

Oponentský posudek na bakalářskou práci

Autor: Martin Souček

Název práce: Institucionální pohled na zdravotnictví

Vedoucí: Doc. MPhil. Ondřej Schneider PhD.

Práce si hned v úvodu klade za cíl „obecně pochopit, proč je zdravotnictví vysoce problémovou sférou ve všech zemích světa“. V druhé kapitole pak autor pokládá celou sadu otázek velmi širokého záběru, na které chce v práci hledat odpověď. Ne všech se zbytek práce ale nějakým způsobem dotýká. V závěru práce se autor příliš k původním záměrům nevrací, naopak se zabývá de facto jen situací v České republice. Závěr, že vše je způsobeno „parasitismem ve všech zmíněných vztazích“ a že je tedy „třeba změnit incentives“, aniž by bylo alespoň naznačeno, jakým směrem či jak, nepovažuji za uspokojivý. Minimálně proto, že i sám autor se v některých kapitolách snaží ukázat, že za stávající vztahy může sektor zdravotnictví sám. Dovolím si namítnout, že výraz „parasitismus“ do ekonomie nepatří, neboť všichni aktéři se chovají jen úplně racionálně a navíc v ČR cele v mezích zákona (pozn.: autor tento výraz nepoužívá jako synonymum pro černé pasažérství).

Za hlavní pracovní metodu si autor, dle vyjádření v první kapitole, zvolil neo-institucionální přístup. V celé práci se institucionální rozborů ovšem objevují jen ojediněle, přičemž opomíjejí některé základní koncepty, s kterými se v ekonomii zdravotnictví setkáváme a které by si v práci s institucionálním zaměřením jistě zasloužily alespoň zmínku (viz dále).

Zajímavou myšlenkou je v kapitole 3.5 pojetí nákladové solidarity mezi jednotlivými věkovými skupinami, která by mohla být prezentována také jako mezigenerační solidarita. Vedle „solidarity“ mladších skupin v grafech 4 a 5 nicméně postrádám zobrazení „čerpání solidarity“, tedy nákladů nad průměrnou pojistku u starších ročníků, aby bylo vidět, na čí vrub jde solidarita mladších. Smysl výpočtu pojistky z ad hoc zvoleného rozložení nákladů v populaci v grafech 2 a 3 mi není příliš jasný.

Velkou část práce se autor věnuje zobrazení stávajícího ukotvení některých subjektů ve zdravotnictví, především zdravotních pojišťoven, v právním řádu ČR a jejich historickému vývoji. Zatímco vývoj v 19. století je celkem široce popsán, 20. století je téměř zcela vynecháno, včetně vývoje v 90. letech. Jestliže se autor pouští do historického vývoje, pak by v práci rozhodně neměly chybět takové věci, jako vysvětlení přeměny pojišťoven jako prostředku ke sdílení rizika na vykonavatele solidárního sociálního pojištění povinného pro všechny. Očekávala bych nějaké teoretické zdůvodnění např. po lince interakce nedokonalé informace na straně pojišťoven a zaujatého výběru na straně potenciálních klientů spolu s jejich předpokládanou racionalitou, která vede k tomu, že komerční pojištění nikdy nemůže fungovat tak, aby na dobrovolné bázi zajistilo zdravotní pojištění pro všechny (základní vysvětlení nabízejí snad všechny učebnice health economics). Nesouhlasím s tvrzením autora, že sociální zdravotní pojištění a regulace státu ve zdravotnickém sektoru vznikly v důsledku „předvídání třídních bojů“ (str. 21). Chtěla bych mimo jiné upozornit na to, že povinné sociální zdravotní pojištění se v Evropě rozšířilo až po druhé světové válce; do té doby se ojediněle jednalo o nemocenské fondy, jejichž hlavní náplní bylo pojištění ušlého výdělků při nemoci.

Současné právní úpravě zdravotních pojišťoven by kromě suchého výčtu slušel širší rozbor, právě z pohledu institucionální ekonomie.

Tržním selháním se autor věnuje na dvou místech práce, v kapitole 2.1 a 3.6, přičemž jsou přebrány výčty od dvou autorů bez širšího doplnění vlastním rozбором nebo alespoň porovnáním těchto dvou výčtů. Domnívám se, že toto téma by si v teoreticky zaměřené práci zasloužilo více pozornosti.

Podobně vztah lékař-pacient je zmiňován na několika místech práce. Tak jako v jiných případech subjektů bych ale chtěla upozornit na fakt, že autor velmi často přičítá některé charakteristiky vztahů ve zdravotnictví na vrub zdravotní péči, zapomíná při tom ale, že se mnohdy nejedná o charakteristiku statku zdravotní péče, ale o uspořádání vztahů plynoucích z nastavení daného systému zdravotnictví. Například neznalost ceny služby lékaře z pohledu pacienta a nemožnost srovnání je způsobena přítomností třetí strany (plátce) a ne schopností pacienta ocenit svůj užitek ze zdravotní služby (str. 11 a 12 a 6)! Tvrzení o neschopnosti pacienta cenově porovnat doporučení dvou lékařů v ryze tržním prostředí bez přítomnosti pojišťovny je dle mého názoru nadsazené a de facto popírá princip, na kterém je postaven koncept konkurence v celé ekonomické teorii (autor tak tvrdí, že vlastně žádný zákazník není schopen porovnat ceny jakýchkoli služeb, tedy ve všech službách bychom asi měli mít veřejný sektor). V souvislosti vztahu lékař a pacient v práci postrádám i koncept dvojí role lékaře jako agenta pacienta, který mu radí, a jako finálního poskytovatele doporučené služby, apod. Kapitola 3.2 se vztahem lékař-pacient sice zabývá, zůstává ale u ceny (viz výše) a informační asymetrii o potřebnosti péče stejně jako existenci nejistého výsledku pomíjí, což přispívá ke zmatečnému vysvětlení tohoto vztahu. Vztah lékaře a pacienta z pohledu teorie agentury je v práci opravdu jen zmíněn jediným odkazem na straně 53.

Původní autorův záměr podívat se na zdravotnictví z trochu jiného úhlu pravděpodobně narazil na přílišné čerpání především z české literatury na téma zdravotnictví, kde ovšem většina autorů je názorově podobného zaměření. Práce cituje nejčastěji ze tří zdrojů, a to z děl R. Goulliho (celá první kapitola), E. Křížové a P. Vepřeka (správné uvedení citací by si nicméně v práci zasloužilo větší pozornost, např. doslovné citování celého odstavce, bez uvedení uvozovek, není výjimkou). Tento vliv se projevuje například v takových rozporech, jako je na straně 7 uvedení, že zdravotní péče je veřejný statek, následované definicí veřejného statku dle Stiglitze, 1997, (nezmenšitelnost a nevylučitelnost), v níž ani jedna z uvedených vlastností pro zdravotní péči ale neplatí.

V kapitolách, které se zabývají popisem různých typů zdravotnických systémů (kapitoly 4.) se projevuje nedostatečné ověření tvrzených informací z jediného a zároveň staršího zdroje (Křížová – 1998), kdy např. kapitola o britské NHS je zcela zastaralá, neboť nijak nereflektuje vývoj v UK po roce 2000. Podobně kapitola 5.1.1 na téma elektronického systému účtů pacienta čerpá cele z Vepřeka, 2002, a názory tam prezentované nebyly nikde ověřované, protože jinak by autor zjistil, že evidence nákladů podle pacienta je běžně používána snad ve všech zemích (jen v ČR to běžní klienti zdravotních pojišťoven ještě příliš nevědí...).

Vzhledem k tomu, že se jedná o bakalářskou práci, na kterou nejsou kladeny takové nároky na prezentaci vlastních závěrů a přínosu k dané problematice, domnívám se, že předložená práce splnila svůj účel v tom smyslu, že autor prokázal, byť s určitými nedostatky, základní znalost a orientaci v tématu ekonomie zdravotnictví. Ve smyslu příslušných předpisů a praxe IES FSV UK tak může být přijata jako bakalářská práce.

Bakalářskou práci doporučuji k obhajobě a navrhuji komisi známku dobře.

Praha, 19.6.2006

Lucie Antošová