

Marc Fouradoulas, Dr. med., MAS

ZDRAVOTNÍCTVO A ZLYHANIE TRHU

8. MEDZINÁRODNÁ KONFERENCIA "RAKÚSKA EKONÓMIA V 21. STOROČÍ"

Viedeň, 13.-14.11. 2019



8. MEDZINÁRODNÁ KONFERENCIA "RAKÚSKA EKONÓMIA V 21. STOROČÍ"

Viedeň, 13.-14.11. 2019

Názov: **Zdravotníctvo a zlyhanie trhu**

Autor: **Marc Fouradoulas**, Dr. med., MAS v Manage Health Care
Schlieren, Švajčiarsko

Inštitúcia: nezávislý lekár

Tematická oblasť: ekonómia zdravotnej starostlivosti

Práca podaná 9.9.2019

Preklad: Adriána Repáňová

Fotografia na obálke: Pixabay

Vydal: INESS v roku 2020

ABSTRAKT

Práca sa venuje pojmu „zlyhanie trhu“ v ekonomickej teórii zdravotníctva a jeho významu ako ekonomického odôvodnenia socializovanej medicíny. Sú tu načrtnuté zvláštnosti sektora zdravotníctva a zdravotníckych služieb a následné vysvetlenie teórie zlyhania trhu. Náš podrobný pohľad na konkrétne predpoklady tohto konceptu identifikuje oblasti chýb v myslení. Zohľadňuje sa aj význam lekárskeho zriadenia („organizovaná medicína“) ako cechovej štruktúry, pretože sa dotýka koncepcie „zlyhania trhu“ v zdravotníctve. Na záver je diskutovaná otázka obchodovateľnosti zdravotníckych služieb, a to oddelene od rámca organizovanej medicíny.

ÚVOD

Keď ide o chorobu a utrpenia, trhy so službami zdravotnej starostlivosti údajne zlyhávajú. Od 60. rokov 20. storočia neoklasickí ekonómovia legitimizovali reguláciu a kolektivizáciu tohto odvetvia pojmom „zlyhanie trhu“. Predpoklad „zlyhania trhu“ tvorí aj základ disciplíny ekonomiky zdravia a jej pokusu nahradiť „zlyhaný trh“ údajmi z ekonometrického výskumu.

Okrem rozšírených etických dôvodov, ako je rovnosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti a zásada solidarity, je kolektivistická štátna intervencia ospravedlňovaná aj pri vývoji, udržiavaní a regulácii vnútroštátnych systémov zdravotnej starostlivosti. Hrozbe zlyhania vlády na druhej strane majú zabrániť zásahy v oblasti zdravotnej politiky. Ekonomické modely a výsledky výskumu v zdravotníctve (výskum zdravotníckych služieb, ekonometrické štúdie nákladov a prínosov atď.) majú slúžiť ako základ pre tieto zásahy. Ekonómovia v oblasti zdravia - takzvaní „sociálni inžinieri“ - sa v súlade s politikmi zameriavajú na technokratické riadenie systémov zdravotnej starostlivosti a súvisiace politické diskurzy.

Dôsledky sú ďalekosiahle: povinné poistenie, cenové kontroly a financovanie všetkých služieb tretími stranami v konečnom dôsledku transformujú celé odvetvie zdravotníctva na byrokratickú formu hospodárstva.

Charakteristika zdravotníckeho sektoru

Systémy zdravotnej starostlivosti sú hromadné systémy. Ich vývoj je nepredvídateľný a ich zložitosť je nezvládnuteľná a nekontrolovateľná. Opustenie trhových mechanizmov, ako je tvorba cien a slobodná voľba poistenia, nevyhnutne vedie k zle zacieleným stimulom, nepružným štruktúram a zvýšenej byrokracii. Namiesto spontánneho usporiadania trhu sa vynára chaotická sieť nejasných nárokov a quid pro quos (vzájomných oplátok). Kolektivistické financovanie so sebou prináša morálny hazard a zvyšujúce sa náklady, po ktorých nasledujú centralistické pokusy o kontrolu nákladov, ako je nadmerná regulácia a svojvoľný prídelový systém.

Ekonomický výskum v zdravotníctve sa zameriava na politiku zdravotnej starostlivosti, t. j. na politikov, a ponecháva široký priestor pre záujmové skupiny. Pokusy o politickú kontrolu nevyhnutne preberajú charakteristiky plánovanej ekonomiky, pretože rôzne záujmové skupiny neuhnú zo svojich požiadaviek. V závislosti od systému sa úloha trhu udržiava v zostatkovej forme, tzv. regulovanej hospodárskej súťaži. Regulovaná hospodárska súťaž sa však nezakladá na ochote pacientov platiť, ale na diagnóze (DRG - diagnostické skupiny) a

regulovaných poplatkoch za služby a postupy, ktoré musia byť financované treťou stranou. S rastúcim počtom poskytovateľov je nevyhnutným dôsledkom tejto narušenej hospodárskej súťaže rozšírenie objemu služieb a osobitné zameranie na služby s lukratívnymi poplatkami.

Diskusia o záchrane systému vedená skupinami zainteresovaných strán sa vo všeobecnosti končí neproduktívne. Ani lekári, poisťovatelia či široká verejnosť nemajú záujem dobrovoľne sa odchyľovať od svojich nárokov. Rozsah „zdravotníckych služieb“ je, žiaľ, nejasný. Samotný pojem „choroba“ je zriedka definovaný. Akademické lekárstvo a jeho biopsychosociálne chápanie choroby tiež len v malom prispievajú k objasneniu, pretože jeho obsah zostáva nejasný a nemá ekonomický rozmer.

Avšak politické diskusie sú založené na ostrom rozlíšení medzi zdravím a chorobou, čo je pre politikov pohodlné. Ak existuje diagnóza, legitimizuje sa tzv. účinná, účelná a ekonomická liečba. Následne takto vzniká diskusia založená na „všetko alebo nič“ s diagnózou ako jasným ukazovateľom. Ekonomovia radi pracujú s príkladmi jednoduchých reparatívnych zásahov, ako sú voliteľné operácie (hysterektómia, operácia šedého zákalu), zriedkavé choroby a príliš vysoké ceny liekov. Odborníci v oblasti verejného zdravia odkazujú na hrubé metrické údaje, ako sú prieskumy úmrtnosti a spokojnosti, aby merali a legitimizovali hromadný systém.

Nanešťastie sa stráca pohľad na skutočné problémy: nárok na niečo, čo zostáva nejasné, spojené s problémom, že medicína ako taká nie je presná veda.

Čo sú služby v zdravotníctve?

Zdravotnícke služby sú heterogénne množstvo úplne rozličného tovaru a služieb, ktoré sú k dispozícii v rôznych množstvách, kvalite a kombináciách. Nie je to homogénna jednotka, nikto nespotrebuje „zdravotnícke služby“. Na druhej strane existuje rovnako veľké množstvo poskytovateľov, ktorých jedinou spoločnou črtou je osvedčenie od štátnej univerzity a lekárskej komory, pričom obe sú monopolné organizácie. Samotní lekári sú všetko, len nie jednotvární. Stačí sa pozrieť na rastúcu škálu odborných disciplín, čiastkových disciplín a osvedčení. To, čo predstavuje „doktora“, nie je výsledkom trhových procesov, ale záležitosťou akademického a profesijného osvedčenia, zvyčajne udeľovaním licencií od monopolov. Okrem toho lekársky žargón a organizácia podobná cechmu („organizovaná medicína“) zakrývajú skutočné pozadie a podmienky týchto služieb. Keďže zdravotnícke služby sú už v rukách organizovanej medicíny, trh je náchylný k zlyhaniu.

Namiesto toho, aby sme sa zaoberali reguláciou a právom na rovnaký prístup k tomuto imaginárnemu konštruktu, mali by sme sa lepšie zamerať na konkrétne služby a potreby ako také. Majú služby tak rozmanité, ako je vyplachovanie uší, transplantácia obličiek a psychoterapia, skutočne niečo spoločné, čo si vyžaduje kolektívnu reguláciu a financovanie? Sú vôbec prepojené, napriek ich obsadeniu organizovanou medicínou? Zovšeobecnenie týchto veľmi rozmanitých služieb pod pláštikom „zlyhania trhu“ je sotva užitočné. Pojem „zdravotnícke služby“ zostáva nejasný a ukazuje na celý rad úplne odlišných služieb a produktov, ktoré závisia od rôzneho stupňa vedomostí a zručností.

Doktrína „zlyhania trhu“

Pokiaľ ide o zdravotnú starostlivosť, americký ekonóm Kenneth Arrow túto tému opísal prvýkrát v roku 1963. On sám bol predstaviteľom a spoluzakladateľom tzv. teórie ekonomiky blahobytu a teórie rovnováhy. Jeho teória je založená na modeli ideálneho trhu, pre ktorý musia existovať určité podmienky, aby mohol fungovať optimálne a efektívne. Medzi ne patrí

existencia dokonalých informácií pre všetky informácie týkajúce sa rozhodovania (kvalita a cena), homogénneho tovaru, suverenity spotrebiteľa, neexistencia externalít, prístup na voľný trh a iné.

Ak sú tieto podmienky splnené, bude trh plne konkurenčný, s vyrovnaním ponuky a dopytu a konkurenčnou rovnováhou. Je to teória modelov, ktorá je založená na matematických deriváciách, ale nenecháva priestor pre dynamický a neistý podnikateľský trhový proces. Ak tieto podmienky neexistujú, dochádza k „zlyhaniu trhu“, ktoré údajne legitimizuje zásah sociálneho štátu.

Podľa Arrowa a súčasnej ekonomickej teórie zdravotníctva uvedené podmienky ideálneho trhu so zdravotnými službami a zdravotným poistením neexistujú. Neistoty, informačné asymetrie a regulácia na strane ponuky sú príliš veľké. Niektoré z týchto špecifických charakteristík sú tu uvedené pre lepšie pochopenie:

- neistota týkajúca sa
 - začiatku ochorenia (náhodné) a účinnosti liečby
 - kvality diagnostiky
 - nevyhnutnosti využívania lekárskeho služieb, pacienti nemôžu vedieť, čo potrebujú
 - rozsahu nákladov
 - následkov choroby vrátane narušenia osobnej integrity postihnutej osoby a prípadná strata jeho rozhodovacej suverenity a príjmových príležitostí
- informačná asymetria
 - výhoda lekára v znalostiach a skúsenostiach
- očakávané správanie lekára
 - vzťah pána a správcu (agent-principal): lekár radí pacientovi, a tým ovplyvňuje dopyt
 - odchýlka od vlastných záujmov a ziskovej motivácie smerom ku kolektívnej orientácii
 - zaobchádzanie na základe objektívnych parametrov
 - prvok dôvery a vzťahu, nie je možné vykonať predbežný test ponúkaných služieb
- regulácia na strane ponuky
 - udeľovanie licencií univerzitami a profesijnými združeniami

Reakcia Rakúskej ekonomickej školy: od modelu k realite

Modely sú vždy abstraktné zjednodušenia reality. Z vedeckého hľadiska to môže byť legitímne. Na druhej strane, prínos pre skutočný svet je relevantnejšou otázkou. Rovnovážny model je založený na matematických rovniciach a nezohľadňuje komplexnosť správania ľudí a obmedzenia konkrétneho prostredia. Podobne ani podnikateľovi, ako aktérovi pri prekonávaní týchto prekážok, sa v tejto teórii neprípíše žiadna rola.

V skutočnosti nie sú trhy nikdy dokonalé, ale sú v procese usilovania sa o dosiahnutie optima. Rovnováha je stav, ale trh je proces. Otázka teda skôr znie: je absencia trhu, t. j. štátom

organizovaný systém zdravotnej starostlivosti, lepšia ako trh so svojimi neistotami? Odpoveď typu „všetko alebo nič“, týkajúca sa obchodovateľnosti všetkých zdravotníckych služieb, je sotva nápomocná. Okrem toho, spochybňovanie obchodovateľnosti zdravotníckych služieb v situácii rozsiahlych regulácií na strane ponuky je síce pochopiteľné, ale je to skôr dôsledok predchádzajúcich regulačných zásahov, než príčina zlyhania trhu.

Neistota a informačná asymetria

Neistoty a informačné asymetrie sú v zásade predpokladom existencie trhov. Všetci právnici, finanční poradcovia a kariérni poradcovia pracujú s neistotami a informačnými asymetriami. Klient sa na nich obracia kvôli nedostatku znalostí a skúseností. V prípade dokonalých informácií a istoty by boli oni, ako aj lekár, zbytoční. Aby sa zabránilo zneužitiu moci v dôsledku rozdielných znalostí, súkromné trhy sprostredkujú nástroje, ako je napríklad získavanie druhých stanovísk, informácie od organizácií na ochranu spotrebiteľa a ratingových agentúr, alebo poskytovanie záruk. V povolaniach závislých na dôvere hrá povestť naďalej ústrednú úlohu. Neistoty sa stávajú problémom len vtedy, ak sú spojené s takzvanými katastrofickými nákladmi. Takéto katastrofy nie je možné predvídať na úrovni jednotlivca; vo veľkej skupine ich však možno štatisticky predpovedať, čo tvorí základ princípu poistenia.

Kvôli neistote a informačnej asymetrii sa na nakupovanie zdravotníckych služieb priamo spotrebiteľom nazerá s nedôverou. Pri pacientovi sa predpokladá, že je nekompetentný pri rozhodovaní. No lekári používajú porovnateľné štandardizované prístupy na diagnostikovanie a liečbu chorôb. Preto sú náklady viac-menej porovnateľné. To, čo pacient potrebuje, je do určitej miery predmetom procesu zisťovania, ktorý je podobný nákupu iných produktov. Spotrebiteľská suverénita si vyžaduje skúsenosti. Na druhej strane lekár, ktorý zneužije svoje kompetencie, môže riskovať svoju povestť. Vďaka rozsiahlym informáciám, ktoré sú v súčasnosti k dispozícii, je možné porovnávať diagnostické a terapeutické náklady v prípade miernych prípadov ochorenia. Je nemysliteľné privatizovať napríklad liečbu nedostatku železa, liečbu bežných rán, astmy alebo prechladnutia? Najmä pri opakujúcich sa zdravotných stavoch nie je dôvod mračiť sa na zodpovedný prístup k súkromným diagnostickým službám. Začlenenie všetkých zdravotníckych služieb do systému zdravotnej starostlivosti financovaného treťou stranou s výhradným zaobchádzaním s vysoko špecializovanými lekármi (získať lekárske vzdelanie vo Švajčiarsku trvá najmenej 12 rokov) vynucuje kvalitatívny štandard, ktorý je pravdepodobne luxusnejší ako to, pre čo by sa spotrebiteľ s ohľadom na náklady rozhodol.

Pokiaľ ide o lekárske povolanie, Arrow výstižne opísal kľúčové prvky aplikovanej medicíny. Ale podobne ako pri myšlienke dokonalého trhu, aj tu sa používa myslenie „všetko alebo nič“. Inými slovami, pri každej forme lekárskej konzultácie existuje taký vysoký stupeň vedomostí, zručností a zraniteľnosti, že pacient sa vždy zdá byť vydaný na milosť lekára. Je preto vždy neschopný, nevie posudzovať a je vždy v ohrození kvôli chorobe. Zrejme nie je schopný získať vedomosti a skúsenosti a naučiť sa robiť nezávislé rozhodnutia. Na druhej strane sa lekárovi priznáva štandardizovaná lekárska spôsobilosť. Ale v skutočnosti ani tu nie je žiadna jednota. Okrem akútnych a očividných situácií sa štýly liečby môžu veľmi líšiť. Dôkazom toho je rozmanitosť lekárskeho osvedčenia. Rovnako opustenie ziskového motívu lekárom je idealistickým konceptom, ktorý v realite neobstojí.

Choroby tiež nie sú vždy iba čisté náhody. Pri veľkej časti chronických chorôb je možné sa dopátrať ku konaniu, z ktorého vznikli. Približne 80 percent priamych nákladov na zdravotnú starostlivosť vo Švajčiarsku je spôsobených neprenosnými chorobami („NCD“ - non-communicable diseases; kardiovaskulárne choroby, diabetes, rakovina, choroby dýchacích

ciest, svalov a kostí). Odhady naznačujú, že zdravým životným štýlom by sa dalo vyhnúť alebo aspoň oddialiť viac ako polovicu z nich. Chronicky chorí ľudia preto čiastočne prispievajú ku svojej chorobe. Nie sú to len obeť náhody. Preto je rozhodovanie vždy individuálne - zmena životného štýlu verzus liek financovaný z poistenia? Okrem toho môže zdravotná starostlivosť spôsobiť oportunizmus alebo „úžitok z choroby“ (*morbid gain*), pri ktorom sa ľudia stotožňujú s chorobou a vyhýbajú sa zodpovednosti. V takýchto prípadoch má liečba dokonca pozitívny účinok na ďalšiu podporu choroby.

Budú sa pacienti skôr usilovať o posilnenie svojho postavenia vtedy, keď sú ovplyvnení morálnym hazardom spojeným s poistením, alebo skôr na voľnom trhu? Zdravotná gramotnosť je rozhodnutím jednotlivca. Koniec koncov, pacient je odborníkom na svoje vlastné vnímanie a správanie, a v tomto je práve on držiteľom asymetrickej informácie oproti lekárovi.

Jednoznačne obmedzené rozhodovanie sa týka najmä akútnych chorôb a ťažkých duševných chorôb s vysokou mierou naliehavosti. Bohužiaľ, zdravotnícko-ekonomická teória využíva tieto pomerne extrémne prípady a prenáša ich na všetky zdravotnícke služby. Pacienti tak získajú dojem, že sa nemôžu stať majstrami svojho zdravia. Je to tragické, pretože majú celý život na to, aby sa to naučili a nakupovali pre nich čo najlepšie možnosti namiesto toho, aby sa stali predmetom naučenej bezmocnosti, riadenej sociálnym štátom a organizovanou medicínou.

Správanie lekára

Problém neistoty, pokiaľ ide o nástup choroby a účinnosť terapií, je realitou. Pacienta ako takého charakterizuje obmedzená suverénita rozhodovania a zraniteľnosť. Riešenie tohto problému je charakteristickým znakom lekárskeho povolania. Lekár teda radí pacientovi v jeho záujme a vo svojom vlastnom záujme dodržiava lekársku etiku špecifickú pre danú profesiu. To je to, čo ho odlišuje od predajcu a cielene zabraňuje zneužitiu moci.

Štátne licencie na lekárske povolanie však urobili taký rozdiel zbytočným. Dôvera už nevzniká z etických, a teda ekonomicky vhodných krokov, ale z vykonanej štátnej skúšky a následnej odbornej certifikácie. Štátne dotované osvedčenie zabezpečuje dobrú povesť. Nadmerná dĺžka odbornej prípravy predpísaná štátnymi a profesijnými združeniami vytvára v očiach pacienta dojem nedosiahnuteľnej kompetencie.

Odstránenie cenovej diferenciácie prostredníctvom širokorozsirenej cenovej regulácie oddeľuje kvalitu od ceny. Oddelenie od ochoty pacientov platiť vedie k cieleniu na maximálnu kvalitu – teda napríklad maximalizáciu špecializácie a získaných akademických kvalifikácií. Konkurencia sa tak odohráva iba na kvalitatívnej úrovni a nevyhnutne posúva celý systém k vyššej špecializácii. Čím viac dôkazov o certifikácii, tým vyššia je kvalita. Priepasť medzi lekárom a pacientom sa teda naďalej rozširuje. Pre pacienta je však význam osvedčení nejasný a samotný certifikačný systém zostáva pre neho, ako aj pre mnohých lekárov netransparentný.

Keďže lekár ako dôveryhodná osoba sa obáva o svoju povesť, nemá takmer žiadne podnety na to, aby zneužil svoju moc. Ak sa však odosobní od pacientovej ochoty platiť a stane sa monopolistom, aj napriek vysokým prekážkam pri vstupe na trh, povinným licenciám alebo poistným zmluvám, má skutočne moc nad pacientom vo svojich rukách. Ak lekár potom vykonáva najmä technické služby, ako je rádiológia, financované zdravotným poistením, pacient a spoločnosť sú mu vydané na milosť. Zneužívanie moci je zdokonalené.

Štátna skúška sa tak stala jedinou bariérou pre vstup do lekárskeho monopolu a prestíže. Pokušenie lekárskej prestíže, monopolného postavenia a záruky príjmu sa odráža v neustále

rastúcom počte lekárov. Zásluhy voči pacientovi sa už viac nepočítajú. Reguláciou cien a služieb sa medicína oddelila od milosrdnosti. Právo na zachovanie zverených právomocí zostalo nedotknuté. Aj keď technický pokrok znížil neistoty, napr. vo forme presnejších diagnostických techník, technické vyšetrenia zostali v rukách lekárov. Nikdy nebolo spochybnené nakoľko lekár, ktorý vykonáva iba technické procedúry, vlastné zostáva lekárom. Technické procedúry preto nie sú majetkom organizovanej medicíny, ale môžu podliehať procesu komodifikácie, čo by vedlo k vyššej produktivite a nižším cenám. Napr. testovanie na alergiu nie je lekárskou službou, ale technickým postupom, ktorý je oddelený od konzultácie s lekárom.

Záver

Myšlienka zlyhania trhu vychádza z vysoko abstraktného, modelového konceptu ekonómie. Rozdiel medzi modelom a skutočným svetom je príliš veľký na to, aby umožnil fungovanie trhov. Predpoklady, ktoré tento model obsahuje, preto v praxi popierajú obchodovateľnosť všetkých zdravotníckych služieb. Nie je však tento rozpor skôr problémom vedeckého modelu, než skutočného sveta?

Pri bližšom pohľade na konkrétne predpoklady teórie zlyhania trhu nájdeme určité chyby v myslení, ako napríklad myslenie typu „všetko alebo nič“, nadmerné zovšeobecňovanie, vágnosť, prehodená príčina a následok, napríklad pri regulácii na strane ponuky.

Keď sa pozrieme ďalej na socializovanú medicínu, zistíme, že neoklasický trhový model nie je v skutočnom živote veľmi nápomocný, pretože byrokratizácia všetkých zdravotníckych služieb vedie k pomalému rigidnému systému, ktorý sa nemôže prispôbiť potrebám pacienta a stáva sa predmetom zneužívania osobitnými záujmovými skupinami. Okrem toho príklon k štátom dotovaným licenčným monopolom a cechovej štruktúre organizovaného zdravotníctva zabetónováva závislosti v systéme a kapitalizuje ich nedobрым spôsobom.

Vynechanie doktríny zlyhania trhu a zachovania zverených právomocí nás vedie k otázke, s ktorými konkrétnymi zdravotnými službami sa dá obchodovať a ako a kde je vhodné sociálne zabezpečenie, vo forme komunitných alebo charitatívnych organizácií. V takomto systéme zohráva väčšiu úlohu schopnosť pacienta prevziať zodpovednosť, schopnosť jeho úsudku a zrelosť. V konečnom dôsledku by posúdenie týchto schopností bolo pre lekárov hlavnou úlohou, napr. psychotický pacient si určite nemôže vybrať, čo je pre neho najlepšie. Konečná odpoveď na otázku obchodovateľnosti preto nie je možná. Z praxeologického hľadiska je zdravie žiadaným cieľom a neustálym procesom učenia. Výzvou preto je vždy to, ako posilniť postavenie pacienta a prehodnotiť medicínu aj mimo rámec organizovanej medicíny.



Doktor Marc Fouradoulas pracuje ako lekár vo švajčiarskom Zürichu. Okrem medicíny sa venuje aj skúmaniu fungovania trhu v zdravotníctve a fungovania švajčiarskeho zdravotníckeho systému. Táto publikácia je prekladom jeho príspevku na medzinárodnej konferencii *Rakúska ekonomická škola v 21. storočí*, ktorá sa konala vo Viedni v novembri 2019.

