

Hříšní lidé státu českého: co nám radí ekonomie zdravotnictví



Tomáš Mlčoch, Tomáš Doležal

Česká republika patří mezi země s nejvyšší spotřebou hříšných statků (takzvaných sin goods) na světě, s nejvyšší konzumací alkoholu, cigaret, drog a prevalencí obezity. Navzdory veřejně známým rizikům těchto aktivit ČR pokračuje v nastoleném trendu a drží se ve světovém popředí. Proč tomu tak je? A jaké nástroje vedly více či méně úspěšně ke snížení míry rizikového chování v jiných zemích?



Tomáš Mlčoch



Tomáš Doležal

Česká republika patří mezi země s nejvyšší konzumací alkoholu, cigaret, drog a prevalencí obezity.

Z

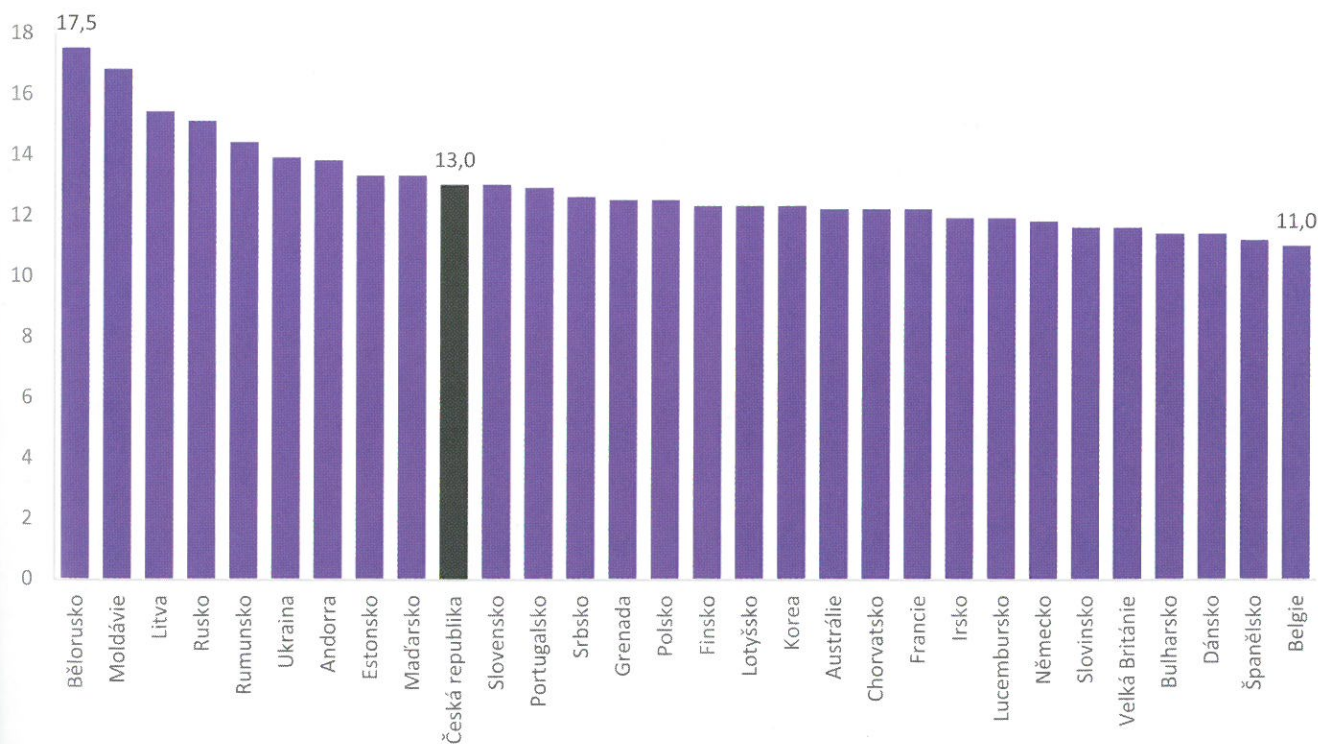
Z pohledu zdravotních rizik a nemocnosti na základní civilizační choroby jsme nejrizikovější populací v Evropě, společně s jinými postkomunistickými státy. V ČR je průměrná spotřeba čistého alkoholu na hlavu rovna 13 litrům na obyvatele ve věku 15 let (8.–10. místo na světě), průměr 2194 cigaret na dospělého (11. místo na světě), 64 % dospělých obyvatel má nadváhu (BMI

25+), 26 % je obézních (BMI 30+, 4. místo v Evropě) a s roční prevalencí 15 % je ČR též zemí s jednou z nejvyšších spotřeb marihuany mezi dospělými na světě. Nepříliš radostná vizitka.

Mezi jednoznačné důsledky takového chování patří zhoršený zdravotní stav obyvatel. To způsobuje nejen nižší kvalitu života občanů-pacientů, ale též nadměrně zatěžuje účty zdravotních pojišťoven, a dále se projevuje nižší praceschopností obyvatel, dřívějším odchodem do důchodu nebo vyšším podílem invalidních důchodců. V neposlední řadě jsou obyvatelé méně schopni se o sebe starat a jsou závislejší na svém okolí.

Peníze vynaložené na onemocnění spojená s rizikovým chováním nutně v systému chybějí na léčbu onemocnění jiných, která ▷

Graf 1: Spotřeba čistého alkoholu v litrech na osobu ročně (věk 15+, prvních 30 zemí)



Zdroj: Světová zdravotnická organizace, 2014

▷ nejsou tak akutní a pacienti si je nezpůsobili sami, nýbrž za ně mohou například jejich genetické predispozice nebo vnější vlivy. Příkladem mohou být pacienti s revmatickými chorobami, vzácnými onemocněními nebo řadou typů nádorů.

Když má hříšná spotřeba tak negativní důsledky, proč ji lidé neomezují? Jsou Češi prostě jen „náruživější“ než jiné národy, nebo existují i nějaké institucionální příčiny našeho nechvalného prvenství?

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 trochu více? Nejinak tomu je i ve zdravotnictví. Dnes již legendární článek z dílny americké neziskové společnosti RAND 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 deset procent bude znamenat snížení čerpání péče o přibližně dvě procenta.

Následné výzkumy sice ukázaly, že tento vztah není lineární, ale každopádně že existuje vyšší elasticita poptávky při žádné/nízké spoluúčasti a naopak nižší elasticita při relativně vysoké spoluúčasti. Údaje o spoluúčasti napříč zeměmi OECD jasně potvrzují, že ČR patří globálně mezi země s nejnižší spoluúčastí na světě; činí přibližně 14 %, z nichž navíc velká část nutných výdajů jsou pouze doplatky za léky. Lze tedy očekávat, že v ČR bude elasticita výrazně vyšší než výše zmíněných -0,2. To znamená, že kdyby se spoluúčast v ČR zvýšila o deset procent, Češi by určitě o více než dvě procenta snížili čerpání zdravotní péče.

Určitým ukazatelem vlivu spoluúčasti v ČR by mohlo být zavedení regulačních poplatků u lékaře v roce 2008. Tyto velmi drobné poplatky mohly znamenat podle hrubých statistik snížení počtu kontaktů s lékařem. Podle údajů OECD 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 %).

Druhým hlavním důvodem nadužívání zdravotní péče je to, že různá vyšetření a konzultace mohou být u nás poskytovány duplicitně, bez elektronické kontroly, opakovaně na různých úrovních a nikdo za to nenese finanční odpovědnost. Pokud by byl systém účinně veden, nemusela by být nízká spoluúčast takovým problémem a synergicky tak přispívat k nadužívání

Občané či pacienti nevidí reálné náklady na zdravotní péči, a navíc jim systém nabízí prakticky neomezenou konzumaci zdravotních služeb.

péče. Občané či pacienti nevidí reálné náklady na zdravotní péči, jejich peněženky to nepálí a navíc jim systém nabízí prakticky neomezenou konzumaci zdravotních služeb. Jsme tedy typickým „švédským stolem“ zdravotních služeb bez omezeního přístupu, prvků „gate-keepingu“ nebo takzvané řízené péče, čili kontrolovaného racionálního pohybu pacientů systémem zdravotních služeb.

Mohlo by se zdát, že nízká spoluúčast a téměř neomezený přístup ke zdravotní péči sice vedou k nadužívání zdravotního systému, ale zároveň by měly vést i k lepšímu zdraví obyvatel. Proč tedy o nich mluvíme jako o příčinách vysoké hříšné spotřeby? Není to protimluv? Bohužel není. Lze očekávat, že nízká spoluúčast vede i k rizikovému chování, a to právě skrze placení jen zlomkové částky za následnou zdravotní péči. Analogicky, pokud bychom neplatili za opravu automobilu, asi nebudeme mít takovou motivaci se o automobil starat.

Třetím hlavním faktorem je podle našeho názoru nefunkční systém prevence jednotlivých onemocnění, především civilizačních chorob plynoucích z nedostatečného pohybu a nadváhy. V současné době není k dobrému zdravotnímu stavu motivován pacient, ale ani jeho lékař. Jde například o základní a rutinní kontroly krevního tlaku, hladinu cukru a cholesterolu, pravidelná očkování, která jsou jednoduchým prediktorem většiny následných zdravotních komplikací, ale jde i o řadu dalších parametrů. Pokud by lékař obdržel bonus za „správně léčeného pacienta v kartotéce“, jistě by měl vyšší motivaci o své pacienty pečovat.

MOŽNÁ POLITICKÁ OPATŘENÍ

Třem hlavním faktorům, které nacházíme za nezdravým chováním českých obyvatel, logicky odpovídá i to, co by mělo být řešením. 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 něj, neboť by jejich horší zdraví vedlo i k vyšším přímým výdajům. Druhým hlavním opatřením by poté byla zvýšená finanční motivace na straně lékařů, kteří by dostávali bonusy za „uzdravení“

Jakéoli politické opatření by mělo být podrobena ekonomické analýze nákladů a přínosů. Pokud nevede k zamýšlenému efektu, mělo by být neprodleně zrušeno.

pacienta a nikoliv jeho pouhé léčení, a taktéž by mohli obdržet prémie při pravidelné kontrole určité sady klinických parametrů a při dodržování schématu preventivních výkonů. V neposlední řadě je to též lepší organizace zdravotnictví.

Na druhou stranu, výše uvedená opatření působí „jen“ plošně ve směru větší péče o vlastní zdraví. Existují však pochopitelně i specifická opatření zaměřená jen na určitou oblast hříšné

spotřeby. Na začátku článku jsme vypíchlí alkohol, tabák, drogy a obezitu. Pojďme tedy hlouběji prozkoumat dostupná konkrétněji zacílená opatření.

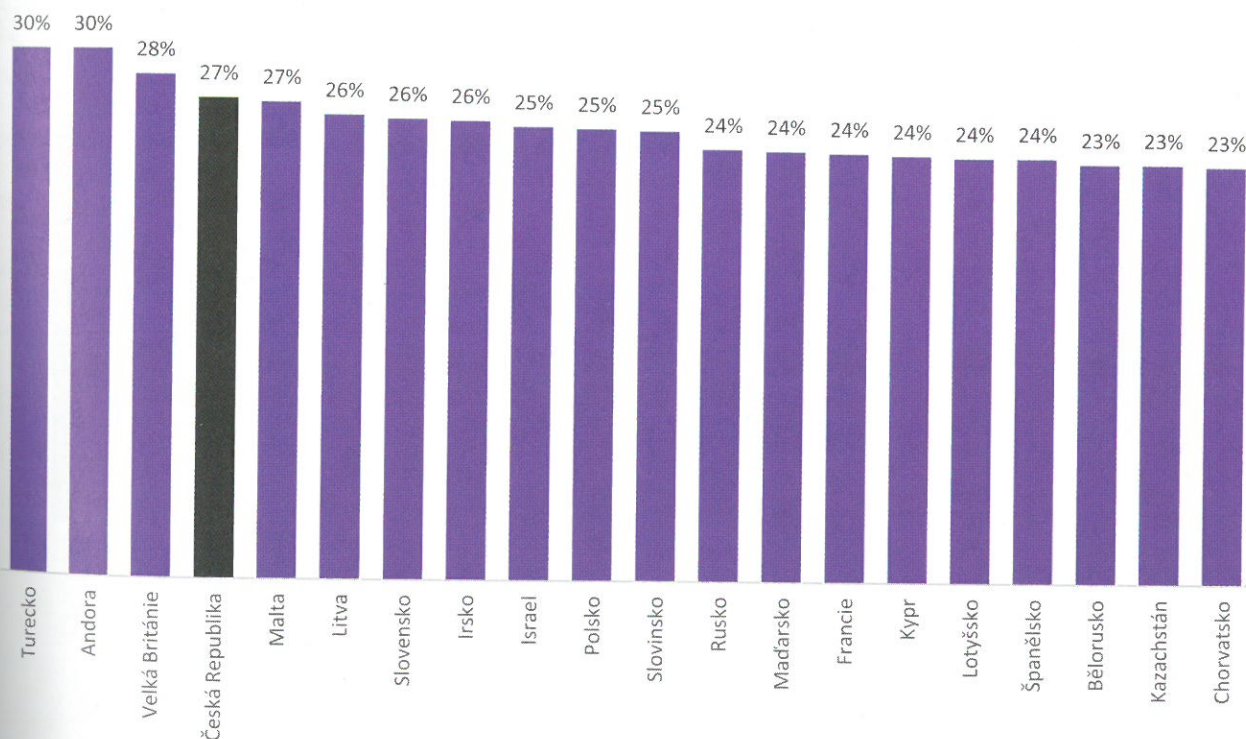
OBEZITA

V posledních letech se v některých zemích objevují selektivní spotřební daně na určité typy „rizikových“ potravin, které nejčastěji přispívají k obezitě obyvatel. Jde 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 jedno sto gramů výrobku (to se týkalo například másla, sádla, margarínu, tučného masa), a to ve výši 2,5 eura 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. Ale co více, lidé začali kupovat levnější alternativy zdaněných potravin (například v diskontních obchodech), a 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 daně na cukr, zejména zdanění sladkých či doslazovaných nápojů. Tato daň je v současnosti platná v Dánsku, Maďarsku, Finsku, Francii, Norsku, Mexiku, v některých státech USA a nově také ve Velké Británii. Ve Finsku podle výzkumů znamenalo zavedení daně▷

Graf 2: Podíl dospělých obézních obyvatel evropských zemí v % (BMI 30+, prvních 30 zemí)



Zdroj: Světová zdravotnická organizace, 2014

▷ na cukr ve výši jednoho eura za každý kilogram přidaného cukru snížila 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. Podle 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 docházejí i jiné studie.

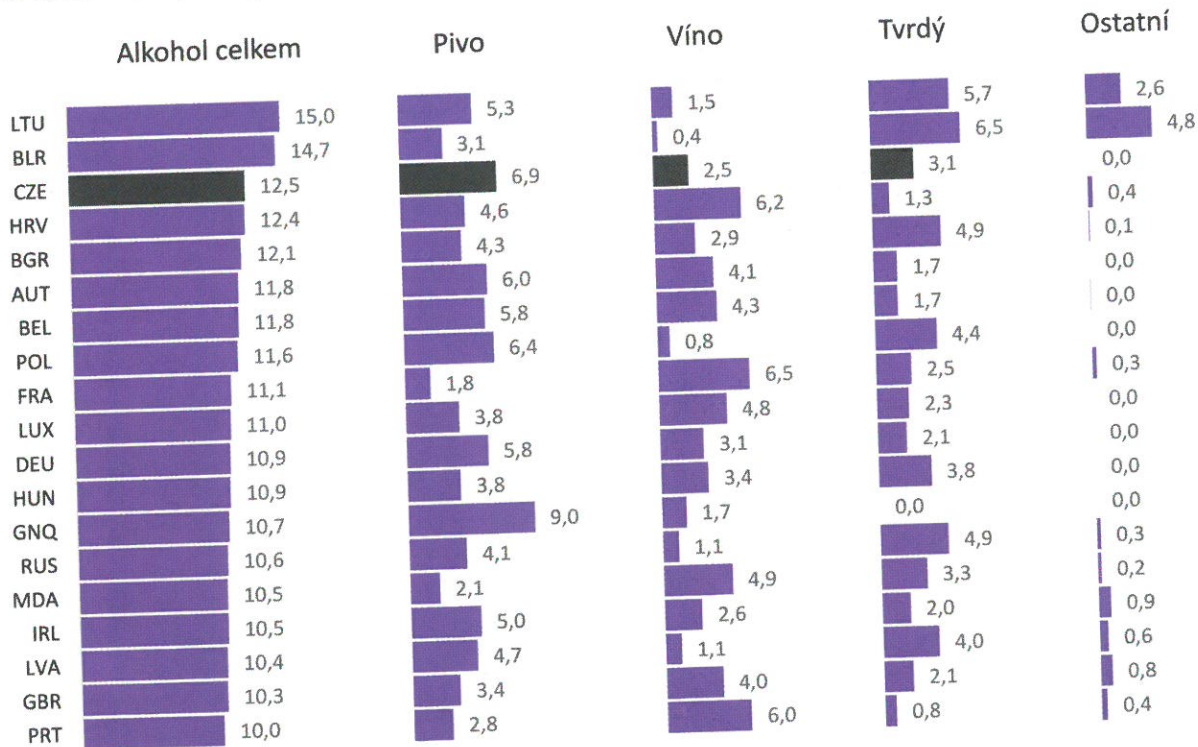
Je nutno zmínit, že tyto studie do velké míry opomíjejí dlouhodobé efekty, zejména přelévání poptávky ze zdaněné komodity na nezdaněnou. Při zvýšení ceny sladkého nápoje o deset procent si tento nápoj koupím, koupím méně, koupím levnější (například neznačkovou kolu) nebo si raději koupím něco úplně jiného, ale sladkého (například čokoládu, která může být též zdaněná). Tyto efekty studie příliš nezmiňují a neprovádějí korekce, které by tento efekt očistovaly. 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 obyvatelstva.

ALKOHOL

U alkoholu je v současné době v platnosti řada opatření na snížení jeho konzumace. V první řadě je to spotřební daň. Podle 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 metanolovou kauzu z přelomu let 2012/2013).

Autoři přehledového článku z časopisu Lancet diskutují o nákladové efektivitě 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 alkoholu (otevírací prodejní doby, síť prodejen alkoholu), zákaz reklamy na alkohol, nulová tolerance alkoholu za volantem a její vynucování, ale též dohled nad výběrem spotřební daně. Programy jako vzdělávání nebo zásahy do života alkoholiků mají naopak výrazně nižší efekt.

Graf 3: Struktura spotřeby čistého alkoholu v litrech na osobu ročně (věk 15+, prvních 20 zemí)



Zdroj: Světová zdravotnická organizace, 2013

Pozn.: Jde pouze o zaznamenanou spotřebu alkoholu, tedy legální. V této statistice není zaznamenána nelegální spotřeba, která je velmi vysoká v některých, zejména postsovětských zemích (např. Rusko, Bělorusko, Moldavsko, Ukrajina aj.). Tato analýza nicméně umožňuje zkoumat spotřebu jednotlivých typů alkoholu.



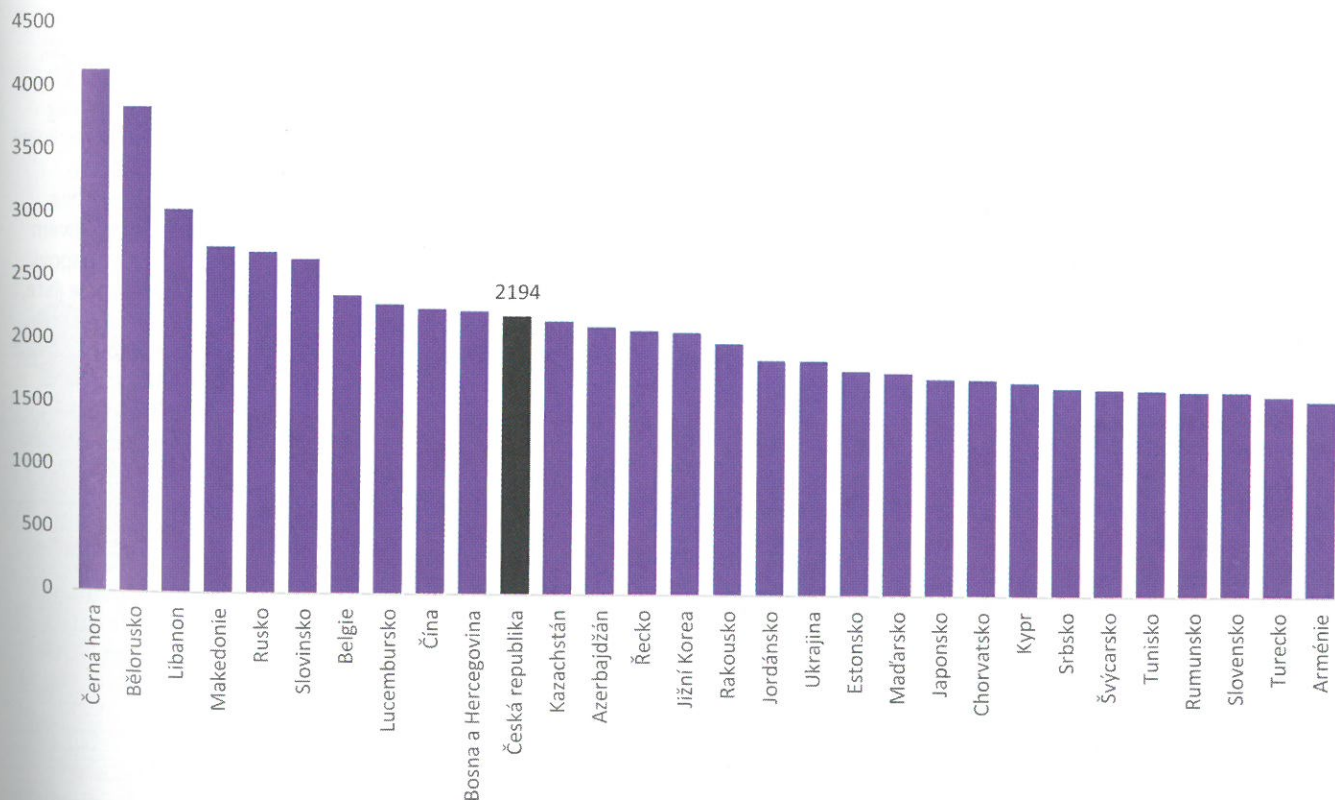
KOUŘENÍ

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, přičemž 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 podle našeho názoru také donutí kuřáky přejít k levnějším, například baleným cigaretám bez filtru či levnějším značkám, část kuřáků může přejít k těžším drogám (například marihuana), nebo se otevře černý trh s cigaretami, neboť daně dnes tvoří 80 % ceny finálního produktu.

V tomto ohledu se podle 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.

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 ▷

Graf 4: Průměrná roční spotřeba cigaret na dospělého (prvních 30 zemí)



Zdroj: Tobacco Atlas, 2014

**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.**



▷ na prevalenci kouření ve společnosti. Často používaným argumentem proti tomuto opatření je snížení tržeb hospodských, uzavírání 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 restaurace. Kuřáci do nich chodit nepřestali nebo je to odradilo jen mírně, a naopak nekuřáci nebo rodiny s dětmi začali častěji navštěvovat restaurační zařízení. Toto opatření mělo podle dalších studií zprostředkovaný vliv na nižší výskyt nemocí spojených s kouřením (kardiovaskulární onemocnění, určité typy rakoviny a řady dalších nemocí).

ILEGÁLNÍ DROGY

V současnosti je hlavní politikou proti konzumaci drog jejich ilegalita. V zahraničí se však v současnosti diskutuje o přesně opačném nástroji snížení nežádoucí konzumace ilegálních drog. Tímto nástrojem je jejich legalizace. V současné době už několik

států USA legalizovalo marihuanu, čímž podle stěžujících si mexických pěstitelů drog rozbily jejich drogový kartel. Marihuana je v takovém případě pod kontrolou státu, který garantuje její kvalitu, omezuje legálními cestami její prodej, ale také čerpá výnosy ze spotřební daně, které dříve šly právě drogovému kartelu.

U těžkých drog přistupují v současnosti některé země (například vybrané provincie Kanady vlivem ústavních žalob) k legalizaci těchto drog a k jejich nabídce skrze lékárenské sítě ve vysoké kvalitě a čistotě. Zde se 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) na péči o drogově závislé.

Druhou stranou mince legalizace takzvaných 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

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 vlastní 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 s mobilními telefony nebo na sociálních sítích, což podle předběžných průzkumů ESPAD, a kouzlem nechtěného, znamená výrazné snížení spotřeby alkoholu, cigaret i drog, ale naopak se vlivem nedostatečného pohybu výrazně zvyšuje obezita. Čas napoví, jaký bude vývoj rizikového chování české populace. Je ale jisté, že zdravotní náklady na dnes se takto rizikově chovající populaci v průběhu následujících 20 let významně vzrostou, k čemuž velmi přispěje také stárnutí populace jako další determinant rostoucích nákladů. Již dnes je tedy nejvyšší čas na diskusi, jakým způsobem zajistit dostatek finančních zdrojů, aby nedošlo ke snížení kvality zdravotní péče. ☒

O autorech:

Tomáš Mlčoch pracuje jako analytik zdravotní ekonomiky a farmakoekonom ve společnostech iHETA a Value Outcomes. Věnuje se především analytické činnosti při tvorbě farmakoeconomických analýz a nákladovým studiím jednotlivých typů onemocnění.

Tomáš Doležal je ředitelem společností iHETA a Value Outcomes. Věnuje se především tvorbě, designu farmakoeconomických studií a jejich vedení, je konzultantem v oblasti vstupu na trh nových léčivých přípravků a členem expertní skupiny pro tvorbu nových zdravotně-ekonomických politik.