



**C E M I**

CENTRAL EUROPEAN MANAGEMENT INSTITUTE

Profesní vzdělávací program

**Master of Business Administration**

---

# **MANAGEMENT ZDRAVOTNICTVÍ**

2\_2013/2014

SEMINÁRNÍ PRÁCE

Předmět: **MARKETING A KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Téma: **Problematika konkurence ve zdravotnictví**

MUDr. Jan Šťastný  
student

ing. Eva Matoušková  
lektor

## ÚVOD

O problematice postavení tržních vztahů, marketingu, a tedy i konkurence do oblasti zdravotnictví se vedly – a stále ještě vedou - obsáhlé diskuze. Můžeme vysledovat antagonismy typu „etika kontra ekonomika“, „levostranný kontra pravostranný pohled“ nebo „odborný kontra politický kontext“.

Poslední jmenované je velmi významným faktorem, neboť (jak se ukazuje) struktura zdravotnického systému není věcí odborníků, nýbrž politiků – a v demokratických systémech je odrazem názoru voličů.

Jak známo, existují různé modely zdravotnických systémů odvislé od ekonomicko-politické situace a tyto modely se v zásadě liší ve dvou základních parametrech, kterými jsou:

1. Pozice občana v systému, zejména jedná-li se o roli aktivní, či pasivní.
2. Rozsah „veřejného zájmu“, zejména jím determinovaných státních direktiv ovlivňujících zdravotnický systém.

Snad právě od těchto parametrů se odvíjí možnost zapojování tržních vztahů, doprovázených marketingovými mechanismy a konkurencí. V oblasti zdravotnictví je však situace velmi komplikovaná.

Výhradně tržní přístup (individuální přístup analogický pojištění majetku) by vedl ke snižování dostupnosti péče pro sociálně a mentálně slabší vrstvy a výhradně veřejný přístup zase k nepřiměřené solidaritě, k přemrštěné standardizaci postupů při poskytování péče a ke zvýšené spotřebě péče.

Pravostranný i levostranný extrém by pak mohl být i příčinou ekonomického kolapsu celého systému.

Příčiny kolapsu čistě tržního zdravotnictví by byla například nadprodukce, která je běžnou součástí trhu, nedostatečná kompenzace rizika (výběr „lukrativních

pojištěnců“) a také vysoká cena medicinských technologií, která může roztočit spirálu začínající zvyšováním spoluúčasti, zvyšováním pojistného a končící platební neschopností pojištěnců a poté platební neschopností pojišťoven.

Příčiny kolapsu čistě veřejného (národního) zdravotnictví tkví v pasivním přístupu občanů ke svému zdraví vedoucí ke zvýšené incidenci civilizačních chorob, k objektivně zvýšené spotřebě péče determinující zvyšování finanční náročnosti systému a v nedostatku finančních prostředků. Ke kolapsu může přispět i stav, kdy se zdravotnictví stává „volným statkem“, který je zvýšeně a zbytně konzumován.

Jak vidno, není to v oblasti zdravotnictví se zaváděním tržních vztahů, byť jsou jednou z podmínek správného ekonomického chování systému, zase tak jednoduché. Zvolené marketingové metody používané ve zdravotnictví nesmí být rozhodně agresivní, a co se týká konkurenčních vztahů, vžil se v určité části zdravotnického systému dokonce termín „managed competition“, tedy „řízená konkurence“.

Rád bych se v této seminární práci zamyslel nad problematikou „konkurence“ ve zdravotnictví.

Úvodem je též vhodné konstatovat, že konkurenční vztahy se v oblasti zdravotnictví dají dělit hned z několika hledisek a že jsou tato hlediska současně místy pro aplikaci specificky zaměřených marketingových metod.

## **PATERNALISTICKÁ ROLE STÁTU A „ZDRAVOTNÍ VĚDOMÍ“ OBČANŮ**

Domnívám se, že podstatnou brzdou v zavádění konkurenčních vztahů ve zdravotnictví je právě stupeň paternalistické role státu, od níž se, podle mého názoru, odvíjí i míra „zdravotního vědomí“ občanů, tedy míra „produkční funkce zdraví“ (dle Grossmana).

Existují politické i nepolitické iniciativy, které zastávají názor, že takové principy, jako je konkurence či finanční zainteresovanost, do zdravotní péče nepatří, že medicína nemůže podléhat zákonům trhu. Stále existuje snaha „osvobodit“ zdravotnictví od působení tržních zákonů a podřídít je státnímu dirigismu; trh zdravotnických služeb regulovat tak, aby přestal být trhem a stal se objektem státního plánování a státního financování.

Důsledky paternalistické role státu jsou v oblasti zdravotní péče rozmanité:

Jedná se například o pasivní přístup občanů k ochraně vlastního zdraví, zejména ke změně životního stylu, což je jedna z nejdůležitějších determinant zdraví. Myslím si, že právě paternalistická role státu determinuje, aby se jedinec stal pouhým spotřebitelem zdravotních služeb, a nikoli „producentem zdraví“. Pasivitu občanů jistě umocňuje i stav nemožnosti výběru pojistného (chybění konkurence v oblasti pojištění), tedy stav, kdy se zdravotní pojištění stává „zdravotní daní“. Zaměstnanci nesledují výši pojistného na výplatních páskách – a často ani netuší, že další 2/3 z celkového pojistného za ně platí zaměstnavatel; pojistné je považováno za ztracené (utopené) náklady, neboť jeho výši nelze ovlivnit.

Lze vystopovat jistý paradox: S rostoucí konkurencí na trhu práce roste i počet občanů – producentů zdraví; „rozevírají se nůžky“ mezi „producenty“ a „konzumenty“. Logicky by bylo vhodné podporovat tendenci „produkce zdraví“ na úkor „konzumace“, to je však v rozporu s bezmezným, bezkonkurenčním rovnostářstvím, které prosazuje stát. I právní vědomí občanů je v oblasti zdravotnictví minimální; například - z velké části ani nemají ponětí o vyhláškách navazujících na zákon o veřejném zdravotním pojištění.

Jak již bylo naznačeno, míra státního dirigismu je dána i tradicí a také tím, že je v demokratických systémech odrazem názoru voličů. V České republice bohužel stále ještě převládá mezi občany názor, že tržní vztahy a konkurence do zdravotnictví nepatří a že je paternalistická role státu správná.

Právě zde je možné vystopovat další paradox: Zatímco v České republice by bylo záhodno míru paternalistické role státu poněkud snížit, jsou státy, kde je tomu právě naopak: příkladem je Obamova reforma v USA.

S jistou mírou nadsázky lze konstatovat, že je vztah mezi paternalistickou rolí státu a produkcí zdraví analogický přechodu transakčního marketingu ve vztahový.

Závěrem této podkapitoly je tedy konstatování, že paternalistická role státu je v oblasti zdravotnictví potřebná, ale jen do určité míry ...

## **DRUHY KONKURENČNÍCH VZTAHŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Mezi VNĚJŠÍ konkurenční vztahy lze zahrnout

- a) konkurenci mezi zdravotnickými zařízeními,
- b) konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami.

Mezi VNITŘNÍ konkurenční vztahy lze zahrnout:

- a) konkurenci mezi jednotlivými zdravotnickými pracovníky, tedy mezi lékaři stejného oboru, zdravotními sestrami a podobně; zde můžeme mluvit o „interpersonální konkurenci“,
- b) konkurenci mezi pojistnými plány,
- c) konkurenci mezi různými sociálními a společenskými skupinami konzumentů zdravotní péče.

Takovéto - částečně uměle nastavené - rozdělení, odpovídá různým historickým momentům vývoje civilizace – a s ní i zdravotnických systémů; připomeňme ty „modernější“:

Rigidní „vertikální“, direktivní systém řízení, typický pro kontinentální Evropu (konkrétně pro Rakousko-Uhersko), s mnohonásobným způsobem „umbrellizace“ (zastřešování), do značné míry potlačoval osobnost a „vlastní iniciativu“, a to nejen

v řídicích složkách státu, ale i ve zdravotnictví. Interpersonální konkurence zde byla minimální, marketing jako metoda byl v zárodku a navíc zcela mimo zdravotnictví.

Tradice Rakousko-Uherska přetrvávala v oblasti zdravotnictví i v období první republiky a do jisté míry ji převzal i „socialistický model“, na který si velmi dobře pamatuji a který jsem, jakožto poslední ředitel KÚNZ Severočeského kraje, po svém nástupu v roce 1990, rád a aktivně demontoval. Státní dirigismus byl v tomto systému, samozřejmě, jediným řídicím prvkem a o konkurenci nemohlo být ani řeči.

Je zřejmé, že se tradice a principy „katolické kontinentální Evropy“ poměrně dost liší od téhož v „protestantské periferní Evropě“ a druhotně i v USA. Například v USA se zdravotnictví formovalo především na základě „ošetřovatelských center“, kam lékaři spíše jen docházeli na popud ošetřovatelského personálu. Právě tento stav, oproti rakousko-uherské „umbrellizaci“, predigoval vysokou úroveň ošetřovatelské péče a účinné interpersonální konkurenční vztahy.

## KONKURENCE V OBLASTI POJISTNÝCH PLÁNŮ

O „konkurenci mezi pojistnými plány“ nemůže být v České republice ani řeči; máme jen jediný a to, zda nám některá pojišťovna oproti jiné zaplatí pobyt v bazénu, je pouze slabý odvar konkurence.

Máme-li mluvit o zdravotním pojištění, a nikoli o „zdravotní dani“, pak by mělo platit pravidlo, že „veřejné pojištění“ je záchytná síť pro ty, kteří neuspěli ve volbě pojištění (pojistného plánu).

Konkurence v oblasti zdravotního pojištění musí být vyvolána poptávkou, která může být individuální (poptávka po zdraví, kapitalizace zdraví), rezortní (zaměstnanecké pojištění), ale i státní (veřejné pojištění).

## **„HYPERMARKETY“ VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Za dumpingové chování v oblasti zdravotnictví, které ničí konkurenci a snižuje kvalitu péče, lze (za současné nepřítomnosti plurality ve zdravotním pojištění) považovat jak preferenci městských, krajských a státních nemocnic, tak i přelévání finančních prostředků průmyslových podniků do zdravotnictví.

V České republice bohužel vznikly „zdravotnické hypermarkety“, které dusí tržní vztahy i konkurenci; za takového hypermarkety lze považovat nemocnice s poliklinikami i nově vznikající „trusty“ (řetězce). Soukromé zdravotnické řetězce slouží spíše k dalšímu zhodnocování jinde vydobytého zisku než ku prospěchu zdravotnického systému.

Zdravotnické hypermarkety se o těch běžných liší nejen tím, že nabízejí služby, ale především tím, že mají v určité oblasti monopol. Pokud tedy získají smlouvy se zdravotními pojišťovnami, mohou díky paralelním dumpingovým příjmům (ze strany města, kraje, soukromých zdrojů) zlikvidovat velkou část konkurence. Drobné privátní ambulance čeká podobný osud jako drobné obchůdky v blízkosti hypermarketu prodejního.

## **BEZ KONKURENCE NENÍ KVALITA**

Kvalitu ve zdravotnictví nelze navodit pouze postgraduálním vzděláváním, akreditacemi a certifikacemi; i ve sféře zdravotnictví totiž platí, že „bez konkurence není kvalita“. Pojem „kvalita ve zdravotnictví“ lze ovšem chápat v několika směrech: ve smyslu „lege artis“, ve smyslu „intramurálním“ a ve smyslu „kvality vztahu lékař - pacient“.

Úroveň péče „lege artis“ není závislá pouze na znalostech a zručnosti zdravotnického personálu, ale také na „intramurální konkurenci“, tedy konkurenci mezi jednotlivými lékaři a jednotlivými zdravotními sestrami na tom samém pracovišti. Systém „umbrellizace“, přetrvávající z dob Rakousko-Uherska a umocněný za socialismu (primář – zástupce primáře – sekundář, vrchní sestra – staniční sestra – sestra) tuto konkurenci totiž silně omezuje. Dává sice do ruky moc kvalitním a osvědčeným jedincům, zároveň však umožňuje, aby se tak dělo na úkor jiných kvalitních a aby se leckde moci chopili nekvalitní a neosvědčení. Konkurence je tedy zapotřebí i zde.

Troufám si ale tvrdit, že v České republice je problémem především kvalita chování zdravotnického personálu vůči pacientům. Pacient je mnohde stále ještě „objektem“, a nikoli „subjektem“, což má kořeny v tradici v tomto smyslu neetickém socialistickém zdravotnictví. Svou roli hraje i „informační asymetrie“.

Informační asymetrie spočívá v hromadění informací na straně poskytovatelů péče za současného bloku transportu informací směrem k příjemcům péče. Informační asymetrie staví pacienta do pozice submisivního „Neználka“ a lékaře do pozice dominantního „Všeználka“; důsledkem je nežádoucí pasivita příjemce péče, s negativními důsledky zdravotními i ekonomickými.

Proti důsledkům informační asymetrie působí konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče a konkurence mezi poskytovateli péče bude tím silnější, čím aktivnější roli bude hrát pacient – respektive KLIENT.

## KONKURENCE A KLIENT

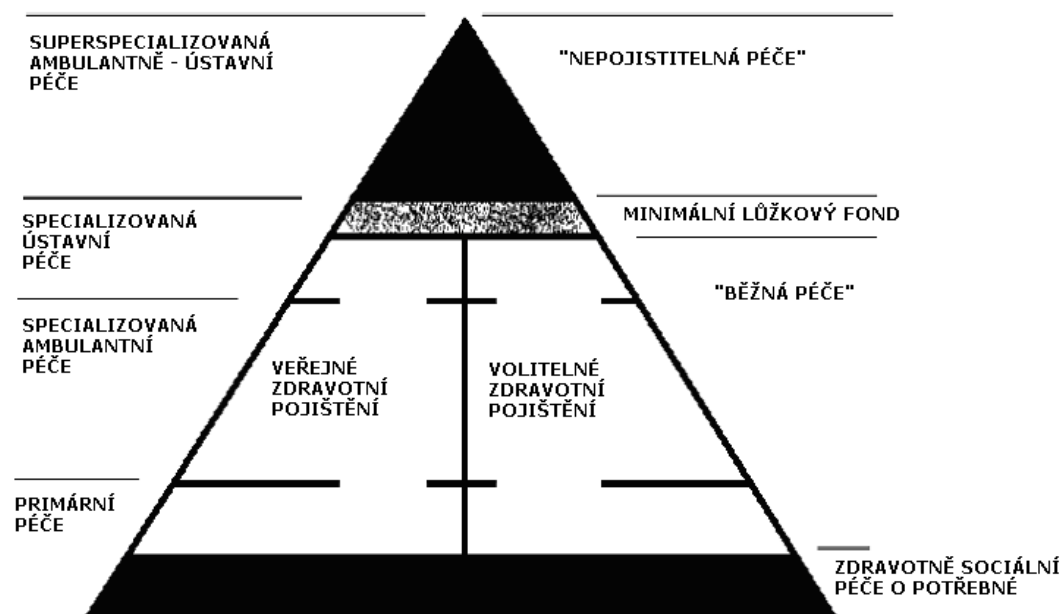
Z „pacienta“ se „klient“ rodí jen velmi pozvolna, a to procesem „kapitalizace zdraví“. Pokud ovšem má být zdraví (potenciál zdraví) kapitálem, musí být vytvořeny podmínky k jeho obnově a udržování. V oblasti zdravotní péče by to měla být svobodná volba pojistného plánu – a v rámci pojistného plánu pak svobodná volba poskytovatele.



Kapitalizace zdraví by tedy měla být doprovázena i výběrem vhodného pojistného plánu, zaměřeného například na prevenci. Pokud je poptávka po prevenci ze strany klientů, pak se jedná o prevenci aktivní. A aktivní prevence je jistě účinnější než ta pasivní, diktovaná vyhláškami ministerstva, navazujícími na zákon o veřejném zdravotním pojištění.

Tržně ekonomické aspekty poskytování zdravotní péče jsou částí veřejnosti systematicky odmítány s poukazem na to, že užitek ze zdravotnických služeb se vztahuje ke zdraví a životům lidí, které mají nezměřitelnou hodnotu. Tento náhled se ale pozvolna mění, a to právě procesem kapitalizace zdraví.

Strukturu zdravotnického systému v návaznosti na pojištění znázorňuje následující „PYRAMIDA ZDRAVOTNÍ PÉČE“:



## ZÁVĚR:

Za závěr si dovoluji citovat z materiálu, který byl nám studentům poskytnut v rámci „Historie a vývoje zdravotnictví“:

„Tržní selhání a existence nerovnosti v rozložení příjmů, spolu s existencí výrazných externích efektů sice částečně ospravedlňují státní zásahy do tržního prostředí, ale tržní řešení systému poskytování zdravotní péče je přese všechno nejen možné, ale v zásadě i nutné. Nutné je minimálně k tomu, aby byly nalezeny rovnovážné ceny zdravotnických služeb. A bez nich se neobejde ani liberální, ani tzv. „státní“ systém: Každá ekonomická aktivita totiž umožňuje, aby byla vykonávána se ziskem. Je to otázka vztahu ceny a nákladů. Je-li aktivita užitečná, bude poptávána. Poptávané množství bude záviset na její kvalitě a ceně. Bude-li aktivita poptávána, bude v různých cenových úrovních i nabízena. Bude-li existovat konkurence, nemůže být cena „nadsazena“. Nabídka a poptávka vytvoří tržní, rovnovážnou cenu. Ta bude stlačovat náklady.“

Dodávám, že nepřítomnost konkurence mezi pojistnými plány, přeměna zdravotního pojištění ve zdravotní daň, dumping a další „nešvary“ vedou k potlačování tržních vztahů a konkurence s důsledky kvalitou zdravotní péče a zdravotní stav obyvatelstva.

## POUŽITÁ LITERATURA

GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003, ISBN 978-80-72-26996-8

Šťastný, Jan *Zdraví a nemoc* 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006, ISBN 80-7041-775-7