

ROZPOČTOVÉ OMEZOVÁNÍ PACIENTA A JEHO INFORMOVANOST

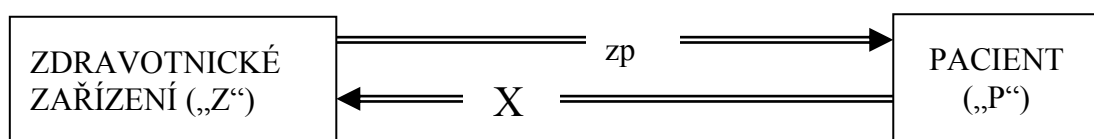
Dr. Dušan Tříška, CD-F, a.s.

1. ÚVOD

1.1 Vymezení problému

Základem problému, kterému zde říkáme financování zdravotnictví, je vztah z obr. 1, kde:

- symbol zp reprezentuje tzv. zdravotní péči, tj. službu, kterou zdravotnické zařízení Z poskytuje pacientovi P ,
- symbol X reprezentuje proti-hodnotu, kterou subjekt P poskytuje, či naopak neposkytuje subjektu Z za péči, kterou u něj spotřeboval.



Obr. 1

Uvedený vztah lze analyzovat z nejrůznějších hledisek, my se zde rozlišíme jednak přístupy normativní a deskriptivní (viz tato úvodní kapitola), jednak ekonomický a právní (viz kapitoly 2 a 3).

1.2 Deskriptivní přístup

Naším cílem je předložit „hodnotově neutrálně“ (value-free), tj. deskriptivní analýzu problému financování. Maximálně se tedy snažíme vyhnout normativním (value-loaded) soudům, ať již by byly motivovány politicko-ideologicky, či podnikatelsko-zájmově¹.

Dosáhnout skutečné hodnotové neutrality je ovšem těžší, než se mnoha autorům zdá. My dosažení takového cíle opíráme o použití:

- standardních nástrojů ekonomické teorie (viz kapitola 2) a
- důsledně analytických, byť zatím ne zcela standardizovaných prostředků právní nauky (viz kapitola 3).

1.3 Normativní přístup

Své hodnotové postoje se pokusíme omezit na tyto tři poznámky:

- existující systém financování zdravotnických zařízení vyžaduje reformu, tj. politický program a jeho realizaci,
- politický program je spojen s transformačními náklady, které jsou vyvolány zejména odporem zájmových skupin, tj. především:
- státního a „veřejného“ byrokratického aparátu,

¹ V obou směrech je ovšem třeba deklarovat konflikt zájmů. Zejména je třeba přiznat že autor zastupuje CD-F, a.s., která se zabývá informačně-technologickými systémy v pojišťovnictví.

- profesních sdružení (zejména lékařské obce),
- obchodníků s informačními technologiemi.
- zájmové skupiny svůj odpor proti reformám často skrývají za politicko-ideologické argumenty.

2. EKONOMICKÁ TEORIE

2.1 Nabídka a poptávka

Ekonomie pohlíží na obr. 1 jako na vztah mezi nabídkou a poptávkou, tj. vztah mezi těmito subjekty:

- poskytovatelem statků a služeb (zde zdravotní péče), tj. subjektem, který zdravotní péči nabízí,
- uživatelem uvedených statků a služeb, tj. subjektem, který zdravotní péči poptává.

Ekonomie pro takovou dvojici subjektů používá označení výrobce a spotřebitel. Pro ekonomii je totiž vztah z obr. 1 téhož druhu jako jsou vztahy mezi prodávajícím a kupujícím, pronajímatelem a nájemcem, pojistitelem a pojistníkem, universitou a studentem. Z hlediska ekonomické analýzy jde ve všech uvedených případech o to, že jeden ze subjektů (jako výrobce) něco nabízí a druhý (jako spotřebitel) totéž poptává.

2.2 Vyjednávací síla

2.2.1 Vyjednávání

Pro vztahy typu nabídka-poptávka je charakteristické zejména následující:

- a) výrobce i spotřebitel mají vzájemně odlišné (často protichůdné) zájmy,
- b) výrobce i spotřebitel jsou si formálně rovni; komunikace ohledně jejich odlišných zájmů má proto povahu vyjednávání, jehož cílem je dohoda, kompromis,
- c) faktická (neformální) nerovnost výrobce a spotřebitele se projeví tím, že výsledný kompromis leží blíže výrobcovi nebo spotřebiteli v závislosti na jejich relativní vyjednávací síle,
- d) vyjednávací síla výrobce, resp. spotřebitele je tím vyšší, čím je lépe je informován, tj. čím dokonalejší má informace o předmětu vyjednávání.

Charakteristika sub d) říká, že čím více relevantních informací máme k dispozici, tím méně jsme při vyjednávání nuceni ustupovat. Odtud lze snadno dovodit, proč mají informace pro vyjednávací subjekt hodnotu.²

2.2.2 Asymetrie informací

Ekonomii mimořádně zajímají všechny případy, kdy jedna ze stran vyjednávání je informována výrazně lépe než strana druhá. Takovou „asymetrii informací“ můžeme ilustrovat na těchto již kanonizovaných příkladech:

- při koupi-prodeji ojetého auta má kupující, jako strana poptávky, o jeho kvalitě (např. technickém stavu) zpravidla horší informace než prodávající (původní majitel),

² Do učebnic se toto pozorování dostalo zejména zásluhou George J. STIGLERA (Nobelova cena za rok 1982) a Gary S. BECKERA (Nobelova cena za rok 1992).

- u pojistných smluv je to naopak strana poptávky, tj. klient pojišťovny (tzv. pojistník), kdo je zpravidla lépe informován o pojišťovaném „riziku“, než pojišťovna (tzv. pojistitel).

Asymetrie obsažené ve vztahu z obr. 1 je tedy dána tím, že Z je o zdravotní péči zpravidla lépe informováno, než P. Trochu provokativně tedy můžeme poznamenat, že ten, kdo nabízí zdravotní péči, je na tom, z hlediska informovanosti, obdobně jako ten, kdo nabízí ojetý automobil.

Kromě toho, a to je naše další provokace, vztah mezi zdravotnickým zařízením a pacientem silně připomíná vztahy, které jsme v reálném socialismu analyzovali pro socialistické výrobce a jejich spotřebitele.³

2.3 Zdravotnické zařízení

2.3.1 Motiv zisku; zdroje financování

Výrok, že zdravotnické zařízení je specifickým typem výrobce, není vždy přijímán s porozuměním. Často například vadí, že ekonomie připisuje každému výrobcí takové motivy (zájmy), které jsou primárně odvozené od pojmů „náklad“, případně „zisk“. To je pak někdy považováno za degradaci vlastního poslání medicíny.

Těmto kritikům věnujme následující historickou poznámku: Ziskový motiv byl často upírán i socialistickému výrobcí. Rovněž o něm se kdysi tvrdilo, že má „vyšší poslání“, či že má dokonce se svými spotřebiteli společné zájmy, že s nimi hraje kooperativní hru. My jsme naopak dokládali, že odhalení skutečné ziskuchtivosti socialistického výrobce vyžaduje jen trochu píle a možná i talentu.⁴

Obdobně složité může být říkat, že „pokrytí nákladů“ je centrálním zájmem zdravotnického zařízení (a tedy i lékaře, který pro ně pracuje). Snad tedy bude pro čtenáře lépe přijatelná teze, že i zdravotnické zařízení se vždy musí nějak postarat o nájem, mzdy a poplatky za telefon.

2.3.2 Více-zdrojové financování

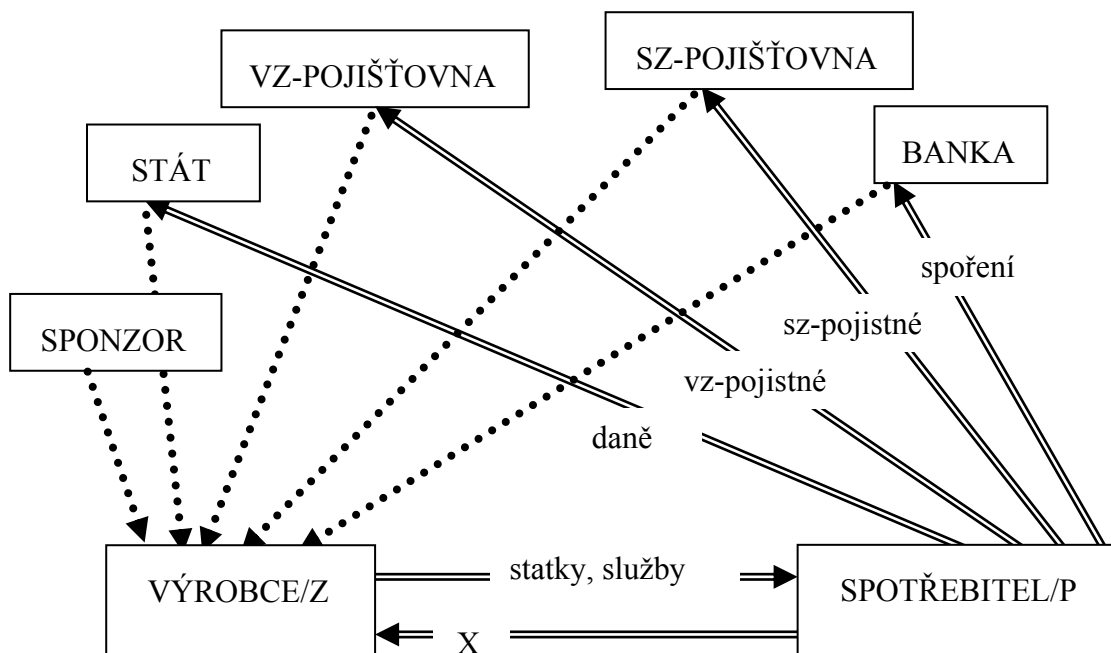
Začneme popisem těchto dvou mezních situací:

- Prvním extrémem je takové uspořádání, kdy výrobce své náklady pokrývá (a případný zisk vytváří) výhradně z toho, co inkasuje od svých spotřebitelů. Pokud takový výrobce nepřesvědčí o své kvalitě dostatek spotřebitelů, nepokryje své náklady, neobstojí na trhu, čeká jej exit.
- Druhým extrémem je takové uspořádání, kdy výrobce nacházejí zdroje svého financování zcela mimo spotřebitele – typicky ve státním (či tzv. veřejném) rozpočtu.

Na obr. 2 je zakresleno hybridní (smíšené) uspořádání, kdy příjmy výrobce pocházejí z několika vzájemně odlišných zdrojů. Zvláštní pozornost věnujme poskytovatelům tzv. povinně smluvního pojištění (vz-pojišťovna) a komerčního zdravotního pojištění (sz-pojišťovna). Symbolem „X“ na obr. 2 rozumíme tzv. přímé platby.

³ Těmto otázkám jsme se věnovali v 70. a 80. letech – viz například: V. Klaus a D. Tříška: Ekonomické centrum, přestavba a rovnováha. Politická ekonomie, Praha 1988; D. Tříška: Model rozhodování spotřebitele při trvalém převisu poptávky. Politická ekonomie, Praha 1989.

⁴ Shrnutím těchto metodologických závěrů je například: V. Klaus a D. Tříška: , Review Article of János Kornai's „The Socialist System: the Political Economy of Socialism“ Buksz, Budapest Winter 1994; Finance a úvěr, Praha jaro 1995.



Obr. 2

Smíšené financování výroby najdeme nejen ve zruřavouictví, ale i v mnoha dalších oblastech, a to i podnikatelských. Příkladem je nejen hutnictví Źeleza, dobývání nerostů a Źelezniční doprava, ale třeba i pivovarnictví (viz daňové úlevy pro tzv. malé pivovarů).

2.3.3 Vyjednávání o plán, úlevy a dotace

Výrobce, jehož financování (výnosy) pochází z více zdrojů, tyto zdroje nutně uspořádá podle významnosti. Připisuje jim „váhu“ a v závislosti na ní pak jednotlivým zdrojům věnuje příslušně „váženou“ pozornost. Tím se přinejmenším rozředuje jeho zájem jinak určený spotřebitelům.

Ilustrativní je zde socialistický výrobce, který většinu času tráví na Státní plánovací komisi. Jeho ziskuchtivost se zde promítá do vyjednávání o co nejměkčí plánové ukazatele, neboť „čím měkčí plán, tím vyšší prémie“. Dnes lze obdobné chování pozorovat u zdravotnických zařízení, která se, opět zcela logicky a racionálně, obracejí především na toho, kdo je živí, tj. na příslušné ministerstvo a vz-pojišťovnu.⁵

2.4 Pacient

2.4.1 Prostor rozhodování

pacient P je zde (zatím) předváděn jako svobodný, samostatně se rozhodující subjekt. Jeho rozhodování má podobu výběru (volby) z množiny $M = (A, B, C)$, kde:

- A jsou variantní postupy (diagnostické a léčebné),
- B jsou variantní zdravotnická zařízení,
- C jsou variantní odborníci (lékaři).

⁵ Tzv. výkonová motivace má zřejmě ještě perverznější důsledky – viz dále.

Obecné pravidlo rozhodování říká, že situace každého rozhodovatele se vždy zlepší, rozšíří-li se množina variant, z níž si může vybrat. Prvním úkolem pacienta je tedy vytvořit co nejmohutnější množinu $M = (A, B, C)$.

2.4.2 Spotřebitelské preference

Druhým úkolem pacienta je prvky množiny M uspořádat co do jejich „výhodnosti“ („kvality“), tj. provést tzv. ocenění variant.

V extrémním případě ovšem může P dojít k závěru, že co do kvality zdravotní péče jsou pro něj všechny prvky tvořící M nerozlišitelné. Takto indiferentní je například takový pacient vyhledávající pro svého tlusté střevo operátora, pokud:

- očekává dokonalou standardizaci zdravotní péče, nebo
- předpokládá dokonalou nedostupnost informací o schopnostech střevoevropských chirurgů.

2.4.3 Ekonomie informací

2.4.3.1 Transakční náklady

Dostupnost či nedostupnost informací reprezentujeme pomocí nákladů, které je třeba vynaložit na jejich obstarání. Neboli, již samotné sestavení množiny M není zadarmo. Vyhledání výše uvedených informací něco stojí – ať již jsou to přímo pacientovy peníze nebo jeho čas.

Ještě nákladnější je však pro spotřebitele oceňování množiny M , tj. vymezení, které její prvky jsou lepší a které naopak horší. Komplikovanost úloh, které zde má pacient řešit, ilustrujeme na příkladu, kdy:

- použití diagnostického postupu A^+ je uživatelsky příjemnější než A^{++} ,
- diagnosticky jsou ale A^+ a A^{++} ekvivalentní pouze v případě, že A^+ je provedena lékařem C^* .

2.4.3.2 Signalizace kvality

Z hlediska oceňování variant je pro spotřebitele mimořádně komfortní taková situace, kdy jejich kvalita je spolehlivě reprezentována jediným indikátorem. Vrchol takového komfortu zajišťuje cenová signalizace, kdy v zásadě platí, že „co je dražší, je lepší“ (viz trh se spotřební elektronikou). Naopak, nekomfortně se jistě cítí:

- socialistická domácnost, která kvalitu spotřebního zboží často pouze odhaduje podle velikosti fronty či úplatku,
- portfoliový investor, který se často musí spolehnout na takové signály kvality, jakými jsou tzv. ratingy.

Již jsme naznačili, že pacient (a jeho rodina) se z uvedených hledisek ze všeho nejvíce podobá socialistické domácnosti.

2.4.3.3 Ne-informovatelnost spotřebitele

Bližší analýza uvedeného tématu vede k zavedení pojmu spotřebitelská vyhledávací funkce. Neboli: vzhledem k předurčenosti dostupných technik vyhledávání je spotřebitel při vyhledávání informací a jejich vyhodnocování „technologicky omezen“.

V citovaných analýzách o socialistickém spotřebiteli je ukázáno, že každé technologické omezení lze převést na omezení nákladové a tedy i rozpočtové. Socialistický spotřebitel často

dojde k závěru, že na vyhledávání nemá dost peněžních prostředků, že jeho rozpočet neumožňuje ověřovat, kdo a co „na trhu“ ve skutečnosti nabízí.

Extrémem je tedy situace, kdy spotřebitel je ne-informovatelný, tj. neunes náklady na informace, které by mu umožnily kvalifikovaně se rozhodnout. Takový spotřebitel se tedy vždy rozhodne „špatně“, svým rozhodnutím se poškodí a dále tak zvýší náklady, které mu již vznikly při vyhledávání (nepotřebných) informací.

2.5 Institucionální reformy

Neefektivnost, tj. nákladnost vyjednávání při asymetrické informovanosti proti-stran lze obecně řešit dvěma cestami:

- zrušením vyjednávání (viz dále „vertikální integrace“),
- symetrizací informací (viz dále „rozpočtové omezení“).

2.5.1 Vertikální integrace

Z důvodů analytické úplnosti předpokládáme, že standardní pacient je ne-informovatelný.

Takovému pacientu by ovšem neměla být vůbec dáována možnost volby. Pokud taková možnost existuje, její zrušení by mělo být podstatou institucionální reformy zdravotnictví. V jejím důsledku je pak:

- horizontální vztah vyjednávání převeden na
- vertikální, hierarchický vztah.

Cílem takové reformy je tedy podřídít pacienta místně a věcně příslušnému zdravotnickému zařízení.

Téměř anekdoticky zde může vyznít poznámka, že tento produkt liberálně-konzervativního myšlení by asi bylo možné použít na podporu některých nápadů naší sociálně-demokratické vlády.⁶

2.5.2 Rozpočtové omezení

Zabývejme se nyní hypotézou, podle které má smysl usilovat o vyšší informovanost pacientů, přinejmenším v některých sektorech zdravotnictví. Předpokládáme tedy, že alespoň někteří pacienti unesou náklady na kvalifikovanou volbu.

2.5.2.1 Informovaný spotřebitel

Informovatelnost pacienta může být sama o sobě nebezpečná – má schopnost vyvolat i některé velmi vážné poruchy systému. Ilustrujme to na příkladu, kdy všichni pacienti s problémem tlustého střeva požadují co nejširší paletu (uživatelsky nejpřívětivějších, nejúčinnějších a nejdražších) vyšetření. Necht' opakovaně požadují, aby léčebný zákrok ohledně jejich tlustého střeva byl proveden:

- (nejpřívětivějším, nejúčinnějším a nejdražším) postupem A⁺⁺,
- v (nejpřívětivějším) sanatoriu B⁺⁺,
- chirurgem C^{**} (protože je nejlepší).

⁶ Idea vertikální integrace byla rozpracována tzv. chicagskou školou v padesátých a šedesátých letech. Jejím duchovním otcem je zřejmě Ronald H. COASE (Nobelova cena za rok 1991).

V uvedeném případě hrozí jednak to, že systém neunes náklady na takto dokonalou péči, jednak to, že před sanatoriem B⁺⁺ se budou tvořit fronty a ovládne jej korupce.

2.5.2.2 Vouchery a investiční body

Rozhodování informovaného pacienta je tedy třeba omezit, regulovat. Zde ovšem platí, že:

- administrativní regulace je v případě zdravotnictví asi ještě absurdnější, než je tomu jinde a navíc silně připomíná vertikální integraci diskutovanou výše,
- ekonomické, tj. rozpočtové omezování pacienta je politicky mimořádně citlivé.

Politické aspekty problému jsou často řešeny tak, že nástrojem rozpočtového omezení nejsou přímo peněžní prostředky, ale zvláštní poukázky, vouchery (vzpomeňme na limit 1 000 investičních bodů v kupónové privatizace).

Tak či onak, vláda, která nedokáže (z důvodů politických, či provozních – viz dále) do systému zavést rozpočtové omezení pacientů, musí vyřešit otázku, jak zabránit jejich vyšší informovanosti.

2.5.2.3 Ochrana proti výrobci

Tuto kapitolu zakončíme poznámkou, že rozpočtové omezení je rovněž ochranou proti výrobcově hamižnosti. Ilustrujme to na auto-salonu, jehož cílem je nemilosrdně vnutit komukoli celou aktuální zásobu aut. Jedné rodině je takový prodejce připraven prodat dvacet kabrioletů - byť by fakticky nepotřebovala žádný automobil. Naštěstí je tato rodina před každou podobnou marketingovou agresí chráněna stavem své peněženky.

Příklad je to asi absurdní, nicméně již méně nereálná může ukázat potřeba ochránit pacienta před nenasytností tzv. výkonového systému zdravotnictví. Zejména proto, že na rozdíl od opakovaně dodávaných kabrioletů (které pouze překážejí v garáži) mohou opakovaně prováděná vyšetření být životu nebezpečná.

3. PRÁVNÍ NAUKA

3.1 Východiska

3.1.1 Právo a ekonomie

Ekonomický a právní pohled na vztahy z obr. 1 a 2 navrhujeme spojit pomocí pojmu smlouva (dohoda). Obecně lze podobnosti a odlišnosti obou pohledů shrnout takto:

- ekonomie za smlouvu považuje pozitivní výsledek jakéhokoli vyjednávání s tím, že, obsahem takového výsledku je směna nějakých statků a služeb,
- právo za smlouvu považuje (tak či onak formalizovaný) dokument, který se obě strany rozhodly uzavřít s tím, že obsahem uvedeného dokumentu jsou závazky dodat nějaké statky a služby.

Právní nauka se tedy bude zejména bránit tomu, aby za smlouvu bylo označeno to, co vzejde z vyjednávání mezi Zdravotnickým zařízením a pacientem.⁷

⁷ Tento a mnoho dalších nesouladů se dnes pokouší překonat tzv. *Law and Economics*. Viz autorův příspěvek na 1. výroční konferenci České společnosti ekonomické (viz též Finance a úvěr, ročník 50, 11/2000).

3.1.2 Veřejno právní problémy

Bylo již řečeno, že ve zdravotnictví je prvek svobodné volby mimořádně silně potlačen. Právní vztahy jsou tedy ve zdravotnictví deformovány nejrůznějšími administrativními příkazy a zákazy.

Z ekonomického hlediska jsou tak původně soukromo-právní (horizontální, svobodné, smluvní) vztahy de facto transformovány na veřejno-právní (vertikální, hierarchické, příkazovací). Neboli: původně soukromý problém jednotlivce (jeho rodiny) je převáděn na veřejný problém celé společnosti. Přísně institucionálně vzato: nemocný člověk vadí společnosti obdobně, jako jí vadí jiný společensko patologický případ – kriminální živel.

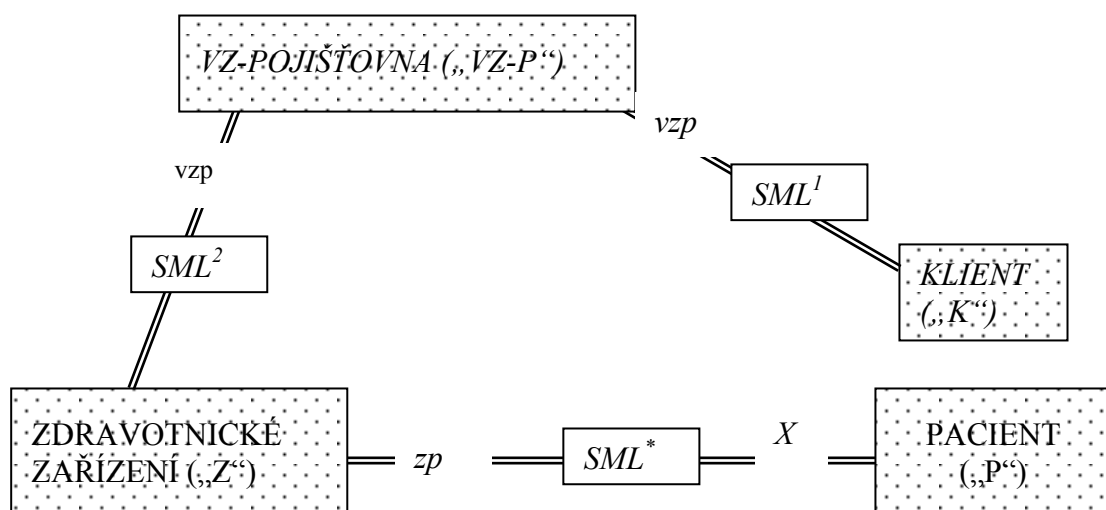
Z čistě deskriptivního hlediska je jistě důležité, že reálný systém je zahlcen změtí soukromo- a veřejno-právních vztahů, které na první pohled odmítají rigorózní analýzu a ani na druhý pohled často nedovolují odlišit podstatu problému od lobistických zájmů. Je tedy jedním z našich cílů zde naznačit postup při jasnějším vymezení:

- individuálních závazkových vztahů vznikajících mezi individuálně vymezenými subjekty typu Z a P,
- individuálních důsledků vztahů sub a) pro ostatní právní vztahy tvořící systém „financování zdravotnictví“ z obr. 2.

Souhrnně řečeno, naším cílem je ukázat některé možnosti pro vyšší individualizaci systému financování zdravotnictví.

3.1.3 Vymezení analýzy

Pro přehlednost výkladu zjednodušíme obr. 2 tak, že z možných zdrojů financování budeme dále uvažovat pouze VZ-P, tj. pojišťovnu, která poskytuje pacientu P tzv. veřejné zdravotní pojištění – viz obr. 3.



Obr. 3

Individualizací tohoto systému rozumíme ekonomicky srozumitelnou právní charakteristiku „smluv“ SML*, SML1, a SML2, kde:

- obsah SML* tvoří především (viz výše):
- závazek *zp* poskytnout pacientovi zdravotní péči,

- závazek X uhradit zdravotnickému zařízení proti-hodnotu za spotřebovanou zdravotní péči.

Obsah SML¹ tvoří především závazek vzp, na jehož základě má VZ-P povinnost vstoupit do jednání se subjektem Z, a to jako „zástupce“ pacienta.

Obsah SML² tvoří tzv. přímý nárok zdravotnického zařízení proti VZ-P, neboli závazek vzp pojišťovny VZ-P zaplatit za pacienta to, co spotřeboval.

Již tento stručný popis prvků systému z obr. 3 je výsledkem značné dávky naší tvořivosti. Pokusme se tedy naznačit, proč se zde uchylujeme k nestandardním pojmům, či dokonce vlastním názorům.

3.2 Analytické nástroje

3.2.1 Stav právní nauky

Čtenáře obtěžujeme produkty vlastní fantazie především proto, že právní nauka zatím nenabízí dostatek standardizovaných nástrojů analýzy. Příčiny jsou přinejmenším dvě:

- standardní právník dává před teorií přednost (relativně jednoduchým a lukrativním) interpretacím „platné právní úpravy“, tj. toho, co se aktuálně smí, musí, či nesmí, a to zejména s ohledem na nahodilost, či nekonzistenci těchto ustanovení,
- standardní právník do svého repertoáru dosud nezařadil formální (či dokonce matematické) nástroje; jeho analýza používá převážně přirozený jazyk, který, jak známo, nezvládne deskripci žádných složitějších jevů (tím méně pak těch právně relevantních).

3.2.2 Povinnosti ze zákona

Uvedené poznatkové deficity se projeví zejména při analýze závazkových vztahů, které vznikají jakoby ze zákona, například při analýze:

- závazku zdravotnického zařízení „obsloužit“ pacienta,
- závazku pacienta být pojištěn, tj. vstoupit do právního vztahu s VZ-P,
- závazku VZ-P vstoupit do právního vztahu se zdravotnickým zařízením.

Naším metodologickým východiskem je zde ovšem teze, podle které je možné na tyto závazkové vztahy pohlížet jako na smlouvy v tradičním slova smyslu.⁸

3.3 Pojištění odpovědnosti

3.3.1 Komerční pojišťovnictví

Pro toky financí ve zdravotnictví se pokoušíme použít koncepty známé z obyčejných, tj. komerčních, či pseudo-komerčních (povinně smluvních) typů pojištění, tj. zejména pojmy zavedené:

- hlavou patnáct občanského zákoníku a
- zákonem č. 168/1999 Sb., o pojištění za škodu způsobenou provozem vozidla.

Jedním z našich cílů je zde vytvořit aparát, na jehož základě lze sjednotit pojmosloví uvedených právních norem a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tentýž

⁸ Při popisu „smluv“ z obr. 3 navazujeme na výzkum, který jsme provedli v souvislosti s nově instalovaným informačně technologickým zajištěním provozu České pojišťovny, a.s. pod označením KDP (Kontraktální Digitální Parket).

aparát by pak měl být schopen propojit uvedené právní koncepty s tím, co za smlouvu považuje ekonomická teorie.

3.3.2 Právní interpretace

Prvním výsledkem našeho úsilí je konstatování, že smlouva SML1, která je jádrem financování systému z obr. 3, má všechny vlastnosti tzv. pojištění odpovědnosti, kde:

- tzv. škůdcem (tj. tím, kdo odpovídá za škodu) je pacient P a tzv. poškozeným je zdravotnické zařízení Z.
- zařízení Z má, jako poškozený, tzv. přímý nárok vůči škůdcově zdravotní pojišťovně VZ-P.

Na SML1 tedy pohlížíme tak, že pojišťuje odpovědnostní závazek X uhradit zdravotnickému zařízení proti-hodnotu za spotřebovanou zdravotní péči.

Pojistnou událostí je zde vznik uvedené odpovědnosti, tj. splatnost závazku X.

3.3.3 Ekonomická interpretace

Právní vztah odpovědnosti mezi škůdcem a poškozeným lze okamžitě porovnat s ekonomickým vztahem mezi spotřebitelem a výrobcem.

Standardní ekonom totiž za odpovědnost snadno označí každou situaci, kdy libovolný spotřebitel poškodí výrobce tím, že u něj něco spotřebuje a nezaplatí. Pro ekonomu je silně ilustrativní příklad, kdy:

- majitel opraveného automobilu, který je odpovědný za to, že auto-servis dostane zapláceno,
- převede tuto svou odpovědnost, například pomocí kreditní karty, na třetí osobu, například banku s tím, že
- na tuto banku se obrací auto-servis se svým „přímým nárokem“.

Pro ekonomu pak není nic mimořádného na tom, když se spotřebitel místo kreditní karty prokáže číslem pojistky a auto-servis svůj „přímý nárok“ adresuje příslušné pojišťovně.

3.3.4 Právní výhrady

Právní nauka bude příkladem z auto-servisu zmatena přinejmenším z těchto důvodů:

- za „odpovědnost“ považuje standardní právník pouze to, co vzniká „ze zákona“, nikoli tedy „ze smlouvy“; legálně lze pojistit pouze zákonnou odpovědnost,
- pacientovi nedokáže standardní právník připsat žádný závazek typu X; sama ústava totiž každému občanovi jakoby garantuje bezplatnou zdravotní péči.

Do těchto dvou námitek lze koncentrovat dnešní propast mezi ekonomy (kteří hledají podstatu problému), a právníky, které trápí rámeček, ve kterém je zdravotní péče fakticky poskytována.

Nikdo nepochybuje o tom, že naše zdravotnictví nelze finančně ozdravit, pokud se nezmění celá řada zákonů, či dokonce ústava. Problémem je výše naznačené neporozumění těch, kteří by měli na této reformě pracovat.

3.3.5 Další charakteristiky

Analytickou složitost ilustrujme na některých dalších charakteristikách právních vztahů ve zdravotnictví.

3.3.5.1 Příslušnost

Smlouva SML1 je často, resp. výhradně uzavírána:

ve prospěch třetí osoby, tj. v uspořádání, kdy v rolích K a P vystupují dvě odlišné osoby, tj. kdy plátcem pojistného K je osoba, která ze SML1 jakoby nemá žádný přímý prospěch, povinně, tj. na základě tak či onak vymezeného zákonného přimusu⁹.

Obvyklá je samozřejmě kombinace obou těchto charakteristik, kdy klient K má ze zákona povinnost zajistit, aby osoba P byla pojištěna. Institucionální komplikovanost takového uspořádání nijak neoslabuje frekvenci jeho výskytu; v uvedené roli je zejména každý podnik, který musí platit pojistné ve prospěch svých zaměstnanců, a stát, který je povinen platit pojistné ve prospěch „příslušných“ občanů.

3.3.5.2 Postih

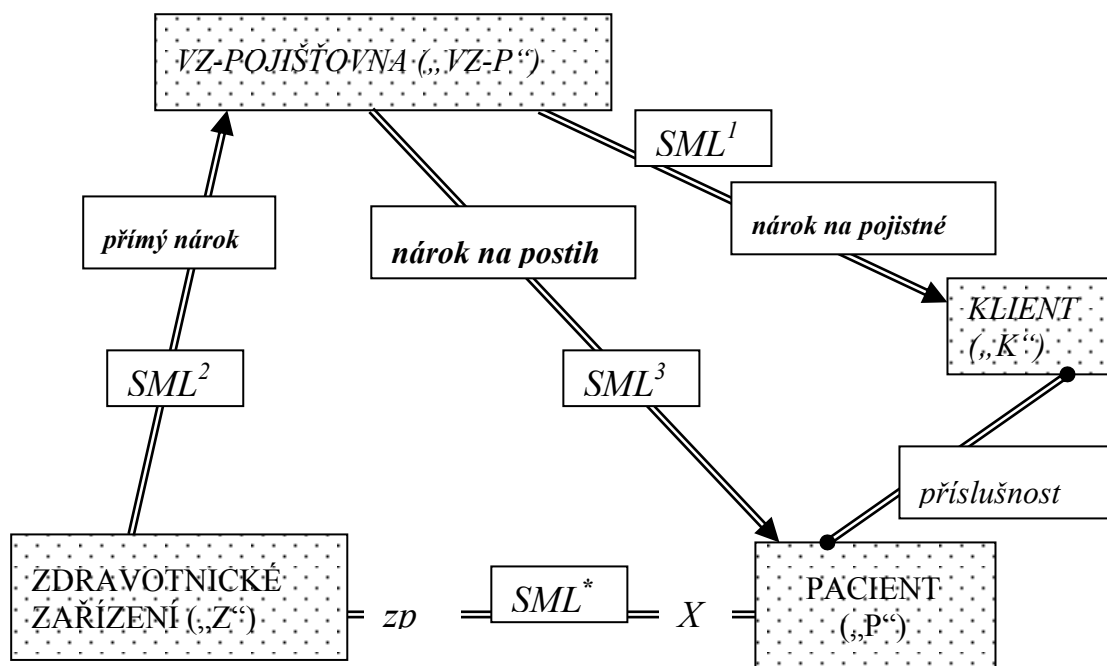
Definičním znakem odpovědnostního pojištění je ta skutečnost, že (na rozdíl od tzv. majetkového pojištění):

- pojišťovna, která za škůdce zaplatí poškozenému pojistné plnění,
- nemá proti tomuto škůdci nárok na postih.

Zvláště zajímavé jsou z uvedeného hlediska jakoby opačné situace, kdy VZ-P, která uspokojí přímý nárok zdravotnického zařízení, je oprávněna vymáhat na pacientovi alespoň část toho, co sama zaplatila.¹⁰ Analýzu shrneme na obr. 4, kde SML3 reprezentuje tzv. postih a symbolem „příslušnost“ reprezentuje povinnost klienta K uzavřít pojištění ve prospěch třetí osoby P.

⁹ Již podle názvu je zřejmé, že povinně-smluvní právní vztahy jsou samy o sobě analytickou lahůdkou; automobilisté ji znají z tzv. povinného ručení – viz výše.

¹⁰ Z původně odpovědnostního pojištění činí přítomnost postihu pojištění majetkové. Čtenář se pak může samostatně věnovat takovým případům, kdy naopak nominálně majetkové pojištění zakazuje postihovat některé škůdce, například jde-li o rodinné příslušníky.



Obr. 4

4. PROVOZNÍ SYNTÉZA

4.1 Vymezení problému

Aplikačním cílem předloženého příspěvku je ukázat některé předpoklady pro zavedení systému počítajícího rozpočtovým omezením vysoce informovaného pacienta.

Z metodologického hlediska jsme zatím zdůraznili nezbytnost překonání některých nedorozumění mezi ekonomickým a právním přístupem k pojmu „smlouva“.

Na tomto místě se vracíme k poznámce, že kromě metodologických problémů narazí případný reformátor ještě na překážky technické (provozní). Neboli: požadovaná individualizace systému z obr. 4 se stane politicky zajímavou pouze v případě, nabude-li podoby dostatečně levné, bezpečné a v reálném čase dostupné evidence.

4.2 Evidence systému smluv

Zde řešený provozní problém má dvě stránky:

- z kvalitativního hlediska jde o to, že ohledně každé smlouvy SML*, SML1, SML2, SML3 jsou požadovány údaje vymežující:
 - její minulé stavy, její aktuální stav, a rovněž i stavy, do kterých se teprve může dostat,
 - její vazby na ostatní smlouvy systému, kdy stav jedné smlouvy může být podmínkou pro případnou změnu v některé jiné smlouvě,
- z kvantitativního hlediska jde o to, že obr. 4 je tvořen desítkami milionů vzájemně odlišných závazkových vztahů.

Závažnost těchto technických problémů nás vede k otázce, zda to nejsou právě obavy z případného provozního selhání, co je skutečnou příčinou odkládání některých institucionálních reforem zdravotnictví - zvláště těch, které počítají s vyšší mírou individualizace systému.

4.3 Účet pacienta

Na tomto místě jistě nemáme dost prostoru pro další diskusi o provozních náležitostech řešeného problému. Pouze tedy konstatujeme, že pouze vyřešení technických problémů otevírá cestu pro efektivní evidenci těchto údajů:

- typ a rozsah zdravotní péče, kterou pacient fakticky spotřeboval (v daném roce, v minulém roce, v období posledních pěti let),
- platby pacienta ve prospěch zdravotnických zařízení (realizované, splatné, či po lhůtě splatnosti),
- pojistné zaplacené ve prospěch pacienta, dlužené pojistné (splatné, či po lhůtě splatnosti),
- postihy (regresy) proti pacientovi (realizované, splatné, po lhůtě splatnosti).
- limity, jež jsou pro pacienta vymezeny podle druhu péče¹¹, či typu plátce.

Místo, kde jsou údaje tohoto typu zaznamenány, lze označit jako „účet pacienta“. Agregací těchto údajů lze získat počet „zdravotnických bodů“, které je tento pacient oprávněn (v tom či onom časovém horizontu) utratit na trhu zdravotní péče.

4.4 Informovanost pacienta

V zásadě tatáž individualizace vztahů z obr. 4 generuje údaje, které mohou pacientovi usnadnit (zlevnit) vyhledávání relevantních informací, například těchto charakteristik našich, či střeoevropských zdravotnických zařízení:

- typy nabízených služeb (včetně přístrojového vybavení),
- frekvence poskytování služeb,
- úspěšnost provedených úkonů,
- kvalifikace odborných týmů,
- čekací lhůty,
- profesní charakteristiky (učitel, dělník, prezident, lékař) léčených pacientů.

Agregací těchto údajů lze snadno získat rating každého zdravotnického zařízení a služeb, které poskytuje. V návaznosti na tento rating lze jistě očekávat i „ceny“, které má pacient v tom či onom zdravotnickém zařízení „zaplatit“.



¹¹ Příkladem je §15 odst. 3 písmena a) a b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, podle kterého se v případě mimotělního oplodnění hradí péče ženám nejvíce třikrát za život (za tam uvedených podmínek).