

Oponentský posudek na bakalářskou práci Anny Kahounové (*Morální dimenze transformace zdravotnictví v České republice*)

Vypracoval: Mgr. Hynek Bartoš, PhD.

Předložená bakalářská práce zpracovává nesmírně zajímavé, společensky aktuální, ale dle mého názoru teoreticky velmi obtížně uchopitelné téma. Hned v úvodu svého posudku bych rád zdůraznil, že práci Anny Kahounové (dále jen AK) považuji za velmi vydařenou z hlediska volby tématu, formálního zpracování i osobního zaujetí, které je (v dobrém smyslu) patrné téměř na každé stránce. Práci proto navrhuji hodnotit jako výbornou, přestože se v závěrečných odstavcích svého posudku pokusím poukázat na některé její slabiny a nedostatky, ale také na alternativní možnosti jejího zpracování. Většinu ze svých připomínek považuji pouze za příspěvek do diskuse touto prací otevřeně.

Práce je rozdělena na dvě části, z nichž první je nazvaná teoretická, druhá praktická. Teoretická část se zaměřuje zejména na problémy spojené se systémem veřejné zdravotní péče a neefektivním využíváním v tomto systému dostupných prostředků. Mezi problémy veřejné zdravotní péče zařadila AK na prvním místě výjimečnou povahu zdraví jako hodnoty a s tím související výjimečnou povahu péče o zdraví z tržního hlediska (II.1.1). V následující kapitole pojednává o některých aspektech distribuce zdravotní péče, a to zejména s ohledem na neefektivní využívání zdrojů (II.1.2). Oddíl analyzující zdroje ve zdravotnictví a jejich alokaci se postupně věnuje finančním zdrojům (II.2.1), lidským zdrojům, tedy lékařům a jejich vzdělávání (II.2.2), a stručně také materiálním zdrojům (II.2.3). Dále následuje diskuse výhod a nevýhod systému veřejného poskytování zdravotní péče (II.3), která je dělena do podkapitol podle toho, zda o zdraví pečujeme v zájmu individua (II.3.1), nebo v zájmu veřejném (II.3.2). V posledním oddíle teoretické části nacházíme diskusi o možné podobě nové zdravotního systému, který by měl podle AK sledovat hodnoty společnosti (II.4.1), proměňující se determinanty zdraví (II.4.2) a vývoj společnosti (II.4.3). Za hlavní prioritu reformy dosavadního systému zdravotní péče považuje autorka především efektivnější hospodaření (II.4.4).

Praktická část si klade za cíl „v praxi prověřit předpoklad z části teoretické, že veřejné poskytování zdravotní péče má zásadní vliv na problémy zdravotního systému“ (str. 36). AK konkrétně prověřuje hypotézu, podle které „veřejná povaha zdravotnictví vede k neefektivnímu využívání zdravotní péče, to se v praxi projevuje *plýtváním, nadužíváním, nedostatkem odpovědnosti a nedostatkem motivace na straně pacientů*“ (str. 36). Následujících pět případových studií z ordinace praktického lékaře (III.2) je podle mého názoru tím nejzajímavějším na celé práci, ovšem s jistou metodologickou výtkou, kterou zmíním níže.

V závěru autorka přiznává, že ačkoli byla zpočátku ke stávajícímu zdravotnímu systému velmi kritická a skeptická, během psaní práce změnila názor a nyní se přiklání k názoru, že spíše nežli zavádět nový systém bude lepší zdokonalovat ten stávající, a to zejména posílením role pacienta a zvýšením jeho motivace k péči o vlastní zdraví.

Nyní přistoupím k některým aspektům předložené práce, které považuji za diskutabilní. V první řadě se mi zdá nevyjasněný vztah mezi zdravím jako lidskou hodnotou, která se nedá převádět na hodnotu finanční, a léčbou diagnostikovaných nemocí, jejímž hlavním problémem je právě finanční nákladnost. Jestliže připustíme, že každý člověk má právo na to být zdravý (podobně jako bychom mohli říci, že má právo být šťastný, být milován svými blízkými atd.), podle mého názoru z toho ještě nevyplývá nutně, že by někdo jiný měl mít povinnost garantovat mu tuto hodnotu (stejně jako nemůžeme očekávat, že nám někdo

bude garantovat štěstí a lásku). To úzce souvisí také s tím, jak definujeme zdraví. Pokud akceptujeme definici SZO, podle které je zdraví „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody“ (str. 20), je požadavek garance zdraví státem zcela nesmyslný. Zdá se spíše, že státem garantovaný systém, který takto definované zdraví nemůže občanovi ničím zaručit, by neměl nikomu bránit, aby se o své zdraví staral podle vlastních představ a možností. Navíc lékaři a zdravotnická zařízení nejsou odměňováni za uzdravování (tedy za výsledek své práce), ale za léčení, které není nijak časově ani finančně omezeno a není přímo závislé na dosaženém výsledku. Proto je potřeba brát také v úvahu v praxi mnohem častěji používanou „privativní“ definici zdraví, podle které je zdraví „stav bez nemoci“, neboli zdravý je pouze ten, komu lékaři dosud nediagnostikovali žádnou nemoc („zdravý člověk je jen špatně vyšetřený pacient“ /str. 20/). Domnívám se, že z tohoto pohledu se nám problémy spojené s financováním zdravotního systému odkryjí mnohem jasněji.

Autorka v úvodu deklaruje, že „poznatky získané v první části využívá v části druhé při analýze problémů v ordinaci praktického lékaře“ (str. 6), ovšem její postup je podle mého názoru (možná nevědomě) opačný. Zatímco případové studie by měly sloužit jako empirický materiál testující určitou hypotézu, ve výsledku je to právě ona hypotéza, která zcela určuje výběr témat i způsob interpretace jednotlivých případů. Zdá se také, že zkušenost jediného praktického lékaře do značné míry ovlivnila pohled na celou první (tj. „teoretickou“) část minimálně v tom smyslu, že za hlavní slabinu celého zdravotního systému je nejčastěji považován nezodpovědný pacient. AK mluví o tom, co by si měl uvědomovat pacient „při návštěvě zdravotního systému“ (str. 5), jak by měl smýšlet člověk, který „vědomě poškozuje své zdraví“ a stojí zdravotní systém „spoustu peněz“ (str. 5). Jedinou alternativou k selhání pacientů je podle AK možnost, že je to vina „celého systému zdravotnictví, že nás nedostatečně motivuje pečovat o zdraví a bere nám pocit odpovědnosti za něj“ (str. 5). V závěru však dochází k přesvědčení, že z toho „nelze v zásadě nikoho vinit“ (str. 46).

Je poněkud překvapivé, že se autorka ve své práci věnované morální dimenzi transformace zdravotnictví zaměřuje především na zneužívání zdravotnictví pacienty, ale vůbec si nevšímá zneužívání pacientů zdravotnictvím, což považuji za neméně závažnou „morální dimenzi“ celé problematiky, na kterou bych rád upozornil. Jestliže hledáme příčiny plýtvání finančními zdroji ve státem regulovaném systému zdravotnictví, pak musíme mezi podezřelé viníky zahrnout nejenom pacienty a špatně nastavený systém, ale také ty, kteří mohou z případného plýtvání profitovat, což budu ilustrovat na autorkou diskutovaném „nadužívání léků“. Kdo nejvíce profituje na nadměrné spotřebě léčiv? Rozhodně ne pacient, ale v první řadě jsou to výrobci a prodejci léků. Přestože se zdravím, jak tvrdí autorka v úvodu své práce, „nemůžeme obchodovat jako s jiným zbožím“ (str. 8), léčiva jsou z pohledu obchodníka zboží stejné jako jiné, a dokonce se na něm dá vydělávat velmi dobře, jak prokazují zisky a tomu odpovídající vliv farmaceutických koncernů. Kdo má peníze, může jimi motivovat další účastníky celého systému, kteří z prodeje léků žádný bezprostřední profit nemají, ale zároveň se na něm aktivně podílejí: jednak lékaře, kteří léky předepisují, a jednak zákonodárce, kteří celý systém legislativně umožňují. Pokud ponecháme stranou lobbyistický vliv farmaceutických firem na politiky či dokonce s tím spojené korupční jednání, které je samozřejmě ve většině případů jen neprokazatelnou spekulací, měli bychom se zaměřit také na lékaře. Není žádným tajemstvím, že spolupráce lékařů s dodavateli léků je často velmi úzká a mnohdy prokazatelně škodí pacientům. Za hojné ordinování léků vybraných značek dostávají mnozí lékaři od distributorů drobné dárky, různé provize, zájezdy a kongresy v exotických zemích, a v poslední době jsou také odměňováni poměrně rafinovanou formou zakázky na tzv. „neintervenci studie“. Ty spočívají v tom, že firma osloví lékaře s nabídkou studie, jejímž cílem je „získání užitečných údajů o klinických zkušenostech se zkoušeným lékem a schválenou indikací“. Jenomže tyto léky již byly dříve řádně klinicky testovány, registrovány a schváleny, a proto žádné dodatečné studie nepotřebují. Ty jsou jen záminkou

pro to, aby lékaři, kteří za každý údaj dostávají finanční odměnu za „spolupráci na výzkumu“, předepisovali právě takto prosazovaný lék a farmaceutickým firmám se tak zvyšoval obrat a zisk. Lékaři tak za drobný příplatek k jejich nedůstojné mzdě (a zde je další jádro problému!) často ve výsledku své pacienty spíše poškozují, čímž popírají jednu z klasických zásad lékařské etiky: *primum non nocere!*

Poslední z případových studií, které autorka uvádí, nám může posloužit jako vhodná ilustrace k celému problému s finančně motivovanou medikalizací současné populace. Popisuje totiž pacientku, která „navštěvuje lékaře jedenkrát za měsíc s nejrůznějšími úrazy a nehodami“ a která „si neustálými zdravotními potížemi vybudovala závislost na opiátu“ (str. 43). AK to komentuje slovy, že se „jedná o velice složitý problém“ a že „v situaci, kdy žena již projevuje známky závislosti na opiátu, nelze primárně mluvit o problému způsobeném veřejnou povahou zdravotnictví“. S ohledem na výše nastíněnou problematiku bych doporučoval ptát se: Jak a proč pacientka k opiátům přišla? Jakou roli v její závislosti hrají lékaři, kteří jí opiáty předepisovali? Jak to souvisí s tím, že za takto předepsané léky pacientka pravděpodobně platila jen zlomek jejich tržní ceny? Domnívám se, že tyto otázky jasně odkazují k problémům úzce souvisejícím s povahou současného systému zdravotnictví.

Pokud mám celkově zhodnotit předloženou bakalářskou práci, oceňuji na ni především formální přehlednost, zajímavé a inspirativní téma, stejně jako osobní zaujetí v tom nejlepším slova smyslu. Navrhuji proto hodnocení v rozmezí 41-45 bodů.

V Praze dne 22. 7. 2008

Hynek Bartoš