

17 KONCEPTY STEWARDSHIP A GOVERNANCE VE ZDRAVOTNICTVÍ (R)

Jan Mertl

Abstrakt:

Organizace a poskytování zdravotní péče zaznamenaly v průběhu staletí radikální proměny. Při jejich genezi spolupůsobily vzájemně rozporné faktory a především to je důvodem, proč ani v současné době nedochází v oblasti zdravotnictví ke konsensu o tom, jak zdravotnictví organizovat, koncipovat a financovat, aby výsledky byly optimální. Na tom, co je ve zdravotnictví optimální, není v odborné veřejnosti exaktně definovaná shoda. Cílem příspěvku je zhodnotit úlohu governance a stewardship ve zdravotnictví, přičemž důraz bude kladen na vysvětlení toho, proč se vlastně takovými pojmy ve zdravotnictví zabýváme a k čemu mohou být užitečné. Vedlejším cílem bude aplikovat tyto poznatky na realitu české zdravotní politiky a povšimnout si některých významných aspektů v této oblasti.

Klíčová slova: Governance, stewardship, zdravotní politika, zdravotnictví

JEL klasifikace: I310, H800, H00

The concepts of stewardship a governance in health care

The abstract:

The organization and delivery of health care experienced over the centuries a radical transformation. While during their genesis cooperated mutually contradictory factors and it is mainly the reason why currently it does not lead to a consensus on how to organize health care, to design and finance it, in order to achieve optimal results. On what is optimal health there is not exactly defined professional community consensus. The aim of this paper is to evaluate the role of governance and stewardship in health care, with emphasis on the explanation of why exactly by such concepts in health care deals and what might be useful. The secondary objective is to apply this knowledge to the reality of Czech health policy and to note some important aspects in this area.

Keywords: Governance, stewardship, health policy, health care

JEL Classification: I310, H800, H00

ÚVOD

Organizace a poskytování zdravotní péče zaznamenaly v průběhu staletí radikální proměny. Při jejich genezi spolupůsobily vzájemně rozporné faktory a především to je důvodem, proč ani v současné době nedochází v oblasti zdravotnictví ke konsensu o tom, jak zdravotnictví organizovat, koncipovat a financovat, aby výsledky byly optimální. A konec konců ani na tom, co je ve zdravotnictví optimální, není v odborné veřejnosti exaktně definovaná shoda.

Existují samozřejmě tisíce stran analýz, doporučení, certifikovaných metodik a vědeckých studií, které dokazují ten či onen dílčí fakt nebo příčinnou závislost zdravotní politiky a ekonomie zdravotnictví. Výhodou těchto přístupů je přesnost, opakovatelnost, matematická dokazatelnost a relativně jednoduchá přenositelnost. Lze se však domnívat, že právě ve zdravotnictví tento přístup není dostatečně funkční, a to zejména pro jeho nedostatečnou komplexnost. A jakkoli je v současné vědecké obci interdisciplinarita ambivalentním pojmem, jejíž někteří vzývají a jiní zatracují, při analýze praktických sociálně-ekonomických jevů stále není dostatečně využita, a to dokonce ani ve svém užším konceptu, kdy obohacuje čistě ekonomistní úvahy o širší konceptualizaci zkoumaného problému a nesporně tak zlepšuje původně zjednodušenou ekonomickou kalkulaci.

Současná empirie hospodářského vývoje ukazuje stále zřetelněji, že trhy samotné (neregulované) nejsou schopny efektivně řešit jiné problémy než momentální racionální ekonomickou alokaci dostupných zdrojů. V této roli jsou jedinečné a nezastupitelné, v této roli je cena skutečným indikátorem použitelným pro rozhodování ekonomických subjektů. Nicméně slepá víra v posunutí dalších funkcí na trhy bez efektivní regulace a definice institucí končí pravidelně výhrou trhů ve smyslu privatizace zisků a socializace ztrát. Nelze se tomu ale divit, síla trhu je obrovská, je jako oheň, tedy dobrý sluha, ale špatný pán.

Tyto obecněji koncipované myšlenky jsou jen zdánlivě zavádějící. Uvědomění si těchto základních faktů a kontextu úvah je totiž pro dále prezentované teze zásadní. Umožní to chápat analýzu role státu ve zdravotnictví jinak, než jak je chápána v současné době v Česku, tedy jinak než jakéhosi nezbytného korektora toho, co tržní alokace nedostatečně vyřešila, případně opakovaně selhávajícího implementátora kusých reforem, jejichž výsledky se projevují zejména ve zmatení jednotlivých aktérů systému.

Cílem příspěvku je tak zhodnotit úlohu governance a stewardship ve zdravotnictví, přičemž důraz bude kladen na vysvětlení toho, proč se vlastně takovýmito pojmy ve zdravotnictví zabýváme a k čemu mohou být užitečné.

Je samozřejmě nutno přiznat, že tento pohled na roli státu v sobě obsahuje určitý prvek idealismu, respektive rozměr normativních úvah o tom, co by stát ve zdravotnictví měl dělat a především jakou pozici by měl zastávat. Domnívám se ovšem, že to je jeden z prvků, který by měl současnou diskusi o zdravotní politice obohatit, neboť v něm lze tušit klíč k odsunutí opakovaných diskusí o míře spoluúčasti pacienta či vlastnictví zdravotnických zařízení tam, kam patří – tedy na dílčí místo v rámci celé zdravotní politiky. Nejde o to tyto diskuse bagatelizovat, ale je otázka, zda jejich stálé opakování včetně praktických pokusů o konfiguraci různých variant již dostatečně neprokázalo, že jejich konkrétní nastavení není pro kvalitu a dostupnost zdravotní péče tak zásadní, jak se možná v praxi české zdravotní politiky zdá.

Je nesporné, že otázky týkající se governance a stewardship ve zdravotnictví jsou striktně vzato také určitým eufemismem pro zejména v českém prostředí citlivě vnímanou otázku úlohy státu ve zdravotnictví. Ale nejen v českém prostředí. Při každé větší diskusi o reformě zdravotnictví v USA je hlasitě slyšet argument o riziku socializace medicíny jako nežádoucího ústupu z pozitiv, které nabízí svobodný trh. Je to skutečně tak? A nebo je ten problém složitější?

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Shrňme nejprve několik základních východisek analýzy. Tu poněkud komplikuje existence známé trojí typologie zdravotnických systémů, kdy každý z nich specifikuje – a výrazně – jinou roli pro stát jako aktéra zdravotní politiky (podrobněji k jejich rozboru viz Mertl, 2010). Zdálo by se tedy,

že nacházení nějakého společného jmenovatele bude hodně těžké. Z hlediska výsledku určitě ano. Ale z hlediska typologie, z hlediska interní logiky systému to zas až tak těžké není.

Lze totiž úspěšně rozčlenit důvody, pro které dochází k zásahům dalších subjektů mezi původně privátní vztah lékaře a pacienta. Jedno z možných členění spočívá v následující klasifikaci důvodů:

- tržní selhání,
- sociální aspekty dostupnosti a spotřeby zdravotní péče,
- rozvoj medicíny a investice do zdraví,
- etika a eugenika.

Zkusme si je nyní rozebrat podrobněji. Tržní selhání spočívá v neschopnosti aktérů tržní transakce nalézt ve svobodné směně oboustranně efektivní řešení. V oblasti zdravotnictví je takových případů celá řada, jak zdůvodnil již Arrow (1963) a Grossman (1972). Hlavní příčinou je při tom neřešitelný rozpor mezi zdravotní péčí a zdravím, kdy předmětem tržní směny jsou jednotlivé „úkony“ zdravotní péče, které ke zlepšení zdraví mohou, ale také nemusí mít vztah⁶⁹. Specifickou oblastí je také tržní selhání ve zdravotním pojištění, kdy např. v soukromém zdravotním pojištění bez specifické regulace dochází tržními postupy k segmentaci a nefunkčnosti celého pojistného trhu (seskupování klientů dle zdravotního rizika až k jeho plné individualizaci a tím i nepojistitelnosti). Sociální aspekty poskytování a financování zdravotní péče jsou duální. Na jedné straně usilujeme o minimalizaci výdajů na zdravotnictví, protože ztráta zdraví spojená s výdaji na léčení může být chápána neproduktivně, neboť nemoc je obecně nežádoucí stav a současně bychom mohli výdaje na zdravotní péči použít na jiné statky a služby. Z toho vyplývá potřeba prevence onemocnění a jejich efektivní léčba za co nejnižší náklady, případně i zvažování, zda je léčba vůbec nutná vzhledem k nákladům. V tomto pojetí je zdravotnictví statickým, „servisním“ sektorem, který vyřeší vzniklý problém co nejefektivněji a umožní člověku věnovat se jiným, produktivnějším činnostem. Toto pojetí historicky dominovalo a jeho extrémním projevem bylo ztotožnění medicíny se „sociální činností“, tak jak tomu často bylo ve středověku. V současné době z hlediska sociálních aspektů dominuje především problém nákladů na zdravotní péči a jeho rozložení v populaci (fairness of financing, WHO, 2000).

Současně je ale zdravotnictví v moderní společnosti významnou součástí sektoru služeb s vysokým podílem kvalifikované práce a příležitostmi pro využití moderních technologií. Na zdravotní péči navazuje mnoho souvisejících činností, které implikují význam zdravotnictví jako národohospodářského odvětví s pozitivním vlivem na ekonomický růst. Výdaje na zdravotní péči mají rovněž charakter investic do lidského kapitálu. Rostoucí nároky na člověka a jeho výkon implikují zvýšené fyzické i psychické zatížení, odrážející se v požadavcích na výkon zdravotnictví a tedy i investice do něj. Zdravotnictví je v tomto pojetí dynamickým, „rozvojovým“ odvětvím a očekává se od něj stále silněji aktivní přístup k optimalizaci zdravotního stavu včetně odpovědi na různorodou poptávku pacientů. Navíc medicína má pod kontrolou řadu dříve velmi závažných, invalidizujících nebo i smrtelných infekčních nemocí (TBC, obrna, streptokokové infekce), což vytváří prostor pro rozvoj zdravotnictví směrem ke zvyšování kvality prodloužujícího se lidského života. S tím souvisí také výzkum v oblasti příčin vzniku nemocí a jejich léčby, což umožňuje řešit stále širší škálu zdravotních problémů a vyhovět nárokům moderní společnosti. Jinak řečeno – na zdravotnictví lze nahlížet i pozitivně, tedy vidět náklady na léčbu nejen v kontextu momentální léčby konkrétního jednotlivce, ale v kontextu jeho dalšího produktivního života a rozvoje medicíny samotné, která pro tento rozvoj samozřejmě potřebuje i pacienty.

Jinak řečeno, jednatelce spotřebovává zdravotní péči ze dvou důvodů. Jednak proto, aby učinil svůj život příjemnější a bezbolestnější, jednak proto, že dlouhý a zdravý život zlepšuje naši schopnost dělat to, co chceme dosáhnout, včetně našeho uplatnění na trhu práce.

S výše uvedenými tezemi souvisí i otázky etické a eugenické. I na ně lze nahlížet ambivalentně – mnoho typů léčby, které se v současné době běžně aplikují, by ve středověku bylo odmítnuto jako eticky nepřijatelné. Současně se ale extrémně rozvíjí problematika práv pacientů, která zásadně mění pohled na pacienta jako pasivního příjemce dobra z rukou lékaře. A je zřejmé, že tato práva se

⁶⁹ A navíc mohou být i paliativního charakteru, což už nespĺňuje ani kritéria zvýšení užitku dle Grossmanových tezí.

neutváří pouze spontánně, ale jako další součástí právního řádu jsou, byť zprostředkovaně, závislé na fungování právního státu.

Výsledek uvedených procesů lze shrnout v následující tabulce, popisující dílčí role státu ve zdravotnictví. Konkrétní praxe vždy vychází z reality určitého zdravotnického systému a nastavení rolí jednotlivých dalších aktérů. Ve většině zdravotnických systémů současnosti stát ustupuje z přímého poskytování nebo organizování zdravotní péče. Přesto lze nalézt určité základní společné prvky, které jsou typické pro úlohu státu ve většině vyspělých zdravotnických systémů. Tyto role vyplývají i ze schémat determinant zdraví. Následující schéma popisuje nejdůležitější role, které obvykle vykonává stát v rámci zdravotní politiky.

Tabulka 1 – Role státu ve zdravotní politice

<p>Role systémotvorná a normotvorná, kdy stát</p> <ul style="list-style-type: none"> - formuluje a stanovuje dlouhodobé koncepce a nosné rozvojové programy, - vymezuje pravidla pro chování zainteresovaných subjektů, normy a standardy, a kodifikuje tato pravidla pomocí legislativního procesu, - stanoví podmínky pro fungování zdravotnických zařízení (zejm. z hlediska bezpečnostních a medicínských standardů) - definuje a vynucuje zdravotní péči tam, kde by její zanedbání bylo v přímém rozporu s principy fungování demokratické společnosti 	<p>Role kompenzační a redistributivní, kdy stát</p> <ul style="list-style-type: none"> - umožňuje přístup k adekvátní zdravotní péči těm, kteří z důvodu změny svého zdravotního stavu tuto péči objektivně potřebují, a chápe tuto objektivní potřebu jako kritérium přístupu k péči, - prostřednictvím zásahů do vztahů pacienta a lékaře se snaží minimalizovat vliv rozpočtového omezení a tržního selhání, - umožňuje řešit situaci těm občanům, kterým zdravotní stav dlouhodobě komplikuje možnost začlenit se do společnosti a kde by tedy mohl působit jako faktor jejich sociální a ekonomické diskriminace
<p>Role tvůrčí a rozvojová, kdy stát</p> <ul style="list-style-type: none"> - stimuluje rozvoj zdravotnictví v těch případech, kdy efektivní poptávka po zdravotních službách tento rozvoj dostatečně negarantuje, - chápe zdravotnictví jako faktor rozvoje ekonomiky a podporou investic do tohoto odvětví stimuluje ekonomický rozvoj a investice do lidského kapitálu - působí jako syntetický faktor zabraňující rozpadu zdravotnických služeb na tržně efektivní a „zbývající“ část 	<p>Role monitorovací, kdy stát</p> <ul style="list-style-type: none"> - sleduje aktivity, které zdravotnická zařízení vykonávají a posuzuje je z hlediska národohospodářské efektivnosti - evaluuje činnost subjektů zdravotnického systému z pohledu cílů zdravotní politiky, tedy zejména vývoje zdravotního stavu obyvatelstva - analyzuje situaci jednotlivých subjektů systému a skutečné možnosti dostat požadovaným kritériím (např. dostupnost péče pro pacienty, efektivnost léčby ve zdravotnických zařízeních)

Zdroj: Mertl, J. Soukromé zboží, nebo veřejná služba? Přístupy k roli státu ve zdravotnictví. Scientia et Societas, č. 1, 2009

Amartya Sen a jeho aktualizace ekonomického myšlení

S uvedenými body, specifickými pro zdravotnictví, lze účelně propojit i koncepty nositele Nobelovy ceny za ekonomii A. Sena (Sen, 2002), který provedl transpozici běžných ekonomických cílů a hodnot takto:

Tabulka 2 – Koncepty Amartya Sena ve vztahu ke zdravotní politice

Koncept	Tradiční přístup	Přístup A. Sena
Individuální zájmy	Příjem/spotřeba/užitek	Lidské schopnosti a možnosti – s explicitní rolí svobody a práv
Zdravotní péče	(teoretická) možnost spotřeby zdravotní péče	Individuální a skupinové nároky spotřeby zdravotní péče
Chudoba	Hmotná deprivace	Deprivace atributů podstatných pro kvalitu života (zdraví, vzdělání, přístup ke kvalitním potravinám)
Cíle rozvoje	Ekonomická efektivnost/maximalizace HDP na hlavu	Lidský rozvoj, faktická svoboda rozvoje, rozšíření hodnotných schopností a realizace lidských práv

Zdroj: *Economic Theory, Freedom and Human Rights: The Work of Amartya Sen, November 2001, online <http://www.odi.org.uk/rights/Publications/sen.pdf>, [cit. 13.9.2013]*

Výše uvedené faktory vedou k pochopení toho, proč se úloha státu ve zdravotnictví posouvá, proč už nestačí klasické pojetí státu jako toho aktéra, který dělá věci, které nikdo další dělat nechce nebo nemůže. V Senově pojetí jsou výsledky systému věcného charakteru a podstatná je především koncepce reálné svobody v rozhodování o svém osudu. To má vedle ekonomických konsekvencí také vazbu na psychologické koncepty eustresu a distresu (Honzák, Večeřová 2008). Je prokázáno, že pokud jednotlivec může svůj osud a konání reálně ovlivňovat (eustres), tak zejména do určité míry je schopen zvládat i objektivně velmi zátěžové situace. Naopak pokud danou situaci reálně ovlivnit nemůže a je pouze pasivním pozorovatelem či obětí jejích důsledků, deprivací vliv takového stresu (distres) může být zhoubný.

Pokusme se nyní o mírně extrémní pohled na roli externí autority ve zdravotnictví. S využitím Senova konceptu reálné svobody tak ukážeme, proč jsou krajní pohledy ve zdravotnictví nefunkční. Představme si člověka, který trpí určitým onemocněním. Toto onemocnění de lege artis implikuje možnost léčby. Čistě autoritativní přístup státu vede k tomu, že lékař (jako reprezentant „zájmu na zdraví lidu“) bude pacienta do léčby nutit, a to v souladu s centrálně definovanými postupy a pochopitelně také za veřejné peníze. Čistě tržní přístup vede k tomu, že je ponecháno na pacientovi, kde, jak a jestli vůbec se léčit bude, a to za jeho soukromé peníze. Oba tyto přístupy však mohou vést k suboptimálnímu řešení, v prvním případě minimálně subjektivně-psychologickému ve smyslu „podstupování nucené terapie“ a omezení možnosti volby, v druhém případě může vést ke zhoršení zdravotního stavu příslušného pacienta a závislosti spotřeby terapie na jeho rozpočtovém omezení. Optimální přístup je náročnější – poskytnout pacientovi reálnou svobodu v rozhodování ohledně svého léčení. To předpokládá jak demokratický přístup ze strany lékařů, tak i uplatnění ekonomických mechanismů umožňujících léčbu bez závislosti na momentální výši příjmu. Přístup A. Sena tak dokazuje, spolu se specifiky zdravotnictví jako odvětví ekonomiky, výraznou potřebu neponechat zdravotnictví jen tak být volné hře okolností, ale naopak v něm účelně vytvářet podmínky a prostředí vhodné pro udržení a obnovu zdraví na základě reálné svobody jednotlivých subjektů.

2 KONCEPT STEWARDSHIP

Převzetí odpovědnosti za kvalitu, kvantitu a dostupnost zdravotní péče má za důsledek vykonávání příslušné role státu v souladu s principem symetrie pravomoci a odpovědnosti.⁷⁰ Úloha státu při konstituování zdravotního systému by měla být především systémová. Stát by, pokud to není nezbytně nutné, neměl vstupovat do konkrétních vztahů mezi konkrétními subjekty, ale pokud se rozhodne péči v určitém rozsahu garantovat, pak musí nastavit takové podmínky a prostředí, aby subjekty se mohly svobodně, ale v rámci těchto pravidel chovat tak, že budou sledovat cíle zdravotní politiky. V tomto smyslu tedy funguje stát jakožto iniciátor, implementátor a regulátor systému zdravotní péče. V této souvislosti je v současné zdravotnické literatuře často uváděn koncept **stewardship** (Saltman a Ferrousier, 2000), který usiluje o překonání tradičních nevýhod byrokratického řízení. Kass⁷¹ a Armstrong⁷² tento koncept charakterizují jako „posun od řízení a kontroly ke službě“ a jako nástroj umožňující v rámci systému zdravotnictví sladit tržní přístupy s etickým a věcným rámcem zdravotnictví. Jak uvádějí Saltman a Ferrousier, „stewardship má schopnost kombinovat efektivní, quasi-tržní chování s eticky korektním a důvěryhodným rozhodováním způsobem, který přímý, ekonomicky orientovaný přístup není schopen dosáhnout“. Stewardship stojí nad běžnými funkcemi systému, jako jsou poskytování a financování zdravotní péče. Obsahuje v sobě úvahy o celkové funkci systému, o mechanismech a normách jeho fungování v kontextu jeho výsledků, financovatelnosti, dostupnosti a sociální akceptability. Síla tohoto konceptu spočívá v nadhledu nad každodenními selháními a úspěchy zdravotnictví, a zároveň odstínění od přímého řízení jednotlivých aktérů. V tomto ohledu je stewardship jakési pastýřství, které by bylo možno přirovnat k působení kněze ve své farnosti, nebo k působení učitele na své studenty.

Travis a kol. (2002) formulovali následující „domény“, které by v rámci konceptu stewardship měly být naplňovány.

- Generování inteligence (management znalostí, posun od informací ke znalostem o zdravotnictví)
- Formulování strategických směrů zdravotní politiky
- Zajištění nástrojů pro implementaci: síla, pobídky a sankce
- Tvorba koalic/partnerství
- Zajištění souladu mezi cíli zdravotní politiky, organizační strukturou a kulturou
- Zajištění zodpovědnosti jednotlivých aktérů

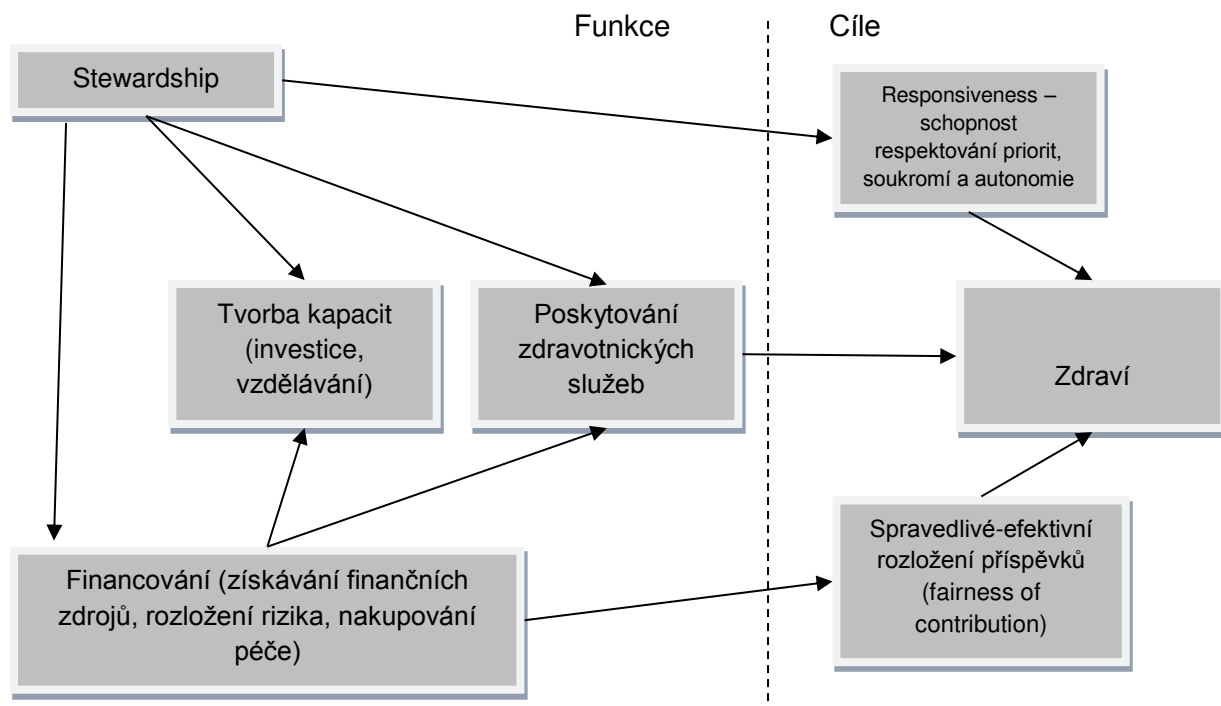
Pozici tohoto konceptu v rámci zdravotnictví ukazuje následující schéma:

⁷⁰ Viz DURDISOVÁ, J., LANGHAMROVÁ, J. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. Praha: VŠE, 2001.

⁷¹ KASS H.D. *Stewardship as a fundamental element in images of public administration*. In: Kass HD, Catron B, eds. *Images and identities in public administration*. London, Sage, 1990: p. 113–131.

⁷² ARMSTRONG J.L. *Stewardship and public service*. Ottawa, Canadian Public Service Commission, 1997 (discussion paper).

Obrázek 1 – Funkce a cíle systému zdravotnictví



Zdroj: World Health Report 2000. Geneve: WHO, 2000

Je z něj patrná změna pozice státu, který obecně stojí nad konkrétními aktivitami dalších subjektů. Velmi významný je v této souvislosti koncept **responsiveness**, tj. schopnost systému respektovat nezdravotní priority pacienta (soukromí, důstojnost, individuální preference). Tento koncept je doplněním tradičního konceptu formální dostupnosti zdravotní péče a výsledků systémů měřených zdravotnickou statistikou.

Stewardship státu je funkcí, která by ke zvýšení responsiveness měla přispívat, stát by měl tedy podporovat také naplnění nezdravotních priorit občana v systému. V souladu s koncepty solidarity je pak na úrovni WHO analyzováno také rozložení financování systému (**fairness** of contributions). Je nutno si uvědomit, že stewardship jako teoretický pojem není nutně přímo svázán s entitou státu. Jeho praktická aplikace ve zdravotní politice však naráží na to, že žádný jiný aktér zdravotnického systému není v schopen na sebe tuto funkci převzít. V tržně orientovaných systémech zdravotnictví část této funkce přebírají na sebe zdravotní pojišťovny, ovšem pokud jsou ziskově orientované, tak jejich manažeři nejsou schopni před vlastníky aplikaci kritérií stewardshipu obhájit. Proto praxe vede ke ztotožnění stewardshipu jako jedné z klíčových úloh státu jako aktéra zdravotní politiky. Stewardship také umožňuje využití jiných než tržně-rationálních vztahů a mechanismů. Jsou to především důvěra, sdílené hodnoty, dlouhodobá výhodnost. Tyto hodnoty může ve svobodné tržní směně konzistentně aplikovat a prosazovat pouze silný subjekt, ideálně stojící mimo přímou tržní transakci. Analýza tržních situací i empirické zkušenosti totiž často ukazují, že momentální výhodnost a kritérium ceny je silnější, než věcné aspekty transakci doprovázející. S trochou nadsázky se dá říci, že mnoho tzv. tržně racionálních transakcí nesplňuje základní atributy řádné smlouvy, tj. že je uzavřena vážně a srozumitelně, nikoliv v tísní za nápadně nevýhodných podmínek. Jediným atributem takových transakcí bývá právě demonstrováné „svobodné“ rozhodnutí, které však v sobě obsahuje výrazný prvek distresu v kontextu Senovy reálné rozhodovací svobody. A zdůrazněme, že právě ve zdravotnictví jsou situace, kdy se lidé rozhodují za neobvyklých podmínek, velmi časté. Možná proto je zde historicky kladen důraz na etiku a pravidla pro jednání jednotlivých aktérů.

Právě jsme definovali základní pojmy spojené s rolí státu ve zdravotnictví. Hledali jsme při tom důvody, proč by tomu tak mělo být a jaké jsou širší souvislosti zkoumaného problému. To je nutná, ale nikoli postačující podmínka funkční analýzy. Příčinou je to, že definice uvedených pojmů

samozejmě dobré fungování zdravotnictví nezajistí. Jenže jsou skutečně jeho nutnou podmínkou, stejně tak, jako jsou v právu definice pojmů podmínkou toho, aby se mohlo vůbec konat nějaké soudní stání a hledat spravedlnost.

3 KONCEPT GOVERNANCE

Současně je ale třeba hledat i více aplikační rovinu týkající se role státu ve zdravotnictví. Zde se nabízí přechod k pojmu **governance**. Tento pojem je o něco konkrétnější, má vazbu i na svou komerční podobu corporate governance a ve zdravotnictví se týká zejména faktické organizace systému a poskytování zdravotní péče. Je třeba si uvědomit, že jakkoli výše analyzované problémy jsou podstatné, tak ve zdravotnictví je samozejmě nutno, podobně jako v jiných odvětvích, také zabezpečit praktické financování a poskytování zdravotní péče. To je při současném objemu zdravotní péče velká věcná úloha, které se nezbavíme jen diskusemi ohledně základního rámce systému a z nadhledu, který poskytuje koncept stewardship.

Z terminologického hlediska je třeba podotknout, že např. Osborne a Gaebler (1992) definují governance na úrovni státu jako pobídku k takovému chování centrální autority, kde „government should steer, not row“ – tj. stát má kormidlovat, nikoli veslovat. Koncept governance, používaný obecně pro roli určité autority se tak dostává ve zdravotnictví z určitého pohledu částečně do konfliktu s konceptem stewardship. Lze se ale domnívat, že vymezení pojmu stewardship je chápáno na systémově vyšší „doménové“ úrovni, zohledňuje specifika zdravotnictví, tvoří konceptuální rámec zdravotní politiky a není orientováno na aplikační rovinu řízení a fungování zdravotnického systému.

Governance se týká zejména větších zdravotnických zařízení, jako jsou nemocnice či sítě ambulantních poskytovatelů, a zdravotních pojišťoven, pokud v daném systému zdravotní péče existují. Řízení těchto subjektů je náročným procesem, který byl historicky ve zdravotnictví postaven především na věcné logice, selském rozumu a sledování medicínských cílů. V současné době je však např. nemocnice také podnikem, který k tomu, aby mohl dosáhnout svých cílů, musí být schopen adekvátního hospodaření, alokace vzácných zdrojů a existence v tržním prostředí vůbec. Do rozhodování tak vstupují otázky výběrových řízení, nákupu zdravotnické techniky, smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami, jednání s pacienty, ale i odpovědnosti za poskytnutou zdravotní péči. Z tohoto stručného výčtu je možno odvodit, že řada těchto procesů je mimo tradiční „eticko-zdravotní“ myšlenkový rámec, v němž uvažuje typický klinický lékař (jakkoli je jeho uvažování nezbytné pro poskytování a zachování vysokého standardu zdravotní péče - Mechanic, 2000).

Governance ve zdravotnictví je tedy souhrnem mechanismů, procesů, institucí a vizí určujících, jak racionalizovat správu a management zdravotnického systému na aplikační úrovni, definovat a institucionalizovat role a zájmy jednotlivých subjektů uvnitř systému a nastavit pravidla pro fungování tak, aby přispívala k dosažení potřebných výsledků. Tzv. good governance je zřejmě především nástrojem k tomu, jak řešit a nastavit konkrétní chod zdravotnictví, aniž bychom se dostávali do pravidelných, předvídatelných či systémově vynucených konfliktů s etikou, právem či ekonomikou. Spočívá v jakémsi „prosáknutí“ zdravotnictví cíli, metodami a nástroji efektivně řešícími anticipované situace a problémy praxe zdravotní politiky. To je realizováno v současné době prakticky ve všech zdravotnických systémech vyspělých zemí, jak to popisují např. Jakubowski a Saltman (2013).

Dalším aspektem governance ve zdravotnictví je otázka decentralizace odpovědnosti za dostupnost a kvalitu zdravotní péče. Tradičně tuto roli v garantovaných systémech zabezpečoval stát.

V souvislosti s decentralizací veřejné správy a delegací této pravomoci na regionální autority vyvstává problém řízení zdravotnictví na regionální úrovni, při obvykle centralizované redistribuci zdrojů. Zdánlivě drobný posun může přinést v praxi zdravotní politiky výrazné problémy, jak se ukázalo i v České republice v souvislosti s převodem nemocnic na krajská zastupitelstva.

Dalšími procesem, který je třeba v rámci konceptu governance zohlednit, je také pluralizace aktérů systému. Jak již bylo naznačeno, stát ustupuje z přímého poskytování zdravotní péče, což ale

znamená, že musí nacházet nástroje vedoucí k žádoucímu chování takto pluralizovaného systému. Jedním z klíčových nástrojů je efektivní nakupování zdravotní péče – studie (Figueras et al, 2005) ukazují, že pokud subjekty nakupující zdravotní péči jsou jen pasivními „propláčeči“ spotřebované zdravotní péče, má to zásadní dopad na jeho kvalitu a efektivnost. Připomeňme současně, že efektivní nakupování neznamená tlak na snížení nákladů za každou cenu; to by bylo v rozporu se základními zásadami zdravotní politiky, ale i běžných mikroekonomických teorií.

Regulace v systému zdravotní péče

Asi nejvíce ekonomicky „uchopitelným“ konceptem je institucionální a parametrická regulace systému. Zde se již jedná o konkrétní zásahy a nastavení parametrů **existujícího** systému. Účinně regulovat tedy lze systém, kde již top-level stewardship a governance dobře funguje, kde jsou již vymezené základní vztahy a jednotlivé subjekty jsou seznámeny a ztotožněny se svou rolí v systému. Ve zdravotnictví nelze chápat regulaci jen jako kompenzaci selhání trhu (byť je to nejtýpější důvod), neboť, jak již bylo uvedeno, důvodů pro intervenci je zde více. Nejtýpější regulace, známé z mezinárodních zkušeností ve zdravotnictví, jsou:

- definice základního (standardního) balíku zdravotní péče,
- regulace plátců zdravotní péče (rozpočet, kompenzace rizika),
- regulace poptávky po zdravotní péči (spoluplatby),
- úprava smluvních vztahů mezi poskytovateli a plátcí,
- předpisy upravující výkon zdravotnického povolání,
- léková politika.

Jedná se o konkrétní mechanismy, specifické pro tu či onu zemi, a mající smysl právě jen v kontextu tamějšího zdravotnického systému. Smysl regulace spočívá především v tom, zabránit takovému chování aktérů, které je nežádoucí z hlediska výsledků systému. O účinnosti jednotlivých regulačních nástrojů se vedou velké spory, které jsou často ovlivněny právě zájmy aktérů, které mají regulovat. Při analýze této účinnosti je tak nutné především identifikovat dotčené aktéry a analyzovat dopady na jejich ekonomickou situaci, ale také na jejich pozici v systému. Nelze argumentovat pouze sociální únosností nebo zhoršením/zlepšením jejich pozice. Regulace je prováděna právě proto, aby pozici jednotlivých aktérů vymezila.

4 PRIVATIZACE JAKO ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ S GOVERNANCE?

Je zřejmé, že analyzované problémy role státu ve zdravotnictví a souvisejících konceptů vzbuzují svou komplikovaností otázku, zda by nebylo účelné je vyřešit privatizací systému, čímž by zvýrazněním úlohy trhu tento na sebe skrytě převzal roli automatického řízení ve smyslu konceptu tzv. neviditelné ruky (Průša, 2012). Jakkoli takovéto návrhy mohou vypadat lákavě, dostupné poznatky teorie i praxe ukazují, že něco takového je zcela nerealizovatelné a že případnou privatizací např. na straně financování vzniknou pro stát, respektive veřejný zájem zcela nové a v podstatě i komplikovanější role, než pokud financuje zdravotnictví přímo z veřejných prostředků. Příkladem může být např. zdravotnická reforma prezidenta Obamy v USA, která zavádí mj. regulaci třídění pojištěnců podle rizika, konstruuje burzu pojištění Exchange (technická podpora při výběru produktů), jakož i vynucuje povinné pojištění každého občana a tím i nutnost existence motivačních/sankčních mechanismů ze strany státu. Podobně také v Nizozemí, kde funguje v současné době systém regulované konkurence mezi převážně neziskovými pojišťovnami poskytující základní standard zdravotní péče, to neznamená, že tato regulovaná konkurence funguje „sama od sebe“ a role regulátora je v tomto směru nadále podstatná (Jakubowski a Saltman, 2013). Regulace je nutná jak pro dosahování pozitivních cílů, kterými jsou např. nárůst kvality a dostupnosti zdravotní péče, tak i pro prevenci negativních cílů, jakými je například nežádoucí selekce mladých a zdravých, tj. nízkonákladových pojištěnců v případě řízené konkurence.

DISKUSE A ZÁVĚR

Provedený rozbor konceptů implikuje určité závěry i pro praxi zdravotní politiky v Česku. Bohužel, tyto závěry jsou nepříliš optimistické. Je evidentní, že česká praxe se v posledních letech, zejména od roku 2006 koncentruje především na diskuse o poptávkové regulaci spotřeby zdravotní péče a míře solidarity ve zdravotnictví, případně finanční bilanci systému ve vztahu k ekonomickému vývoji a situaci ve zdravotnických zařízeních. To jsou jistě důležité prvky systému, ale nikoli jediné a už vůbec ne příčinně vedoucí ke zlepšení kvality, dostupnosti a responsiveness systému zdravotní péče.

I v českém zdravotnictví přitom proběhlo či probíhá řada procesů, které by si kvalitní stewardship a governance zasloužily. Uvedme především následující

- převod nemocnic na kraje a decentralizace veřejné správy,
- změny v institucionální struktuře zdravotních pojišťoven,
- stárnutí populace a nárůst potřeby zdravotně-sociálních služeb,
- management civilizačních onemocnění,
- rozvoj lidských zdrojů ve zdravotnictví.

Představa, že se tyto procesy budou řešit spontánně v rámci optimálního nastavení poměru solidarity a ekvivalence je krajně zjednodušená, už jen proto, že ve světě existují systémy s rozdílným tímto poměrem, a přesto se všechny s uvedenými procesy obtížně potýkají. Stejně tak není klíčem k jejich vyřešení ani navýšení poměru výdajů na zdravotnictví k HDP, jakkoli tato změna by, vzhledem k nízké hodnotě tohoto ukazatele, českému zdravotnictví pravděpodobně prospěla.

Nevýhodou prezentovaných konceptů stewardship, governance je nesporně jejich poměrně velká obecnost, nespecifičnost a snad i určitá bezzubost, když jsou vystaveny konkrétní otázce či testu realizovatelnosti. Vystupují při analýze či diskusi až tehdy, když se vyčerpá souboj o to, jak nastavit ten či onen parametr. Pak teprve napadne zúčastněné aktéry tichá myšlenka, že to asi nestačí. Že se to musí řešit ještě nějak jinak, že kromě těch dílčích parametrických nastavení, tak podstatných pro běžný chod systému, je nutné mít ještě filozofii, smysl, pravidla a věcná kritéria jeho fungování. Je pravděpodobné, že podobný pocit má řada aktérů, kteří se v posledních letech účastnili veřejné diskuse o zdravotní politice a jejich reformách, kdy se v České republice přes řadu dílčích parametrických změn reprodukuje negativní jevy, aktuálně např. negativní bilance řady klíčových nemocnic vzhledem k nastavení úhrad péče a nepřímém zdanění.

Provedená analýza naznačuje, že v Česku nahlížíme na zdravotnictví stále z trochu zvláštního úhlu, který se manifestuje v tom, že nejvíce a nejprve se zabýváme tím, aby zdravotní péče nebyla zneužívána nebo nadužívána (viz argumentace Ministerstva zdravotnictví z roku 2008 při zavádění regulačních poplatků). To je důležité, ale v mezinárodním kontextu neobvyklé, jak ukazují i nejnovější analýzy z dané oblasti (Jakubowski a Saltman, 2013). Ve světových zdravotnických systémech jde o především o něco jiného. Rozhodujícím imperativem je zde především triáda zdravotní stav, responsiveness, ufinancovatelnost.

Zjištěné poznatky ukazují, že spor stát versus trh je ve zdravotnictví omezen jen na určité části systému, a že existuje významná skupina funkcí a činností, které jsou v rámci konkrétního nastavení systému na stát přesunuty nikoli z titulu redistribuce či alokace, ale z titulu jeho funkce koncepční, regulační, rozvojové a systémotvorné. Je proto užitečné tyto aspekty od sebe v diskusích oddělovat. V případě teoretické privatizace financování zdravotnického systému po vzoru USA či Nizozemí to neznamena, že je možno se otázku governance a stewardship pominout ve smyslu ponechání racionality pouze na tržní alokaci. V těchto dvou zemích, které jsou v podstatě jedinými příklady z praxe, kde je na straně financujících subjektů použita řízená konkurence mezi subjekty, zůstává klíčová role státu jako regulátora, definujícího obsah základního standardu zdravotní péče, vynucujícího regulaci třídění klientů podle zdravotního rizika, organizujícího trh se zdravotním pojištěním a podobně. Na základě těchto poznatků lze tedy vyloučit, že by se těmito koncepty

mohla zdravotní politika v budoucnu přestat zabývat, ba naopak, v určitém smyslu slova je při existenci privátních subjektů ať už na straně financování, nebo poskytování zdravotní péče úloha státu náročnější.

POUŽITÁ LITERATURA

1. ARMSTRONG J.L. (1997). *Stewardship and public service*. Ottawa, Canadian Public Service Commission (discussion paper).
2. ARROW, K.J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53:5, str. 941-973.
3. DURDISOVÁ, J., LANGHAMROVÁ, J. (2001). Úvod do teorie zdravotní politiky. Praha: VŠE
4. SEN, A. (2001). Economic Theory, Freedom and Human Rights: The Work of Amartya Sen Online: <http://www.odi.org.uk/rights/Publications/sen.pdf>, [cit. 13.9.2013]
5. FIGUERAS, J. et al. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. Berkshire: Open University Press. Online: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98428/E86300.pdf, [cit. 20.6.2010]
6. GRAHAM, J., AMOS, B. PLUMPTRE, T. (2003). *Principles for Good Governance in the 21st Century*. Policy Brief No 15.
7. GROSSMAN, M. (1972). *On the concept of health capital and the demand for health*. *Journal of Political Economy*, 80
8. HONZÁK, R. VEČEŘOVÁ, A. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní Med.* 2008; 10 (4): 188–192. Online: <http://www.solcn.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>, [cit. 13.9.2013]
9. JAKUBOWSKI E., SALTMAN, R. B. ed. (2013). *The changing national role in health system governance: A case-based study of 11 European countries and Australia*. Denmark: WHO. Online: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/187206/e96845.pdf
10. KASS H.D. (1990). *Stewardship as a fundamental element in images of public administration*. In: Kass HD, Catron B, eds. *Images and identities in public administration*. London, Sage, p. 113–131
11. MECHANIC, D. (2000). Managed care and the imperative for a new professional ethic. *Health Affairs*, 19(5):100–111
12. MERTL, J. (2010). Achilles' heels of health care systems. *Národohospodářský obzor*, č. 1
13. MERTL, J. (2009). Soukromé zboží, nebo veřejná služba? Přístupy k roli státu ve zdravotnictví. *Scientia et Societas*, č. 1, 2009
14. OSBORNE, D. , GAEBLER, T. (1992). *Reinventing Government*. Reading : Addison Wesley
15. PRUŠA, J. (2012). Zvrácené motivace v českém zdravotnictví. *Terra libera*, č.1
16. SALTMAN, R., FEROUSSIER-DAVIS, O. (2000). *The concept of stewardship in health policy*. Bulletin of WHO 78. Online: <http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v78n6/v78n6a05.pdf>, [cit. 10.3.2009]
17. SEN, A. (2002). *Rationality and Freedom*. Harvard, Harvard Belknap Press
18. TRAVIS, P., EGGER, D. DAVIES, P. MECHBAL, A. (2002). *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Evidence and Information for Policy, World Health Organization, Geneva
19. WHO. (2000). *World Health Report 2000*. Geneve: WHO

Acknowledgement

Príspevek je jedním z výstupů projektu Interní grantové agentury VŠFS „Penzijní systémy a reformy“ řešeného na Vysoké škole finanční a správní o. p. s.

Autor

Ing. Jan Mertl, Ph.D.

Katedra financí

Vysoká škola finanční a správní

Estonská 500

101 00 Praha 10

jan.mertl@outlook.com