

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií
Studium humanitní vzdělanosti

**Participace pacientů a spoluúčast
pacientů na zdravotní péči jako součást reformy
zdravotnictví v ČR**

**„Patient participation as a component part
of the health care reform in the Czech republic“**

Vypracovala: Petra Jenšíková
Vedoucí bakalářské práce: doc. Ing. Karel Mueller, CSc.

Univerzita Karlova v Praze
Fakulta humanitních studií

Bakalářská práce

Praha, 2007

Petra Jenšíková

Obsah

Úvod.....	2-5
1. Odpovědnost lidí za své zdraví.....	6-9
1.1 Pacient a jeho životní způsob.....	9
Formulace hypotéz.....	10
2. Texty k historii a vývoji zdravotní politiky.....	10
2.1 Vývoj zdravotní politiky v českých zemích před rokem 1918 a po roce 1918.....	10-11
2.2 Podoba československého zdravotnického systému v letech 1950-1989 a státní paternalismus.....	12-13
2.3 Vývoj českého zdravotnického systému po roce 1989	13
2.4 Současný zdravotnický systém a jeho stávající problémy.....	13-15
3. Vztah mezi lékařem a pacientem.....	16-17
3.1 Paternalismus.....	18
3.2 Moderní pojetí vztahů mezi lékařem a pacientem..... - partnerský vztah.....	19-21
3.3 Důležitost prevence.....	21-22
4. Spoluúčast pacientů.....	23-30
Závěr práce.....	31-32
Strukturovaný přehled použitých zdrojů.....	33-37

Úvod

Pro každého člověka je zdraví asi největší hodnotou a je chápáno jako klíčový předpoklad rozvoje společnosti, zároveň jako podmínka a základní součást kvality života každého jedince (Drbal, 2001). Problematika zdraví včetně jeho hodnotové stránky se tedy týká každého z nás a v individuálním hodnocení tak hodnota zdraví zaujímá přední místo mezi mnoha různými hodnotami. Zdraví lze velmi těžko definovat, avšak člověk pochopí jeho hodnotu až když onemocní (Drbal, 1990). Obecně je zdraví psychicky, fyzicky, duševně a sociálně relativní stav, který závisí na mnoha faktorech.¹ Péče o zdraví tak patří mezi hlavní zájmy každého jednotlivce a je založená na principech solidarity² a rovné příležitosti³. Každý jedinec tedy usiluje o kvalitu života, především o ochranu, podporu a udržení zdraví ve všech jeho biopsychosociálních dimenzích (Drbal, 2001). Zdraví je komplexní pojem a pro člověka „je hodnotou spíše obecně humánní a sociální než jednostranně medicínskou. Jeho determinanty⁴ a možnosti jeho ochrany, posílení a rozvoje široce přesahují tradiční doménu zdravotnických

¹ Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – „WHO“) definuje zdraví takto: „Zdraví není jen pouhá nepřítomnost nemoci, ale je stavem fyzické, psychické a sociální pohody“ (Kapr-Koukola, 1998: 14).

² Wallner pokládá solidaritu za nezbytnou a nepostradatelnou součást zdravotnictví. Myšlenka solidarity je podle něj nejzřetelněji uskutečňována na makrorovině nebo systémové rovině zdravotnického systému. Cílem solidarity je na jedné straně pomoci těm, kteří požadují zdravotní péči, a na druhé straně mít ale také na zřeteli určitá práva a povinnosti. To je také důvod, proč může vést solidarita k částečnému závazku jednotlivce. Solidaritu lze tak ztotožnit s férovým rozdělením zátěží a výhod. Wallner tvrdí, že na mikrorovině nebo rovině jednání zdravotnického systému je potřeba solidaritu neustále posilovat (Wallner, 2004).

Vepřek k solidaritě zase podotýká, že ne úplně každý občan má právo na solidární zajištění veškeré zdravotní péče. „Každý občan má však právo na takovou zdravotní péči, která vede k zlepšení jeho momentálního zdravotního stavu“ (Vepřek - Vepřek - Janda, 2002:178).

³ V přístupu ke zdravotní péči a lékařskému ošetření jsou rovné příležitosti a šance velice důležitým fenoménem. V konkrétních situacích se však musí rozlišovat jednotlivé případy zdravotní péče. I přesto, že si jsou pacienti rovni, mají odlišné potřeby. Wallner v této oblasti doporučuje dodržovat „potřeby, nikoli rovnost“. Tvrdí, že na mikrorovině nebo rovině jednání musí platit tato zásada: ne proto, že pacient X dostal zdravotní péči, musí být poskytnuta i pacientovi Y, ale: jestliže pacient Z potřebuje zdravotní ošetření a to je principiálně dostupné, potom ho má obdržet. Rovnost a rovné příležitosti jsou tedy nejdůležitější zejména v přístupu ke zdravotnické péči (Wallner, 2004).

Ralf Dahrendorf definuje podle Brittana a Turnera ve svých přednáškách tzv. *Redistributive Market Liberalism*, který je překládán jako „tržní liberalismus s prvky přerozdělování“ nebo „tržní liberalismus se základním vybavením“ (Dahrendorf, 2007:26-27). Podle Dahrendorfa jde v podstatě o to, aby měl každý jedinec základní vybavenost životními šancemi. Lidé by měli mít v moderní době stále více šancí k tomu, aby se mohli realizovat v reálném světě a sociálním životě. Oproti předchozím dobám mají lidé také více možností volby a Dahrendorf se domnívá, že životní šance jsou východiskem politiky svobody. Druhým krokem politiky svobody je aktivita, která znamená aktivní účast na životě společenství. Podle něj je tedy potřeba svobodu aktivně vytvářet a nejenom se oddávat pasivním požitkům (Dahrendorf, 2007). „Nejvyšším cílem je otevření životních šancí úspěšných lidí pro všechny ostatní. Svoboda nesmí být žádným privilegiem, a to znamená, že příkazem politiky svobody je, aby se pro více lidí, principiálně pro všechny lidi, vytvořily nároky a nabídky, jichž už využíváme my sami“ (Dahrendorf, 2007:25). V rámci sociálních poměrů však Dahrendorf rozlišuje mezi rovností a svobodou, přesněji řečeno svoboda podle něho neznamená rovnost. Dokonce říká, že „nerovnost je živlem svobody“ (Dahrendorf, 2007:26). Právě svobodná společnost umožňuje vznik velkých rozdílů mezi jednotlivci a tím, že bude garantována a zajištěna základní vybavenost pro všechny, k čemuž se řadí i základní práva pro všechny a základní úroveň životních podmínek, dále také garantovaný základní příjem nebo veřejné služby přístupné všem (zde zdravotnické služby), bude odstraněna hranice nerovnosti slučitelné se svobodou (Dahrendorf, 2007).

Také lékař Milan Šilhan se vyjadřuje k občanské svobodě. Říká, že neodmyslitelnou součástí občanské svobody je totiž „rovné“ zabezpečení. „Jestliže se totiž občan nachází v nerovném postavení, nemůže svou svobodu užívat. Rovnost a svoboda nejsou v protikladu“ (Šilhan, ZDN/41, 2006:21).

⁴ Existuje několik základních determinantů zdraví. Zdravotní stav je pak výslednicí komplexního působení čtyř determinantů. Těmi jsou genetický základ, prostředí, způsob života a zdravotní péče, která se podílí na zdravotním stavu přibližně 15 %; v tomto směru je velice důležitá prevence (Drbal, 1998).

služeb“ (Holčík, 1996:7). Každý člověk má možnost své zdraví do určité míry ovlivňovat a je výsadou i možností každého člověka „chránit a rozvíjet své vlastní zdraví“ (Holčík, 1996:12). Volbou svého životního stylu může jedinec své zdraví ovlivnit více než medicína jako taková a „výchova hraje v tomto směru větší úlohu než diagnostika a léčba“ (Holčík, 1996:12). Přesto je význam lékařů, veškerého zdravotnického personálu a zdravotnického systému jako celku nepopíratelný a každý jedinec se pomocí těchto institucí své zdraví snaží udržovat a obnovovat. Samozřejmě existuje mnoho individuálních, společenských a zejména ekonomických zájmů, na které může hodnota zdraví narážet a se kterými stojí hodnota zdraví v rozporu. Tyto zájmy pak mohou potlačovat zájem o zdraví do té míry, „že vedou až k jeho ignoraci až k vědomému poškozování“ (Drbal, 1990:58). Drbal to vysvětluje tím, že „industriální“ společnost nepotřebovala „investice do člověka“ a pociťovala je jako ztrátu. To vyplývalo z objektivní povahy tohoto typu společnosti“ (Drbal, 1990:58). S nástupem etapy postindustriální revoluce však přišel všestranný rozvoj samotného člověka a jeho potenciálu zdraví. Právě v tomto okamžiku a době se zdraví stává základní hodnotou a podmínkou pozitivního sociálního a ekonomického vývojového procesu. „Tyto procesy však musejí být doprovázeny podstatnými změnami v oblasti společenských vztahů“ (Drbal, 1990:59). Zdravotnictví jako určitý specifický systém je tedy téměř vždy zasazen do celospolečenského kontextu a „nemoc je vnímána v jejích sociálních souvislostech: v jejích důsledcích pro kvalitu života a společenské uplatnění jednotlivce i pro společnost jako celek“ (Janečková, 1997:8). Zdraví nepředstavuje pouze individuální hodnotu, ale také významnou součást lidského potenciálu celé společnosti.

Zájmy společnosti na zdraví obyvatelstva s cílem jeho zlepšování a posilování jeho potenciálu má za úkol zdravotní politika. „Cíle zdravotní politiky i způsob jejich realizace jsou tak podmíněny a utvářeny historickým vývojem dané společnosti (země) a její aktuální politickou, socioekonomickou a zdravotní situací. Celým mnohotvárným komplexem všech těchto okolností jsou modifikovány jako potřeby zdraví“, které vždy patřily a i nadále patří mezi základní lidské potřeby ve všech kulturách i historických obdobích, „a povaha i míra, tak možnosti a způsoby jejich uspokojování“ (Drbal, 2001:7). Systém veřejného zdravotnictví⁵ a zdravotního pojištění vznikl během 19. století ve střední Evropě v dobách rozmachu průmyslové revoluce i doprovodných sociálních procesů. Tato doba byla zároveň i epochou prvních exaktních poznatků medicíny na poli objevování (Drbal, 2002). Postupně pak v každé zemi vznikl zdravotnický systém jako zavedená a ustálená instituce, která má svá pravidla a zákonitosti. Je samozřejmé, že každá země má rozdílné sociální a ekonomické podmínky a proto se budou lišit i samotné zdravotnické systémy těchto zemí⁶. Každý zdravotnický systém je tedy uspořádán a institucionalizován rozdílně, avšak každý z těchto systémů se snaží o dosažení efektivity⁷ a další rozvoj. „Stálý, pevný a odolný systém v sobě

⁵ Veřejné zdraví představuje subjekt, který „vyžaduje jisté činnosti pomocí určitých struktur. Veřejné zdravotnictví je pak onou součástí zdravotnického systému, jež v zájmu státu, v mezích určité státní politiky tyto funkce iniciuje, transformuje do celospolečenských dimenzí a v rámci svých kompetencí kvalifikovaně realizuje vůči populaci. Sbor expertů Světové zdravotnické organizace definuje veřejné zdravotnictví jako „vědu a umění, zabývající se prevencí nemocí, prodloužováním života a posilováním zdraví prostřednictvím organizovaného úsilí společnosti“ (Drbal, 1998: 55-56).

⁶ Každá země má v rámci utváření zdravotnického systému také odlišné kořeny v kulturních hodnotách a také historické zkušenosti národního společenství. „Důležité je např. to, zda v kultuře toho kterého národa jsou více zakotveny hodnoty individuální svobody, kdy se stará každý sám o sebe a vláda jen o chudé (liberální americký model), nebo hodnoty vzájemné solidarity vybraných společenských skupin, stavů, korporací, profesních skupin či společenských tříd (německý model), nebo dokonce solidarity v rámci celého národního společenství s důrazem na hodnoty rovnosti a sociální spravedlnosti akceptované v sociálně demokraticky orientované Skandinávii, případně i v sousedním Rakousku“ (Janečková, 1997: 9).

⁷ Wallner definuje efektivitu z filozofického hlediska v rámci zdravotní péče tak, že cíle, což je především obnova zdraví, je dosaženo nejlépe s pomocí nasazených (lékařských a jiných) prostředků. Efektivita představuje jeden z etických standardů a na dolní rovině zdravotnického systému jde o stupeň dosažení cíle prostřednictvím

zachovává osvědčené principy, které kreativně přizpůsobuje novým podmínkám. V tomto smyslu je takový konzervativní a současně progresivně flexibilní. Jeho stálost, pevnost, odolnost a kreativita však nejsou prostou aritmetickou výslednicí zafixovaných hodnot nebo vlastností jeho jednotlivých komponent. Jsou především integrovaným výrazem souhry a vyváženosti jejich vzájemných vztahů, jež zdaleka nelze jednoduše vypočítat či přímočaře kauzálně zdůvodnit“ (Drbal, 2001:10).

V rámci zdravotnického systému však vystupuje velké množství aktérů, kteří mají nebo zastupují rozdílné role. Je pochopitelné, že tito aktéři, ať už jsou to např. lékaři či pacienti, chtějí docílit efektivního výsledku a každý z nich je motivován rozdílnými zájmy. Občané-pacienti tak požadují bezchybně fungující systém a co nejkvalitnější zdravotnické služby. Lékaři a jiný zdravotnický personál jsou naopak motivováni zlepšením své materiální situace a společenským postavením. Mají zájem poskytovat péči, která je na co nejvyšší odborné úrovni, a proto usilují o dostupnost nejmodernějších medicínských technologií. Aby mohl zdravotnický systém dobře fungovat, je potřeba nalézt maximální shodu mezi sociálními a profesionálními skupinami, jejichž zájmy a motivace jsou různorodé a často i velmi protichůdné. Vyhovět však nikdy nelze všem, avšak v demokratické společnosti je možné vytvořit takové podmínky, kdy se mohou všechny tyto skupiny *aktivně zapojit* do procesu tvorby státní zdravotní politiky (Studijní materiály k problematice veřejného zdravotnictví s důrazem na zdravotnickou legislativu, 2003). Podstatné je, aby všichni, kteří se účastní, „měli dostatek informací, kvalitních a věcných informací, které mohou při prosazování svých zájmů uplatňovat a neuchylovali se mnohdy k laciné argumentaci, jakou může být pomoc trpícím, záchrana lidských životů, humanita, blaho společnosti apod.“ (Studijní materiály k problematice veřejného zdravotnictví s důrazem na zdravotnickou legislativu, 2003: b.str.⁸).

Aktivní zapojení a začlenění aktérů do systémů může být tedy v rámci zdravotnického systému odpovědí na řešení problémů a je zde třeba zdůraznit, že pokud se pacient nebude participovat na léčebném procesu, nemůže lékař nikdy sám docílit efektivní léčby. To se týká jak otázky informační (dobrý vztah a komunikace mezi lékařem a pacientem), tak i otázky finanční (spoluúčasť pacientů). Každý člověk má odpovědnost za své zdraví a nikdo jiný za něj nemůže činit důležitá rozhodnutí týkající se léčby. Wallner říká, že „každý člověk má prvotní a poslední odpovědnost za své zdraví, nikoli ale odpovědnost úplnou. Člověk má prvotní odpovědnost za své zdraví do té míry, kdy může prostřednictvím svého životního stylu přispět výrazně v mnoha případech k tomu, zda, kdy a jak propukne akutně jeho nemoc; mimo jiné do té míry, kdy mu zpravidla náleží první reakce na začínající nebo propukající nemoc; a konečně do té míry, kdy musí učinit potřebné rozhodnutí o přivolání lékařské pomoci. Člověk má však také poslední odpovědnost za své zdraví natolik, že má nezcizitelné právo spolurozhodování při volbě lékařské pomoci, zadruhé záleží pouze na něm, zda dbá či nedbá dohodnuté terapie a nakonec záleží pouze na něm, zda vyžaduje lékařskou pomoc, nebo zda je pro něj lepší volbou se této pomoci zříci“ (Wallner, 2004:148). Za své zdraví však není člověk odpovědný úplně, neboť mnoho faktorů existuje zčásti nebo úplně mimo jeho možnosti jednání. Takovými faktory jsou například faktor životního prostředí, sociální faktory

jednání či nejednání jednotlivého aktéra. Poskytovatelé (např. lékaři) a uživatelé (např. pacienti) mohou jednat v tomto smyslu efektivně (Wallner, 2004).

Drbal rozumí v obecné poloze pod pojmem efektivita nebo efektivnost „vztah určitých výsledků k nákladům, jež bylo třeba vynaložit na jejich dosažení. Aplikováním na oblast zdravotní politiky to znamená posuzovat naplňování jejich cílů z pohledu množství, druhu a hodnoty prostředků vydaných k tomuto účelu“ (Drbal, 2002:7).

Dále lze rozlišovat mezi operační efektivitou a medicínskou efektivitou. Operační efektivita „je chápána jako ekonomická efektivita poskytovatelů a plátců“ a medicínská efektivita jako „pozitivní vliv medicínských intervencí na zdraví jednotlivců a populačních skupin“ (Háva, b.r., s. 13).

⁸ Daná publikace není označena stranami. Citace pochází od C. Drbala z kapitoly „Úvod do veřejného zdravotnictví“.

nebo faktory genetické. Zdraví resp. nemoc je tedy multifaktoriálním konstruktem, na který je působeno z mnoha stran. Žádný jedinec, žádná instituce a také žádný systém nenese úplnou odpovědnost za osobní zdraví (Wallner, 2004).

Zdravotnictví resp. zdravotnický systém prodělalo za poslední desetiletí mnoho radikálních a revolučních změn. Nejvíce se však změnilo po pádu komunistického režimu, kdy se ve zdravotnictví začaly objevovat velké finanční problémy. Dochází k vývoji stále lepších technologií, takže i medicína toho dokáže stále více. Očekávání lidí jsou také stále větší, a medicína je stále dražší. Zdravotnické služby jsou tak velmi nákladné a mezi stávající negativní faktory patří zejména nedostatečně vymezená hranice mezi solidaritou a odpovědností, nedostatečná motivace poskytovatelů, pojišťoven i občanů k efektivnímu a racionálnímu chování, nedostatek informací potřebných ke správnému rozhodování jednotlivých subjektů (např. o rozsahu poskytované péče, o její kvalitě a nákladech) nebo i nedostatečná vzájemná *komunikace* mezi lékařem a pacientem (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002). V dobách komunismu byla medicína o mnoho levnější, někdy nazývaná také jako tzv. levná medicína. Od dob tzv. socialistického zdravotnictví se toho ale moc nezměnilo a nedošlo k žádným zásadním změnám. Vztah lékaře a pacienta byl spíše paternalistický a docházelo k tomu, že pacient často ani nevěděl, jaký léčebný postup lékař navrhuje a proč. Zdravotnický systém byl v dobách levné medicíny nehospodárný, pacient nebyl zasažen spoluúčastí a proto ani nemohl vědět, jaké lékařské péče se mu od zdravotnického systému dostává a na co má nárok (Studijní materiály k problematice veřejného zdravotnictví s důrazem na zdravotnickou legislativu, 2003: b. str.).

Tato práce bude sledovat následující strukturu: nejdříve bude nastíněna podoba zdravotnického systému v minulosti a poté jeho vývoj a změny až po současnost. Systém se potýká s mnoha nevyřešenými i neřešenými problémy, které je potřeba odstranit a které představují zátěž pro většinu aktérů tohoto systému. Mnohé z těchto problémů si pacient-občan ani neuvědomuje a proto pak také nemůže dojít k jejich efektivnímu řešení. Tyto problémy je tedy třeba reflektovat. Někteří odborníci navrhují dokonce reformu zdravotnictví. Pacient by tak měl například vědět, že spoluúčast může být v oblasti zdravotnictví pozitivní odpovědí na finanční otázku a že pokud na něco občan-pacient přispívá nebo za něco platí, má plným právem vědět, jaký zdravotnický úkon mu je prováděn a co může od systému očekávat. Ani současná situace stále nevyřešila ekonomické problémy, neboť růst nákladů je velký a příjmy rostou pomalu. Stav zdravotnických systémů však není ideální ani v jiných západoevropských státech a k reformám a velkým změnám dochází i zde. Ve Zprávě o léčení českého zdravotnictví kolektiv autorů říká, „že zdravotnické systémy většiny sledovaných zemí jsou neustále v reformním pohybu. Žádná z ekonomicky vyspělých zemí není se svým systémem zdravotní péče spokojená, všechny země tíží jeho stále rostoucí nároky, všechny země se jej snaží čas od času zlepšit novými reformami a nikdo není s výsledky svých reformních kroků zcela spokojen“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002: 53). Ukážeme si, jak je důležitý dobrý vztah mezi lékařem a pacientem, který je založen na partnerském principu a který posiluje postavení pacienta v systému. V partnerském vztahu jsou pro pacienta důležité zejména informace a komunikace mezi ním a lékařem. Tento vztah současně vyžaduje pacientovu aktivní participaci na procesu léčení a vědomí odpovědnosti za vlastní zdraví. Partnerský vztah také předpokládá posílení možnosti volby jednotlivce. Motivovaný občan-pacient by se měl přesunout z pasivní role do role aktivní, kdy dostatečně „vnímá“ hodnotu svého zdraví a kdy si je vědom toho, že náklady na zdravotnictví neustále stoupají. V dalším budou následovat hlavní principy spoluúčasti a bude ukázáno, že spoluúčast pacientů v solidárních systémech zdravotní péče je prostředkem, jak zabránit plýtvání a zároveň vytvoření regulačních a legitimních mechanismů. Mimo jiné „finančně zainteresovaní pacienti teoreticky mohou stimulovat poskytovatele zdravotní péče k jejímu zkvalitnění a zefektivnění“ (Hroboň-Kergall, 1998: 7).

1. Odpovědnost lidí za své zdraví

Velmi významnou součástí vztahu mezi lékařem a pacientem a předpokladem efektivního léčebného procesu je efektivní komunikace mezi lékařem a pacientem⁹. „Trend věnování pozornosti vztahu lékaře a pacienta započal v USA a postupně se stává vůdčím trendem ve všech vyspělých zemích“ (Křečková Tůmová, 2003: 10). Jak lékař, tak pacient zastávají v tomto vztahu určité role. Podle Wallnera se člověk neobjevuje ve zdravotnictví jako tabula rasa, ale v jedné nebo více rolích, které vypovídají o jeho cílech, přáních, povinnostech, právech, oblastech *odpovědnosti a kompetencích*. Každá jeho role je charakterizována prostřednictvím určitých norem, ať už jsou neformální (např. společenské zvyky, etický kodex) nebo formální (např. smlouva, zákony). „Situace pacienta se vyznačuje napětím plynoucí z toho, že je na jedné straně autonomní osobou a platicím zákazníkem, na druhé straně je ale omezena ve výkonu své autonomie a ve své suverenitě zákazníka vícečetnými nedostatky: k tomu patří fyzické i psychické nedostatky stejně jako nedostatečné informace. I když je dnes informovanost pacientů o mnoho lepší nežli tomu bylo dříve (např. díky populárně naučným lékařským časopisům, televizním pořadům a především díky internetu), pacient stojí proti lékaři jako rovnocenný a sebevědomý partner, je však přesto zpravidla vůči lékaři v silně asymetrickém vztahu, na který musí brát lékař při komunikaci s pacientem ohled. Lékařská péče tedy vyžaduje *informed consent*¹⁰ pacienta, tj. souhlas pacienta s podáním dostatečných a srozumitelných informací o příčinách, cílech, prostředcích a pravděpodobných následcích diagnózy resp. terapie“ (Wallner, 2004:62-63). Poslední dobou dochází ve vztahu mezi lékařem a pacientem k určité změně, přičemž je kladena větší pozornost taktéž na psychosociální faktory a nehledí se pouze na biologický přístup k léčení. George Engel poukazuje na „změnu pojetí samotného vztahu lékaře a pacienta doprovázenou především rozvojem komunikačních technik a budováním kvalitního lidského vztahu obou aktérů“ (Křečková Tůmová, 2003:91)¹¹. Takovýto vztah mezi lékařem a pacientem založený na *komunikačních dovednostech* bývá někdy označován jako moderní pojetí vztahu lékaře a pacienta. Je to přesně pravý opak paternalismu, který byl uplatňován zejména v socialistickém zdravotnictví. „Moderní vztah lékaře a pacienta je charakterizován vzájemnou spoluprací dvou rovných partnerů. Toto moderní pojetí vztahu lékaře a pacienta vystřídal dříve velice rozšířený model aktivního lékaře a pasivního pacienta nebo model lékaře jako vedoucího a

⁹ Odborníci upozorňují na nedostatečný důraz na komunikační schopnosti v českém zdravotnictví. Podle nich tyto schopnosti potřebuje téměř každý lékař, který přichází do styku se svým pacientem. Například doc. Vokurka z výboru České společnosti otorinolaryngologie ČLS JEP se domnívá, že „by se měl věnovat nějaký čas výchově studentů z hlediska kontaktu a jednání s pacientem, základům etiky a rétoriky. To aby viděl mladý lékař v pacientovi spíše *partnera*, kterému pomáhá, a oprostil se od *dřívějšího paternalistického přístupu k pacientovi*“ (Daňhová-Soukupová, ZDN/ 16, 2005: 10).

Stejně tak i členka výboru Společnosti pro návykové nemoci M. Frouzová klade v této oblasti důraz na zlepšování komunikace lékaře s pacientem. Na toto téma vede také speciální kurzy v Institutu postgraduálního vzdělávání. Tyto kurzy se zaměřují na obecné komunikační dovednosti nebo na nonverbální komunikaci a aktivní naslouchání pacientovi. Frouzová se domnívá, že „lékař jaksí zapomněl, že on sám o sobě je hlavním terapeutem a že komunikace je léčebným nástrojem, který se musí celý život cízelovat“ (Soukupová, ZDN/16: 11).

¹⁰ Angl. *informed consent* znamená tzv. informovaný souhlas, někde se však můžeme setkat i s odborným označením kvalifikovaný souhlas.

¹¹ Zde se jedná o sekundární literaturu. Křečková Tůmová čerpala z: Lyles, J.S., Dwamena, F.C., Smith, R.C.: Evidence-based patient-centered interviewing. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2001, vol. 8, p. 28-34.

pacienta jako spolupracujícího a plnicího příkazy¹². Moderní medicína vidí pacienta jako racionální, samostatně myslící bytost s vlastním systémem hodnot, která je schopna uvažovat svobodně a má plné právo sama o sobě rozhodovat“ (Křečková Tůmová, 2003:92)¹³. Světová zdravotnická organizace říká, že „každý má právo sám o sobě rozhodovat“ (Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, 1994: 15). Domnívám se, že objasnění vztahů lékaře a pacienta je zde nutné, neboť nebude-li si pacient vědom odpovědnosti za vlastní zdraví, nemůže se nikdy stát rovnocenným partnerem ve vztahu s lékařem, nemůže participovat na léčebném procesu a nemůže dojít ani k zavedení efektivní spoluúčasti.

Vztah lékaře a pacienta se mění v současné době včetně českého zdravotnictví i ve vyspělých státech ve vztah partnerský a Helena Haškovcová tvrdí, že „paternalismus už není nadále udržitelný“ (Křečková Tůmová, 2003:92)¹⁴. Často se můžeme setkat také s tím, že pro pacienta se užívá pojem klient nebo dokonce zákazník, lékař bývá označen naopak jako poskytovatel zdravotnické služby. Socialistická medicína se těmto termínům velice bránila, protože klient vždy představuje hlavní osobu, která je objektem služby, na které záleží. Hlavním omylem socialisticky smýšlejících lékařů byla, a bohužel často dosud je představa, že tržní systém je orientován na finanční zisk a že tento „hanebný princip“ kupčení se zdravím je eticky nepřijatelný“ (Kapr-Koukola, 1998:59). Termín klient má označovat lepším způsobem probíhající změny ve vztahu mezi těmi, kteří poskytují zdravotní péči a těmi, kteří jsou jejím objektem nebo příjemcem. Tato nová terminologie nepředstavuje pouze formální označení, ale „má v sobě důležitý moment vzájemného vztahu obou komunikujících partnerů. Má charakter služby, jakéhosi smluvního vztahu, kde se obě strany zavazují ke vzájemné výměně aktivit, postojů, produktů, mimo jiné i peněz. [...] V okamžiku, kdy se osoba stává zákazníkem, vystupuje z roviny osoby poučované a řízené do role aktivního účastníka podnikání“ (Křečková Tůmová, 2003:93)¹⁵. Je velice důležité si toto uvědomit, protože pasivní účastník nenese za nic odpovědnost (tak tomu bylo v dobách socialistického zdravotnictví, kdy pacient „přenášel“ svou odpovědnost na lékaře a o nic se nemusel starat, lékař pacientovi jednoduše „nařizoval“, co smí či nemá). Pokud nenese pacient odpovědnost, neúčastní se ani léčebného procesu. Pacient by měl mít také svobodnou volbu lékaře a instituce, která mu danou službu poskytuje. Předpokladem toho je komplexní spokojenost pacient s poskytovanou službou. „Nikdo jiný, ani grémium odborníků, ani panovník, ani stát, nerozhoduje o tom, jaká služba mě má být poskytnuta. Jsem to naopak jen já sám, kdo, podle svého nejlepšího, byť relativně omezeného vědomí, o tom rozhodne“ (Kapr-Koukola, 1998:59).

Pokud bychom však porovnávali přístup a postoj pacienta ke svému zdraví z období začátku devadesátých let, lze konstatovat, že dnešní pacient touží daleko více po informacích, které se týkají jeho zdravotního stavu. Obecně však nechává pacient odpovědnost stále spíše na lékaři. Opravdovým ideálem lékaře je pacient, který je informovaný o své nemoci a spolupracuje do určité míry s lékařem na dané léčbě. V případě nutnosti by pak měl být tento pacient ochotný změnit svůj životní styl, aby se uzdravil. Zatím však ale existují spíše pasivní

¹² Toto je vhodné doplnit krátkou historií komunikace v medicíně. Hippokrates představuje asi jednu z nejvýznamnějších osob ve formování vztahu mezi lékařem a pacientem. Hippokratova přísaha se však vůbec nezmiňuje o povinnosti lékaře komunikovat se svým pacientem, a ve svém díle *Decorum* „dokonce nabádá lékaře, aby vykonávali své povinnosti klidně a zručně, aby většinu věcí před svými pacienty utajovali [...] aby neodhalovali nic z pacientovy budoucnosti nebo současného stavu“ (Tate, 2005:113).

¹³ Zde se jedná o sekundární literaturu. Křečková Tůmová čerpala z: Tsai, D.F.: How should doctors approach patients? *Journal of Medical Ethics*, 2001, vol. 27, p. 44-50.

¹⁴ Zde se jedná o sekundární literaturu. Křečková Tůmová čerpá z: Haškovcová, H.: *Práva pacientů*. Havířov, Nakladatelství Aleny Kutilové, 1996.

¹⁵ Zde se jedná o sekundární literaturu. Křečková Tůmová čerpá z: Kapr, J., Koukola, B.: *Pacient: Revoluce v poskytování péče*. Praha, Sociologické nakladatelství SLON, 1998.

pacienti, u kterých působí zaběhnuté stereotypy¹⁶. Rath se v tomto směru domnívá, že pacientů, kteří se aktivně zapojují do léčby a aktivně spolupracují na obnově svého zdraví, nijak zvlášť nepřibývá. Tvrdí, že pacienti „většinou chtějí zázračné řešení od lékaře bez jakéhokoli svého vkladu a nepohodlí“ (Daňhová, ZDN/33, 2005: 13). Na druhou stranu ale přece jen dochází ve vztahu mezi lékařem a pacientem k nepatrným změnám za posledních patnáct let. Podle Ratha přibývá těch pacientů, kteří touží po informacích a chtějí se aktivně zapojit do rozhodování (Daňhová, ZDN/33, 2005).

K odpovědnosti dnešních pacientů se vyjadřuje i Polák,¹⁷ který říká, že dnešní pacienti nemají příliš zájem se o sebe starat. Ve vztahu k jejich zdraví mají tedy tendenci přenášet odpovědnost na lékaře a situaci charakterizuje jako katastrofickou. U pacientů tedy postrádá odpovědnost za své zdraví a zároveň tvrdí, že není dána ani systémem samotným. Také místopředseda tohoto sdružení si myslí, že „zájem o prevenci by velmi prudce podpořily i pozitivní ekonomické motivace na straně pacienta. Třeba podmínit některé výhody nebo platby pojištěven určitou racionalitou chování, například absolvovanými preventivními prohlídkami“ (Daňhová, ZDN/33, 2005:13). Polák zase navrhuje osvětovou kampaň která by měla lidi motivovat a poučit o důležitosti svého zdraví. Přesto i podle Poláka se přístup u dnešních pacientů pomalu vyvíjí a lidí, kteří se o sebe starají, pomalu přibývá. Jsou to především pacienti s vyššími příjmy, kteří si své zdraví chtějí udržet (Daňhová, ZDN/33, 2005:13).

Pavel Vepřek¹⁸ se vyjadřuje k současné situaci v oblasti odpovědnosti pacientů. Komentuje chování pacientů a tvrdí, že český pacient se za posledních deset patnáct let docela změnil. Říká, že čím dál více pacientů se chová odpovědně, avšak „zatímco v mnoha oblastech se již obnovil přirozený vztah mezi zákazníkem a tím, kdo své služby a zboží prodává, ve zdravotnictví se tak zatím většinou nestalo. Proto v něm dosud přežívají vzorce chování odpovídající přidělovému systému, které charakterizuje pasivita, nejistota, pocit dluhu či preventivní agrese“ (Vepřek, ZDN/33, 2005: 15). Samozřejmě toto tvrzení neplatí absolutně a pro každého. Přibývá mnoho nových pacientů, kteří se dobře orientují v problematice svých nemocí a jsou schopni a ochotni diskutovat a konzultovat se svým lékařem o rizicích jednotlivých léčebných postupů. „Pro dobré lékaře jsou radostí a naplněním vznešeného ideálu vzájemného partnerství“ (Vepřek, ZDN/ 33, 2005:15).

V každém případě „je člověk, který má dostatek informací¹⁹ o své nemoci, motivovanější k tomu, aby se sám do procesu léčby *aktivně zapojil*²⁰, dodržoval lékařova doporučení nebo pravidla správné životosprávy. Pacient, který ví více o své nemoci, lépe spolupracuje při

¹⁶ Existuje několik tzv. mýtů, které přetrvávají z direktivního a centralizovaného socialistického zdravotnictví. Některé z těchto mýtů zároveň existují ještě dnes v základech polistopadové reformy zdravotnictví. Takovým mýtem je například „přesvědčení, že občanům musí být v rámci veřejného zdravotního pojištění garantováno poskytnutí veškeré zdravotní péče, kterou potřebují, a to v kvalitě odpovídající nejnovějším poznatkům lékařské vědy“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002:102). Zároveň se mnoho občanů-pacientů domnívá, že zdravotní péče by měla být bezplatná, neboť to je jeden z principů solidarity.

¹⁷ Michal Polák je z předsednictva Sdružení praktických lékařů ČR. Toto sdružení je nezávislá organizace, která sdružuje na profesním principu praktické lékaře pro dospělé vykonávající praxi v ČR. Jeho předmětem zájmu je uplatňovat a hájit reformy ve zdravotnictví. Sdružení praktických lékařů v ČR bylo založeno v roce 1990 a patří mezi největší dobrovolné profesní organizace lékařů v ČR.

¹⁸ MUDr. Pavel Vepřek je předseda občanského sdružení Občan.

¹⁹ Mezi základní práva pacientů patří, že „pacienti mají právo na úplné informace o svém zdravotním stavu, včetně medicínských poznatků o svém zdravotním stavu, jakož i o navrhované péči, možných rizicích a výhodách každého postupu; o alternativách k navrhovaným postupům, včetně důsledků neléčení; a dále o diagnóze, prognóze a pokroku v léčení“ (Hroboň-Macháček-Julínek, 1994: 16).

²⁰ Jaro Křivohlavý označuje velmi výstižnými pojmy očekávané změny a reformní kroky ve zdravotnictví. Pacienta, který jedná za své zdraví v plné odpovědnosti označuje pojmem „aktivní pacient“ a termínem „totus homo“ označuje nemocného člověka, nejen určitý chorobný orgán, který je předmětem léčby lékařů (Křivohlavý, 1995).

léčbě,“ shrnuje Daňhová (Daňhová, ZDN/ 33, 2005: 13), a Jelínek²¹ jen doufá, že doby, kdy nebylo od lékaře vyžadováno vysvětlení důvodů, když má pacient něco užívat, nebo když něco má, případně nemá dělat, jsou pryč (Daňhová, ZDN/33, 2005:13).

1.1 Pacient a jeho životní způsob

Pokud si je pacient-občan vědom na vysoké úrovni toho, že jedině on sám je odpovědný za své zdraví, vyplývá z toho pro něj skutečnost, že také jedině on sám může přispět, ať už pozitivně nebo negativně, svým životním způsobem a přístupem na základě zdravotní péče ke svému zdravotnímu stavu. V tomto ohledu je velmi důležité, aby si každý člověk uvědomil potenciál svého zdraví a individuálně se uplatnil v procesu léčení. Člověk by si měl pravidelně pokládat otázky chce-li být vůbec zdrav, proč tomu tak chce, co může a chce učinit pro to, aby mohl být zdrav, a jakým způsobem může přispět k tomu, aby byl vyléčen. Opakem takového přístupu je nezáměr starat se o své zdraví a očekávat „automatickou“ pomoc od druhých, od lékařů nebo státu a spoléhat tak na bezplatnou zdravotní péči. Pacient by měl být motivován chovat se v této oblasti racionálně a připívat svým chováním k efektivní zdravotnické péči a nezpůsobovat systému zbytečně vysoké náklady. V minulých dobách byl oficiálním garantem péče o zdraví celá společnost, kterou reprezentoval stát spolu se všemi jeho nástroji. Těžištěm péče o zdraví bylo jednostranně vkládáno „na neproduktivní službu resortu zdravotnictví, jenž sváděl málo efektivní zápas s mechanismy neadekvátně působícího systému tzv. produktivní sféry. Následný malý účinek péče o zdraví, vyplývající z takto zestátněné, ale přitom resortní izolace zdravotnické služby byl mimoto oslabován jednostranným akcentem na proklamované „právo na zdraví“. Tím byla v rozporu s žádoucí celospolečenskou koncepcí vkládaná na bedra zdravotnictví nereálná, státem proklamovaná a chybně pojatá povinnost jeho úplného zabezpečení vůči každému občanovi při současném potlačení jeho osobního zájmu i jeho odpovědnosti za zdravotní stav a povinnosti aktivní starosti o vlastní zdraví“, uvádí Drbal (Drbal, 1990:52). Občan byl tak navigován do role pasivního spotřebitele zdravotnických služeb a byl tak zbaven odpovídajících stimulů, které by měly za úkol ho motivovat k aktivní starosti o jeho zdraví. Důležitou roli hrálo také to, že lidé měli zcela odlišnou hierarchizaci hodnot a falešné vědomí všemocné schopnosti zdravotnictví i obdobně falešné vědomí takřka neomezeného bezplatného nároku na jeho obsluhu. Nejde zde o to, „vyčíslit“ hodnotu zdraví, ale jedná se o to, aby člověk chápal hodnotu zdraví pozitivně a patřičně si uvědomil odpovědnost za zvyšování potenciálu svého zdraví (Drbal, 1990).

²¹ Jan Jelínek je místopředseda Sdružení praktických lékařů ČR.

Hypotézy

- 1. Spoluúčast pacientů je důležitá jako prostředek pro „odbourávání“ paternalistických postojů.**
- 2. Spoluúčast pacientů slouží jako prostředek pro odstranění korupce, napomáhá posílit odpovědnost za vlastní zdraví a zúčastněným subjektům přináší výhody ve formě svobodného rozhodování. Předpokladem pro uplatnění liberálního principu (a individuální odpovědnosti za své zdraví) je existence obecně dostupné sítě zdravotních služeb; v opačném případě se liberální princip převrací ve svůj protiklad (nerovnostem, klientelismu a dominanci).**

2. Texty k historii a vývoji zdravotní politiky

2.1 Vývoj zdravotní politiky v českých zemích před rokem 1918 a po roce 1918

Zdravotnické systémy mají v ekonomicky vyspělejších zemích západní Evropy své počátky v 19. století. Centrem jejich pozornosti se stalo léčení infekčních nemocí a zabezpečení ekonomické dostupnosti zdravotní péče. Obecně existovaly v Evropě dva hlavní modely zdravotnických systémů, jakými byl model Bismarckovský a Beveridgeovský. Pokud jde o české země, jejichž zdravotnictví nás zajímá, tvořily součást Rakousko-Uherské říše. Do roku 1918 v nich tedy převládal systém Bismarckovský a po roce 1918 byl vývoj příznačný pokračováním a rozvojem tohoto systému (Studijní materiály k problematice veřejného zdravotnictví s důrazem na zdravotnickou legislativu, 2003). Zdravotní politika tohoto systému byla založena na dvou základních pilířích: „na hierarchicky koncipované síti veřejného zdravotnictví v čele s úředními lékaři“ (Drbal, 1998: 5), kteří měli za úkol provádět preventivní a represivní aktivity. Druhým pilířem bylo „zajištění ekonomické dostupnosti léčebné péče prostřednictvím systému veřejného zdravotního a nemocenského pojištění jako součást sociálního pojištění. Tento systém byl zaveden a legalizován v Rakousku (včetně českých zemí)“ (Drbal, 1998:5) a byl charakteristický tím, že se v něm uplatňoval *princip solidarity*. Jednotlivé skupiny zaměstnanců povinně odváděly stanovené dávky ze své mzdy do pojistných fondů, ze kterých pak později byly v případě nemoci propláceny poskytnuté zdravotnické služby a určité finanční příspěvky pro zabezpečení pojištěnce a jeho rodiny pro určitou dobu nemocí. Ti, kteří byli více zdraví a lépe placení tedy přispívali prostřednictvím svého pojistného na nemocné a méně movitější občany (Drbal, 1998).

Počátkem 20. století zaujímaly české země místo nejprůmyslovější oblasti Rakouska-Uherska a po vzniku samostatného československého státu v roce 1918 patřily k hospodářsky nejrozvinutějším zemím v Evropě a také medicína byla v intenzivním rozkvětu. Vzhledem

k poklesu úmrtnosti obyvatel a dobrému zdravotnímu stavu se ukázalo, že systém péče, který se zakládal na síti *veřejného zdravotnictví* a na veřejném solidárním pojištění, se osvědčil a začal přinášet své ovoce. „Pro populační skupiny, na které se vztahovalo povinné solidární zdravotní a nemocenské pojištění, byla zabezpečena základní zdravotní péče v rozsahu, odpovídající tehdejší úrovni medicíny“ (Drbal, 1998: 10). Nejen že popsany Bismarckovský model systému péče o zdraví v českých zemích existoval až do rozpadu Rakouska-Uherska, ale jeho základní principy převzal také nově vzniklý československý stát (Drbal, 1998).

Se vznikem a rozvojem industriální společnosti v 19. století vrcholil zrod tzv. „vědecké medicíny“²². Toto období je charakteristické vpádem přírodních věd, zejména biochemie, do tradiční medicíny a úspěchem při léčení infekčních onemocnění. Industriální společnost umožnila průmyslovou výrobu účinných léčiv, technický pokrok ve vývoji diagnostických a operačních pomůcek a metod. Tyto biochemické a biotechnické aspekty měly za následek nevídané a velkolepé úspěchy vědecké medicíny (Kapr-Koukola, 1998). Do této doby sahají také kořeny tzv. Evidence Based Medicine. Evidence Based Medicine je medicína založená na důkazech²³ a její trend v posledních letech stále sílí. Francouzský lékař Pierre Louis se snažil v 19. století o vyvinutí vědecké metody hodnocení výsledků léčby pomocí tabelarizace údajů o jednotlivých pacientech a jednoduché aritmetické analýzy. V medicíně se v podstatě jednalo o využívání statistických dat. Tato metoda se začala hojně používat zejména ve 20. století²⁴.

V Československu byl také zřejmý vliv praktik z USA. Roku 1925 byla v Československu zřízena organizace *Státního zdravotního ústavu* Republiky československé. Tento ústav vznikl v Praze za velké finanční podpory Rockfellovy nadace²⁵ a je centrální institucí s celostátní působností. Mezi jeho úkoly patří ochrana a podpora veřejného zdraví, prevence nemocí a sledování vlivu životního prostředí na zdravotní stav obyvatelstva. V období první republiky představoval Státní zdravotní ústav významnou vědeckou a odbornou instituci, který např. vyráběl očkovací látky a rozvíjel nejrůznější vědeckou činnost. Státní zdravotní ústav úzce spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization)²⁶. Tato organizace je agentura Organizace spojených národů a byla založena Spojenými národy v roce 1948. Úkolem Světové zdravotnické organizace je „dosažení všemi lidmi nejvyšší možné úrovně zdraví“²⁷ a předmětem jejího zájmu je likvidovat a odstraňovat závažné infekční nemoci.

²² Tato medicína někdy nazývána také jako moderní medicína.

²³ Někdy se lze setkat také s označením „Information Based Medicine“, tedy medicína založená na informacích. Tyto informace by měly být kvalitní a rychle dostupné.

²⁴ Baková, Adéla. Informační zdroje pro evidence based medicine v IKEM [online]. Praha, 2007 [cit. 1. června 2007]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.inforum.cz/inforum2000/prednasky/informacnizdro.htm>>. Ikara, Evidence Based Medicine [online]. Zář 2001. Dostupné na World Wide Web: <http://www.ikaros.cz/node/833>.

²⁵ Rockefellerova nadace patří mezi charitativní instituce a vznikla v roce 1913 v USA. J. D. Rockefeller založil v roce 1901 Ústav pro lékařské bádání, který je znám jako „Rockefeller Institut for Medical Research“. Předmětem zájmu tohoto institutu je badatelská činnost v potírání nemocí. „Programem Rockefellerovy nadace je bádání v oboru veřejného zdravotnictví, lékařské vědy, věd přírodních, sociálních a humanitních. Nadace sama nezasahuje přímo, nýbrž pomáhá a přispívá různým organizacím, institucím i jednotlivcům, které jí dávají záruku, že přispějí k splnění a pokroku vytčeného programu. V oboru veřejného zdravotnictví spolupracuje s vládami různých států na rozvoji veřejného zdravotnictví a při studiu a potírání nemocí“ (Ottova encyklopedie, Rockefellerova nadace [online]. Aktualizace 1.1. 1908 [cit. 15. června 2007]. Dostupné na World Wide Web: <<http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/431474-rockefellerova-nadace>>).

²⁶ SZU, Vybudování SZU [online]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.szu.cz/menu1/historie.html>.

Státní zdravotní ústav [online]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.stripky.cz/znacky/szu.html>.

²⁷ Wikipedie, SZO [online]. Editováno květen 2007 [cit. 15. června 2007]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.encyklopedie.seznam.cz/heslo/178095-svetova-zdravotnicka-organizace>>.

2.2 Podoba československého zdravotnického systému v letech 1950-1989 a státní paternalismus

Po roce 1948 byl v Československu zavedeno tzv. jednotné socialistické zdravotnictví. V principu to znamenalo to, že bylo organizačně sjednoceno celé zdravotnictví ve všech jeho součástech. „Vznikla tedy pevně organizovaná, státem vyvlastněná a centrálně řízená hierarchická struktura zdravotnických zařízení se striktně vymezeným rozsahem poskytované péče na všech úrovních“ (Drbal, 1998: 12). Centrálně bylo zdravotnictví řízeno až do roku 1957 rozpočtem po linii Ministerstva vnitra a věcně metodicky po linii Ministerstva zdravotnictví. Zdroje pro zdravotnictví byly vyčleňovány ze státního rozpočtu a tak při relativně nízkých zdrojích a při omezeném dovozu přístrojové techniky a moderních léků byl rozvoj zdravotnictví zaměřen hlavně na výstavbu nových kapacit a na zvyšování počtu zdravotnického personálu. Rozvoj zdravotnictví byl tedy orientován na extenzivní rozvoj zdravotnictví. Tržní mechanismy v socialistickém zdravotnictví zcela chyběly a státní monopol eliminoval v oblasti poskytování služeb možnost konkurence a soutěže kvality mezi zdravotnickými zařízeními (Drbal, 1998). Obyvatelstvo bylo ke zdravotnickým zařízením administrativně přidělováno. Nejdůležitější je zde pro nás zejména to, že „státní paternalismus vedl k narušení aktivní péče občanů o vlastní zdraví a k nedostatečnému uvědomění jeho hodnoty“ (Střednědobá koncepce zdravotní politiky Ministerstva zdravotnictví ČR v letech 2002-2006, 2003: 2).

Pokud jde tedy o postavení pacienta v tomto systému a jeho pozici ve vztahu lékař – pacient, vyznačoval se tento systém *paternalistickým* a *direktivním* pojetím péče o zdraví. V rámci tohoto vztahu měla jednotně řízená zdravotnická soustava vše ve „vlastní režii“ *bez aktivní participace* a zapojení samotných občanů. Občan zde stál v pozici pasivního objektu této péče. Tehdejší politická reprezentace spíše potlačovala a tlumila jakékoliv demokratické svobody a zájmy, které by měly za následek aktivní participaci občanů na podpoře a ochraně zdraví, a utajovala pravdivé informace o nepříznivém vývoji veřejného zdraví. Místo toho však měla zvyšovat zájmy o markantně se zhoršující zdravotní stav obyvatelstva. Problém spočíval také v tom, že direktivně řízená neefektivní politika hluboce stagnovala a nebyla tak „schopna jakkoli pozitivně reagovat na požadavky zdravého životního stylu (např. trh spotřebního zboží), ani na postupné ekologické ohrožení populace“ (Drbal, 1998: 17). V porovnání se zdravotnickými systémy v hospodářsky vyspělých demokratických státech byl podíl příslušné rozpočtové částky z HDP v našem státě stále na stejné úrovni. Byla tak omezena i možnost použití a nasazení nových medicínských metod a postupů. Tyto negativní trendy pokračovaly až do roku 1990 a potřeby a požadavky nestačily být odborně ani finančně uspokojovány. Je potřeba podotknout, že odborná kvalifikace zdravotnických zaměstnanců byla na relativně vysoké úrovni a i přes zastaralé technické vybavení limitování dovozu moderní vyspělé techniky včetně léčiv a omezení kontaktů s vyspělými státy však měla odborná úroveň zdravotnictví slušný standard. Jako příklad lze uvést oblast péče o děti a prevence infekčních onemocnění, ve kterých Československo zaujímal jedno z předních míst na světě (Drbal, 1998).

Jak již bylo řečeno, vztah mezi lékařem a pacientem se do určité míry vyznačoval tzv. paternalismem. V socialistickém systému byla zdravotní a lékařská péče organizovaná a stát ji občanovi poskytoval tak zvaně *bezplatně* (Kapr-Koukola, 1998). Z tohoto plynou i následky pro občana-pacienta. Pacient zde zastával pozici podřízené osoby a očekávalo se od něj disciplinované chování. Lékař naopak představoval osobu, která zde má roli odborníka, jehož „odborné řeči“ pacient příliš nerozumí. Lékař tak mnohdy činil lékařská rozhodnutí bez toho, aniž by byl pacient patřičně informován a srozuměn se „svou“ diagnózou. Za léčbu odpovídal

daný kompetentní odborník, který také určoval a stanovoval kvalitu vstupů a výstupů. „Rozhodnutí o tom, zda je člověk nemocný, jak vážně a čím, jak dlouho je třeba ho léčit přijímal lékař, přičemž legitimitu celého procesu stanovoval a odpovědnost přejímal obecně stát a konkrétně lékař“ (Kapr-Koukola, 1998: 59).

2.3 Vývoj českého zdravotnického systému po roce 1989

Po pádu komunistického režimu nastaly ve společnosti a tím také i ve zdravotnictví dalekosáhlé změny. Ve zdravotnictví bylo zavedeno všeobecné zdravotní pojištění a Ministerstvo zdravotnictví v roce 1990 konstatovalo, že povinné zdravotní pojištění je pro zájmy občana tím nejlepším a že ho současně motivuje k zájmu o vlastní zdraví. Současně mělo povinné zdravotní pojištění podněcovat zdravotnická zařízení i pracovníky v oblasti zdravotnictví ke kvalitní a efektivní činnosti. Po odborné stránce patřil český zdravotnický systém spíše k těm lepším a na základě lékařské péče měl velmi dobré výsledky. Postupně dochází k vývoji stále lepších technologií, velkého rozmachu poznání v přírodních a technických oborech, výpočetní techniky, informatiky i genetiky. Na základě toho medicína umí a zvládá stále více²⁸. Nynější systém není efektivní zejména proto, protože náklady ve zdravotnictví stále stoupají a tento systém mohl fungovat jen v dobách levné medicíny. Vzniká tedy nutnost zavedení radikálních změn. V nynějším zdravotnickém systému dochází k plýtvání, existuje v něm pouze nepatrná spoluúčast pacientů a tak jen málo pacientů si je ochotno na zdravotní péči připlácet (Drbal, 1997; Střednědobá koncepce resortní politiky Ministerstva zdravotnictví ČR v letech 2000-2006, 2003; Kapr-Koukola, 1998).

2.4 Současný zdravotnický systém v ČR a jeho stávající problémy

Mezi největší problémy téměř všech zdravotnických systémů patří bezpochyby problémy ekonomické resp. financování zdravotnických systémů. Každé zdravotnictví se potýká s finančními potížemi a v některých zemích vede tato skutečnost k zavádění radikálních kroků. Žádný rozvinutý stát ještě však nenalezl jednoznačně úspěšné řešení. Příčinou stále rostoucích nákladů je rychlý rozvoj medicínských technologií, který probíhá od šedesátých let. Díky tomuto rozvoji měli lékaři k dispozici stále lepší a lepší diagnostické či terapeutické přístroje spolu s novými zdravotnickými materiály. Pomocí nich pak mohli zlepšovat diagnostické i terapeutické postupy a procesy (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002). Problém je však v tom, že takovéto „zlepšené“ a nové postupy vyžadují současně vyšší náklady. Tyto potíže vyvrcholily asi nejvíce v letech 1970-1980, „kdy i bohaté země musely přistoupit k různým regulačním opatřením a k reformám svých zdravotnických systémů. My se dnes s dvaceti- až třicetiletým zpožděním ocitáme v obdobné situaci a naše potíže jsou ještě umocňovány tím, že ekonomika má mnohem méně zdrojů, než měly ekonomiky těch států, a že současně procházíme procesem ekonomické transformace“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002: 53) Naším úkolem zde není analyzovat ani porovnávat zdravotnické systémy jednotlivých zemí, ale je

²⁸ Tzv. drahá medicína je opakem levné medicíny, která byla uplatňována zejména v dobách komunismu.

potřeba si uvědomit, že finanční problémy se nevyskytují pouze v českém zdravotnictví, ale potýkají se s nimi čas od času i některé jiné vyspělejší západoevropské státy.

Pokud jde tedy konkrétně o český zdravotnický systém, dochází v něm ke zbytečnému plýtvání prostředků, které má několik možných příčin. Mezi tyto příčiny patří například poskytování sice velmi potřebných služeb, zato ale *neefektivním* způsobem, poskytování některých zcela zbytečných služeb nebo *zneužívání* některých služeb. České zdravotnictví není v rovnováze i přesto, že se podařilo tuto rostoucí finanční nerovnováhu utlumit pomocí zavedení různých druhů paušálních plateb. Systém je do určité míry velmi nákladný, neefektivní a vzhledem k pacientovi se ne vždy chová přátelsky a ohleduplně. Mnoho lidí včetně nastupující vlády a ministerstva zdravotnictví si uvědomuje, že je nutné systém upravit, jinak dojde k jeho zhroucení, které bude mít na pacienty velmi negativní dopady. K úpravám v systému však nedochází a zhroucení systému se také ještě nedostavilo. Zdravotnický systém se tedy nachází v pozici určité setrvačnosti a šine se dál. Nedá se však říci, že by se situace nějak radikálně zlepšovala, a nelepší se ani stav systému zdravotní péče (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002). Mezi další a velmi závažné problémy ve zdravotnickém systému, které se týkají zejména pacienta, patří také „nejasně a příliš široce vymezená solidarita“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002: 48), kdy může dojít k tomu, že neplatiči pojistného mohou při využívání zdravotní péče z této široké solidarity těžit. Dále jsou to pak „nejasné role jednotlivých účastníků systému“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002: 48), kde je velmi podstatné to, kdo hraje v systému jakou roli, kdo má v systému jakou odpovědnost a kdo má jaké pravomoci. Protože nejsou tyto role dostatečně vymezeny, nemůže být řízení zdravotnického systému nikdy efektivní. K dalším problémům patří také to, že jednotlivé prvky systému, ať už je to pacient, lékař nebo pojišťovna, nejsou dostatečně motivováni. Zdravotnický personál včetně lékařů není motivován k efektivnímu poskytování služeb a pacienti nejsou zase „motivováni k efektivnímu čerpání zdravotní péče a nemají vliv na její podobu“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002:48). Stejně tak i nevyhovující struktura zdravotnického systému, konkrétně struktura systému zdravotní péče, není zrovna ideální. Často dochází v rámci zdravotní péče k finančním ztrátám „v důsledku nevhodně zvolené úrovně péče a duplicitní až multiplicitní péče“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002: 48). Asi nejvíce se však pacienta týká „nedostatečná orientace systému na potřeby pacienta“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002: 49) a „nedostatek informací“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002:49). Orientace na pacienta²⁹ nebo zákazníka³⁰ v oblasti systému zdravotní péče je velmi důležitá, avšak není v takovém rozsahu, v jakém by měla být. Pacient tak nemá možnost „legálně ovlivnit rozsah a kvalitu služeb, které mu jsou poskytovány“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002: 49). Stejně tak i nedostatek informací má na občana či pacienta velmi negativní dopad. Informace se většinou týkají kvality poskytované péče nebo hospodaření zdravotnického zařízení. Aby se mohl pacient dobře rozhodnout například při volbě svého lékaře, potřebuje k tomu dostatek informací a dostatečnou komunikaci s lékařem. Některá data jsou však mnohdy neoprávněně utajována nebo chráněna. Velkým problémem českého zdravotnictví je také korupce. Samozřejmě to neplatí pro všechny existující jednotlivce a zdravotnická zařízení. Spíše se zde jedná o

²⁹ Wallner popisuje tzv. etické standardy ve zdravotnickém systému. Tyto etické standardy jsou předpokladem efektivního řízení a fungování zdravotnického systému a lze je aplikovat na různé roviny systému (systémová rovina, strukturní rovina a rovina jednání). Mezi těchto deset etických standardů patří také tzv. „orientace na pacienta“, která znamená zaměření zdravotnického systému a zdravotnických služeb na potřeby a preference pacientů. Jejich zdraví se rozumí v obecném významu a předchází stavu fyzickému, zároveň představuje zdraví pacientů střed a pointu zdravotnictví. Orientace na pacienta se vztahuje zejména na dimenzi fyzickou, psychickou, sociální a duchovní. S ohledem na pacientovu spokojenost musejí dbát zdravotnické služby v podstatě všech čtyř dimenzí. Pokud se takto děje, lze hovořit o tzv. „best practice.“ Tento standard mimo jiné předpokládá rozsáhlé a pro pacienta srozumitelné informace, zahrnutí pacientů a jejich maximální účast na procesu léčení (viz participace) a k tomuto přizpůsobenou organizaci (Wallner, 2004).

³⁰ V moderní medicíně též označení klient.

prosazování zájmů různých podnikatelských subjektů. „Tyto zájmy mnohdy dominují nad principy racionální medicíny a lékařské etiky i nad zájmy pacientů“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002: 97). Ke korupci v českém zdravotnictví se dokonce vyjádřila i Transparency International, která tvrdí, že „české zdravotnictví je synonymem netransparentnosti³¹, korupce a klientelismu [...] společným jmenovatelem pro-korupčního prostředí ve zdravotnictví je celková neprůhlednost, tedy nedostatek relevantních informací o využití zdrojů“ (Svobodová, ZDN/42, 2006:3). Důsledkem neprůhlednosti je podle zprávy narůstající korupční potenciál, což se odráží v úplatcích za různé operativní zákroky. Pro-korupční systém přímo negativně dopadá na pacienty, kteří si nemohou za současného neprůhledného stavu vybrat nejkvalitnější péči a v konečném důsledku rozhodovat o svém zdraví“ (Svobodová, ZDN/42, 2006: 3). V principu jde o to, že kdyby měl pacient možnost legálně a transparentně si připlatit³² za požadovaný zdravotnický výkon nebo službu, nečekal by na tento výkon takovou dobu a ještě by si byl velice vědom toho, za co částku připlácí. Každý člověk má právo vědět, na co má nárok a za co platí. Tím zjistí i to, jaká už je zcela nadstandardní služba nebo péče (Svobodová, ZDN/42, 2006). K velkým problémem českého zdravotnictví přispívá navíc fakt, že systém péče o zdraví je silně rezistentní vůči jakýmkoliv změnám. V porovnání s obdobnými systémy je rezistence systému zdravotní péče vůči změnám zřejmě největší. „Pravděpodobně neexistuje žádný vlivný a dostatečně silný funkcionář či instituce, kteří by měli zájme současný stav systému měnit směrem k hospodárnějšímu vynakládání prostředků a k vyšší efektivitě. Výrazné většině vlivných funkcionářů a institucí současný stav vyhovuje, protože z něj těží. Udržování ne zcela jasných (mlhavých) vztahů v systému je výhodné pro prosazování dílčích zájmů a umožňuje získávání různých výhod“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002: 101). Domnívám se tedy, že na hospodárném a efektivním chodu systému péče o zdraví by měl mít zájem především občan-pacient. Problém je však v tom, že není dostatečně motivován usilovat o změny v systému a zároveň neexistuje nikdo, kdo by byl schopen jeho zájmy hájit a realizovat. Řešení spočívá v posílení role občana-pacienta, orientaci systému na jeho potřeby, vtažení do hry všech aktérů systému péče o zdraví, čímž se zároveň zvýší jejich zainteresovanost a jejich motivace tak, aby vedly jednotlivé prvky systému k efektivnějšímu chování.

³¹ Transparence představuje další etický standard, který je důležité téměř pro všechny zdravotnické systémy a velké instituce. Přesto, jak tvrdí Wallner, je obecně zdravotnický systém vysoce netransparentní systém. To se týká jak řízení, tak získávání finančních prostředků a poskytování zdravotnických služeb. Stále více expertů tedy zdůrazňuje nutnost větší transparence ve zdravotnictví. Společný jmenovatel spočívá v realizaci transparence systému jako celku. Zdravotnický systém je nejvyšší měrou komplexní a nepřehledný a mimo to se zdá, že se nalézá v neustálém vývoji, takže je pro jednotlivce obtížné do něj nahlédnout. Těžkou otázkou je i pro samotné odborníky, kdo poskytuje v tomto systému jaké služby. Paleta možností prevence, diagnózy, terapie a rehabilitace je nekonečně dlouhá a pochopitelně nemůže každý poskytovatel služeb nabídnout vše (Wallner, 2004).

³² Viz dále spoluúčasť.

3. Vztah mezi lékařem a pacientem

Vztah lékaře a pacienta je velice komplikovaná věc. Každý z těchto aktérů zastupuje v tomto vztahu rozdílné role a každý z těchto aktérů má jiná práva, povinnosti, odpovědnosti a motivace. V každém případě hraje v průběhu pacientovi nemoci vztah lékaře a pacienta velmi důležitou roli. „Pacient věří, že lékař je expert, který rozumí jeho chorobě a dokáže si s ní poradit. Respekt, důvěra a naděje, kterou pacient spojuje s osobou lékaře, působí jako lék. Dokonce jedno lidové rčení říká: Polovina problémů mizí s návštěvou lékaře, druhá s podaným lékem“ (Skálová, ZDN/7, 2005:16). Zapojení pacienta do léčebného procesu charakterizuje několik typů vztahu lékaře a pacienta. Na začátku byla řeč o vztahu paternalistickém, který se vyznačuje *pasivní* rolí pacienta a *aktivní* rolí lékaře. V rámci tohoto vztahu se pacient zcela zbavuje odpovědnosti a odvaluje ji na lékaře s stát. V paternalistickém modelu vztahu je vysoká kontrola na straně lékaře a nízká kontrola na straně pacienta. Dominantní roli zde zastupuje lékař a tento vztah se podobá úrovni vztahu rodič-dítě. „Lékař jedná v roli „rodiče“, kterému pacient důvěřuje, protože lékař-rodič jedná v jeho nejlepším zájmu“ (Křečková Tůmová, 2003: 69). V tomto vztahu je pro nás asi nejdůležitější, že osoba pacienta je potlačována a jeho participace na konzultaci a rozhodování týkající se léčebného procesu je minimální. Pacient se tedy přizpůsobuje lékařovu rozhodnutí a spoléhá se na lékařovu odbornost. Lékař činí odborná rozhodnutí zakládající se na jeho znalostech z oboru. Pokud jde o informace, jsou pacientovi prezentovány jen v tom nejnaléhavějším případě. Proto může dojít k situaci, že pacientovi jsou poskytnuty informace neúplné (Křečková Tůmová, 2003; Kapr-Koukola, 1998).

V dnešní době lze však hovořit o tzv. **moderním pojetí** vztahu lékaře a pacienta. I když se paternalismus objevuje ještě dnes v některých zdravotnických systémech kdekoli na světě, je potřeba zasadit zdravotnictví do kontextu moderní a pokrokové doby, ve které jsou velice důležité zejména informace a komunikace. Od paternalistického modelu se již ve většině zemí opouští a přistupuje se k modelu partnerskému. Pro dobrý vztah lékaře a pacienta je důležité jak *společné rozhodování* týkající se diagnostických a terapeutických postupů, tak dostatek informací, na základě kterých se pacient může rozhodnout tak a nebo jinak. Společné rozhodování vyžaduje partnerský vztah lékaře a pacienta. Pacient by se měl zapojit do léčby a lékař musí zjistit preference pacienta, týkající se množství a typu informací. Lékař si musí také vyjasnit pacientovo přání týkající se zapojení do rozhodování, a musí reagovat na pacientovi představy, obavy a očekávání. Lékař by se měl také v tomto vztahu k pacientovi podělit o možnosti léčby, identifikovat volby a popřípadě vyhodnotit důkazy z výzkumu ve vztahu k individuálnímu pacientovi. Lékař se musí snažit najít společné porozumění a dovolit pacientovi uvažovat o alternativních rozhodnutích a poté zhodnotit jejich důsledek s ohledem na pacientovy hodnoty a životní styl (Křečková Tůmová, 2003).

Důležitost dobrého vztahu lékaře a pacienta potvrzují i lékaři Šavlík a Hnízdil: „Základem veškeré medicíny, pokud se jí bez jakýchkoliv předpojatostí rozumí péče o člověka ve zdraví a nemoci, je vztah lékař-pacient. Péče o tento vztah má svůj eticko-mravní i profesionální rozměr. Společensko-profesionální étos determinuje tento vztah k podobě, v níž lékař a pacient jsou *partnery*, které spojuje zájem o zdraví i život pacienta [...] absolutním základem medicíny je profesionálně kvalitní a eticky fundovaný vztah lékař-pacient, rozvíjený v zásadách biopsychosociálního přístupu“ (Šavlík-Hnízdil, ZDN/1-2, 2005:21).

Předpokladem partnerského vztahu jsou *informace*³³, které pacient nezbytně potřebuje jako podklad pro svá rozhodnutí týkající se léčby.

Lékař však musí pacienta informovat srozumitelně³⁴ a podle návrhu zákona o zdravotní péči³⁵ dokonce patří mezi lékařovy povinnosti srozumitelně informovat pacienta o jeho zdravotním stavu a o potřebných zdravotních výkonech a zodpovědět pacientovi případné otázky. Veškerou zdravotní péči, kterou lékař pacientovi poskytuje, by měl poskytovat pouze se souhlasem pacienta³⁶. Zdravotní péče bez souhlasu pacienta lze poskytovat podle návrhu jen ve vyjmenovaných případech.

³³ Organizace Health Consumer Powerhouse sestavila na základě zdravotnického spotřebitelského indexu pořadí nejlepších zdravotnických systémů. Hodnoceny byly zdravotnické systémy v rámci EU a Švýcarska podle několika ukazatelů, které byly rozděleny do 5 kategorií. Mezi tyto kategorie patřila právě *informovanost pacientů*, právní ochrana pacientů, čekací doba na léčbu, výsledek zdravotní péče nebo velkorysost systému včetně přístupu k lékům. Česká republika se mezi evropskými státy umístila na 22. místě, jako nejlepší zdravotnický systém z hlediska spotřebitele byl označen zdravotnický systém ve Francii. Mezi klady českého zdravotnictví se podle zprávy řadí přímý přístup k péči specialistů a nízká úmrtnost novorozenců. Pokud jde o zdravotní péči o občany, lze český systém srovnávat dokonce s Japonskem. Mezi slabá místa se však počítá nedostatečná komunikace s pacienty. Tehdejší senátor Julínek v tomto směru také upozorňuje na pasivní roli pacientů. Pro doplnění lze ještě dodat, že práva pacientů a jejich informovanost jsou nejlépe zajištěny v Nizozemsku a nejefektivnějším zdravotnictvím disponuje Švédsko (Janků, ZDN/ 29-30, 2006: 6).

³⁴ Srozumitelnost označuje Wallner jako další etický standard. Ve vztahu lékař-pacient je srozumitelné vysvětlení velice důležité pro informovaný souhlas. V praxi se toto v porovnání s dobou před 20 lety výrazně zlepšilo, přesto však ještě dnes chybí mnoha lékařům zcela jednoduše schopnosti k tomu, aby svým pacientům objasnili odborné souvislosti. Na tento problém by mohly být odpovědi odpovídající nabídky školení, například typu jak hovořit se svým pacientem? (Wallner, 2004).

Srozumitelné informace zároveň patří mezi práva pacientů, která říkají, že „informace musí být pacientovi sděleny způsobem odpovídajícím jeho schopnostem jim porozumět, při minimálním použití neznámé, odborné terminologie“ (Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, 1994: 16).

³⁵ Návrh zákona o zdravotní péči, který vypracovalo Ministerstvo zdravotnictví a který má nahradit dosud platný mnohokrát novelizovaný zákon o péči o zdraví lidu z roku 1966. Tento návrh zákona o zdravotní péči by měl současně posilovat práva pacientů a podle zástupců ministerstva posiluje postavení pacienta ve vztahu k lékaři tak, aby se stal jeho rovnoprávným partnerem (Daňhová, ZDN/ 18, 2005: 6).

³⁶ Tzv. **kvalifikovaný** nebo **informovaný** souhlas, který předpokládá poskytování úplných informací pacientovi a tím podporu práva pacienta rozhodovat o svém zdraví. Tento souhlas slouží mimo jiné v jisté míře také k eliminaci nedorozumění mezi pacientem a zdravotnickým zařízením. Svůj souhlas může pacient kdykoliv odvolat nebo pozměnit a v některých případech se může jednat i o souhlas pouze částečný. Zdravotní péči může lékař v některých případech poskytnout i bez souhlasu pacienta, například v situaci neodkladného úkonu nutného k záchraně života a zdraví, kdy lékař souhlas nemůže od pacienta získat. Zavedením informovaného souhlasu se zvýší kvalita zdravotní péče o pacienty. Lékař vyžaduje souhlas před každým závažnějším vyšetřením nebo operací, poté co pacienta informují o případných rizicích zákroku. Pozitivní stránkou informovaného souhlasu je fakt, že pacient má větší odpovědnost, než tomu bylo doposud. Riziko tak neleží pouze na lékaři, ale pacient ho na sebe částečně také přebírá. Pokud by však byl zdravotní úkon proveden po odborné stránce nesprávně, tak zdravotnické zařízení jeho souhlas nevyvinuje z odpovědnosti (Soukupová, ZDN/33-34, 2006:3). To, že je informovaný souhlas pacientů předpokladem jakéhokoliv lékařského zákroku, uvádí i Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, kterou vydala Světová zdravotnická organizace. Doslova říká, že „pacient má právo odmítnout nebo přerušit lékařský zákrok. Důsledek odmítnutí nebo přerušení zákroku je nutno pacientovi pečlivě vysvětlit“ (Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, 1994: 17).

3.1 Paternalismus

Podle Haškovcové u nás i nadále převládá tradiční paternalistický vztah mezi lékařem a pacientem. V sedmdesátých a osmdesátých letech byl tento vztah velice intenzivní a „jeho praktická forma se stala překážkou vzniku nových vztahů, které byly odborně označeny jako partnerství. Daniel Callahan dokonce zvolil pro své úvahy o moderní strategii vzájemného vztahu lékaře a nemocného atraktivní pojmy lékařská diktatura a lékařská demokracie. To proto, aby vyprovokoval kvalifikovanou diskuzi a inicioval změnu, jejíž podstatou by měl být zřetelný posun od lékařské diktatury k lékařské demokracii, nebo civilněji řečeno od paternalismu k partnerství“ (Haškovcová, 1997: 55)³⁷. Zcela výjimečné postavení lékaře má svůj původ již v předchozích dobách a pochází z tradičního vztahu lékaře a pacienta. Lékař byl představitelem odborné i všeobecné vzdělanosti, a pro nemocného ztělesňoval autoritu. I přesto, že v možnostech výkonu povolání došlo k výrazným změnám, promítá se toto pojetí role lékaře v dnešní době. Paternalismus představuje silně *asymetrický* vztah vůči pacientovi a tomu odpovídala i komunikace a obsah rozhovoru s nemocným. „Pacient se lékaři svěřil a očekával, že lékař rozhodne podle svého nejlepšího vědomí a svědomí v jeho prospěch. Přesunul tak nejen právní, ale i praktickou odpovědnost na lékaře. Svůj názor neprosazoval, protože jej často nebyl schopen sám formulovat. Vysoká míra očekávání ze strany pacienta logicky korespondovala s bezvýhradným přijímáním stanoviska lékaře“ (Haškovcová, 1997: 56). Lékař v tomto vztahu tedy často zaujímal otcovskou, vůdcovskou a dominantní roli. Nedá se však říci, že by paternalismus někomu ze zúčastněných vysloveně nevyhovoval a pro pacienta byl leckdy spíše pohodlný. Lékař neočekával od pacienta žádné námítky ani dotazy vztahující se k dané diagnóze nebo lékařským radám, a pacient se tím naopak „zbavil“ odpovědnosti, což mu ve značné míře ulehčilo situaci. Tento postoj vystihuje velice dobře citát George Bernharda Shawha: „Svoboda představuje odpovědnost. To je také důvod, proč se jí většina lidí obává“ (Wallner, 2004: 111). Haškovcová tvrdí, že právě toto je důvod, proč paternalistický vztah i v nynějších podmínkách částečně přetrvává. Tímto jsem chtěla lehce nastínit podstatu paternalistického vztahu, jehož pochopení je nezbytné pro pojetí vztahu partnerského.

³⁷ Zde se jedná o sekundární literaturu. Haškovcová čerpala z: Callahan, D.: Hastings center Studies, č. 3, 1983. Brody, H.: Ethical Decisions in Medicine. Boston, Little, Brown and Co. 1981.

3.2 Moderní pojetí vztahů mezi lékařem a pacientem – partnerský vztah³⁸

V tomto případě je předpokladem, že partnerský vztah mezi lékařem a pacientem by mohl vést k efektivnějšímu léčebnému procesu, většímu zapojení pacienta současně s posílením jeho role ve vztahu.

Partnerský vztah se vyznačuje tím, že vztahy jsou v něm založené na vyrovnaných silách obou aktérů. Součástí tohoto týmu tvoří oba partneři, lékař a pacient, jejichž cíle a rozhodnutí jsou výsledkem vyjednávání mezi nimi. Do tohoto vztahu přinášejí oba partneři stejně a oba se na tomto vztahu podílí. Každý z partnerů má určité znalosti: lékař má znalosti odborné a klinické, pacient má zase zkušenosti vlastní, určité očekávání a pocity. „Oba aktéři jsou ve vztahu na relativně stejné úrovni a sdílí stejný systém hodnot“ (Křečková Tůmová, 2003: 70)³⁹ Emanuel and Emanuel tento model vztahu nazývají také jako „**interpretativní**“. Lékař zde zastupuje roli rádce nebo vedoucího a „oba kteří si navzájem interpretují a sdělují své hodnoty“ (Křečková Tůmová, 2003: 71). Lékař jako rádce pomáhá pacientovi porozumět sobě samému a tím také zároveň zvyšuje autonomii⁴⁰ v rozhodování. Tento model je velice náročný na interpretativní schopnosti lékaře⁴¹. Lékař by měl pacientovi srozumitelně popsat, jaké medicínské intervence a léčebný postup je nutný k léčbě. Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem poslední dobou nabývá ve většině zemí na významu.

Existuje několik teoretických modelů, které popisují a analyzují partnerský vztah. Pro nás je zde relevantní především takové pojetí vztahu lékaře a pacienta, v rámci kterého se pacient *zapojuje* do léčebného procesu. Jako příklad si uvedeme základní a tradiční model vztahu lékař-pacient od Talcotta Parsonse⁴². Analýza jeho modelu vzájemného vztahu je významným krokem v identifikaci klíčových principů vztahů lékaře a pacienta v obecné rovině.

³⁸ Modelu vztahu vzájemného partnerství mezi lékařem a pacientem je podobný tzv. koncept medicíny orientované na pacienta („patient centered approach“). Tento přístup předpokládá zapojení psychosociální dimenze do procesu léčby a pacient v průběhu konzultace aktivně participuje na procesu léčby zejména tím, že lékař sděluje své osobní pocity a hodnoty. Důležité je zde pacientovo rozhodování o léčbě, pacient současně určuje směr dané konzultace. Charakteristickým rysem tohoto přístupu je lékařova snaha pochopit celou osobu pacienta a konsenzus lékaře a pacienta při volbě zdravotní péče nebo léčby (Křečková Tůmová, 2003:82-83; čerpáno z: Lyses, J. S., Dwamena, F. C., Lein, C., Smith, R. C.: Evidence-based patient-centered interviewing. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2001, vol. 8, p. 28-34).

³⁹ Křečková Tůmová čerpala z: Roter, D.: The enduring and evolving nature of the patient - physician relationship. *Patient Education and Counseling*, 200, vol. 39, p.5-15.

⁴⁰ Podle Wallnera je pojem autonomie důležitý nejen v oblasti zdravotnické etiky, ale také z filozofického hlediska. Říká, že pojem autonomie nelze redukovat na pouhý pojem existence a s etickým principem autonomie je spojena lidská důstojnost. K tomuto zaujímá i stanovisko i Pieper, která říká, že „autonomie je jako symbol lidské podstaty [...] základním znakem, který má každý lidský jedinec nezávisle na tom, zda je de facto schopen realizovat se jako autonomní osoba“ (Wallner, 2004: 52; čerpáno z: Pieper Annemarie, 2003: Einführung in die Ethik). Do tohoto kontextu zasazuje Wallner také pojem tzv. pacientova autonomie. „Znamená, že každému pacientovi je v tomto ohledu autonomie a důstojnost vlastní, že má právo na to, aby ho lékař neošetřoval jako pouhý předmět rozhodování, nýbrž aby ho respektoval jako lidskou bytost, která se sama může určovat a angažovat“ (Wallner, 2004: 52).

⁴¹ Křečková Tůmová čerpala z: Falkum, E., Forde, R.: Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. *Social Science and Medicine*, 2001, vol. 52, p. 239-248.

⁴² Talcott Parsons byl prvním sociologem, který se zabýval nemocí jako sociálním jevem. Počátkem padesátých let studoval roli nemocného na základě svého strukturálně-funkčního pohledu a nemoc pro něj představovala především určitou sociální deviaci a odchylku od společenské normy. „Role nemocného byla vždy spojena s určitými očekáváními ze strany okolí, která musel nemocný splňovat, aby byl jako takový akceptován (za svůj stav nenesl zodpovědnost, nemohl vykonávat své běžné povinnosti, musel respektovat pokyny svého lékaře a přijímat jeho pomoc a musel všemožně usilovat o uzdravení. Nemoc tak znamenala pro svého nositele vždy určité ztráty a zisky, práva a povinnosti“ (Janečková, 1997: 13). Na fenomény zdraví a nemoc pohlížel Parsons v kontextu fungování společenského systému a lékaře pojímal jako osobu, která vstupuje mezi

Vztah lékaře a pacienta popisuje Parsons jako **konsensuální** a harmonický, avšak nevyrovnaný. „Konsenzus ve vztahu spočívá ve skutečnosti, že oba aktéři jsou vedeni svými rolami, které jsou spojeny se vzájemným očekáváním. Harmonie ve vztahu lékaře a pacienta je podle Parsonse dosaženo tím, že i přesto, že lékař má v tomto vztahu navrch, je jeho autorita pacientem akceptována, protože převaha lékařových znalostí vede k jeho vyléčení. Pacient s lékařem podle Parsonse spolupracuje, protože lékař jedná v jeho zájmu. Tímto je dosaženo konsenzu, kdy oba sdílí systém shodných hodnot“ (Křečková Tůmová, 2003: 66)⁴³. V tomto vztahu lze podle Szasze a Hollendera dojít k následujícím situacím: situace, kdy je lékař aktivní a pacient pasivní (komunikace zde odpovídá komunikaci na úrovni rodiče a nemluvněte)⁴⁴; situace, kdy spolu lékař a pacient spolupracují (komunikace zde odpovídá komunikaci na úrovni rodiče a dospívajícího dítěte) a situace, kdy dochází k oboustranné participaci (komunikace zde odpovídá komunikaci na úrovni dospělého a dospělého)⁴⁵. Parsonsův model ještě rozšířili Emanuel and Emanuel, kteří upozorňují na rozložení sil mezi lékařem a pacientem závisící na několika prvcích. Vztah mezi lékařem a pacientem popisují z hlediska cílů konzultace nebo osobních hodnot zúčastněných. Setkání lékaře a pacienta a rozložení sil mezi nimi podle nich tedy závisí na: „tom, kdo určuje podobu a cíle konzultace“ (tím je buď pouze lékař, pouze pacient nebo dochází ke vzájemnému vyjednávání); „na roli pacientových hodnot“ a „na roli, kterou přijal lékař“ (role poručníka, role rádce nebo role konzultanta) (Křečková Tůmová, 2003: 68-69)⁴⁶. Nový vztah lékaře a pacienta je obecně doprovázen především rozvojem komunikačních technik a budováním kvalitního lidského vztahu obou aktérů, přičemž je pro pacienta důležité, aby měl ke svému lékaři důvěru.

V souvislosti s důvěrou formuluje Giddens koncept tzv. *přístupových bodů* (Giddens, 1998). Přístupové body jsou podle něj místa, kde se odehrává bezprostřední komunikace a vytváří se zdroje důvěry. Moderní sociální život je charakteristický tím, že se v něm mnoho lidí často setkává a integruje s neznámými lidmi. Giddens se zde soustřeďuje na otázku důvěryhodnosti zejména v oblasti setkávání a střetávání se s jednotlivci a skupinami z hlediska laických aktérů. Právě tato setkávání podle autora představují přístupové body, které charakterizuje jako přístupové body abstraktních systémů a důvěryhodnost konkrétně označuje jako „důvěru v abstraktní systémy“ (Giddens, 1998: 79). Giddens v tomto směru vychází z toho, že „povaha moderních institucí je hluboce svázána s mechanismy důvěry v abstraktní systémy, zejména důvěry v expertní systémy“ (Giddens, 1998:79). Tento typický znak modernity je odstupňován podle důvěry, kterou jedinec nebo skupina jedinců do abstraktních systémů vkládá. V nynější - současné době globalizace mnoha aspektů modernity to pak znamená, že jedinec ani skupina se z těchto abstraktních systémů, charakteristických pro moderní instituce, nemůže vyvázat. Setkávání s experty a odborníky v přístupových bodech jsou závažná především v moderních společnostech a tento postoj zaujímají laici i samotní experti. Rozdíl oproti předmoderním institucím je v tom, že jednotlivci dříve měli možnost „provozovat“ každodenní rutinu a chovat se a jednat podle tradičních vzorců chování. Moderní svět je tedy charakteristický expertním věděním a jedinci nezbyvá nic jiného, než se na tyto abstraktní systémy spolehnout a do určité míry jim důvěřovat. „Setkání s představiteli abstraktních systémů mohou být samozřejmě podřízena pravidlům a mohou

nemocného a společnost, aby udržel společenskou rovnováhu. Parsons pokládal nemoc za absolutní protiklad zdraví a jeho postoje a názory byly v sedmdesátých letech často předmětem kritiky (Janečková, 1997).

⁴³ Čerpáno z: Morgan, M., Calnan, M., Manning, N.: *Sociological Approaches to Health and Medicine*. Routledge, London and New York, 1995.

⁴⁴ Viz paternalismus výše.

⁴⁵ Viz model vzájemného partnerství.

⁴⁶ Křečková Tůmová čerpala z: Roter, D., Stewart, M., Putnam, S.M., Lipkin, M. Jr. Et al.: *Communication patterns of primary care physicians*. JAMA, 1997, vol. 277, p. 350-356. Roter, D.: *The enduring and evolving nature of the patient – physician relationship*. Patient Education and Counseling, 2000, vol. 39, p. 5-15.

být také snadno založena na důvěryhodnosti, která je spojena s přátelstvím a intimitou. Tak tomu může být například v případě lékaře“ (Giddens, 1998: 79-80). Giddens dále v přístupových bodech rozlišuje tzv. *beztvárné a tvárné* neboli bezprostředně utvářené *závazky*, které jsou typické zapojením laických aktérů do vztahů důvěry v přístupových bodech a „obvykle zapojují akty projevené důvěryhodnosti a integrity spojené s postojem „obvyklého jednání“ nebo poklidnosti. I když každý ví, že skutečným zdrojem důvěry jsou spíše abstraktní systémy než jednotlivci, kteří je ve specifickém kontextu „reprezentují“, přístupové body nám připomínají, že jsou to lidé z masa krve (kteří jsou potenciálně omylní), kdo s nimi zachází“ (Giddens, 1998:80). Tvárné závazky závisejí na určitém způsobu chování aktérů daného systému. Role lékaře je tak charakteristická profesionalismem a laici nemají k lékařovým znalostem a dovednostem přístup. Proto jim nezbývá nic jiného než lékaři důvěřovat a vhodně s ním komunikovat. Giddens tak jednoduše shrnuje, že „přístupové body jsou body spojení mezi laiky, a to jednotlivci nebo kolektivy, a představiteli abstraktních systémů. Pro abstraktní systémy představují zranitelná místa, ale také uzlové body, ve kterých se důvěra může udržovat nebo prohlubovat“ (Giddens, 1998:82). Giddens se zabývá nejen otázkou, jak se vytváří důvěra v abstraktní systémy, ale i otázkou, proč tomu tak vůbec je. Věda představuje pro většinu lidí spolehlivé vědění, ke kterému zaujímají jedinci častí respekt. Postoje laiků k technickému vědění jsou však často ambivalentní a „ambivalence se ovšem nachází v jádru všech vztahů důvěry, ať již jde o důvěru v abstraktní systémy, nebo v jednotlivce. Důvěry se totiž lze dožadovat pouze tam, kde je nevědomost – buď znalostních tvrzení technických expertů, nebo myšlenek a záměrů blízkých lidí, na které se člověk spoléhá. Nevědomost je vždy důvodem pro skepsi nebo aspoň opatrnost“ (Giddens, 1998:83). Giddens však na jednu stranu odlišuje důvěru od „slabého induktivního vědění“, na druhou stranu ale víru, kterou důvěra zahrnuje, neztotožňuje s aktem vědomé závaznosti. Důvěru v abstraktní systémy zasazuje v podmínkách modernity do kontextu každodenních aktivit a postoje důvěry jsou tak „do značné míry vynucovány vnitřními okolnostmi každodenního života [...], bylo by však chybou chápat tuto instituci jako nějaký druh pasivní závislosti, která je neochotně připouštěna“ (Giddens, 1998: 84).

3.3 Důležitost prevence

„Aby bylo léčení úspěšné, musí být splněn předpoklad *aktivní spolupráce* léčeného⁴⁷. Jinak jde o zbytečně vynaložené peníze. Více osvěty v tomto duchu bych přivítal i u nás“ (Pelikánová, ZDN/6, 2005:15), zmiňuje Lubomír Chudoba, když se vyjadřuje k otázce aktivní role pacienta. Protože je každý odpovědný za svůj zdravotní stav, je stejně důležité spolupracovat s lékařem. V tomto ohledu je velice *důležitá prevence*. Starost o vlastní zdraví by měla být podpořena důrazněji prostřednictvím zdravotních pojišťoven – například formou individuálních smluv, bonusů nebo jiných zvýhodnění pro ty, kteří chodí na preventivní prohlídky nebo kteří v případě onemocnění dodržují léčebný režim a doporučení zdravotníků. Nejen že prevence u pacienta snižuje riziko onemocnění, ale pacient ve zdravotnictví svým racionálním chováním zabraňuje zbytečnému zvyšování nákladů. Zdravotnická soustava by se měla v první řadě zaměřit „na prevenci a na včasnost, kvalitu a efektivitu své činnosti již na tom prvním článku, jímž občan-pacient vstupuje do zdravotnického systému. [...] Základní současná filozofie zdravotnictví spočívá především ve studiu a učení „co dělat, abychom neonemcněli a tam, kde již došlo k poruše zdraví, zasahovat a působit co nejefektivněji a co

⁴⁷ Jaro Křivohlavý hovoří o tzv. „terapeutické alianci“, která označuje sjednocení a spolupráci lékaře s pacientem (Křivohlavý, 1995).

nejhumánněji. V praxi to znamená přesunout těžiště do primární péče“ (Drbal, 2001:49). Primární péče v tomto případě zastupuje místo, kterým pacient vstupuje do zdravotnické soustavy a je zároveň propojením denního života každého občana-pacienta „s kvalifikovaným rádcem, průvodcem a pomocníkem, který je schopen a ochoten spolu s ním se podílet na ochraně, podpoře nebo návratu tak vysoké hodnoty, jakou zdraví představuje“ (Drbal, 2001:49). Ve vztahu k vlastnímu zdraví každého jedince je primární péče subjektem, který na něj působí nejvíce, a zároveň je spojovacím článkem pro styk občana-pacienta s dalšími zdravotnickými obory a úrovněmi⁴⁸.

⁴⁸ Role praktického lékaře je dnes často chápáno jako lékaře, který je tzv. „gate keeper“ neboli strážce brány. „Toto pojetí znamená, že praktický lékař reguluje a kontroluje vstup pacientů do sekundární resp. terciární sféry zdravotnictví a také jejich zpětný vstup do primární péče. Tato regulace má za úkol omezit nadbytečná vyšetření v oblasti sekundární a terciární sféry, zbytečná opakování stejných vyšetření u téhož pacienta, předepisování stejných léků pacientovi na různých pracovištích“ (Křečková Tůmová, 2003:25).

4. Spoluúčast pacientů⁴⁹

V úvodu bylo řečeno, že jedním z největších problémů téměř většiny zdravotnických systémů je jejich financování. O tomto svědčí i průzkum, který byl prováděn v roce 2005. Podle mínění samotných občanů je trvale nejproblémovější oblastí zdravotnictví financování systému. Tento průzkum provádělo Lékařské informační centrum s agenturou Inres-Sones, přičemž bylo zjištěno, že 42 procent občanů považuje problémy ve zdravotnictví za závažné a dotázaných 15 procent občanů považuje situaci ve zdravotnictví za kritickou. Na druhou stranu lze konstatovat, že podle průzkumu obyvatelé nevidí vážnější problémy v oblasti přístupu lékařů a dalšího zdravotnického personálu k pacientům a ani v kvalitě péče. „Tyto oblasti jsou hodnoceny jako nejméně problémové“ (ČTK, ZDN/21, 2005: 10).

Dalším problémem českého zdravotnictví ve vztahu k finanční otázce je poskytování nadstandardní zdravotní péče. Prof. Pafko tvrdí, že základním problémem je to, že český občan dostává lékařskou péči na úrovni evropských zemí (Pafko, ZDN/23, 2005:28). Naše zdravotnictví podle něho pálí zejména nadužívání zdravotní péče a častější návštěvy lékařů. Situaci v Čechách porovnává s Rakouskem a dochází k závěru, že „český občan dostává péči srovnatelnou jako v Německu, Anglii či Rakousku [...] materiállové vstupy jsou samozřejmě za světové ceny, ale generování peněz v české ekonomice není takové jako v Rakousku nebo Německu“ (Pafko, ZDN/ 23, 2005:28). Evropská zdravotní péče tedy vyžaduje evropské finance, „ale ty naše společnost není schopna generovat“ (Pafko, ZDN/23, 2005: 28). Pafko navrhuje dvě možná řešení, jak z této situace ven. Prvním řešením je *zvýšení finančních prostředků* do zdravotnictví a druhé řešení představuje snížení úrovně a standardu zdravotní péče. Ani jedno řešení však není příliš populistické a politici se do nich raději nepouštějí. „Tento problém je potřeba řešit a ne ho jen stále valit před sebou [...] už ho valíme patnáct let“ (Pafko, ZDN/23, 2005: 28). Problémem je zde ale to, že se jedná v těchto případech o velmi nepopulární krok a ne všechny sociální skupiny s ním budou souhlasit. „Všichni jsme si zvykli na socialistické slogany typu Lid má právo na zdraví a zdravotní péče je bezplatná. Je to naprostá hloupost. Když se nad tím zamyslíte, nic není bezplatné. Někdo to přece musí zaplatit [...] takže ještě jednou, řešením je buď *přidání peněz* do systému zdravotnictví, nebo *ubránění péče*“ (Pafko, ZDN/ 23, 2005:28). Reforma zdravotnictví pro českou republiku v Evropě 21. století poukazuje na zásadní problém nedostatečného zapojení pacienta do systému. Česká republika jako stát financuje téměř 90 procent zdravotní péče z veřejných finančních prostředků. V porovnání s ostatními státy Evropské unie tak česká republika zaujímá první místo v podílu veřejných zdrojů na výdajích na zdravotnictví. „Díky rozsahu veřejného zdravotního pojištění a absenci spoluúčasti občanů na platbách je naprostá většina zdravotní péče bezplatná v okamžiku spotřeby, což vede k jejímu nadužívání [...] opomenutím klíčové role pacienta-spotřebitele v celém systému tak v českém zdravotnictví zcela chybí systematický tlak na zvyšování kvality efektivity služeb poskytovaných jednotlivými zdravotnickými zařízeními“ (Pafko, ZDN/23, 2005: 28).

Také přednosta neurochirurgické kliniky Beneš definuje tzv. komunální zdraví (Beneš, ZDN/19, 2005:18). Tvrdí, že v českém zdravotnictví je většina, ne-li všechny, zdravotnické výkony zadarmo. Pacient tak *není zasažen spoluúčastí* a proto je zde pouze *pasivním účastníkem*. Z toho logicky vyplývá pacientův pasivní postoj, nepřilíh velký zájem o vlastní zdraví, neznalost hodnoty zdraví, neznalost svých práv a možností léčby. Podle Beneše ztrácí pacient motivaci pro sebe cokoliv udělat, „vždyť je tady systém, který se o něho vždycky

⁴⁹ Pod termínem spoluúčast pacientů se obvykle rozumí, „že část nákladů na léčení je přenášena zdravotnickým systémem na příjemce péče. To znamená, že pacient hradí poskytovateli část nákladů na jinak pojištěním nebo státem garantované standardní zdravotnické výkony a služby, zdravotnický materiál či léčiva související s jeho vyšetřením a léčením“ (Problematika základní a nadstandardní zdravotní péče, 1994: 77).

postará“ (Beneš, ZDN/19, 2005:18). Na základě tohoto postoje vzniká již zmíněné komunální zdraví, které je založené na sloganu „tady mne máte a lečte si mne [...] naše společnost je navíc v této sféře dokonale vychována socialistickým režimem (minulým i současným). Lidová hesla – Je to nás všech nebo Kdo nekrade, okrádá rodinu - jsou v nás stále velmi hluboko zažrána [...] výsledkem je neefektivnost, vysoká finanční náročnost, plýtvání“ (Beneš, ZDN/19, 2005:18). Nabídka převyšuje v českém zdravotnickém systému poptávku, z čehož plyne, že některých zdravotnických zařízení nebo pracovišť je někdy například i dvakrát více než je skutečně potřeba. Zdravotní péče se rovná evropské úrovni a „mnohdy se však léčí i tehdy, když to pacient až tolik nepotřebuje. Celek není lacinou záležitostí“ (Beneš, ZDN/19, 2005: 18). 92 procent plateb se do systému odvádějí anonymně ve formě povinných odvodů. Přímé platby naopak představují pouze 8 procent. „Přímé platby reprezentují pro domácnosti kolem 1 procenta rodinného rozpočtu – není to tedy to nejdražší co máme, ba naopak, zdraví je kdesi daleko za bydlením, jídlem a zábavou,“ konstatuje Beneš (Beneš, ZDN/19, 2005:18). Úspory tedy vidí zejména ve *zvyšování přímých plateb* u lékaře, které by zároveň znamenalo vytvoření kontrolního mechanismu pro pacienty. Pacienti by pak podle toho nezneužívali a nadměrně nevyužívali zdravotní péče a zbytečně by nechodili z jednoho vyšetření na druhé. „Pokud bude alespoň zčásti platit ze svého, určitě bude víc nad navrženou léčbou přemýšlet. A ne vždy ji přijme“ (Beneš, ZDN/19, 2005: 18).

Často se hovoří o tzv. *bezplatném zdravotnictví*, které je příčinou korupce ve zdravotnictví. Z veřejných prostředků se financují téměř všechny zdravotní úkony (často právě i ty nejbánálnější) a konzumace péče není ničím a nikým regulována. Pacient-občan podstupuje pak velmi často nadbytečná vyšetření, která však stojí peníze. K tomu se přidává ještě rozšířený názor, že „občanům musí být v rámci veřejného zdravotního pojištění garantováno poskytnutí veškeré zdravotní péče, kterou potřebují, a to v kvalitě odpovídající nejnovějším poznatkům lékařské vědy“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002:102). Tato představa je však nereálná, a i v socialistickém zdravotnictví byla zdravotní péče zajišťována pouze pro úzkou skupinu privilegovaných osob. Občanům je tedy možné na základě veřejného zdravotního pojištění zajistit jen takovou zdravotní péči, na kterou postačují z veřejného zdravotního pojištění finanční prostředky. Finanční problémy tedy spočívají v tom, že „peněz se nedostává tam, kde jsou např. z hlediska efektivity prováděných výkonů třeba. Rovnostářství, netransparentnost, přirozená snaha jedince získat pro sebe určitou výhodu na úkor ostatních a také chronický systémový nedostatek finančních prostředků jsou ideálním podhoubím pro korupční jednání⁵⁰ [...] je třeba, aby se přestalo lhát o bezplatném zdravotnictví, aby byly uplatňovány standardy v péči hrazené z prostředků veřejných financí a aby občan měl možnost koupit si péči nadstandardní“ (Vašát, ZDN/47, 2006: 21). Občané musejí být zároveň srozuměni s tím, že za konzumaci nadstandardní péče si musejí připlatit. Pravým opakem takového postoje bylo právě socialistické zdravotnictví⁵¹, ve kterém lékaři sami rozhodovali o tom, kdo léčbu dostane a kdo nikoli (tzv. přidělový systém). Systém z předlistopadové éry není bezplatný ani dostupný pro všechny občany a proto je nutné hledat systém nový, ve kterém by se uplatňovaly přirozené vztahy s prvky konkurence. Na straně pacientů by se jednalo o *maximální svobodu a odpovědnost* (Šimek, ZDN/38, 2006:19). Někteří však mohou namítat, že čím více konkurence se v systému nachází, tím je tento systém dražší. Je tomu ale

⁵⁰ Lubomír Chudoba, prezident České lékařnické komory, uvádí tzv. Deset stupňů ke zlaté aneb návrh konkrétních řešení opatření jak ušetřit. Říká, že šetřit může ve zdravotnictví každý a na všem. „Když tedy platit, tak nad stolem a legálně. Je nezbytné umožnit platbu za nadstandard a legalizovat tím běžnou praxi dávání a brání úplatků“...navíc „si vážíme jen toho, co není zadarmo“ (Chudoba, ZDN/42, 2005:8). Spoluúčast pacienta tedy může být v tomto případě účinným nástrojem např. k tomu, jak zamezit plýtvání .

⁵¹ Socialistické zdravotnictví je často označováno jako luxus, „v němž mizí miliony korun, které vůbec nedoputují k cíli, příliš mnoho zdravotní péče je zbytečně promrháno, a přitom se potřebným pacientům dostane méně péče a k lékařům méně peněz. Socialistické zdravotnictví je příliš drahá cesta [...] je to cesta snižování kvantity a kvality“ (Šimek, ZDN/25, 2006: 23).

právě naopak, zdravotnictví je levnější s přibývajícím svobodou a odpovědností všech jeho subjektů. „Jen přirozené vztahy ve zdravotnictví s plodnou konkurencí na všech úrovních (a gate keepers systémem) mohou být přínosem pro všechny“ (Šimek, ZDN/38, 2006:19). S ohledem na toto pak dochází Šimek k tomu, že pacient sám si je vědom toho, na co finanční prostředky vynakládá, jakou zdravotní péči může očekávat a pokud půjde skutečně o pacientovy peníze, zda se chová racionálně. Narozdíl od socialistického systému, kde byl předmětem restrikce péče lékař, by měl být nyní předmětem restrikce péče sám pacient.

Občan-pacient by tedy podle své vlastní vůle měl mít možnost připlatit si legálním a transparentním způsobem, přičemž „financování zdravotnictví má být založené na regulovaném trhu,“ tvrdí Julínek (Daňhová, ZDN/44, 2005:8). Regulační poplatky a spoluúčast by měly pacienty motivovat k racionální spotřebě zdravotní péče a zároveň, jak již bylo řečeno, představují pro pacienty samokontrolní mechanismus (Rybníkář, ZDN/25, 2005: 27). Také z ekonomického hlediska je důležité, aby lékaři a veškerý zdravotnický personál dostal za svou kvalifikovanou a velmi náročnou práci řádně zapláceno a aby zdravotnictví nebylo v deficitu. Z tohoto důvodu je důležité, aby veřejný systém nevydával finance na zbytečné, duplicitní a nadbytečné zdravotní služby nebo úkony. Pokud budou takováto od pacientů vyžadována, je třeba, aby je vyžadovali racionálně a sami si je popřípadě hradili. Druhým řešením je to, aby pacienti věděli, jaká zdravotní péče je nadstandardní, popřípadě nadbytečná nebo duplicitní a byli motivováni k tomu, aby je nevyžadovali. V tomto případě je vhodným řešením právě spoluúčast pacientů bez níž by byly všechny opatření a restrikce neúčinné. Zdraví představuje pro člověka ten největší statek, „ale dokud zůstaneme v rovině hesel, nic se nezmění. Pacient změni své chování teprve v důsledku vědomí toho, že také něco stojí“ (Šimek, ZDN/ 27-28, 2006: 23).

K finančním problémům v českém zdravotnictví je potřeba říci, že spoluúčast není hlavním nástrojem k tomu, jak tyto ekonomické problémy přímo vyřešit. Dá se však říci, že spoluúčast pacientů je předpokladem racionálního chování pacientů a „smyslem spoluúčasti pacienta je zejména probuzení zájmu pacienta o náklady na různé zdravotnické služby a o jejich cenu, dosažení vyšší racionálnosti při spotřebě zdravotnických služeb (ovlivnění poptávky po nich, změna vztahu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče a pozitivní motivace zájmu občanů o vlastní zdraví. Snaha o zvýšení objemu finančních prostředků pro zdravotnictví není hlavním cílem zavedení spoluúčasti. Spoluúčast pacientů však představuje zásadní krok, jak zlepšit stávající situaci v českém zdravotnictví. Cílem spoluúčasti by měla být zejména regulace nadměrné poptávky po zdravotnických službách, zejména pak zmenšit podíl nadbytečného využívání či zneužívání zdravotnické péče. Její zavedení v postsocialistickém státě s nadprůměrnou spotřebou zdravotní péče již z minulé doby, by mohlo usměrnit nadužívání péče ze strany občanů, zvyklých z dob bezplatné péče navštěvovat lékaře často nejen s malichernými potížemi, ale i účelově“ (Problematika základní a nadstandardní zdravotní péče, 1994-1995: 77-78).

Smyslem zavedení spoluúčasti pacientů může být mimo jiné i zmírnění tzv. *morálního hazardu*⁵². Experti na danou problematiku říkají, že alespoň minimální spoluúčast pacientů na nákladech představuje opatření, „jež jsou uplatňována – byť s různou intenzitou a výjimkami - všude na světě, a z jasného ekonomického důvodu. Smyslem poplatků není sadismus ekonomů s rozkoší páchajících „sociální eutanazii“ (MUDr. Emmerová) prostřednictvím dvacetikoruny za recept a padesátikoruny za návštěvu ordinace, tedy zhruba ceny jedné plzeňské dvanáctky a krabičky cigaret“ (Zámečník, ZDN/19, 2005:17). Smyslem spoluúčasti

⁵² V reformě zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě v 21. století stojí, že tzv. morální hazard „vede k nedostatečné péči občanů o zachování vlastního zdraví, případně nedostatečné motivaci dodržovat léčebný režim, ale také k tendenci nadužívání zdravotních služeb. Podobně reagují poskytovatelé, kteří vědí, že jimi navržená a poskytnutá péče bude pacientem přijata (neboť ji v danou chvíli nehradí) ba třetí stranou zaplácena (Hroboň-Macháček-Julínek, 2005: 68).

zde není ani vybrat peníze od pacientů, neboť takováto částka by představovala pouze makroekonomickou částku. „Smyslem takového kroku je ekonomicky řečeno „zmírňovat morální hazard na straně poptávky [...] Náklady pro konečného uživatele jsou v ČR takřka nulové, u některých skupin populace je k tomu nutné připočítat i velmi nízké náklady obětované příležitosti – mnozí lidé nemají ušlý příjem.. ani časové ztráty. Bezplatnost se následně promítá do zneužívání principu solidarity, lhostejného postoje k vlastnímu zdraví, plýtvání vzácnými zdroji (nadměrná spotřeba léků je jen jedním z křiklavých případů), rentovního chování zájmových skupin a rozšířené korupce“ (Zámečnick, ZDN/19, 2005:17). Lze tedy s jasnou samozřejmostí tvrdit, že zdravotnický systém, ve kterém nejsou uplatňovány poplatky a spoluúčast pacientů, je na dobré cestě k nadměrné poptávce po zdravotnických službách a velkému plýtvání. Téměř každý občan-pacient je ochotný si připlatit za komfortní a kvalitní zdravotní péči, o čemž jasně svědčí již zmíněná korupce ve zdravotnictví, která je v českém zdravotnictví opravdu rozsáhlá. Podle ekonomů je tedy „formalizovaná spoluúčast podstatně efektivnější a eticky přijatelnější řešení než korupce [...] spoluúčast a zrovnoprávnění pacienta je cestou účinného potírání korupce“ (Zámečnick, ZDN/19, 2005:17). Proti spoluúčasti budou stát především starší lidé a lidé s chronickým onemocněním, kteří vyžadují poměrně velkou část zdravotnických výkonů. Na tento problém by však mohly odpovědět sociální dávky nebo různé podpory příjmů. Sami ekonomové se hájí tím, že se jim nejedná o to, aby zdravotní péče a služby byly odepírány těm slabším a těm, kteří je potřebují, ale aby tyto služby bylo poskytovány a nabízeny co nejefektivnějším způsobem a aby byl zmírněn morální hazard. Mimo jiné dojde zavedením spoluúčasti k posílení postavení pacienta, který bude mít možnost samostatně se rozhodovat a získávat potřebné informace o své nemoci a nebo zdravotním stavu (Zámečnick, ZDN/19, 2005).

K tomu ještě často přispívá názor, že práce v oblasti zdravotnictví je spíše než zaměstnáním posláním, tudíž zde také nejde o peníze. Takovému názoru se však spíše dařilo v rozvinutém socialismu, nikoli ve vyspělé demokratické společnosti. Podle informací a výzkumů Odborníků na práci s lidskými zdroji představuje pro zdravotníky největší motivací peníze. Na druhou stranu ale samotný finanční stimul nestačí (tak je tomu i ve všech ostatních profesích) a je potřeba, aby zdravotničtí zaměstnanci měli smysl práce (Bláhová-Bezděková, ZDN/22, 2005). Mnoho lékařů se však shodlo v tom, že „ve zdravotnictví se vždy pracovalo, na rozdíl od jiných profesí, na sto procent. A to přesto, že zdravotnický personál nebyl nikdy za svoji práci řádně zaplacen [...] tento trend stále trvá“ (Jedlička, ZDN/22, 2005:24). Lékařům také vadí neustále opakovaná fráze, že práce v nemocnici je posláním. Práce ve zdravotnictví je poslání, zároveň ale také povolání. O tomto svědčí orientační anketa ve Zdravotnických novinách, ve které bylo zjištěno, že zdravotníky dovede k práci nejvíce motivovat platové ohodnocení (Bláhová-Bezděková, ZDN/22, 2005).

Na druhou stranu se však mnohým může zdát, že spoluúčast včetně přímých plateb u lékaře je *nespravedlivá* a *nesolidární*, že je *eticky nepřijatelná* a že vede k odepírání přístupu ke zdravotní péči sociálně slabším nebo chronicky nemocným. Toto je také důvod, proč je téma spoluúčasti pacientů často předmětem mnoha diskuzí a sporů.

Spoluúčast pacientů na nákladech nemusí být ani neetická, obzvláště když si uvědomíme problém korupce. Chce-li si pacient připlatit za luxus, nadstandardní nebo kvalitnější zdravotní péči, musí toto dilema řešit právě korupcí⁵³ nebo alespoň protekcí, což ale vede

⁵³ Milan Kudyn, místopředseda Sdružení praktických dětských lékařů se domnívá, že příčinou úplatkářství v českém zdravotnictví je zejména nevyřešené financování celého systému. Ještě dnes, v době po pádu komunismu a konce tzv. socialistického zdravotnictví, existuje v českém zdravotnictví rovnostářský model, je zachována pluralita vlastnických vztahů a dochází k deformaci sociálního systému. Příčinou úplatkářství v systému je podle Kudyna prolínání komerčních a solidárních aspektů. Zároveň říká, že „vztahy a kompetence osob ve zdravotnictví jsou nevyjasněné [...]. Systém je nastaven tak, že pacient má právo na zdraví, ale nemá povinnosti ke zdravotnímu systému. Pacient si nemůže zaplatit za lepší pomůcku ani za péči spojenou s výkony hrazenými z veřejného pojištění, i když existují určité výjimky“ (Bláhová, ZDN/ 9, 2005:10).

zároveň k destrukci lékařské etiky. Krize českého zdravotnického systému je tedy charakteristická bezplatností, netransparentností, korupcí a nevymahatelností práva. Tento systém je neekonomický, nehospodárný (Šimek, ZDN/51-52, 2006:17), „totálně centrální a direktivní, do posledního haléře řízený z ministerstva zdravotnictví [...] pacient, lékař i zdravotní pojišťovny jsou zcela vyřazeny z možnosti ovlivnění systému. Občan a potenciální pacient odevzdává sice zdravotní daň, což představuje oficiální pojištění, „která je pak pro mne zcela netransparentně a neovlivnitelně rozdělována. [...] K čemu je mi tedy relativní bezplatnost, když ji musím vykoupit neodůvodněným běháním po různých vyšetřeních, jež nepotřebuji, a když mi pak něco doopravdy je, musím podplácet, uplácet a spoléhat na kamarády, abych byl řádně ošetřen a léčen“, ptá se Šimek (Šimek, ZDN/51-52, 2006:17). Nejlepším řešením a přínosem českého zdravotnického systému je podle něj *obnova přirozených vztahů* ve zdravotnictví. V reálu to znamená to, že pokud mám zájem na tom, být řádně ošetřen a léčen, musím mít možnost za tyto zdravotní úkony lékařům zaplatit, a to legálně, nikoli formou úplatků. Každý pacient by tedy měl mít možnost své finanční prostředky využít co nejracionálněji a dát je současně pouze lékařům, ke kterému má důvěru v co nejlepší léčbu. Pacient si tak se svými penězi hospodaří sám a zdravotní péče a léčba je levnější. Pacient se navíc dostává z pasivní role do aktivní role a vztah mezi lékařem a pacientem je více partnerský. Takto si i lékaři začnou mezi sebou navzájem konkurovat, „čímž jejich kvalita začne přirozeně stoupat bez zevního donucování. Tímto způsobem uspořádání systému se současně navrátí občanům-pacientům svoboda a odpovědnost v oblasti jejich zdraví. Tyto přirozené vztahy však musejí být obnoveny. Důležité je, aby pacient měl ke svému lékaři opět důvěru a aby si byl vědom toho, že může být ošetřen a léčen i bez protekce. Takovéto vztahy budou pak podle Šimka „opět transparentní, vstřícné a *etické*“ (Šimek, ZDN/51-52, 2006: 17).

Za solidární zdravotní péči považují mnozí totálně zestátněnou zdravotnickou soustavu rozšířenou o poskytování solidární bezplatné zdravotní péče pro všechny občany. Problém je však v tom, že tento systém občanům přímo vnucoval prvky státního paternalismu a občana-pacienta odsouval do pasivní role spotřebitele zdravotní péče, k pasivnímu postoji k vlastnímu zdraví a současně k neodpovědnému chování, které je charakteristické čerpáním celospolečensky poskytované zdravotní péče. Paternalistický přístup velmi ovlivnil přístup k hodnotě k vlastnímu zdraví a péči o zdraví. „S názorem na individuální a společenskou hodnotu zdraví např. úzce souvisí jeho praktická aplikace na postavení a s úlohu jednotlivce v procesu péče o zdraví. [...] Čtyřicetiletá existence socialistického zdravotnictví zanechala v mentalitě značné části populace hluboké stopy „falešně pozitivního“ vlivu státního paternalismu, který stavěl občana do pozice pasivního spotřebitelského subjektu se značně oslabenou odpovědností za vlastní zdraví a s proklamovaným nárokem na údajně „neomezenou bezplatnou“ péči“ (Drbal, 2004:23). V tomto případě se nedá hovořit o solidaritě a spravedlnosti. Každý občan by měl ve vztahu ke svému zdraví uplatnit určité možnosti volby (ať už je to svobodná volba lékaře nebo zdravotnického zařízení) a uplatnit svou osobní odpovědnost, k čemuž by měl vytvořit prostor především stát, „a to tak, že stát by měl stanovit určitý rozsah zákonem garantované péče i určitou míru solidarity, na jejímž principu je poskytování péče hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění“ (Drbal, 2004: 24). Otazníky zde však stojí nad rozsahem garantované péče a mírou solidarity. Toto téma je obtížně řešitelné zejména proto, protože je potřeba pohlížet na několik aspektů zároveň: na aspekty odborné, ekonomické i etické. Debaty a spory vztahující se na toto téma spočívají především v tom, že na jedné straně je požadováno posílení role občana-pacienta (vytvoření jasného a legalizovaného prostoru, který by umožňoval uplatnění pacientova vlivu na poskytovanou zdravotní péči popřípadě způsob její úhrady) a na druhé straně je nutné zajistit již zmíněnou státem garantovanou zdravotní péči, která by byla uplatňována na principu solidarity. Klíčovým pojmem je zde kategorie spravedlnosti, jejíž přesnou definici je

velmi obtížné stanovit a tento pojem lze aplikovat často jen ve vztahu k něčemu konkrétnímu. V tomto případě je otázkou, zda je spravedlivé, aby některým občanům byl odepírán přístup ke zdravotní péči například z důvodu toho, že si prostě zaplatí⁵⁴. V rámci této problematiky je nutno nalézt konsensuální pohled na stránku hodnoty zdraví, který by se měl opírat o kvalifikované znalosti. Zdravotnickou pomocí většinou potřebují nemocní, staří, postižení nebo neschopní, kteří však za svůj zdravotní stav nemohou a na solidárním zdravotnickém systému jsou závislí. Na druhou stranu je však potřeba zdůraznit, že existují občané-pacienti, kteří přispěli výrazným způsobem ke svému špatnému zdravotnímu stavu vlastním chováním nebo nevhodným životním způsobem (Drbal, 2004). Je pak spravedlivé poskytovat těmto občanům bezplatnou zdravotní péči vůči těm, kterým je právě určena? Někteří občané jsou zodpovědní a mají aktivní přístup ke své vlastní existenci a preferují vlastní výkon, spoléhají se na sebe, mají ochotu k aktivní participaci, zatímco u některých občanů převažuje spíše pasivita, bezproblémová spotřeba, případně „přídělová konzumace“ zdravotní péče, která představuje jistotu a na kterou mají nárok. Je tedy potřeba vyřešit základní otázky, které mají svůj základ v postojích k hodnotě zdraví, aby mohla být zformulována a zformována vhodná koncepce systému péče o zdraví a efektivní zdravotní politika se správně strukturovanou a utvořenou zdravotnickou soustavou. Hodnotová orientace ve vztahu k hodnotě zdraví je v tomto směru velice důležitá a „konsensus v názorech na základní hodnotové stránky je podmínkou k tomu, aby z nich mohla být odvozena koncepce celého systému péče o zdraví. Dosažení tohoto konsensu nejen nevylučuje, ale naopak nabízí možnosti alternativních atributů zdravotnické péče v rámci jasně stanovených principů a pravidel. Zejména jde o vytvoření zřetelně definovaného prostoru pro možnosti svobodné volby cest k *aktivní participaci* občana na zdravém způsobu života, na podpoře, ochraně a návratu vlastního zdraví, na upevňování jeho potenciálu. Tam, kde není dána možnost podobné legitimní volby, vzniká živná půda pro výjimky, nelegální výhody a korupci“ (Drbal, 2004: 27). Zpráva o léčení českého zdravotnictví říká, že současné zdravotnictví musí být založeno na kompromisu a kombinovat oba principy – solidaritu a individuální odpovědnost. Diferenciace nesmí být medicínsky nespravedlivá ze sociálních důvodů a nesmí vést k závažným rozdílům v dostupnosti a kvalitě akutní zdravotní péče z medicínského hlediska“ (Vepřek-Vepřek-Janda, 2002: 179).

Ani v případě systému zdravotní péče a jejího způsobu financování se nelze přilížit odvolávat na princip solidárního pojištění i přesto, že se mnozí domnívají, že právě tento systém solidární je. Pokud se solidarita chápe jako něco, co je věcí dobrovolného přístupu a nelze ji tedy žádným způsobem nařizovat, představuje systém zdravotní péče a její financování pouhou daň, kterou občané musí platit v předepsané výši. S vybraným pojistným pak hospodaří pojišťovny, které fungují jako přerozdělovatelé a nikoli jako ti, kteří by platbou za péči poskytovali nějaké milosrdenství. Systém zdravotní péče a jejího financování je pokládán jako solidární systém i přesto, že jeho účastníci a aktéři nemají žádné individuální rozhodovací kompetence a svobodná rozhodnutí (Kilian, ZDN/6, 2006:15). Navíc má-li být

⁵⁴ V první řadě je důležité, aby si každý člověk uvědomil hodnotu svého zdraví a pak teprve uvažoval nad tím, zda za zdravotní péči nebo léčbu musí zaplatit. Domnívám se, že názor, který se odvolává pouze na to, že můžeme dostat jen takovou zdravotní péči, na kterou máme finanční prostředky a že si můžeme například objednat jen třetinové nebo poloviční zdraví, protože na víc nemáme, zde není relevantní. Přístup každého by měl být takový, aby byl schopný odhadnout, „čím si svoje zdraví poškozuje nebo přímo ničí (kouření, alkohol a jiné toxické produkty, případně adrenalinové či jiné rizikové chování). Takovou nezodpovědnost je na místě řádně zdánit a neudržovat solidaritu takto zdeformovanou“ (Kalandra, ZDN/ 26, 2005: 5).

někdo solidární, je potřeba určit kdo ke komu a to český stát neurčuje, protože systém, který vytváří, „nedefinuje, kdy, kdo, s kým, v čem a jak má být solidární, a tak vznikají všelijaké interpretace ad hoc a za správnou se má vždy ta, kterou podá držitel peněz nebo státní úředník. Systém diktuje vztahy svých účastníků a tento diktát je potencován hned dvojím způsobem: jednak dalšími právními normami, které předepisují povinnost poskytnout péči lege artis za státem kuriozně stanovenou cenu, jednak absencí definic tak zásadních pojmů, jakými jsou zdravotní péče, její dostupnost a další, na nichž je postaven. To ale má se solidaritou pramálo společného“ (Kilian, ZDN/6, 2006: 15).

V souvislosti se zdravím se často diskutuje o problematice sociálních nerovností. Ve filozoficko-politické rovině se jedná zejména o odlišení nerovností objektivně existujících a nerovností, na které se pohlíží jako na nespravedlnost. Mezi lidmi existují samozřejmě přirozené rozdíly a nerovnosti, které jsou podmíněné biologicky a geneticky. Existují ale také nerovnosti, které jsou způsobené rozdílnými socioekonomickými podmínkami. Tyto podmínky je možné kvantitativně vyjádřit a empiricky popsat. Lidé si nejsou rovni například na základě dosaženého vzdělání nebo majetku, zároveň jsou tyto nerovnosti pokládány za přirozené (Janečková, 1997). „Na druhé straně aquita, rovnost ve smyslu spravedlnost, je složitý filozofický pojem a vztahuje se k pojetí rovnosti lidí jakožto lidských bytostí, k rovnosti jako základní hodnotě moderní společnosti, k poměru rovnosti a svobody. Hovoříme pak o přijatelných a naopak nepřijatelných rozdílech mezi lidmi, které jsou vnímány jako nepoctivé, nespravedlivé, neetické“ (Janečková, 1997: 32). Každý člověk by měl mít však stejnou šanci být zdravý⁵⁵ a mít současně rovný přístup ke zdravotnickým službám. „Pocit nespravedlnosti vzniká z nerovných a ovlivnitelných vnějších podmínek v kontextu toho, co se děje ve zbytku společnosti. Vzniká tam, kde je zdravotní péče nedostupná, *nabízená nepřijatelným způsobem*, neposkytovaná ve stejné kvalitě. Nerovnost šancí je pociťována všude tam, kde mají lidé vážně *omezenou svobodnou volbu* životního stylu. Hodnota spravedlnosti je v některých společnostech dominantní (skandinávské země) v jiných společnostech je dominantní hodnota svobody, a prvek spravedlnosti ustupuje do pozadí (USA)“ (Janečková, 1997:33). Nejen-li každému občanovi-pacientovi dostupná primární zdravotní péče, lze hovořit o omezení v přístupu ke standardní péči, o screening⁵⁶ a k preventivním intervencím. Zdravotní politika se intenzivně zabývá tématem rovného přístupu ke zdravotní péči a spravedlivého rozdělení státních zdrojů určených na zdravotní péči. „Spravedlivá zdravotní politika by se měla projevit zlepšením životních a pracovních podmínek, možností žít zdravým způsobem života a *zapojením lidí do rozhodování o způsobech uspokojování jejich zdravotních potřeb*“ (Janečková, 1997:43). V péči o zdraví je tedy důležité, aby lidé upřednostňovali *převzetí odpovědnosti za péči o zdraví* a sami rozhodovali o investicích a zdrojích do vlastního zdraví před státní garancí, která by se měla starat pouze o nejchudší vrstvy. Spoluúčast pacientů není nespravedlivá a představuje spíše jednu z legitimních metod regulace výdajů na zdravotní péči a zároveň je účinným nástrojem státu k chování zúčastněných subjektů. Spoluúčast by však neměla být neomezená, ale měly by být ohraničena určitým stropem, který by byl stanovený na kalendářní rok. Současně by spoluúčast mohla být také diferencovaná, a to s ohledem na význam jednotlivých výkonů pro zdravotní stav občanů. „Výše spoluúčasti by neměla být taková, aby odrazovala občana od návštěvy lékaře, když bude pociťovat zřejmé zdravotní potíže. Případně možné snížení úrovně zdravotní péče u sociálně slabších rodin v důsledku odkladu péče z finančních důvodů lze zamezit buď prostřednictvím sociálně diferencované spoluúčasti nebo vhodnou kompenzací spoluúčasti, vydáním poukázek na zdravotní služby. Pokud by skutečná potřeba zdravotní

⁵⁵ Program WHO „Zdraví pro všechny do roku 2000“.

⁵⁶ Tzv. screening znamená v lékařství „plošné vyšetřování za účelem vyhledávání chorob v jejich časných stádiích, kdy pacient ještě nemá potíže a příznaky“ (Encyklopedie, Screening [online]. [cit. 20. června 2007]. Dostupné na World Wide Web: <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/442403-screening>.

péče u některých jedinců mohla vést ve výjimečných případech k finančně neřešitelným situacím, lze tomu zabránit volbou vhodné regulace výše a podmínek spoluúčasti (finančním stropem či možným odkladem platby)“ (Problematika základní a nadstandardní zdravotní péče, 1994-1995:82-83). Spoluúčast by se však neměla vztahovat na první pomoc a záchrannou službu, naopak zahrnovat by měla primární péči, specializované ambulantní a nemocniční péče. Rozsah a výše spoluúčasti musí být určena s ohledem na podrobnou analýzu a na sociální bezpečnost a účinnost spoluúčasti (Problematika základní a nadstandardní zdravotní péče, 1994-1995).

Závěr

Vědomí individuální hodnoty lidského zdraví podléhá v současnosti v českém zdravotnictvím výraznějším zvrátům. Zdravotnictví v České republice se rychle mění a těmto změnám podléhá také postavení pacienta v systému. Hodnota zdraví má pro člověka klíčovou a instrumentální roli jako základního předpokladu svobodné existence, kvality, úspěchu člověka, osobního rozvoje, seberealizace, které jsou spojené s aktivní participací na podpoře, rozvíjení a ochraně zdraví. Na druhé straně jsme si zároveň ukázali, že u některých občanů-pacientů přezívá v jejich mentalitě a myšlení představa pasivního uživatele ničím neomezované bezplatné zdravotní péče, na kterou má téměř každý nárok bez nutnosti jakékoliv aktivní participace či zapojení do zdravotní péče. Zároveň jsme si také ukázali, že tato představa vzešla z jednotného socialistického zdravotnictví. V současném prostředí hraje role jednotlivce-občana ve vztahu k jeho zdraví velikou roli. Perspektiva zdravotního stavu obyvatel by tedy měla být příznivá. K tomu je ale potřeba, aby byla výslednicí celospolečensky pojatého systému péče o zdraví. Systém zdravotní péče by měl být budován na některých základních principech a první z těchto principů spočívá v hodnotové dimenzi. Lidé musejí zdraví chápat jako klíčovou individuální hodnotu, „která je základním předpokladem individuální svobodné existence, osobního rozvoje, úspěchu a uspokojení a současně pak jako veřejný statek, jenž je zdrojem intelektuálního i somatického fondu a potenciálu celé společnosti i podmínkou jejího žádoucího rozvoje“ (Drbal, 1998: 76). Péče o zdraví by pak měla sehrát významnou úlohu jako mohutný stabilizační faktor daného socioekonomického systému. Druhý princip představuje *posílení role občana-pacienta* spolu s aktivnější pozicí pacienta ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Efektivní starost každého občana a odpovědnost nesená za vlastní zdraví při dnešním způsobu života lidí není myslitelná bez aktivní participace každého jednotlivce na zdravotní péči. Předpokladem účinné a efektivní zdravotní péče je pak dobrý vztah mezi lékařem a pacientem, který spočívá na základech informovanosti a zájmu o zdraví pacienta. V rámci zdravotní péče by měl být občan motivován zájmy vlastního zdraví a informován o příčinách a následcích léčby. Občan-pacient by měl být sám tím, kdo má zájem a může zdravě žít a kdo ví, proč tak činí. Občan-pacient by měl být zároveň tím, kdo kontroluje sebe sama a přizpůsobuje se zdravému životnímu stylu a „který při vědomí vlastní odpovědnosti za zdraví má také určitou možnost ovlivnit objem a kvalitu péče, jež mu má být poskytnuta“ (Drbal, 1998: 76). Třetím principem je ujasnění role státu v systému péče o zdraví. Stát je v tomto případě subjektem vytvářejícím k životu občana určité sociální klima, podmínky a motivace, aby se občan-pacient mohl na základě své volby zdravého života uplatnit. „Stát vytváří určité prostředí a určité předpoklady pro jeho kulturní a vzdělanostní, materiální a sociální standard. Není pochyby o tom, že stupeň tohoto standardu přímo úměrně koreluje s úrovní veřejného zdraví“ (Drbal, 1998: 76). Každý stát pak vytváří pomocí svých struktur vlastní specifickou zdravotní politiku, která se zakládá na garanci a dostupnosti obligatorního rozsahu zdravotnické péče v mezích stanovené míry solidarity.

Každý občan-pacient by se měl zúčastnit tvorby zdravotní politiky a ukázalo se, že pokud bude posílena pacientova role, pokud pacient ponese odpovědnost za své vlastní zdraví a pokud bude upuštěno od paternalistického přístupu a postojů ve vztahu mezi lékařem a pacientem, bude docíleno efektivního zdravotnictví, které bude mít pozitivní vliv na všechny zúčastněné subjekty. Občan-pacient by si měl uvědomit, že zdravotní péče či jakékoliv jiné služby v oblasti zdravotnictví nejsou zcela zadarmo, že medicína je díky rozvoji technologií a většímu očekávání pacientů stále dražší a svým postojem a přístupem by se měl do systému aktivně zapojit také finančně. Druhá část práce ukázala, že spoluúčast může být jedním z velmi účinných nástrojů, které nejenže umožňují občanovi-pacientovi kontrolu nad náklady

jím způsobenými, ale také pomocí ní reflektuje svojí pozici a místo v systému. Spoluúčast zároveň představuje povinnost a závazek jednotlivce vůči tomuto systému, na kterém je (nebo jednou možná bude) závislý. Snažila jsem se ukázat, že spoluúčast přináší občanům-pacientům výhody a není pouze samoučelným týráním nemocných. Především se jedná o to, aby do systému byly vneseny určité regulační mechanismy, které zabrání nadbytečným, drahým, mnohdy i zbytečným vyšetřením, ke kterým v systému bezpochyby dochází. Spoluúčast tedy představuje efektivní nástroj, kterým lze docílit nemalých úspor a ušetřené prostředky pak mohou posílit solidaritu systému ve prospěch skutečně nemocných. Aktivní a zainteresovaný občan-pacient na základě spoluúčasti rozhoduje o alokaci zdrojů a současně je motivován k tomu, aby zbytečně nevyužíval nepotřebné zdravotnické služby. Je zřejmé, že spoluúčast není ekonomickým prostředkem, pomocí kterého by bylo reálné získat chybějící finanční prostředky ve zdravotnictví. Spíše se jedná o pacientovo rozhodování, které má velký vliv na spotřebu zdrojů ve zdravotnictví. Spoluúčast by měla občana-pacienta přinutit chovat se efektivně a racionálně a tak ho v tomto směru také motivuje tím, že se zvyšuje důraz na *osobní odpovědnost jednotlivce*. Potvrdila se také skutečnost, že spoluúčast napomáhá boji proti korupci, která české zdravotnictví poslední dobou trápí. Zde je třeba si uvědomit, že korupce není potřebná a lepším řešením je zde legitimní spoluúčast pacientů. Na základě spoluúčasti začne mít občan-pacient zájem o to, co od systému dostává a za jakých podmínek. Zdravotní péče a celý systém by měly zároveň obsahovat principy solidarity, spravedlnosti a etiky.

Strukturovaný přehled použitých zdrojů

A. LITERATURA:

- Dahrendorf, R. *Hledání nového řádu. Přednášky o politice svobody v 21. století*. 1. vyd. A. Plzák (red.). Přel. M. Havelka. Praha-Litomyšl: Paseka, 2007. 144 s. Přel. z: Auf der Suche nach einer neuen Ordnung. ISBN 978-80-7185-719-8.
- *Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1994. s. 23. ISBN 80-85047-18-7.
- Drbal, C. *Efektivní zdravotní politika*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2002. IGA MZ ČR. Projekt 6238/3. 34 s.
- Drbal, C. *Nová zdravotní politika*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2001. Edice Školy veřejného zdravotnictví. 27 s.
- Drbal, C. *Naše zdraví a jeho otazníky*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2004. Studie 1/2004. 66 s. ISBN 80-86729-08-7.
- Drbal, C. *Politika pro zdraví*. 2. nepřepřacované vyd. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998. Edice Školy veřejného zdravotnictví. 59 s.
- Drbal, C. *Posttransformační stav a možnosti jeho řešení*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2001. Edice Školy veřejného zdravotnictví. 54 s.
- Drbal, C. *Úvahy o zdraví člověka v naší společnosti*. 1. vyd. J. Harant (red.). Praha: Avicenum, 1990. 100 s. ISBN 80 201 0194 2.
- Drbal, C. *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998. Edice Školy veřejného zdravotnictví. 82 s.
- Drbal, C. *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 1997. Edice Školy veřejného zdravotnictví. Studie 3/1997. 92 s.
- Giddens, A. *Důsledky modernity*. 1. vyd. Přel. K. Mueller. Praha: Sociologické nakladatelství, 1998. 195 s. Ediční řada Post. Sv. 3. Přel. z: The Consequences of Modernity. ISBN 80-85850-62-1.
- Haškovcová, H. *Lékařská etika*. 2. doplněné a přepracované vyd. L. Houdek (red.). Praha: Galén a Karolinum, 1997. 199 s. Edice Skripta. Sv. 3. ISBN 80-85824-54-X (Galén). ISBN 80-7484-466-7 (Karolinum).

- Háva, P (nositel projektu). *Vyjadřování ekonomické efektivity zdravotnických služeb a možnosti uplatnění ekonomických nástrojů při jejím zvyšování. Závěrečná zpráva o řešení projektu dotovaného v rámci vládního program Zdraví Lidu a zdravá výživa. Reg. č. 2429-1. s. 25.*
- Interní grantová agentura Ministerstva zdravotnictví ČR. *Problematika základní a nadstandardní zdravotní péče.* Olomouc: Ustav sociálního lékařství a zdravotní politiky, Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, říjen 1994-březen 1995. Analytická studie. Závěrečná zpráva o řešení grantového úkolu č. 2424-2, obor č. G 1572/1572. 148 s.
- Janečková, H. *Sociologie medicíny v kontextu veřejného zdravotnictví.* Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1997. Edice Školy veřejného zdravotnictví. 52 s.
- Kapr, J. - Koukola, B. *Pacient: Revoluce v poskytování péče.* 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1998. 75 s. Ediční řada Studijní texty. Sv. 14. ISBN 80-85850-49-4.
- Křečková Tůmová, N. *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči.* Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, květen 2003. Sborník č. 2. 269 s. ISSN 1213-8096.
- Křivohlavý, J. *Rozhovor lékaře s pacientem.* 2. přepracované vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X.
- Holčík, J. *Evropská cesta ke zdraví. Základní informace o evropské zdravotní strategii a o možnostech jejího využití.* Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1996. Edice Školy veřejného zdravotnictví. 72 s.
- Hroboň, P. - Kergall, T. *Ekonomické hodnocení zdravotnických služeb. Úvod do metodologie a možnosti při tvorbě zdravotní politiky.* Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998. Edice Školy veřejného zdravotnictví. 59 s.
- Hroboň, P. - Macháček, T., Julínek, T. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě v 21. století.* 1. vyd. Praha: Reforma zdravotnictví – forum.cz, 2005. 93 s.
- *Střednědobá koncepce resortní politiky Ministerstva zdravotnictví ČR v letech 2002-200, 13. ledna 2003.* 68 s.
- *Studijní materiály k problematice veřejného zdravotnictví s důrazem na zdravotnickou legislativu.* Kolektiv autorů. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, květen 2003. Edice Školy veřejného zdravotnictví.
- Tate, P. *Příručka komunikace pro lékaře - jak získat důvěru pacienta.* 1. vyd. S. Fuková (red.). Přel. V. DiCara. Praha: Grada Publishing, a.s, 2005. 164. s. Přel. z: The Doctors Communication Handbook. ISBN 80-247-0911-2.

- Vepřek, J. - Vepřek, P. - Janda, J. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. M. Pokorná (red.). Praha: Grada Publishing, 2002. 232 s. ISBN 80-247-0347-5.
- Wallner, J. *Ethik im Gesundheitssystem* [Etika ve zdravotnickém systému]. 1. vyd. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2004. 288 s. ISBN 3-8252-2612-3.

B. ČLÁNKY:

- Bláhová, I. Úplatky mezi zdravotníky. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 9, s. 10-11.
- Bláhová-Bezděková, I. Motivace zdravotníků: na prvním místě jsou peníze. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 22, s. 24-25.
- Beneš, V. Zdravotnictví v duchu lidových hesel. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 19, s. 18.
- ČTK. Průzkum: zdravotnictví je na tom špatně. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 21, s. 10.
- Daňhová, A. Julínek: chce to změnu systému. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 44, s. 8.
- Daňhová, A. Návrh zákona o zdravotní péči posiluje práva pacientů. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 18, s. 6.
- Daňhová, A. - Soukupová, I. Co lze zlepšit na vzdělávání lékařů? M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 16, s. 10.
- Daňhová, A. Zodpovědný pacient často jen snem. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 33, s. 13.
- Chudoba, L. Deset stupňů ke zlaté aneb Návrh konkrétních opatření jak ušetřit. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 42, s. 8.
- Janků, M. V kvalitě zdravotnictví vítězí Francie. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 29-30, s. 6.
- Jedlička, J. Jak motivovat zdravotníky ve zdravotnictví? M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 22, s. 24.
- Kalandra, Z. Netrestejme nevinné občany. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 26, s. 5.

- Kilián, J. Co je a není solidární ve zdravotní péči. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 6, s. 15.
- Pafko, P. Budeme v Čechách operovat za světové ceny? M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 23, s. 28.
- Pelikánová, M. Šetřit na správném místě. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 6, s. 17.
- Rybníkář, O. Jak zhojit české zdravotnictví? M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 25, s. 27.
- Skálová, A. Lékař a pacient na počátku 21. století. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 7, s. 16.
- Soukupová, I. Věnujme více energie komunikaci! M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 16, s. 11.
- Soukupová, I. Informovaný souhlas povinností. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 33-34, s. 3.
- Svobodová, M. Korupce a plýtvání ve zdravotnictví. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 42, s. 3.
- Šavlík, J. - Hnízdil, J. O čem si povídáme...O rovnosti v nerovnosti. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 1-2, s. 21.
- Šilhan, M. nebude to tak jednoduché. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 41, s. 21.
- Šimek, B. Potřebujeme změnu vztahů. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 29-30, s. 17.
- Šimek, B. Chyby Jiřího Paroubka. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 27-28, s. 23.
- Šimek, B. Miliony mizející v socialistickém luxusu. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 25, s. 23.
- Šimek, B. Ekonomika versus etika (aneb postavení pacienta v našem zdravotnictví). M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 51-52, s. 17.
- Šimek, B. Polemika s Davidem Rathem. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 38, s. 19.
- Vašát, J. Zdravotnictví není zadarmo. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2006, roč. 55, č. 47, s. 21.
- Vepřek, P. Více pacientů se chová odpovědně. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 33, s. 15.

- Zámečník, M. Zmírněme morální hazard. M. Mikšová (red.). *Zdravotnické noviny*, 2005, roč. 54, č. 19, s. 17.

C. INTERNETOVÉ ZDROJE:

- <http://www.encyklopedie.seznam.cz/heslo/178095-svetova-zdravotnicka-organizace>
- <http://www.encyklopedie.seznam.cz/heslo/431474-rockefellerova-nadace>
- <http://encyklopedie.seznam.cz/heslo/442403-screening>
- <http://www.ikaros.cz/node/833>
- <http://www.inforum.cz/inforum2000/prednasky/informacnizdro.htm>
- <http://www.stripky.cz/znacky/szu/html>
- <http://www.szu.cz/menu1/historie.html>