

Hříšní lidé státu českého: co nám radí ekonomie zdravotnictví?

Autor: /Tomáš Mlčoch, Tomáš Doležal/

Hříšní lidé státu českého: co nám radí ekonomie zdravotnictví?

Tomáš Mlčoch, Tomáš Doležal

Disclaimer

Tento článek je první verzí článku, který byl zaslán k publikaci v populárně-vědeckém časopise Trade-off (<http://trade-off.cz/>). Tento časopis se věnuje především aktuálním ekonomickým a politickým tématům. Upravený článek a jeho finální verze vyjde v zimním čísle 4/2016 (<http://trade-off.cz/casopis/>). Vzhledem k vysoké kvalitě příspěvků v tomto časopise jej můžeme čtenářům vřele doporučit.

Úvod

Česká republika patří mezi země s nejvyšší spotřebou hříšných statků (sin goods) na světě, tedy v celkovém souhrnu s nejvyšší konzumací alkoholu, cigaret, drog a prevalencí obezity. Tyto údaje opakovaně potvrzují statistiky Eurostat, OECD, WHO nebo index hříšné spotřeby publikovaný časopisem Bloomberg. Navzdory veřejně známým rizikům těchto aktivit ČR pokračuje v nastoleném trendu a drží se ve světovém popředí. Z pohledu zdravotních rizik a nemocností na základní civilizační choroby (nádory, onemocnění srdce a cév, apod.) jsme tak snad nejrizikovější populací v Evropě, společně s jinými postkomunistickými státy. Pro blízkou budoucnost českého zdravotnictví to není příliš dobrá zpráva, a už vůbec ne pro jeho finanční udržitelnost.

V tomto článku bychom se rádi věnovali jednak možným příčinám zvýšeného rizikového chování a tedy nadužívání zdravotní péče oproti ostatním zemím, ale rovněž i jeho důsledkům a přehledu nástrojů, které úspěšně či neúspěšně vedly ke snížení míry rizikového chování v jiných zemích. Článek nemá za cíl diskutovat politický či ideologický podklad jednotlivých rozhodnutí (tj. zda by stát měl či neměl zasahovat do životů lidí), ale spíše představit jednotlivé politiky a diskutovat jejich pro a proti.

Příčiny rizikového chování

Ačkoli v České republice nebyla dosud nikdy v historii provedena rozsáhlá a validní ekonomická studie zkoumající vliv různých aspektů na konzumaci zdravotní péče, lze na

základě zahraniční literatury odvodit několik faktorů, které přispívají k hříšné spotřebě. Ekonomicky řečeno k nižším investicím do vlastního zdraví.

Prvním a asi jedním z hlavních důvodů je zcela jistě **nízká spoluúčast** pacientů při hrazení zdravotní péče. Pokud bych za svůj nákup v obchodě zaplatil pouze zanedbatelné (nulové) procento z částky, proč bych si nenakoupil trošku více? Ne jinak tomu je i ve zdravotnictví. Dnes již legendární článek z dílny americké neziskové společnosti RAND v 80. letech potvrdil, že spoluúčast měla významný vliv na čerpání péče při stejné úrovni zdraví. Navzdory vyšší spoluúčasti měli pacienti na konci studie podobnou kvalitu zdraví. Autoři publikovali elasticitu poptávky po zdravotní péči přibližně okolo hodnoty -0,2, tedy každé zvýšení spoluúčasti o 10% bude znamenat snížení čerpání péče o přibližně 2%.

Následné výzkumy nicméně teoreticky ukázaly, že tento vztah není lineární, ale že existuje vyšší elasticita poptávky při žádné/nízké spoluúčasti a naopak nižší elasticita při relativně vysoké spoluúčasti. Jelikož je v ČR celková spoluúčast přibližně 14% (včetně dobrovolných výdajů), z nichž velká část nutných výdajů jsou pouze doplatky za léky, lze očekávat výrazně vyšší elasticitu než výše zmíněných -0,2.

Údaje o spoluúčasti napříč zeměmi OECD jasně potvrzují, že ČR patří globálně mezi země s nejnižší spoluúčastí na světě. Velmi, ale opravdu velmi hrubým ukazatelem vlivu spoluúčasti v ČR by mohlo být zavedení regulačních poplatků u lékaře v roce 2008. Tyto velmi drobné poplatky čítající jen velmi malý zlomek skutečných nákladů za ambulantní vyšetření mohl znamenat dle hrubých statistik snížení počtu kontaktů s lékařem. Dle údajů OECD z roku 2007 byl průměrný počet kontaktů pacienta s lékařem 12,6 v roce 2007, po zavedení poplatků tento počet klesl na 11,2 v roce 2009, a 11,1 v roce 2011 a 2013 (tedy snížení o 12%).

Takže náš systém je kombinací minimální přímé spoluúčasti na nákladech zdravotní péče pacientem a nepřítomné regulace pohybu klienta systémem. Občané či pacienti nevidí reálné náklady na zdravotní péči, jejich peněženky to nepálí a navíc jim systém nabízí prakticky neomezenou konzumaci zdravotních služeb. Různá vyšetření a konzultace jsou tak poskytovány duplicitně, bez elektronické kontroly, opakovaně na různých úrovních a nikdo za to nenese finanční odpovědnost. Jsme tedy typickým „švédským stolem“ zdravotních služeb bez omezeného přístupu, prvků „gate-keepingu“ nebo tzv. řízené péče čili kontrolovaného racionálního pohybu pacientů systémem zdravotních služeb.

Spoluúčast pacientů znamená nejen nadužívání zdravotní péče, neboť platíme jen zlomek částky, kterou čerpáme, ale lze očekávat, že nízká spoluúčast vede i k rizikovému chování, a to

právě skrze placení jen zlomové částky za zdravotní péči. Analogicky, pokud bychom neplatili za opravu automobilu, asi nebudeme mít takovou motivaci se o automobil starat. Podobně, pokud bychom museli platit ročně desetitisíce za léčbu diabetu 2. typu, který lze velmi dobře léčit například úpravou životního stylu, leckterého pacienta by tyto výdaje přiměly k větší starosti o své zdraví.

Druhým hlavním faktorem je dle našeho názoru nefunkční systém prevence jednotlivých onemocnění, především poté civilizačních chorob plynoucích z nedostatečného pohybu a nadváhy. V současné době není motivován ani pacient, ale ani lékař motivován na dobrém zdravotním stavu svého pacienta. Existují určité pouze platby/úhrady pro lékaře za splnění preventivních výkonů, ale tyto zdaleka nepokrývají nutné základní klinické parametry, na které by měl být z pohledu lékaře kladen důraz. Jedná se například o základní a rutinní kontroly krevního tlaku, hladinu cukru a cholesterolu, pravidelná očkování, která jsou jednoduchým prediktorem většiny následných zdravotních komplikací. Ale jedná se i o celou řadu dalších parametrů, které by měly být v zájmu pacienta sledovány. Pokud by byl lékař obdržel bonus za „zdravého pacienta v kartotéce“, jistě by měl vyšší motivaci o své pacienty pečovat.

Podobně je tomu ale i na straně pacienta, neboť nejen vyšší spoluúčast může vést k vyššímu zájmu o své zdraví, ale pozitivní bonus, například formou jednorázového či pravidelného příspěvku od zdravotní pojišťovny by jistě taktéž motivoval k většímu zájmu o své zdraví.

Důsledky rizikového chování

Mezi jednoznačné důsledky rizikového chování patří zhoršený zdravotní stav obyvatel. Ten se projevuje nejen v nižší kvalitě života občanů-pacientů, ale též finančně na „účtech“ zdravotních pojišťoven. Dále se projevuje v nižší přesčasnosti obyvatel, vyšším počtem dnů strávených v pracovní neschopnosti a mnoha případy pacientů, kteří odchází dříve do starobního důchodu, nebo nejsou přesčasní a obdrží důchod invalidní. V neposlední řadě jsou obyvatelé méně schopni se o sebe starat a jsou více závislí na svém okolí.

V České republice je dle statistických údajů například více než 800 tisíc pacientů s diabetem 2. typu (diabetes vznikuvší nadměrnou konzumací cukru a tuku, obezitou a nedostatkem pohybu, nikoliv geneticky zapříčiněný diabetes 1. typu). Převážná většina těchto pacientů si způsobila tuto nemoc sama a zdraví nemocných by se dalo výrazně zlepšit nejen předepisovanou medikací, ale též úpravou zdravotního stylu: větším pohybem, úpravou jídelníčku atd. Víme,

že náklady na léčbu diabetu 2. typu tvoří minimálně 10% všech nákladů na zdravotní péči v České republice a do budoucna dále porostou.

Další podobnou skupinou pacientů jsou kuřáci. Kouření zvyšuje výskyt také celé řady onemocnění, od infarktu až po rakovinu plic, kterým se lze téměř zcela vyhnout při absenci kouření. Podobně je tomu i u alkoholismu a uživatelů drog. V současné době existuje jen omezené množství dat zkoumající náklady alkoholu, tabáku a nelegálních drog. Dosud jediná publikovaná analýza provedena Centrem adiktologie a Psychiatrické kliniky 1. LF a VFN v Praze autorů Záborský a kolektiv odhadla celkové náklady tohoto rizikového chování na 56,2 miliard Kč každý rok (náklady zdravotní, sociální, ztráty produktivity aj). Tato analýza nicméně používala omezený makroekonomický pohled na problematiku a nebyly zde odhadnuty detailní náklady jednotlivých komplikací, což může výrazně podhodnocovat celkové náklady. To ostatně potvrdila Německá studie z Hamburské university, která ukázala na výrazně vyšší náklady alkoholismu při použití detailních individuálních dat pacientů z účtů zdravotních pojišťoven oproti makrodatům.

Peníze vynaložené na podobná onemocnění nutně v systému chybí na léčbu onemocnění jiných, která nejsou tak akutní, a která si pacienti nezpůsobili sami, nýbrž jsou na vině například jejich genetické predispozice nebo vnější vlivy. Příkladem mohou být pacienti s revmatickými chorobami, vzácnými onemocněními nebo celou řadou typů nádorů.

Možná politická opatření

Jak bylo v úvodu zmíněno, našim cílem není hodnotit, zda je správně či špatně přijmout jednotlivá politická opatření. V této části bychom rádi taxativně shrnuli jednotlivá opatření (výčet vzhledem k rozsahu článku není úplný), nejprve obecně a poté specificky pro jednotlivé typy hříšné spotřeby, a následně jejich možné dopady jednak na pacienty, ale také na celou společnost.

Jak bylo výše zmíněno, jakýmsi základním politickým řešením pro snížení hříšné spotřeby by bylo zvýšení spoluúčasti ve zdravotnictví, což by přimělo občany se o své zdraví více zajímat a starat se o něho, neboť by jejich horší zdraví vedlo i k vyšším přímým výdajům. Druhým analogickým řešením by mohly být naopak bonusy pacientům za aktivní snahu udržení zdravého životního stylu. Třetím opatřením by poté byla zvýšená finanční motivace na straně lékařů, kteří by dostávali bonusy za „uzdravení“ pacienta a nikoliv jeho pouhé léčení, a také by mohli obdržet prémie při pravidelné kontrole určité sady klinických parametrů a při dodržování schématu preventivních výkonů.

Obezita

V posledních letech se v některých zemích objevují selektivní spotřební daně na určité typy „rizikových“ potravin, které nejčastěji přispívají k obezitě obyvatel. Jedná se o daně na tuk, ale především o daně na slazené nápoje.

V roce 2011 zavedla dánská vláda daň na potraviny obsahující více než 2,3 gramu nasycených mastných kyselin na 100g výrobku (to se týkalo např. másla, sádla, margarínu, tučného masa), a to ve výši €2,5 na 1 kg saturovaného tuku. Nicméně již jeden rok po zavedení tohoto opatření byla daň zrušena, protože měla velmi negativní efekt. Prvně lidé jezdili zdaněné výrobky kupovat do zahraničí (do Švédska/Německa). Ale co více, lidé začali kupovat naopak levnější alternativy zdaněných potravin (např. v diskontních obchodech) a jejich celková míra konzumace tuků tak zůstala na stejné míře. Lidé tuto politiku svým chováním neutralizovali, a proto se úplně minula účinkem.

Druhým, výrazně častějším opatřením, jsou poté daně na cukr, zejména zdanění slazených nápojů. Tato daň je v současnosti platná v Dánsku, Maďarsku, Finsku, Francii, Norsku, Mexiku, v některých státech USA a nově také ve Velké Británii. Dle finské studie zavedení daně na cukr ve výši €1 za každý kilogram přidaného cukru znamenalo snížení průměrné hmotnosti obyvatel o 3,19 kg, přičemž se nejvíce snížila hmotnost nejchudších obyvatel, kteří již nemohli nahrazovat levnější alternativy zejména slazených nápojů. V Mexiku byla zavedena daň na slazené nápoje ve výši 8% v roce 2013. Dle studie na rozsáhlém vzorku obyvatel se snížila spotřeba zpočátku v průměru o 6% a posléze klesla o 12% a opět měla vyšší vliv na chudší vrstvy obyvatel. K podobným výsledkům dochází i jiné studie.

Je nutno zmínit, že tyto studie do velké míry opomíjejí dlouhodobé efekty, zejména přelévání poptávky ze zdaněné komodity na nezdaněnou. Při zvýšení ceny sladkého nápoje o 10% si tento nápoj koupím, koupím méně, koupím levnější (např. džus) nebo si radši koupím něco úplně jiného, ale sladkého (např. čokoládu). Tyto efekty studie příliš nezmiňují a neprovádějí korekce, které by tento efekt očišťovaly. Na straně supermarketů může rovněž dojít k „neutralizaci“ politik, kdy nemusí dojít ke skutečnému zdražení při zvýšení ceny, nebo naopak výrobci budou nahrazovat suroviny tak, aby byl výsledný produkt levnější. Výsledný „čistý“ efekt těchto daní se přesto zcela určitě jeví pozitivně ve vztahu ke zdraví obyvatel.

Alkohol

U alkoholu je v současné době v platnosti celá řada opatření na snížení jeho konzumace. V první řadě je to spotřební daň. Dle zákona klesající poptávky vede zvýšení ceny ke snížení

konzumace, o tom jak velké je snížení rozhoduje elasticita poptávky. Ta je u alkoholu poměrně neelastická a tedy zvyšování daně nevede toliko ke snížení spotřeby, nadto je daň na tvrdý alkohol v ČR již poměrně vysoká (285 Kč/litr čistého alkoholu) a podobná jako v okolních zemích. Dále je nutné zmínit i přechod k levnějším a rizikovějším typům alkoholu, a tedy neutralizace zamýšlených důsledků politiky, nebo vznik černého trhu s alkoholem (viz metanolová kauza z přelomu roků 2012/2013).

Autoři přehledového článku z časopisu Lancet diskutují nákladovou efektivitu jednotlivých opatření ve smyslu „nákladů na zachráněný rok života“. Ukazují, že mimo spotřební daně, jsou efektivními metodami ke snížení nežádoucí konzumace alkoholu například snížení dostupnosti nákupů alkoholu (otevírací doby, síť prodejen alkoholu), zákaz reklamy na alkohol, nulová tolerance alkoholu za volantem, vynuucování práva při řízení automobilů v opilosti, ale též dohled nad výběrem spotřební daně. Programy jako vzdělávání nebo zásahy do života alkoholiků mají naopak výrazně nižší efekt.

Kouření

I zde je prvním a mezi politiky velmi oblíbeným opatřením zvyšování spotřební daně, jak lze vidět po každých parlamentních volbách. Daně na cigarety jsou v ČR při přepočtu přes paritu kupní síly přibližně ve středu cen EU, a tyto ceny jsou poměrně vysoké (blížíci se 100 Kč za krabičku). Zároveň je poptávka po cigaretách neelastická (přibližně -0,4), ale výrazně elastičtější u mladších lidí. Zvyšování této daně tedy povede jednak ke snížení konzumace cigaret (především u mladých), ale dle našeho názoru také donutí kuřáky přejít k levnějším, například baleným cigaretám bez filtru či levnějším značkám, část kuřáků může přejít k těžším drogám (např. marihumana), nebo otevře černý trh s cigaretami, neboť daně dnes tvoří téměř 80% ceny finálního produktu.

V tomto ohledu se dle zahraničních studií a zkušeností jeví jako efektivnější nástroj snaha omezit kouření například na veřejných místech, jako jsou restaurace, zastávky, budovy a jiné. Toto téma je vzhledem k projednávanému protikuřáckému zákonu v parlamentu ČR poměrně aktuální.

Celá řada studií ukazuje, že zákaz kouření v restauracích, tedy pouze mírné zvýšení nákladů konzumace v podobě nutnosti opustit restauraci, zakouřit si a přijít zpět, má významný vliv na prevalenci kouření ve společnosti. Často používaným argumentem proti tomuto opatření je

snížení tržeb hospodských, zavírání některých restaurací a tedy zvýšení nezaměstnanosti a omezení sociálního života na venkově. Publikované review dosud provedených výzkumů, které obsahovalo celkově 97 studií zabývajících se touto tematikou, došlo k závěru, že téměř všechny studie ukázaly žádný nebo naopak mírně pozitivní vliv zákazu kouření na restaurační business. Kuřáci do restaurací chodit nepřestali nebo je to odradilo jen mírně, a naopak nekuřáci nebo rodiny s dětmi začali častěji navštěvovat restaurační zařízení. Toto opatření mělo dle dalších studií zprostředkovaný vliv na nižší výskyt nemocí spojených s kouřením (kardiovaskulární onemocnění, určité typy rakovin a celé řady dalších).

Ilegální drogy

Jelikož jsou tvrdé drogy ilegální, je velmi těžké proti jejich konzumaci jakkoli bojovat a omezovat ji. Zcela jistě mohou pomoci komunitní centra, která pomáhají narkomanům v nouzi, nebo protidrogové léčebny, kde se lze ze závislosti na drogách léčit. V zahraničí se v současnosti nicméně diskutuje další nástroj, jak snížit nežádoucí konzumaci ilegálních drog. Tímto nástrojem je jejich legalizace. V současné době celá řada států USA legalizovala marihuanu, čímž dle stěžujících si mexických pěstitelů drog rozbila jejich drogový kartel. Marihuana je v takovém případě pod kontrolou státu, který garantuje její kvalitu, omezuje legálními cestami její prodej, ale také má výnosy z jejich spotřební daně, které dříve šly právě drogovému kartelu.

U těžkých drog přistupují v současnosti některé země (např. vybrané provincie Kanady vlivem ústavních žalob) k legalizaci těchto drog a k jejich nabídce skrze lékařské sítě ve vysoké kvalitě a čistotě. V těchto provinciích se tak mění pohled na drogově závislého jedince, který již není na okraji nebo mimo společnost, nemusí často krást, aby získal prostředky na získání drogy atd. Drogově závislí mají ve výrazně větší míře běžné zaměstnání, nemají potřebu loupit a vlivem kvality drog se snižují i nežádoucí účinky vlivem nekvalitních příměsí drog od dealerů. Výsledkem jsou výrazně nižší společenské náklady (nejen zdravotní náklady) na péči o drogově závislé.

Druhou stranou mince legalizace tzv. lehkých drog (marihuana) je však to, že zákony dané země by měly být, právní terminologií, normotvorné a tedy legalizace drog presumuje, že může být normou drogy brát a není to něco, čeho bychom se měli obávat.

Závěr

Závěrem by bylo vhodné zmínit, že jakékoli politické opatření, ať již se týká zdravotnictví či nikoliv, by mělo být následně podrobeno důkladné ekonomické analýze nákladů a přínosů. Pokud dané opatření nepovede k zamýšlenému efektu, mělo by být neprodleně zrušeno. Toto je samozřejmě v České republice ideál, ke kterému se v současnosti těžko propracujeme, nicméně postupnými kroky tohoto lze dosáhnout. Žádné opatření není dobré či špatné *per se*, vždy je třeba ho brát v kontextu dané země, přizpůsobit jej lokálním podmínkám, zvyklostem a celé řadě dalším faktorů.

Ač byly výše nastíněny politiky, které by mohly vést ke zlepšení zdraví obyvatel, je třeba zmínit, že žádné opatření nebude mít takový efekt jako, když lidé budou chtít o své zdraví pečovat ze své vůle, i s přispěním například sociálního tlaku okolí, který je velmi silným determinantem rizikového chování. V neposlední řadě v současnosti přecházíme do digitální éry, kdy mladší členové společnosti tráví většinu svého času na mobilních telefonech nebo sociálních sítích, což dle předběžných průzkumů ESPAD, a kouzlem nechtěného, znamená výrazné snížení spotřeby alkoholu, cigaret, drog, ale naopak se vlivem nedostatečného pohybu výrazně zvyšuje obezita. Čas napoví jaký bude vývoj rizikového chování české populace. Co je ale jisté, že zdravotní náklady na dnes se takto rizikově chovající populaci významně v průběhu následujících 20 let vzrostou, k čemuž velmi přispěje také stárnutí populace jako další determinanta rostoucích nákladů. Již dnes je tedy nejvyšší čas na diskusi, jakým způsobem zajistit dostatek finančních zdrojů, aby nedošlo ke snížení kvality zdravotní péče.

Reference QR kód:

Manning GW, Newhouse JP, Duan N et al. 1987. "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment." *American Economic Review* 77(3): 251–77.

Dine-Aron A, Einav L, Finkelstein A 2013. „The RAND Health Insurance Experiment, three decades later.“ *Journal of Economic Perspectives* 27(11): 197-222.

OECD Health at a Glance 2009 až 2015 (dle jednotlivých vydání), dostupné online na [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312;jsessionid=uxmhftpid3t.x-oecd-live-02] k 27.10.2016.

Zábranský T, Věláčková V, Štefunková et al. 2007. „Společenské náklady užívání alkoholu, tabáku a nelegálních drog v ČR v roce 2007“. Výzkumná zpráva. Dostupná online na [<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/4890/01-COI-monografie-web-pdf>] k 27.10.2016.

Effertz T, Verheyen F, Linder R 2016. „The costs of hazardous alcohol consumption in Germany.“ *European Journal of Health Economics* xx(x): xxx-xx. Publikováno zatím pouze online.

Cornelsen L, Green R, Dangour A, et al. „Why fat taxes won't make us thin.“ *Journal of Public Health* (2014): 1-6.

Harkanen T, Kotakorpi K, Pietinen, P, et al. „The welfare effects of health-based food tax policy.“ *Food Policy* 49 (2014): 196-206.

Jensen JD, Smed S. „The Danish tax on saturated fat – Short run effects on consumption, substitution patterns and consumer prices of fats.“ *Food Policy* 42 (2013): 18-31.

Colchero AM, Popkin B, Rivera AJ Ng WS. „Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study.“ *The British Medical Journal* 2016; 352: h6704 (open-access). Dostupné online na [<http://www.bmj.com/content/bmj/352/bmj.h6704.full.pdf>] k 27.10.2016.

Anderson P, Chisholm D, Fuhr CD. „Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol“. *Lancet* 373; 2234-46 (2009).

Gallet, A.,C., List, A., J.: Cigarette demand: a meta-analysis of elasticities. *Health Economics* 12, 821-835 (2003).

Gallus, S. et al.: Price and cigarette consumption in Europe. *Tobacco Control* 15, 114-119 (2006).

Chaloupka, F.J.: Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tobacco Control* 21, 172-180 (2012).

Sen, A., Wirjanto, T.: Estimating the impacts of cigarette taxes on youth smoking participation, initiation, and persistence: empirical evidence from Canada. *Health Economics* 19, 1264-1280 (2010).

Scollo M, Lal A, Hyland A, Glantz S. „Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry.“ *Tobacco Control* 12; 13-20 (2003).

Jones MR, Barnoya J, Stranges S et al. „Cardiovascular events following smoke-free legislations: an updated systematic review and meta-analysis.“ *Curr Envir Health Rpt* 1; 239-249 (2014).

Been VJ, Nurmatov BU, Cox B et al. „Effect of smoke-free legislation on perinatal and child health: a systematic review and meta-analysis.“ *Lancet* 383, 9928: 1549-1560 (2014).