

Vydává Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze ve spolupráci s Českou národní bankou a Ministerstvem financí ČR ve vydavatelství **Economia, a. s., Praha**

© Fakulta sociálních věd UK Praha

Adresa redakce: Vinohradská 49
120 74 Praha 2

Tel.: (02) 22 25 00 36 nebo: (02) 215 93 171
Fax: (02) 215 93 203

Šéfredaktor: Doc. Ing. Zdeněk Tůma, CSc.

Výkonná

redaktorka: Mgr. Renata Nováková

Publishers: Faculty of Social Sciences, Charles University, Prague, in Cooperation with the Czech National Bank and the Ministry of Finance of the CR in Publishing House Economia, Prague

© Faculty of Social Sciences, Charles University, Prague

Editor's Office: Vinohradská 49
120 74 Prague 2
Czech Republic

Editor in Chief: Zdeněk Tůma

OBSAH

Petr CHVOJKA: Finanční rámec procesu re-
strukturalizace české ekonomiky137
Juraj NEMEC: Zdravotníctvo – trhové prost-
redie, alebo štátna regulácia?158
Jiřina JÍLKOVÁ – Miroslav HÁJEK: Mimoroz-
počtové fondy jako nástroj státní politiky ži-
votního prostředí167
Jan ZEMAN: Nekalkulované náklady a vý-
nosy v železniční a silniční dopravě . . .179

Recenze

Miroslav ZAJÍČEK: Oslava měnové teorie
a zkoumání měnové historie (M. Friedman) 190

Informace

Bojka HAMERNÍKOVÁ – Květa KUBÁTOVÁ –
Václav URBÁNEK: 53. kongres Mezinárod-
ního institutu veřejných financí195

Daňové judikáty

Výběr ze soudních rozhodnutí ve věcech daní
č. 3 a 4/98197

CONTENTS

Petr CHVOJKA: The Financial Framework of
the Czech Economic Restructuring . . .137
Juraj NEMEC: Health Care: Market Forces or
Government Regulation?158
Jiřina JÍLKOVÁ – Miroslav HÁJEK: Extra-
Budgetary Funds as an Instrument of Envi-
ronmental Policy167
Jan ZEMAN: Hidden Costs and Revenues in
Railway and Road Transport179

Book-Review

Miroslav ZAJÍČEK: Demonstration of Mone-
tary Theory and Lessons from Monetary His-
tory (M. Friedman)190

Information

Bojka HAMERNÍKOVÁ – Květa KUBÁTOVÁ –
Václav URBÁNEK: 53th Congress of the In-
ternational Institute of Public Finance .195

Tax Judicial Decisions

Abstract from Court Decisions Concerning
Taxation: No 3–4/98197

Autorská práva vykonává vydavatel (viz § 4 zák. č. 35/1965 Sb. ve znění změn a doplňků). Užití části nebo celku publikovaných textů – vč. publikovaných zpracovaných znění judikátů – rozmnožování a šíření jakýmkoli způsobem (zejména mechanickým nebo elektronickým) bez výslovného svolení vydavatele je zakázáno.

Ediční kruh: Doc. Ing. Aleš Bulíř, MSc., CSc., Ing. Petr Dvořák, Ing. Věra Kameníčková, CSc., Prof. Ing. Michal Mejstřík, CSc., Ing. Karel Půlpán, CSc., Ing. Ondřej Schneider, Ing. Miroslav Singer, Ph.D., Mgr. Kateřina Šmídková, Doc. Ing. Zdeněk Tůma, CSc. (předseda), Doc. Ing. Miloslav Vošvrda, CSc.

Redakční rada: Doc. Ing. Aleš Bulíř, MSc., CSc., Ing. Petr Dvořák, Gabriel Eichler, Ing. Michaela Erbenová, Ph.D., Ing. Milena Horčicová, CSc., Ing. Miroslav Hrnčíř, DrSc., Prof. Ing. Kamil Janáček, CSc., Ing. Tomáš Ježek, CSc., Ing. Jiří Jonáš, Ing. Jan Klacek, CSc., Ing. Pavel Kysilka, CSc., Ing. Ivan Kočárník, CSc. (předseda), Ing. Jiří Kunert, Prof. Ing. Michal Mejstřík, CSc., Ing. Jan Mládek, CSc., Prof. Ing. Lubomír Mičoch, CSc., Ing. Jiří Pospíšil, Doc. Ing. Zbyněk Revenda, CSc., Ing. Pavel Štěpánek, CSc., Doc. Ing. František Turnovec, CSc., Doc. Ing. Zdeněk Tůma, CSc., Prof. Dr. František Vencovský, Prof. Ing. Karol Vlachynský, CSc.

Zdravotníctvo – trhové prostredie, alebo štátna regulácia?

Juraj NEMEC*

Poskytovanie zdravotníckych služieb predstavuje jednu z najsenzitívnejších oblastí, v ktorej sa všade vo svete prelínajú trhové prvky a silná miera štátnej ingerencie v najrozličnejších podobách. Spôsoby organizácie, produkcie a financovania služieb v jednotlivých krajinách sa značne líšia a predstavujú širokú škálu prístupov – od liberálne orientovaného systému v USA cez rozličné typy poisťných systémov až po rozhodujúcu úlohu štátneho rozpočtu. Jednotlivé národné modely sú výsledkom politických rozhodnutí, ktoré reagujú na konkrétne podmienky tej-ktorej krajiny a snažia sa nájsť najvýhodnejšie riešenie, ako uspokojiť stále rastúci dopyt po zdravotnej starostlivosti pri rešpektovaní požiadaviek, ako v oblasti efektívnosti, tak aj v oblasti rovnosti. Existuje odpoveď na to, ktorý model je najvýhodnejší? Existuje na všeobecnej, alebo len na národných úrovniach? Existuje v dlhodobom, alebo len krátkodobom časovom horizonte? Poznatky ekonomickej teórie v tomto smere hovoria vcelku jasne - ak by aj bolo možné konštruovať určitý návod, jeho platnosť je nevyhnutne obmedzená pre určité teritórium a určitý časový horizont [van Mierlo 1997]. A aj s týmto návodom nebude súhlasiť ani celá odborná verejnosť a už vonkoncom nie všetci občania.

V našej stati sa preto nechceme pokúšať o odpoveď na otázku, akým spôsobom by mali byť zabezpečované zdravotnícke služby všeobecne alebo konkrétne napríklad v Českej alebo Slovenskej republike, ale chceme poukázať na silné a slabé stránky trhových nástrojov a štátnych regulácií v oblasti zdravotníctva.

Úloha trhu v oblasti poskytovania zdravotníckych služieb

Trhová regulácia na základe dopytu a ponuky sa považuje za najvýhodnejší nástroj v oblastiach, kde sú pre jej mechanizmus utvorené zodpovedajúce podmienky – klasický model trhovej rovnováhy vychádza z predpokladu maximalizácie užitočnosti, dokonalej konkurencie, dokonalej informovanosti, ekonomiky bez externalít a kolektívnych statkov (napr. [Stiglitz 1989], [Hamerníková a kol. 1996]). V uvedených podmienkach sa predpokladá, že trhový mechanizmus zabezpečí maximálnu úroveň alokatívnej efektívnosti. Ekonomia blahobytu však zároveň pripomína, že tento

* Doc. Ing. Juraj Nemeč, CSc. – Ekonomická fakulta Univerzity Mateja Bela, Banská Bystrica

stav alokatívnej efektívnosti ešte nemusí byť stavom s potrebnou mierou rovnosti [Brown – Jackson 1990].

Je zdravotníctvo oblasťou, kde môžu efektívne pôsobiť trhové sily? Odpoveď v prvom rade bude závisieť od chápania slova „efektívne“, ktoré si môžeme vysvetliť veľmi rozdielne – už len samotná ekonómia pozná viacero rozmerov statickej a dynamickej efektívnosti (napr. [Nemec – Lawson 1992]).

Efektívne z pohľadu spotrebiteľa môže znamenať bez čakania, s úsmevom, v príjemnom prostredí (marketingové prostredie poskytovania služby – „servis design“ [Sheaff 1991]).

Efektívne z pohľadu spotrebiteľa môže však tiež znamenať čo najlacnejšie (nákladová efektívnosť).

Efektívne z pohľadu spotrebiteľa môže byť tiež čo najúčinnnejšie z hľadiska dosahovaných výsledkov – „outcomes“.

Efektívne z pohľadu spotrebiteľa napr. v našich podmienkach môže byť aj poskytnutie čo najdrahšieho spôsobu liečby – najmä v prípadoch, ak platí tretia strana („maximálna liečebná starostlivosť“). Napriek tomu, že drahší liek vôbec nemusí byť skutočne efektívny z hľadiska samotnej liečby, pacient, ktorý nepozná všetky súvislosti, môže stotožniť vyššiu cenu lieku s vyššou kvalitou (efektívnosťou).

Obdobne z pohľadu spoločnosti ako celku môžeme uvažovať s množstvom prístupov – zabezpečenie maximálneho rozsahu výstupov z definovaných zdrojov, súlad medzi potrebami a spotrebou, všeobecná dostupnosť služieb, alokatívne optimálny rozsah produkcie –, ale krajne liberálne spektrum môže pod touto kategóriou chápať aj úplné vylúčenie štátu zo zasahovania v oblasti zdravotníctva.

Čo teda vlastne sledovať, čo chápať ako cieľový stav z hľadiska efektívnosti? Trhový stav, keď pacient dostane všetko, čo požaduje, a tak, ako to požaduje, by sa mohol dať dosiahnuť najmä pri absencii štátnych intervencií – pravda za podmienky, že pacient je dostatočne solventný (či už priamo, alebo na základe vhodného komerčného poistenia). Je to však model, ktorý chceme – a na ktorý vzhľadom na jeho vysoké náklady máme?

Odpovede na otázku, do akej miery môže trhová regulácia zabezpečiť dosiahnutie jednotlivých stránok efektívnosti (najmä alokatívnej efektívnosti), vyplynú z analýzy prvých dvoch (alebo možno prvých troch) predpokladov modelu konkurenčnej rovnováhy:

- Je zdravotnícky trh konkurenčný ?
- Sú pacient a lekár dostatočne informovaní ?
- Čo sa vlastne maximalizuje pri poskytovaní zdravotníckych služieb?

Názory na mieru konkurenčnosti na trhu zdravotníckych služieb sa rôznia. Časť autorov poukazuje na to, že ani samotná primárna starostlivosť nepredstavuje plne konkurenčné prostredie, pretože alebo štátne, alebo profesionálne mechanizmy zabraňujú vstupu na trh (počet lekárov, ktorí môžu vstúpiť do tohto systému, je v množstve krajín silne regulovaný). Iná skupina však napr. predkladá dôkazy, že trh nemocničnej starostlivosti je skôr konkurenčný ako monopolný – argument v prospech vhodnosti zavedenia interného trhu vo Veľkej Británii [LeGrand – Bartlett 1993]. Jedno je však isté: miera potenciálnej konkurenčnosti klesá od primárnej starostlivosti smerom k vysoko špecializovaným nemocničným výkonom. Miera konkurenčnosti je tiež závislá od geografického faktora – kým v Bratislave, Prahe, Londýne alebo iných aglomeráciách môžeme uvažovať s konkurenciou medzi

lôžkovými zariadeniami, v riedko osídlených vidieckych oblastiach nebude konkurencia ani na úrovni primárnej starostlivosti.

Jedným zo základných argumentov proti trhovu orientovanému zdravotníctvu je informačná asymetria [Mooney 1992]. Weisbrod [1978] v tomto smere konštatuje: „To, čo spotrebiteľ potrebuje vedieť, je rozdiel medzi úrovňou jeho blahobytu v prípade spotreby určitého statku a bez tejto spotreby. Pri bežných statkoch má spotrebiteľ len malé problémy pri hodnotení toho, čo by sa stalo v prípade, ak určitý statok nebude spotrebovávať. To neplatí pre zdravotnícke služby. Hlavný moment je skutočnosť, že spotrebiteľ nevie oceniť ich kvalitu pred nákupom služieb a ani nedokáže oceniť ich prínos po realizovanej spotrebe.“ Je isté, že pacient je voči lekárovi v značnej nevýhode, čo v určitých podmienkach môže viesť k vzniku tzv. vyvolaného dopytu, keď lekár ordinuje lieky a postupy, ktoré pacient vôbec nepotrebuje [Cullis 1979]. Teória predpokladá, že v prípade systému orientovaného na financovanie na základe výkonov (napr. náš bodový systém) je možné pri zodpovedajúcej výške úhrad za príslušný výkon predpokladať vznik fenoménu vyvolaného dopytu ako nástroja maximalizácie príjmov poskytovateľa služieb. Je však vyvolaný dopyt aj skutočnou realitou – a aké reálne problémy vlastne z neho vyplývajú?

Možnosť vzniku vyvolaného dopytu v značnej miere súvisí s problémom maximalizácie, ktorý sme naznačili. Najmä mimoekonomické prístupy ešte stále pracujú s kategóriou lekára, pre ktorého je pacient a jeho zdravie najvyššou hodnotou. Kinkor [1996] však poukazuje na skutočnosť, že tento predpoklad je príliš idealistický. Pacient a jeho zdravie môžu byť hlavným obsahom úžitkovej funkcie lekára, ale len v určitých podmienkach. Vývoj v podmienkach Slovenska a Českej republiky dáva v tomto smere jasné príklady. Ak si lekár na Slovensku nemôže oficiálnou cestou zabezpečiť zodpovedajúcu životnú úroveň, ak nemá na pracovisku utvorené adekvátne materiálne podmienky, mnohí budú hľadať neoficiálne zdroje, iní zase rezignujú s negatívnym dopadom na účinnosť liečby a určitá časť ešte stále vydrží vo svojej snahe o kvalitu realizovaných výkonov. Ak systém motivuje (priamo alebo nepriamo) k sledovaniu ekonomických prínosov, výsledkom môže byť vývoj výdavkov na lieky v smere typickom pre Českú republiku [Háva 1997].

Lekár pri maximalizácii svojej úžitkovej funkcie zákonite musí sledovať aj svoju vlastnú životnú úroveň, a preto nie je možné na jeho strane snahu o stimuláciu (nadmernú) dopytu zo strany pacienta a priori zamietnuť, skôr je vo väčšine systémov potrebné ju predpokladať. Pokiaľ by pacient platil zo „svojho vrecka“, možno by sa ešte dalo predpokladať, že pri maximalizácii svojho úžitku bude aspoň čiastočne schopný kontrolovať samotnú kvalitu výkonu a v určitých prípadoch aj opodstatnenosť ceny. V našich podmienkach, ale aj vo väčšine ostatných systémov sa však pacient bude zaujímať skôr o vonkajšiu stránku procesov, ktorú priamo vníma.

Vyvolaný dopyt preto jednoznačne môže byť (a je) za určitých podmienok reálnym javom – sprievodným znakom každého trhovu alebo výkonovo orientovaného zdravotníckeho systému. V čom je však „zlý“? Ekonomicky povedané – dochádza vplyvom vyvolaného dopytu k alokatívnej neefektívnosti? Odpoveď je komplikovaná. Štatistiky hovoria jasne. Veľká Británia dosahuje cca 7%-ný pomer výdavkov na zdravotníctvo k HDP, USA už prekročili 15 %, pričom sa argumentuje alebo tým, že ukazovatele chorobnosti sú v oboch krajinách rovnaké (zástancovia štátnych intervencií), alebo tým, že kvalita starostlivosti je vo Veľkej Británii podstatne nižšia (zá-

stancovia trhu). Ak chceme poukázať na mieru alokatívnej neefektívnosti, mali by sme vedieť definovať efektívny stav. To však v oblasti zdravotníctva (ale ani nikde inde) nevieme. Môžeme síce tvrdiť, že v USA je to asi príliš veľa (k čomu sa osobne prikláňame), ale to ešte nič nedokazuje.

Reakciou na faktor vyvolaného dopytu, na neschopnosť (neochotu) pacienta kontrolovať vnútornú stránku kvality poskytovania služieb a náklady má byť systém komerčného zdravotného poistenia. Znovu rozporný mechanizmus! Vytvorenie trojuholníka pacient-lekár (zdravotnícke zariadenie)-poistovňa znamená delegovanie časti funkcií trhovu racionálneho spotrebiteľa na platcu služieb – poisťovňu. Automaticky sa predpokladá, že poisťovne pri presadzovaní svojich podnikových záujmov budú zároveň konať v záujme svojich poisťencov a presadzovať ich záujmy. Aby tomu tak bolo, trh poistenia by minimálne musel spĺňať predpoklady konkurenčnosti a informovanosti, čo určite všeobecne neplatí. Budú si komerčné poisťovne navzájom konkurovať, alebo sa radšej medzi sebou a s producentmi zdravotníckych služieb dohodnú a o zisk sa navzájom podelia? Skutočnosť môže byť rôzna.

Slabé stránky trhových nástrojov v oblasti zdravotníctva je možné do určitej miery prehodnotiť aj na základe praktických skúseností s uplatňovaním reformných snáh vo viacerých krajinách koncom osemdesiatych a začiatkom deväťdesiatych rokov. Skutočnosť, že pôsobenie trhových prvkov v systéme zdravotníctva je obmedzené, dokazujú napr. skúsenosti so zavádzaním interného trhu vo Veľkej Británii (ale čiastočne napr. aj v Holandsku) – aj keď znovu by bolo možné oponovať, že zlyhanie reformy nie je dôsledkom slabosti trhu, ale pretrvávajúcej nevhodných štátnych intervencií (pretrvávajúcu nadmernú mieru štátnej regulácie v oblasti tvorby na úrovni nemocníc jasne dokumentuje napr. [Propper 1992]. Pri zavádzaní interného trhu vo Veľkej Británii sa predpokladalo, že nemocnice si začnú navzájom cenovo a kvalitatívne konkurovať – realitou sa skôr stalo vyrovnanie cien na úroveň najdrahších. Prví lekári, ktorým bola zverená právomoc rozhodovať o financovaní starostlivosti o ich pacientov, začali realizovať množstvo progresívnych prvkov v prospech pacienta – ale možno práve preto, že to boli tí prví. Pacient svoju predpokladanú úlohu kontrolného subjektu v zásade nesplnil – napr. chýbala ochota cestovať za kvalitnejšími službami [LeGrand – Bartlett 1993], [Audit Commission 1996]. V Holandsku sa konkurencia mala utvoriť na úrovni poisťovní – skôr sa však tak nestalo.

Rovnosť

Argumenty jednotlivých stránok efektívnosti nevyčerpávajú polemiku o vhodnosti alebo nevhodnosti trhových mechanizmov v oblasti zdravotníctva. Možno ešte zložitejším „bitevným polom“ je problém rovnosti. Už len preto, že aj v odborných kruhoch sa ťažko hľadá konsenzus v tom, čo vlastne pod rovnosťou chápať. Proponenti anglickej NHS po druhej svetovej vojne požadovali, aby nový systém anglického zdravotníctva vyhovoval požiadavkám horizontálnej a vertikálnej rovnosti – t.j. zjednodušené: aby pre rovnakú diagnózu bola každému bez ohľadu na jeho príjem poskytnutá rovnaká starostlivosť a na rôznu diagnózu rôzna [Mooney 1992]. Prieskumy (napr. [LeGrand 1982]) však jasne ukázali, že k tejto teórii sa v realite priblížiť vôbec nedá. V súčasnosti sa vo väčšine prípadov požiadavka rovnosti

formuluje v zmysle všeobecnej prístupnosti k definovanému štandardu základných zdravotníckych služieb bez ohľadu na schopnosť platiť. Takejto požiadavke si len málokto dovoľí oponovať, pretože ak by sme jej opodstatnenosť aj ekonomicky nedokázali, stále ostáva „v hre“ mimoriadne významný a silný faktor vzájomnej ľudskej solidarity.

Čisto ekonomickým argumentom v tomto smere môže byť faktor pozitívnej externality, ktorý naznačuje, že individuálne zdravie je ovplyvnené zdravotným stavom ostatných indivíduí. Tento aspekt vystúpi do popredia predovšetkým v epidemiologických súvislostiach. Neoklasická reakcia je pre tento prípad plne zrozumiteľná – požiadavka na vstup verejných prostriedkov stimulujúcich agregátny dopyt. Pravdepodobne výraznejším ekonomickým argumentom môže byť akceptovanie Bénardovej [1988] koncepcie zmiešaného kolektívneho statku s pozitívnym priebehom funkcie kvality, ktorý jasne hovorí o pozitívnom vplyve preventívnej starostlivosti, očkovania a iných špecifických opatrení, kde kvalita na celom priebehu funkcie rastie – a tým je možné zdôvodniť požiadavku na výrazný podiel štátu na financovaní uvedeného druhu služieb.

Ak akceptujeme, že ľudský život (nielen môj vlastný) je najvyššia hodnota, dostávame sa síce za hranicu čisto ekonomických argumentov, ale smerujeme k vyšším hodnotám, ktoré nie je možné jednoducho stotožniť s kolektivismom v jeho negatívnom chápaní. Aj keď sa v tejto stati snažíme v zásade nevyjadrovať osobný názor, v tomto prípade hranicu prekročíme – požiadavku všeobecnej prístupnosti zdravotníckych služieb zásadne akceptujeme. Predstavuje však požiadavka všeobecnej dostupnosti základného štandardu zdravotníckych služieb automatické volanie po vstupe verejných zdrojov?

Dostupnosť zdravotníckych služieb pre všetkých (odvodená či už od argumentov ekonomických, alebo morálnych) znamená v prvom rade definovanie štandardu, ktorý by mal byť dostupný. Argumenty, že dostupné má byť všetko, síce môžu existovať, ale pravdepodobne znamenajú prílišné ignorovanie ekonomickej podstaty a konkrétnej reality. O tom, prečo je to tak, v tomto prípade jasne hovoria spomínané poznatky LeGrandu [1982], ďalej napr. analýza vzťahu medzi kvantitou spotreby zdravotníckych služieb a zdravotným stavom [Cullis 1979].

Stanovenie štandardu všeobecne dostupných služieb je preto nutným východiskovým bodom. Zároveň však otvára množstvo otázok, na ktoré nie sú jednoduché odpovede a z ktorých zásadne môžeme vyjadriť nasledovne:

- Má byť dostupný len definovaný štandard, alebo je možné, aby solventní pacienti spotrebovali nadštandard?
- Má byť celý štandard krytý z verejných prostriedkov (verejnoprávneho povinného poistenia)?
- Je možné dostupnosť štandardu zabezpečiť bez vstupu verejných prostriedkov?

Odpovede sa síce môžu rôzniť, avšak väčšina bude pravdepodobne na všetky tri otázky odpovedať nie, alebo zrejme nie. Minimálne v našich podmienkach nie je ekonomicky opodstatnené neumožniť súkromnú formu úhrady nadštandardu na základe ochoty pacienta platiť. Jej legalizovanie by minimálne napomohlo zmenšiť mieru tieňovej ekonomiky (priame nelegálne platby medzi pacientom a lekárom) a formou krízovej dotácie aj napomôcť financovaniu liečby menej solventných. Predovšetkým je samozrejme potrebné definovať, čo je nadštandard a kde sú jeho horné hranice – čo všetko je ešte možné na báze súkromných platieb ponúkať. Problém

podielu pacienta na úhrade definovaného štandardu je aktuálnou otázkou reforiem vo všetkých vyspelých krajinách, najmä v súvislosti s problémom demotivácie, ktorému sa budeme venovať osobitne.

Záverom tejto časti preto môžeme konštatovať, že potrebu vstupu verejných prostriedkov do systému zabezpečujúceho všeobecnú dostupnosť zdravotníckych služieb môže spochybníť len veľmi úzka skupina ekonómov. Komerčné poistenie nie je definitívnym riešením problémov zdravotníckeho trhu, pretože síce rieši rozdelenie rizík, ale nerieši problém napr. v prípadoch chronicky chorých a osôb bez vlastného príjmu a prináša svoje špecifické riziká – napr. selektívny výber poistencov, informačnú asymetriu vytvárajúcu tlak na rast nákladov [Mooney 1992]. Otázna je však forma, v akej by mali verejné prostriedky do systému vstúpiť. Potenciálnych riešení je mnoho, o čom svedčí rôznorodosť zdravotníckych systémov v jednotlivých vyspelých krajinách, z ktorých každý má svoje osobitné problémy.

Štát a zabezpečenie poskytovania zdravotníckych služieb

Ekonomická teória a sociálne argumenty hovoria v prospech využitia verejných prostriedkov pri financovaní poskytovania zdravotníckych služieb. Zároveň však jasne upozorňujú na potenciálne problémy, ktoré sú spojené s využitím štátu, a to vzhľadom na všetky jeho potenciálne zlyhania, ktoré sme veľmi dobre poznali na vlastnej koži v procesoch transformácie českého a slovenského zdravotníctva (napr. [Niskanen 1971], [Mueller 1980], [Kinor 1996]).

V prvom rade si musíme uvedomiť, že verejné financovanie spotreby statkov je faktorom spôsobujúcim demotiváciu, ktorá sa môže prejaviť ako na úrovni producenta, tak aj spotrebiteľa. Spotrebiteľ, ktorý nepozná hodnotu poskytovaných služieb, bude realizovať nadmerný dopyt (nadspotrebu) a pravdepodobne aj správanie sa typu „morálny hazard“ (nadmerné riziko vo vzťahu k vlastnému zdraviu, keď nápravu zdravotných dôsledkov si sám nehradí).

Výhrady voči štátu vo vzťahu k uniformite poskytovaných služieb, neslobode, môžu byť ďalším zdrojom námietok voči štátnym intervenciám – teoreticky je ich však možné riešiť formou plurality v oblasti financovania a produkcie služieb. Aj keď to znovu otvára už vyslovenú otázku – má bohatší právo na kvalitnejšie zdravotnícke služby, pretože je bohatší?

Jedným z argumentov proti pôsobeniu štátu v oblasti financovania zdravotníckych služieb môže byť klasický argument nízkej miery hospodárnosti – nadmerných nákladov vznikajúcich z titulu štátnej intervencie (teória byrokracie). Tento prvok má však minimálne dva rozmery. Na úrovni poskytovateľov môže dochádzať k technickej neefektívnosti, ak to vonkajšie a vnútorné podmienky fungovania zdravotníckeho systému umožňujú. Na úrovni zdravotníctva ako celku je to však práve štát, ktorý sa ukazuje ako najvýkonnejší regulátor rozsahu výdavkov za zdravotnícke služby! Pravda za cenu, ktorú musí zaplatiť spotrebiteľ vo forme pravdepodobnej nižšej kvality poskytovania služieb (napr. čakacie rady).

Vidíme, že jeden z paradoxov zdravotníctva spočíva v tom, že spotrebiteľ ani v trhovom prostredí, ani pri verejnom financovaní nebude konať racionálne. Ako však potom zabezpečiť dosahovanie alokatívnej efektívnosti? Ani štát, ani trh, ani poisťovací trh nie sú v tomto smere plne funkčné – výsledkom je nutnosť kompromisnej voľby.

Štát zlyháva, ak má najst' vhodný systém, ako zabezpečiť efektívne využitie verejných prostriedkov v procesoch financovania zdravotníctva. Dôkladov tejto skutočnosti je mnoho – teória napr. pozná množstvo foriem financovania nemocníc z verejných prostriedkov, avšak ani jedna nie je plne funkčná. Voľba medzi možnými formami štátnych intervencií je preto vždy voľbou medzi viac alebo menej nedokonalými variantmi, ktoré môžu, ale aj nemusia zlepšiť situáciu, ktorá by vznikla v bežných trhových podmienkach.

Závery

Z uvedenej stručnej analýzy je zrejmé, že väčšina ekonómov sa môže zhodnúť na tom, že ani štát, ani trhovú mechanizmus nie sú dokonalými nástrojmi na zabezpečenie cieľov, ktoré spoločnosť od zdravotníctva požaduje – najmä kontrolu nákladov a stanovenú mieru dostupnosti pre všetkých. V princípe je možné konštatovať, že trhovú reguláciu môže pozitívne ovplyvniť predovšetkým procesná stránka poskytovania služieb, ale pravdepodobne je výrazným zdrojom tlaku na rast výdavkov na zdravotníctvo. Štátne intervencie môžu napomôcť garantovaniu dostupnosti, môžu pôsobiť v smere kontroly rastu výdavkov, ale prinášajú napr. riziko demotivácie, riziko prijímania nevhodných riešení na základe presadenia záujmu rôznych záujmových skupín a pod.

Čo tento stav môže znamenať pre konkrétne procesy transformácie našich zdravotníckych systémov? V prvom rade nutnosť uvedomenia si faktu, že všeobecné a paušálne vhodné riešenia v oblasti zdravotníctva neexistujú. Každá krajina potrebuje model, ktorý bude najviac vyhovovať požiadavkám vyplývajúcim z jej konkrétnych podmienok. Pri tvorbe takéhoto národného modelu je však prioritne nutné rešpektovať všeobecné ekonomické zákonitosti, ktoré určujú základné tendencie a smery. Prijímať politicky motivované a argumentované opatrenia, ktoré sú v rozpore s ekonomickou podstatou veci, je príliš riskantné a môže byť príliš nákladné, tak ako sme sa o tom presvedčili (napr. problémy našich systémov pluralitného neštátneho poistenia).

Pre pokrok reformy zdravotníctva je potrebné uvedomiť si, že implementácia trhových prvkov do zdravotníctva je možná, ale musí sa k nej pristupovať veľmi uvážene, so zvážením potenciálnych prínosov a rizík. Možná miera uplatnenia trhových prístupov sa ukazuje byť v značnej miere prepojená s výsledkom odpovede, o koľko viac môžeme platiť za očakávané zvýšenie kvality (ktorého mieru by sme sa mali pokúsiť dopredu odhadnúť). Čo je však potrebné najviac zdôrazniť, transformácia smerom k trhovejšie orientovanému zdravotníctvu je mimoriadne riziková práve v našich podmienkach, kde ešte stále nefungujú prirodzené kontrolné mechanizmy trhovej spoločnosti. Môžeme očakávať, že trhové motivačné prvky budú účinné v zdravotníctve so všetkými jeho špecifikami, ktoré nevedia riešiť podstatne vyspelejšie ekonomiky, keď nie sú v našich podmienkach plne účinné v sektoroch, kde je konkurencia prirodzená? A to platí vo väčšej miere pre Slovenskú republiku, kde napr. obchod má ešte stále skôr monopolný ako konkurenčný charakter, čo sa dá jednoducho na faktoch dokázať. Alebo na bankovníctve, ktoré už v Českej republike svoje slabiny jasne odhalilo a na Slovensku „žije“ aj z toho, že znehodnocuje vklady obyvateľstva (úroková miera je nižšia ako miera inflácie). Túto nedostatočnosť (a mnohé ďalšie)

prostredia, do ktorého sa reformy trhového charakteru majú implementovať, si musíme uvedomiť a pri príprave reformných opatrení ju brať do úvahy.

LITERATÚRA:

- BÉNARD, J.: Veřejná ekonomika I. Praha, EÚ ČSAV 1988.
- BROWN, C.V. – JACKSON, P.M.: Public Sector Economics. Blackwell 1990.
- CULLIS, J.G.: The Economics of Health. Martin Robertson 1979.
- HAMERNÍKOVÁ, B. a kol.: Veřejné finance. Praha, Victoria Publishing 1996.
- HÁVA, P.: Alokační efektivita lékové politiky v ČR. In: Efektivnost veřejného sektoru. Brno, Masarykova univerzita 1997.
- KINKOR, J.: Trh a stát. Praha, Svoboda 1996.
- LeGRAND, J.: The Strategy of Equality. London 1982.
- LeGRAND, J. – BARTLETT, W.: Quasi-markets and Social Policy. MacMillan 1993.
- MOONEY, G.: Key Issues in Health Economics. Harvester Wheatsheaf 1992.
- MUELER, D.C.: Public Choice. Cambridge 1980.
- NEMEC, J. – LAWSON, C.: Verejná ekonomika. Bratislava VŠE 1992.
- NISKANEN, W.A.: Bureaucracy and Representative Government. Aldine 1971.
- PROPPER, C.: Quasi-markets, Contracts and Quality. Bristol 1992.
- SHEAFF, R.: Marketing for Health Services. Oxford 1991.
- STIGLITZ, J. E.: Economics of the Public Sector. Norton 1989.
- Van MIERLO, H.: Public Management in the Netherlands: An Introduction. Bratislava, Academia Istropolitana 1997.
- WEEKS, L. E. – BERMAN, H. J.: Financing of Health Care. Northwestern University 1970.
- WEISBROD, B. A.: Competition in the Health Care Sector. An Aspen 1978.
- What the Doctor Ordered? AUDIT Commission, HMSO 1996.

Health Care: Market Forces or Government Regulation?

Juraj NEMEC – Economic Faculty, Matej Bela's University, Banská Bystrica, Slovakia

Market competition is regarded as the best tool for achieving allocative efficiency in branches that have no market failure conditions in place. The author examines the health care environment to answer the question of trade-offs between market competition and government regulation in this very sensitive branch of the national economy.

Market competition in health care may lead to achievement of some aspects of efficiency – such as consumer satisfaction, and quality of delivery of services; however, it may fail in cases of allocative efficiency. Limits of market forces in health care are connected especially with the following: a noncompetitive environment, insufficient information, maximalization and redistribution (equity) issues. Market competition in health care may lead to overconsumption because of an information asymmetry and producer-induced demand. The US health-care system, with about 15 % of the GDP spent on health expenditures is often used as an example of this. But how can we determine the effective allocative level of consumption of health care?

Most will agree that some level of redistribution to cover the health-care expenditures of poor persons is necessary. The question is, to what extent should health-care services be available to everybody regardless of their ability to pay? Doubtless some kind of public finance commitment to financing health-care expenditures is necessary; however, the scope of this intervention and the concrete ways of public financing are often debated.

It must be stressed that all kinds of government intervention in health-care are subject to the government failure argument. If nothing else, demotivation, moral hazard, uniformity, technical inefficiency may be expected as a result of government action.

Neither market nor government can handle every aspect of the health-care issue in an efficient way. Some aspects could be better achieved with competition, but many others require government intervention. For example, efficient production may result from market forces but government seems to be the best tool for limiting the excessive growth of health care expenditures within the economy as a whole.

The author ends with the argument that there are no uniform and universal valid solutions about how to deliver health-care the public. Each aspect of health-care delivery must be evaluated separately with regards to the national/local environment. This should be the leading motive behind the health-care reforms, both in the Czech and in the Slovak Republic.