toto dilemma neustále řeší, řešení se střídají, vyvíjejí se, různé vlády se snaží zavést efektivnější modely poskytování lékařské péče. Mění se, způsoby vlastnictví zdravotnických zařízení, způsoby financování i principy a rozsah lidské solidarity s nemocnými.

Od základní ekonomické otázky omezenosti zdrojů se odvíjejí další konkrétní problémy a dilemata jako například jak náklady na zdravotnictví hradit, kdo má tyto náklady hradit, jak se má systém výběru peněz do systému zdravotnictví zabezpečit, jakým způsobem má probíhat distribuce peněz mezi jednotlivými prvky systému, jak se má na úhradách zdravotní péče podílet samotný pacient, co vše se má hradit z veřejných či státních fondů atd. To vše má navíc i etický a solidární rozměr.

Je velmi diskutabilní nakolik je člověk sám zodpovědný za své zdraví, jaké jsou vlivy prostředí, ve kterém žije, co způsobily pracovní podmínky. Existují faktory, které těžko mohl daný jedinec ovlivnit, jako například faktory dědičnosti, nezaviněných úrazů, nemoci z povolání, život v zamořeném krajině. Na druhé straně stojí zmíněné faktory alkoholismu, kouření a dalších úkazů vlastního sebepoškození zdraví, o nichž se vedou diskuse, zda důsledky těchto jevů vůbec financovat z veřejných fondů. Jsou to nejen ekonomické otázky, ale i otázky vzájemných vztahů konkrétní společnosti, jejího morálního stavu, preferencí, uznávaných hodnot, vzájemné solidarity lidí. Míra vlastního podílu na nákladech zdravotní péče a podílu ostatních lidí na zdraví jiných lidí, tedy společnosti, státu, je problémem, na který mohou existovat spousty různých názorů a dilemma

mezi etikou a ekonomikou nebude zřejmě nikdy zcela uspokojivě a optimálně vyřešeno. Je ale jisté, že ve vyspělé společnosti, musí značná část finančních toků plynout do systému zdravotní péče i z veřejných financí, jakožto konkrétního nástroje realizace celospolečenských, tedy veřejných zájmů. Toto poznání se postupně uplatňuje i v bohatých a ekonomicky velmi vyspělých státech, které, jako například zmíněné USA, které byly založeny zcela na individualistickém přístupu, vlastní odpovědnosti a svobodě i v této oblasti života společnosti. Názory i přístupy k tomuto problému se mění, v řadě států probíhá transformace zdravotnického systému, jeho reformy, někdy postupné, někdy radikální, někdy pomalé. Zatímco ve světě stále rozeznáváme 3 hlavní systémy organizace zdravotnictví spojené s jeho financováním, můžeme konstatovat, že s vývojem času dochází k postupné konvergenci všech těchto systémů a dobré prvky si jednotlivé státy zahrnují postupně do svého systému zdravotnictví.

Jak již bylo řečeno, péče o zdraví není záležitostí pouze samotného zdravotnictví, ale projevuje se ve všech systémech státu, zahrnujících školství, organizací státní správy, péči o krajinu atd., jakož i morálku a sociální citění dané společnosti. Právě z takto široce koncipovaného pojetí péče o zdraví vyplývá pojetí chápat lidské zdraví i jako celospolečenskou hodnotu, kterou je třeba do značné míry financovat i prostřednictvím veřejných financí.

Obecně však platí, že právě v oblasti veřejných služeb trh selhává nebo nefunguje efektivně

Trh má totiž přirozenou tendenci k nestabilitě, dochází k nerovnoměrnému a mnohdy k nežádoucímu vývoji makroekonomických veličin. Čistý tržní mechanismus není příliš vhodný a společensky únosný nástroj, kterým by mohly být veřejné služby zajišťovány, zvláště v oblasti zdravotnictví.

Pokud však nelze využít jen tržního mechanismu vzniká problém, jaký jiný mechanismus může poptávku a nabídku nahradit, popř. doplnit. Toto zjištění tedy vyžaduje odpovědi na řadu otázek jako například:

- Jaká optimalizační opatření ve zdravotnictví zavádět?
- Jak řešit otázku rozvírajících se nůžek mezi zvyšujícími se náklady zdravotnictví a relativně se snižujícími výnosy?
- Jaké priority stanovit ve zdravotní politice státu?
- Kolik a jakých zdravotnických zařízení je třeba mít pro optimální zajištění zdravotní péče v určitém kraji, regionu či v celém státě?
- Jaký mechanismus nebo kdo a podle čeho to bude určovat?

- Která zdravotnická zařízení ponechat, přeměnit či případně zrušit?
- Jakým způsobem rozdělit zdravotnická zařízení na primární, sekundární a terciální péči?
- Jaká má být optimální skladba a rozsah sítě zdravotnických zařízení na daném území tzn., jaká má být dostupnost zdravotní péče?
- Kolik veřejných financí vynakládat na zdravotnictví v poměru k jiným potřebám?
- Nakolik se má pacient podílet na svém zdraví?
- Je nutné, aby veškeré náklady spojené s léčbou nesla celá společnost, pokud se jedná o chronické porušovatele lékařských doporučení a rad?
- Jakým způsobem řešit problematiku financování zdravotnictví? atd.

Tyto otázky nejsou jen otázkami ekonomickým, přestože ekonomické možnosti daného státu odpoví na tyto otázky podmiňují. Jsou to otázky také politické, proto jsou odvislé od politické moci, jsou to otázky, jejichž řešení vyplývá z priorit jednotlivých vlád, společenského konsensu, preferencí, hodnot obyvatelstva, mentality národa atd.

Bráno pouze z ekonomického hlediska, je úroveň zdravotnictví a rozsah zdravotní péče konkrétního státu v převážné míře závislá na vývoji základních makroekonomických veličin národního hospodářství daného státu. To znamená především na vývoji ekonomického růstu, stagnaci či poklesu měřeného pomocí hrubého domácího produktu (HDP), vývoji inflace, nezaměstnanosti, zadluženosti státu, úspěšnosti výběru daní, zdravotního a sociálního pojištění a dalších makroekonomických ukazatelích ekonomické úrovně daného státu.

Zdravotnictví je důležitou a nedílnou součástí národního hospodářství, je součástí terciálního sektoru. Údaje o zdravotním stavu obyvatelstva, kvalitě a úrovni lékařské a zdravotnické péče, ukazatele střední délka života, dožití, kojenecké úmrtnosti, počty lékařů a zdravotních sester na počet obyvatelstva, a další ukazatele charakterizující zdraví populace daného státu, patří dnes mezi stěžejní ukazatele ekonomické úrovně daného státu.

Dobře fungující národní hospodářství potřebuje zdravé a spokojené občany, bohatý a rozvíjející se stát může více investovat do zdravotní péče a služeb obyvatelstvu.

Je zřejmé, že existuje přímá závislost úrovně zdravotní péče, dostupnosti zdravotní péče, technické i personální vybavenosti zdravotnictví s ekonomickou úrovní daného státu. Platí, že čím větší

bude ekonomický růst daného státu, čím více bude vytvářeno nové bohatství, tím více prostředků tohoto bohatství může být rozděleno a konsumováno ve všech zájmových oblastech daného státu. Je proto směřovat sledovat nejen základní makroekonomický ukazatele ekonomického stavu země, tj. ukazatel HDP v jeho objemovém nebo poměrovém vyjádření, ale rovněž i podíl tvorby a rozdělování HDP na jednotlivé sektory národního hospodářství, jakožto i skladbu tvorby a rozdělování HDP uvnitř jednotlivých sektorů. Procento výdajů na zdravotnictví úzce souvisí s vývojem HDP, respektive s ekonomickým růstem. Možnosti růstu HDP jsou však dány mnoha faktory. Patří mezi ně přirozená surovinová základna státu, četnost obyvatelstva, jeho pracovní úsilí, profesní a kvalifikační struktura společnosti, poloha a klima, tradice, předcházející ekonomický vývoj atd. Pozice našeho státu v možnosti růstu národního hospodářství jsou dány mnoha faktory pozitivními i negativními. Omezená surovinová základna, zastaralost technického i technologického vybavení, nedostatečná infrastruktura atd. nedává předpoklady prudkého ekonomického rozvoje. **Chceme-li však zvyšovat podíl výdajů na zdravotnictví jsou možné pouze dvě možné cesty. Jednak danou relací ve vztahu k HDP, jednak hledáním a realizací zvyšování efektivnosti vlastního systému zdravotnictví,** to znamená optimalizací zdravotnické sítě, snižováním nákladů, důsledným řízením finančních toků včetně vymáhání pohledávek u neplatičů zdravotního a sociálního pojištění, racionalizací práce, zvyšováním kvalifikace pracovníků ve zdravotnictví atd. Současně s tím, je třeba vynakládat adekvátní prostředky i do všech oblastí, které s péčí o zdraví souvisejí, tj. do oblasti ochrany životního prostředí, čistoty ovzduší, vod a přírody, věnovat pozornost zdravotní výchově, prevenci atd. Právě v těchto oblastech, tedy nejen v samotném systému zdravotnictví, jsou mnohé rezervy možného zvýšení efektivnosti i zlepšování péče o zdraví obyvatelstva. Vyplývá z toho nezastupitelnost legislativní, organizační, výběrčí, dotační a přerozdělovací role státu v systému již v systému péče o zdraví, tím spíše pak v systému zdravotnictví. Ekonomika zdravotnictví tedy přímo souvisí s ekonomickým systémem uplatněným v konkrétním státě, souvisí s postavením zdravotnictví v rámci terciální sféry národního hospodářství a souvisí i s koncepcí státu při realizaci určité sítě zdravotnických zařízení, skladbě daného zdravotnictví, dostupnosti zdravotní péče, honorováním lékařů a zdravotníků, právními formami výkonu zdravotní péče, tzn. celkovou zdravotní politikou daného státu.

Zdravotnictví v české republice patří po odborné stránce, dostupnosti sítě zdravotnických institucí, kvalitou péče, zdravotnickými i sociálními ukazatele, tedy i svými výsledky, mezi vyspělé zdravotnické systémy na světě, byť není nijak úspěšně vyřešen systém financování zdravotnictví. V ČR žijí a pracují výborní lékaři, zdravotníci, zdravotní sestry, laboranti, lékárníci a další profese. České zdravotnictví dosahuje srovnatelných výsledků jako nejlepší světová zdravotnictví za podstatně méně peněz, a to za situace, kdy ceny strategických vstupů, léků, zdravotnického materiálu či přístrojů stále rostou.

Zdravotní péče je však v celém světě stále více nákladnější. Jednak je to tím, že stárne obyvatelstvo (zejména v Evropě), prodlužuje se lidský věk (což je nepochybně úspěchem i zdravotnictví), jednak tím, že se relativně stále zmenšuje počet ekonomicky činného obyvatelstva a naopak přibývá rentiérů se zvýšenou potřebou zdravotní péče. Neustále rostou ceny léčiv, nových technologií, počítačových systémů sloužících k diagnostice či vysoce sofistikovaných mechanismů v terapii. Tyto rozpory je třeba řešit, mají nejen ekonomický, ale i celospolečenský dopad, významně se podílejí na kvalitě života obyvatelstva. Lidské zdraví, zdravá populace, to jsou nejcennější hodnoty každého státu, každé společnosti. To je třeba ochraňovat, vytvářet předpoklady pro zdravý růst budoucích generací, pro kvalitní život všech občanů státu.

Literatura

1. Bellová J, Zlámal J. Ekonomické základy pro zdravotní a sociální politiku. Vyšlo v březnu a dubnu 2013 v odborném časopise Zdravotnické fórum v čísle 3 a 4/2013.
2. Gladkij I. Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství I, II. Vydavatelství UP v Olomouci 1990.
3. Gladkij I, Koldová Z. Propedeutika sociálního lékařství. Vydavatelství UP v Olomouci, Olomouc 1998.
4. Křížová E. Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání. 3. LF UK, Praha 1998.
5. OECD Health Data, červen 2011, převzato z ÚZIS ČR, Zdravotnictví 2011.
6. Statistika ČSÚ 2011.
7. Vepřek J. Analýza ekonomické nerovnováhy systému zdravotní péče. Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví. Praha 2001, ročník IV., číslo 3–4.
8. ÚZIS ČR, Statistiky 2011.
9. The Health Report, WHO 2008, 2009.
10. Zlámal J, Bellová J. Ekonomika zdravotnictví. Brno 2013, NCONZO, ISBN 978-80-7013-551-8.

Mgr. Lenka Kalábová

MěN v Litoměřicích

Žitenická 2084, 412 01 Litoměřice

l.kalabova@nemocnice-lt.cz