

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta humanitních studií

Bakalářská práce na téma:

**Morální dimenze transformace zdravotnictví**  
**v České republice**

Vedoucí bakalářské práce: Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová CSc.

Vypracovala: Anna Kahounová, UČO: 10173

V Praze dne 27.9.2007

Podpis:

Univerzita Karlova v Praze

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě vyjádřila poděkování za pomoc a cenné připomínky při psaní mé bakalářské práce Prof. PhDr. RNDr. Heleně Haškovcové CSc.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předloženou bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené odborné literatury.

V Praze, dne

Podpis:

## Osnova

<b><i>I</i></b>	<b><i>Úvod</i></b> .....	<b>5</b>
<b><i>II</i></b>	<b><i>Teoretická část</i></b> .....	<b>7</b>
<b>II.1</b>	<b>Problémy spojené s veřejnou povahou zdravotní péče</b> .....	<b>8</b>
II.1.1	Výjimečná povaha trhu se zdravotní péčí .....	8
II.1.2	Neefektivní využití zdrojů.....	10
<b>II.2</b>	<b>Zdroje ve zdravotnictví a jejich alokace</b> .....	<b>13</b>
II.2.1	Finanční zdroje a financování zdravotnictví .....	15
II.2.2	Lidské a edukační zdroje.....	16
II.2.3	Materiální a geografické zdroje.....	18
<b>II.3</b>	<b>Důvody pro veřejné poskytování zdravotní péče</b> .....	<b>19</b>
II.3.1	Zdraví jako individuální zájem .....	20
II.3.2	Péče o zdraví jako veřejný zájem.....	21
<b>II.4</b>	<b>Nová podoba veřejného zdravotnictví</b> .....	<b>22</b>
II.4.1	Zdravotnictví musí sledovat hodnoty společnosti .....	22
II.4.2	Zdravotnictví musí reagovat na proměnu determinant zdraví .....	28
II.4.3	Zdravotnictví musí reagovat na vývoj společnosti .....	30
II.4.4	Zdravotnictví musí hospodařit efektivně.....	32
<b><i>III</i></b>	<b><i>Praktická část</i></b> .....	<b>36</b>
<b>III.1</b>	<b>Základní údaje o lékaři a jeho praxi</b> .....	<b>38</b>
<b>III.2</b>	<b>Případové studie</b> .....	<b>39</b>
<b><i>IV</i></b>	<b><i>Závěr</i></b> .....	<b>46</b>
<b><i>V</i></b>	<b><i>Seznam literatury</i></b> :.....	<b>47</b>
<b><i>VI</i></b>	<b><i>Přílohy</i></b> .....	<b>49</b>

# I Úvod

Tématem mé bakalářské práce je *Morální dimenze transformace zdravotnictví v České republice*. S rokem 1989 vstoupila česká společnost do období zásadních změn. Politická transformace, jakož i modernizace společnosti podstatně změnily životy nás všech. V důsledku toho se zákonitě proměnily i determinanty, které ovlivňují zdravotní stav populace. Problémy zdravotnictví, na které v poslední době upozorňují jak média, tak odborníci, svědčí o tom, že současný zdravotní systém již neodpovídá zdravotním potřebám, ale ani zdravotnímu stavu společnosti, a proto je ho nutné reformovat.

Transformace zdravotnictví představuje rozsáhlý problém. Práci proto omezím na fenomén *veřejné povahy zdravotnictví* a možnosti jeho budoucího vývoje. Hospodaření s veřejnými zdroji bývá obecně spojováno s neefektivitou a plýtváním. Protože množství zdrojů ve zdravotnictví je omezené, představuje efektivní využití zdrojů také morální imperativ. Nesmíme zapomínat, že špatné hospodaření s omezenými zdroji má za následek, že se někomu jinému v případě potřeby zdravotní péče nedostane. Pacient by si při návštěvě zdravotního systému měl uvědomovat, že právě „ukrojil“ část z dostupného množství financí určeného pro péči o zdraví všech a že se mu na tuto péči složila celá společnost. Stejně by měl smýšlet i člověk, který vědomě poškozujee své zdraví a pravděpodobně v budoucnu sklídí, co na svém zdraví zasel, a bude stát zdravotní systém spoustu peněz. Nejedná se o zvláštní druh *sebestřednosti*, když lidé o své zdraví nepečují, vědomě ho poškozují, zdravotní péči nadužívají a pak čekají, že se jim zdravá část společnosti složí na nákladnou léčbu? Nehledě na to, že spotřebovávají zdroje těm, kteří za svou nemoc nemohou a kterým se v případě potřeby péče nemusí dostat. Nebo to není vina jedinců, ale celého systému zdravotnictví, že nás nedostatečně motivuje pečovat o zdraví a bere nám pocit odpovědnosti za něj?

Zamezit plýtvání, ale zároveň podporovat lidi v péči o své zdraví a zajistit, že nikdo nebude pro neposkytnutí zdravotní péče trpět, představuje složitý problém, o čemž svědčí neustálá kritika a nespokojenost zdravotníků i občanů s reformními kroky českého ministerstva zdravotnictví, ať již v jeho čele sedí spřízněnc levice či pravice<sup>1</sup>. Problém je o to komplikovanější, že se nacházíme v období podstatných společenských změn, na které zdravotní systém, pokud chce být efektivní, musí reagovat.

---

<sup>1</sup> Viz. Příloha č.1 - Přehled ministrů zdravotnictví po roce 1989 a jejich politická příslušnost

Text je rozdělen na dvě části. V první části zkoumám jednak výhody a nevýhody veřejné povahy českého zdravotnictví, dále hlediska, které by zdravotní systém měl splňovat a které při transformaci zdravotnictví musíme brát v úvahu – zvláště tedy hodnoty, determinanty zdraví, ale i vývoj společnost.

Poznatky získané v první části využívám v části druhé při analýze problémů v ordinaci praktického lékaře. Pomocí případových studií zkoumám již konkrétní situace neefektivního využití zdrojů ve zdravotnictví. Svou pozornost soustředím zvláště na to, jakou úlohu v těchto problémech hraje volný přístup ke zdravotní péči. K vyhodnocení jednotlivých případů používám poznatky z části teoretické. Případy dále zařazuji do širších souvislostí. Mým cílem je na tyto problémy upozornit, ukázat jejich rozmanitost, nikoliv je vyřešit.

## II Teoretická část

V České republice existuje *system veřejné zdravotní péče*. Prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění si každý občan předplácí péči, pojišťuje se tak pro případ nemoci a zároveň je solidární ke svým bližním, kteří zdravotní péči potřebují v době, kdy on je zdravý. Nejen z etického hlediska je důležité, aby přístup ke zdravotní péči byl volný a nezávisel na finančních možnostech jedince.

„Žádný stát na světě nedokáže vyprodukovat tolik zdrojů, kolik by lékaři dokázali utratit v dobré víře, že pomáhají svým pacientům“ (11, s.172), ale ani kolik by sami jedinci dokázali spotřebovat pro své dobro. Ideální by bylo vlastnit kouzelný měšec a zajistit tu nejlepší medicínu pro celý svět. Nic takového však nemáme a nebudeme mít. Podle odborníků je množství financí ve zdravotnictví dostatečné, tvoří přiměřený díl HDP<sup>2</sup> České republiky a je srovnatelné i s evropským průměrem. Problémem tedy není ani tak nedostatek financí, jako jejich neefektivní využití. Musíme zkoumat příčiny této neefektivity a snažit se je odstranit. V této souvislosti se před nás staví otázka, jaký vliv má na alokační problémy veřejná povaha zdravotnictví?

---

<sup>2</sup> HDP –hrubý domácí produkt

## **II.1 Problémy spojené s veřejnou povahou zdravotní péče**

Volný přístup ke zdravotní péči představuje vážný ekonomický problém. Vede k *neefektivnímu využívání* – jedinec, ať poskytovatel péče či klient, při spotřebě není omezen dostupnými financemi. Ekonomové tuto nadměrnou spotřebu nazývají „*tragédií společného vlastnictví*“ (12, 17.kapitola). Veřejné poskytování zdravotní péče tedy zásadním způsobem formuje vztah lidí ke zdravotnímu systému, ale pravděpodobně i k samotnému zdraví.

### **II.1.1 Výjimečná povaha trhu se zdravotní péčí**

Všeobecně se považuje za nemorální, aby komukoli pro nedostatek financí byla odmítnuta základní zdravotní péče. Obchodování se zdravím brání ale i technická stránka věci, neboť „zdraví se za peníze koupit nedá“. V moderních společnostech, tedy i v České republice, zdraví není nositelem ceny a jeho cena nemá vliv na alokaci, nemotivuje jednotlivé subjekty na trhu se zdravotní péčí k určitému chování, ani je neinformuje o situaci na zdravotním trhu.

Výjimečná povaha zdraví způsobuje, že s ním nemůžeme obchodovat jako s jiným zbožím. Tam, kde selhávají tržní principy, musí „vypomáhat“ stát. Ale ani stát *nezná recept*, jak řídit trh se zdravotní péčí. Dostatečným důkazem může být špatná finanční situace v českém zdravotnictví.

Na běžných trzích v demokratických společnostech jsou zdroje rozdělovány na základě nabídky a poptávky, podléhají konkurenci. Z ekonomického hlediska, pokud trh funguje svobodně, jedinec má tendence maximalizovat výnosy a minimalizovat náklady (12, 1.kapitola), má svobodu volby rozdělovat své zdroje mezi své zájmy. Zastánci svobodného trhu tak věří, že sledováním svých individuálních zájmů jedinec nejlépe podporuje i zájmy celospolečenské (5, s.10), alokace<sup>3</sup> tedy probíhá efektivně. Protože ve svobodné společnosti každý disponuje odlišným množstvím zdrojů různé povahy, jedinci mezi sebou mohou jednotlivé zdroje směřovat a cena v tomto případě plní funkci alokační, motivační i informační (12, 1.kap.).

---

<sup>3</sup> Při alokaci dochází k „ekonomickému a geografickému rozdělení jednotlivých ekonomických činitelů (kapitálu) do jednotlivých odvětví, respektive organizací“(27)



Tabulka č.1: Proč v oblasti zdravotnictví selhávají tržní principy?

Trh se zdravotními statky i trh se zdravotním pojištěním vyžadují zásahy státu	
Proč?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chybí suverenita spotřebitelů</li> </ul>
Důvody	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedostatek informací na straně pacienta</li> <li>• Informační asymetrie mezi lékařem a pacientem</li> <li>• Existence pozitivních a negativních externalit</li> <li>• V případě nemoci je jedinec ekonomicky oslaben</li> </ul>
Důsledky	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neschopnost uzavírat racionální rozhodnutí</li> <li>• Neschopnost ocenit budoucí potřeby</li> <li>• Člověk nemůže být vyloučen ze spotřeby určité zdravotní péče, ale ani nákazy</li> <li>• Vážně nemocné by nikdo nepojistil</li> </ul>
Výzvy do budoucna	Péče o zdraví vyžaduje aktivní účast jedince, proto je důležité suverenitu jedince podporovat.

Zdroj: Modifikováno podle Beek, K.. (2,s.65-115)

Pacienti nemají dostatek informací, jednak nemají čas tyto informace získávat, jednak pro ně zdravotnictví představuje příliš složitý sektor. Na zdravotním trhu nemohou být rovnocennými partnery lékařům, stejně tak nedokáží zvolit tu „nejvhodnější“ zdravotní péči. V tomto případě mluvíme o „*informační asymetrii*“, kdy strana nabídky má více informací a může značně ovlivňovat stranu poptávky – „*nabídkou řízená poptávka*“ (2, kapitola 3.2.1.2). Jako nástroj ke zmírnění informační asymetrie slouží instrument *informovaného souhlasu*.

Zdravý jedinec je přínosem pro celou společnost, je ekonomicky výkonnější, naopak nemocný ohrožuje zdraví svého okolí a společnost finančně zatěžuje. V tomto případě se jedná o *negativní externality*<sup>4</sup>. Příkladem *pozitivních externalit* je očkování. Pro veřejné poskytování některých druhů očkování mluví právě celospolečenský prospěch.

<sup>4</sup> *Externality* – „ekonomické jednotky, které vytváří externí efekt kladný či záporný bez peněžní kompenzace od ostatních uživatelů“ (6, s.362). Na trhu se zdravotními statky můžeme rozlišovat externality fyzické (očkování) a psychické („dobrý pocit“, že pomáhám)

## II.1.2 Neefektivní využití zdrojů

Jak již bylo řečeno veřejné využívání zdrojů je spojováno s neefektivitou a plýtváním. Plýtvání je především problémem „nedostatečné ekonomické a společenské účinnosti zdravotní péče, tedy problémem neefektivního využití omezených prostředků ve zdravotnictví“ (11, s.153). Hlavní příčinou je „neznalost a neinformovanost“, ale i „nízké vědomí odpovědnosti“ (11, s.153).

Manželé Friedmanovi jsou přesvědčeni, že člověk hospodaří jinak s penězi, které jsou jeho, a jinak s penězi, které jsou všech, zároveň jinak využívá peníze, pokud je utrácí ve svůj prospěch, odlišně pokud sleduje zájem někoho jiného (5, s.118). Na základě toho Friedmanovi rozlišují čtyři možnosti hospodaření s financemi, které uvádím v následující tabulce.

Tabulka č.2 : Hospodaření s penězi

Čí peníze utrácíme	V čí prospěch peníze utrácíte	
	Pro sebe	Pro jiného
Naše peníze	I, <u>Utrácení vlastních peněz pro vlastní potřeby</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ silná motivace ušetřit</li> <li>▪ silná motivace dostat co nejvyšší hodnotu za každou korunu</li> </ul>	II, <u>Utrácení vlastních peněz pro potřebu někoho jiného</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ silná motivace ušetřit</li> <li>▪ menší motivace než v případě I, dostat co nejvyšší hodnotu ... vedle toho, člověk nikdy nedokáže dokonale odhadnout přání druhých</li> </ul>
Cizí peníze	III, <u>utrácení cizích peněz pro vlastní potřeby</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nejsme motivováni šetřit</li> <li>▪ silná motivace dostat co nejvyšší hodnotu</li> </ul>	IV, <u>utrácení cizích peněz pro cizí potřeby</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ neexistuje motivace ušetřit</li> <li>▪ slabá motivace dostat hodnotné zboží</li> </ul>

Zdroj: Friedmanovi, M. a R.(5, s.118)

Hospodaření s veřejnými zdroji ve zdravotnictví znázorňuje III. a IV. kategorie. Právě zde spatřují manželé Friedmanovi hlavní příčinu alokačních problémů ve veřejném sektoru. Lidé si neuvědomují, že utrácí peníze, které odevzdali na daních či zdravotním pojištění, a proto hospodaří neefektivně (5, s.120). Samotná neefektivita má mnoho podob, kdy řada z nich je skrytá a často nevědomá. Projevuje se *plýtváním, nadužíváním, nedostatkem odpovědnosti, nedostatkem motivace, obecně špatným využitím veřejných*

*zdrojů*<sup>5</sup>. Důležitou roli v efektivním hospodaření se zdroji hraje tedy *motivace šetřit*. Friedmanovi jsou přesvědčení, že jedinci jsou motivováni šetřit, pokud hospodaří s vlastními penězi, naopak nemají žádnou motivaci šetřit, pokud hospodaří s cizími zdroji.

Pokud tedy připustíme, že systém veřejného poskytování zdravotní péče má negativní vliv na snahu jedinců šetřit, musím uvažovat také o tom, jakým způsobem veřejné zdravotnictví ovlivňuje motivaci jedinců pečovat o své zdraví. Jak ukáží později, náš zdravotní stav z velké části determinuje životní styl, proto špatná životospráva může mít zásadní vliv na pozdější zdravotní problémy. Způsobuje tedy veřejná povaha zdravotní péče *morální hazard* v tom smyslu, že jedinec není motivován pečovat o své zdraví a „vyvolává tak vyšší náklady (svou špatnou životosprávou – kouřením, obezitou, ...), než by byly nezbytně nutné, jen protože náklady na zdravotní péči nehradí přímo v momentě spotřeby“ (6, s.365)? Byl by jedinec více motivován žít zdravě, pokud by nesl větší spoluúčast na péči o své zdraví, popřípadě pokud by znal skutečnou cenu svého zdraví?

Množství špatně využitých zdrojů podle odhadů kolísá mezi 10 – 50% (11, 153). Již velké rozmezí v údajích o proplývaných zdrojích svědčí o tom, že rozhodnout o účinnosti využití zdrojů ve zdravotnictví představuje obrovský problém. Hospodaření se zdroji hodnotíme z hlediska „úspornosti, účinnosti a efektivity“ (11, s.153). Rozmanitost lidského zdraví způsobuje, že posoudit „zlepšení“ zdravotního stavu je komplikované a velice subjektivní. Je skoro nemožné vyčíslit v penězích „omezení skličujících nebo odpudivých symptomů spojených se strádáním pacientů“ (11, s.155), tedy přínos spotřebovaných zdrojů pro lidské zdraví.

Při měření efektivity „porovnááme vynaložené prostředky s:

- *druhem a rozsahem vykonané činnosti*
- *výsledkem vyjádřeným v peněžních jednotkách* (potřeba standardizovat jednotlivé zdravotní služby)
- *výsledky v návaznosti na stanovené cíle* (snížení nemocnosti a úmrtnosti, vyléčení nemoci, redukce symptomů, zlepšení kvality zdraví, prodloužení aktivního života, znovunabytí pracovní schopnosti)“

(11, s.154).

---

<sup>5</sup> Anglosaská literatura používá pojmy *futility* („marnost, bezvýslednost, neúčinnost“), *wastage* („zbytečná ztráta, plýtvání, nehospodárnost“) (11, s.154. )

Efektivitu výkonu je nutné hodnotit také z pohledu *rizika*, které je s výkonem spojeno (11, s.154). Pokud je riziko úmrtí při operaci vysoké, snižuje se efektivita výkonu.

Tabulka č.3 : Čtyři základní úrovně plýtvání ve zdravotnictví

Úroveň	Příčiny	Důsledky
Politická	Řízení orientované na krátký časový horizont, nekoncepční práce, nedostatek informací a odbornosti	Špatně nastavený systém zdravotnictví, který dalším subjektům umožňuje špatně využívat zdroje a podporuje nevhodné hodnoty ve společnosti
Manažerská	Nedbalost, nemístná horlivost manažera, který prosazuje zájmy určitého zdravotního zařízení na úkor ostatních.	Zdravotnictví je celek a hospodaří s určitým množstvím zdrojů, proto když někdo využívá více zdrojů, jinde chybí.
Zdravotní pracovníci	Zdravotničtí pracovníci mohou být okolnostmi (politickým, manažerským či tlakem pacientů) nuceni sledovat nevhodné cíle.	Orientace více na léčbu než na prevenci, upřednostňování komplikovaných a nákladných postupů před řešením prioritních zdravotních problémů.
Příjemci péče	Neinformovanost, přehnané požadavky – strach o vlastní zdraví, špatné nastavení systému.	Zanedbávání svého zdraví, jakož i nadměrná péče o zdraví

Zdroj: Modifikováno podle Holčík, J., Kaňová, P., Prudil, L. (11, s.158-159)

Bylo by chybou, kdyby se cílem zdravotnictví staly pouze efektivita (úspory) a hmatatelné výsledky (prodlužování délky života) (11, s.155). Je proto velice důležité správně porozumět podstatě efektivity ve zdravotním systému, protože špatné pochopení tohoto pojmu a sledování jiných cílů může vést k přesnému opaku, tedy k neefektivitě a plýtvání, kdy výsledkem bude zhoršený zdravotní stav. Musíme mít na paměti, že **pouze technické snížení nákladů, bez systémových změn, v žádném případě plýtvání neomezí!!**

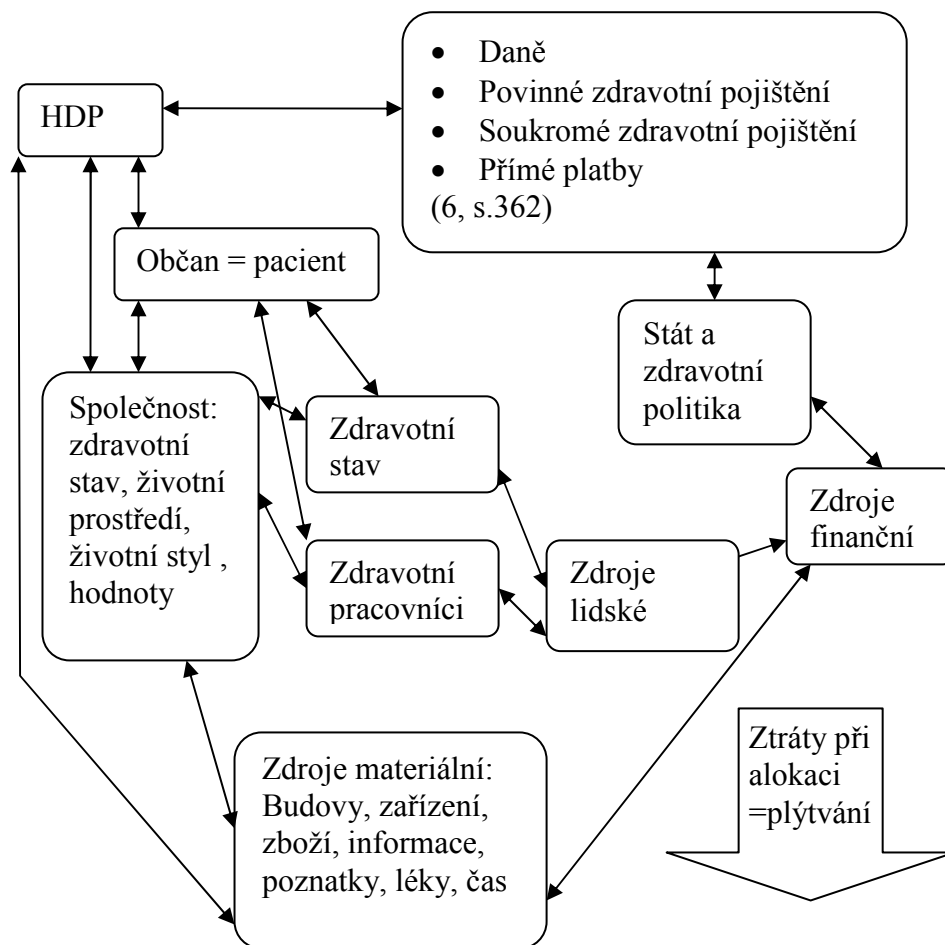
## **II.2 Zdroje ve zdravotnictví a jejich alokace**

Struktura zdrojů, se kterými systém zdravotnictví hospodaří, je komplikovaná. Jednotlivé zdroje systému péče o zdraví, jak již zdroje finanční, materiálové, technické či geografické, se od sebe liší podle formy vlastnictví. Vhodná struktura zdrojů a jejich vhodné využití úzce souvisí se správnou funkcí celého systému (11, s.30).

Převážná většina zdrojů ve zdravotnictví je **povahy veřejné**. Veřejné zdroje musí být poskytovány bezplatně, neboť nikdo nemůže být vyloučen ze spotřeby (12, 17.kapitola). Veřejné zdroje „představují část celkových společenských zdrojů, která je vyčleněna pro uspokojování veřejných potřeb“ (25, s.179). V případě zdravotní péče je morálně nepřijatelné, aby poskytnutí zdravotní péče podléhalo finančním možnostem jedince a nemajetný jedinec zůstal bez péče. Další vlastností veřejných statků je „nerivalita“ ve spotřebě (12, 17.kapitola). Pacienti si ve spotřebě zdravotní péče nekonkurují, kromě dlouhých čekacích dob je příchod dalšího jedince nijak neohrožuje. Veřejné statky jsou financovány státem z daní a z veřejného zdravotního pojištění. Zde existuje reálný problém, že množství zdrojů, které je tímto způsobem k dispozici - „*disponibilní zdroje*“ (25, s.22), neodpovídá reálným potřebám spotřebitelů zdravotní péče, tedy skutečně potřebným finančním zdrojům.

Zdroje ve zdravotnictví mohou být i **povahy soukromé**, příkladem je soukromoprávní pojištění – „připojištění“, nebo přímé či regulační platby u lékaře. Některé zdroje - soukromí lékaři, soukromá zdravotní zařízení – jsou povahy soukromé, ale na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou jsou placeny z veřejného zdravotního pojištění. Existují i zařízení, která se zdravotní pojišťovnou smlouvu uzavřenou nemají nebo poskytují výkony, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění (estetické zákroky). Tato zařízení jsou soukromá a jsou placena přímo pacienty. Zdroje ve zdravotnictví mohou dále pocházet z dobrovolnických a dobročinných organizací, jiné přímo od zaměstnavatelů – poukazy a proplácení zdravotních služeb, zahraniční pomoc – v současnosti granty EU, dary a loterie. Jistou možností pro zdravotnictví, jak ušetřit peníze a zvýšit množství financí, představuje větší využití soukromých zdrojů formou spoluúčasti. V tomto případě je ale důležité, aby společnost disponovala dostatečným množstvím financí. Pokud by spoluúčast pacienty existenčně ohrožovala, hrozí, že budou své zdraví zanedbávat.

Obrázek č.1 Rozmístnění zdrojů ve zdravotnictví



Zdroj: Vytvořeno na základě přečtené literatury

**Množství zdrojů**, které má zdravotnictví k dispozici, závisí tedy na ekonomické vyspělosti země, ale také na zdravotní politice státu. Při financování zdravotnictví máme reálně k dispozici *disponibilní zdroje* (25, s.179). Jejich množství neodpovídá potřebám obyvatel, ale ekonomické vyspělosti státu. Zdrojů ve zdravotnictví se proto neustále nedostává. Potřeby totiž zpravidla převyšují možnosti ekonomiky. O zdrojích, které odpovídají potřebám obyvatel, mluvíme jako o „*zdrojích požadovaných*“. Požadované zdroje jsou „skutečně potřebné zdroje vzhledem k množině očekávání a veřejných potřeb“ (25, s.169). Zmenšit rozdíl mezi disponibilními a požadovanými zdroji je možné pomocí efektivního hospodaření.

***Disponibilní zdroje < požadované zdroje = potřeby obyvatel***

O množství zdrojů (disponibilních zdrojích), se kterými zdravotnictví hospodaří, nerozhoduje spotřebitel, ale stát rozpočtovou politikou. V případě zdravotnictví stát

kontroluje samotný vstup poskytovatelů péče na trh již v oblasti vzdělávání. O tom, že stát vždy nedokáže správně reflektovat potřeby spotřebitelů svědčí nedostatek mladých praktických lékařů i stomatologů. Naopak o objemu požadovaných zdrojů rozhoduje pacient, tedy spotřebitel.

### ***O množství dostupných zdrojů rozhodují politici X O množství požadovaných zdrojů rozhoduje spotřebitel***

Stát v zastoupení ministerstva zdravotnictví pak s dostupnými financemi hospodaří. „Umožnit všem, aby dosáhli pokud možno plného zdravotního potenciálu“ (11, s.9), je hlavním cílem zdravotnictví. Dostupné zdroje mají sloužit k naplňování tohoto cíle.

## **II.2.1 Finanční zdroje a financování zdravotnictví**

Finance jsou důležitým zdrojem ve zdravotnictví, z jejich množství se odvíjí dostupnost zdrojů lidských i materiálních. Množství finančních zdrojů závisí na ekonomice daného státu, ale i na rozpočtové politice. Výdaje ČR na zdravotnictví se nijak neliší od evropského průměru. V porovnání s ostatními státy patří ČR mezi evropský průměr<sup>6</sup>, vyšší výdaje má USA<sup>7</sup>.

Hlavním zdrojem financí ve zdravotnictví bylo v roce 2006 veřejné zdravotní pojištění.<sup>8</sup> Převážnou část zdravotní péče tedy platili přímo občané<sup>9</sup>. Zdravotní pojištění je povinné, vzniká narozením a zaniká smrtí. Zdravotní pojištění je solidární a je využíváno na péči pro ty, kteří ji momentálně potřebují. Tento systém funguje, neboť každý ví, že i on v budoucnu může péči potřebovat, proto se vyplácí být pojištěn. Za důchodce, studenty, státní zaměstnance platí zdravotní pojištění stát.

Finance do zdravotnictví dále plynou ze státních a územních rozpočtů<sup>10</sup>, ale také přímo ze soukromých zdrojů spotřebitelů. Jedná se například o výdaje zaměstnavatelů na zdraví zaměstnanců, ale i soukromé zdravotní pojištění, dary zdravotnických zařízení.

O financování zdravotnictví i alokaci rozhoduje ministerstvo zdravotnictví,

<sup>6</sup> Výdaje v roce 2001: Velká Británie – 7,3% z HDP, Německo – 8,7% z HDP, Nizozemsko – 8,1 z HDP, ČR – 7,2% z HDP (6, s.29)

<sup>7</sup> Výdaje v roce 2001 : USA – 13,0% z HDP (6, s.29)

<sup>8</sup> Veřejné výdaje představovaly 199 198 mil.Kč, což tvoří 79,3% z celkových výdajů. (28, s.193)

<sup>9</sup> V České republice odvádí každý zaměstnaný občan 13,5% ze svého příjmu na zdravotní pojištění, zaměstnanec platí 1/3 a zaměstnavatel 2/3 (23, s. 6)

<sup>10</sup> V roce 2006 ze státních a územních rozpočtů bylo financováno 8,5 % celkových výdajů (28, s.193).

s financemi hospodaří *zdravotní pojišťovny*<sup>11</sup>. „Umožnit všem, aby dosáhli pokud možno plného zdravotního potenciálu“ ( 11, s.9), je hlavním cílem zdravotnictví. Dostupné zdroje mají sloužit k naplňování tohoto cíle.

Rozmístění zdrojů probíhá tedy ve dvou fázích:

- vně systému, pacienti si předplácí péči u zdravotních pojišťoven
- uvnitř systému, zdravotní pojišťovny hradí zdravotní péči poskytovatelům péče

## II.2.2 Lidské a edukační zdroje

Důležitou součástí systému péče o zdraví jsou lidské zdroje. Lidské zdroje zahrnují:

- zdravotní pracovníky, jejich náležitou kvalifikaci a strukturu (11, s.30).
- celkovou zdravotní situaci a úroveň zdraví lidí v dané společnosti, neboť zdravotní stav populace předznamenává úlohu péče o zdraví (11, s.31).

Počet zdravotníků je výrazně omezen dostupnými finančními zdroji v ČR. Pokud je omezené množství finančních zdrojů, je také omezeno množství pracovníků<sup>12</sup>, kteří mohou být zaplaceni, tedy i vzdělání.

Stejně jako u jiných zdrojů i u lidských zdrojů platí, že s nimi musíme hospodařit efektivně. Aktuální otázkou v dostupnosti lidských zdrojů je efektivita jejich využití. Případem neefektivního využití může být stav, kdy lékař „plýtvá svým vzděláním“ na administrativní úkony či na úkony, které by mohli vykonávat pracovníci s nižší kvalifikací<sup>13</sup>. V těchto případech mluvíme o problému plýtvání s lidskými zdroji.

V průměru připadal 1 lékař na 250 obyvatel (28, s. 107). Mnoho vystudovaných lékařů reálně neprovozuje lékařskou praxi, proto ve skutečnosti je situace odlišná a na jednoho lékaře připadá pacientů mnohem více. Alarmující je stav v primární péči, kde se věkové složení lékařů neustále zvyšuje<sup>14</sup>. Na 10 000 obyvatel zde připadá

---

<sup>11</sup> V České republice v roce 2006 u devíti fungujících pojišťoven bylo evidováno 10 297 000 pojištěnců. Příjmy pojišťoven tvořily cca 182 833 mil.Kč, výdaje 180 011 mil.Kč. 42, 3 miliard Kč příjmů pojišťoven hradil stát za důchodce, děti a nezaměstnané. Systém zdravotního pojištění tak vydal na jednoho pojištěnce 17 481 Kč (28, 193).

<sup>12</sup> Ve zdravotnictví pracovalo koncem roku 2006 241 229 pracovníků (tj. zaměstnanci v evidenčním počtu, zaměstnavatelé a smluvní pracovníci), z toho 41 000 lékařů a 104 400 samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů (2828, s.147).

<sup>13</sup> Pracovníci se podle zákona č.96/2004 Sb. dělí na zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti (ZPBD), zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti (ZPSZ), zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD) a jiné odborné pracovníky (JOP) (28, s. 148).

<sup>14</sup> Celkem máme v ČR 5123,25 praktických lékařů, i zde platí, že ne každý lékař aktivně vykonává lékařskou praxi (28, 112)



necelých 5 praktických lékařů (28, s.108 ). Průměrný praktický lékař se tak stará o skupinu 2000 pacientů. Toto je obrovská zátěž pro lékaře, zvláště pokud si uvědomíme, že průměrný pacient navštíví lékaře za rok 16krát (23, s.4). Z tohoto pohledu se nemůžeme divit, že čekárny praktiků jsou neustále přeplněny. Musíme se ale ptát: „Může se praktický lékař plně věnovat všem pacientům? Nesnižuje toto vysoké zatížení lékařů kvalitu péče? Nemohl by některé výkony provádět méně kvalifikovaný pracovník? Jakou roli v tomto problému hrají zbytečná ošetření?“

Hrozbou je i neustále se zvyšující průměrný věk praktických lékařů<sup>15</sup>. Noví lékaři, kteří studium ukončí, dostatečně nekompensují počet lékařů, kteří odcházejí do důchodu<sup>16</sup>. O počtu nových absolventů zdravotních škol rozhoduje stát již kontrolou osob přijatých na lékařské fakulty. Stát v této věci nemá volnou ruku a je limitován HDP. Zdravotní trh nefunguje na základě tržních principů a tak, i kdyby existovala větší poptávka po lékařích určité specializace, není dostatek financí na pokrytí jejich mezd. Na volném trhu by nedostatek lékařů zvýšil jejich mzdy, a proto by se vyplácelo vstupovat na lékařský trh. Situace ve zdravotnictví je však jiná. Přestože je nedostatek lékařů, v současné době i zdravotních sester, jejich mzdy se nezvyšují, jak by bylo žádoucí, protože mzdy ve zdravotnictví závisí na objemu veřejných financí.

Je důležité, aby zdravotní systém reflektoval *zdravotní stav společnosti*. Zdravotní potřeby obyvatel vychází z jejich zdravotního stavu. Čím je zdravotní stav horší, tím více potřeb populace vykazuje. Na rozdíl od jiných potřeb, potřeba být zdravý nesmí být omezena finančními možnostmi jedince. Paradoxně je to právě množství finančních zdrojů, co limituje možnosti zdravotnictví. V tomto případě by bylo žádoucí vytvořit hierarchii potřeb společnosti a rozdělit zdroje podle důležitosti. V oblasti péče o zdraví je však velice obtížné porovnávat jednotlivé potřeby a rozhodovat o rozdělení zdrojů. Jednak proto, že vnímání potřeby je subjektivní a specifické, ale i proto, že se rozhoduje o uzdravení, nemoci, v nejhorším případě o smrti jedince. *Matematika milosrdenství*, jak se systémem kritérií rozhodujících o přidělování péče nazývá, se proto využívá jen v naléhavých situacích (8, s.68).

---

<sup>15</sup> Průměrný věk lékařů v evidenčním počtu a lékařů zaměstnavatelů byl u mužů 46, 8 let, u žen 46,1 a za obě pohlaví činil 46,4 let. Podíl lékařů ve věku 60 let a více představoval u lékařů-mužů 15,4 % a u lékařek 14,4%. (28, 150)

<sup>16</sup> 749 všeobecných lékařů a 108 zubních lékařů (28, s.188)

Zdravotnímu stavu obyvatel se věnuje vědecká disciplína *epidemiologie*<sup>17</sup>. Dominantním zdravotně-sociálním problémem se stávají sociálně-ekonomické rozdíly ve společnosti (11, s.20), ale i rozdíly mezi mužským a ženským pohlavím.

### **II.2.3 Materiální a geografické zdroje**

Materiální zdroje závisí na vospělosti moderních technologií, ale i na finančních možnostech státu. V současnosti se mluví o tom, že vývoj moderních technologií probíhá rychleji než růst HDP. Materiální zdroje zahrnují budovy, jejich zařízení, zboží a zásoby, informace a poznatky, ale i léky a čas. Jedná se o spotřební materiál, který se neustále opotřebává a musí být znovu doplňován.

---

<sup>17</sup> Epidemiologie studuje „rozložení a determinanty stavů a událostí majících vztah ke zdraví v určených populačních skupinách a využívá výsledků tohoto studia ke zvládnutí zdravotních problémů“ (11, s.17).

### **II.3 Důvody pro veřejné poskytování zdravotní péče**

Jestliže důsledkem veřejné povahy zdravotnictví je neefektivní využití zdrojů, proč tedy nezrušit veřejné poskytování zdravotní péče a neprodávat zdraví jako běžné zboží? Důvodů je mnoho. Pro mluví nejen individuální důvody - přístup jedince ke zdravotní péči nemůže být omezen jeho finančními možnostmi, ale i důvody celospolečenské - zdravá společnost představuje „významnou sociální prioritu, veřejný statek a všeobecnou humánní hodnotu“ (11, s.78). Také ekonomové uznávají, že trh se zdravotní péčí je tak specifický, že na něm tržní principy selhávají (viz. Tabulka č.1).

Při úvahách o podobě zdravotního systému je důležité brát v úvahu hospodářskou, ale i kulturní vyspělost společnosti. Kdyby existoval svět, kde jsou všichni lidé bohatí, finančně zajištěni, pravděpodobně by si každý mohl platit zdravotní péči individuálně. V reálném světě, kde značná část lidí bere minimální mzdu, která pokrývá pouze měsíční náklady na živobytí, ale neumožňuje šetřit, je nutné, aby zdravotnictví bylo veřejné. Lidé, které trápí finanční potíže, nejspíše ani pro samé starosti nemyslí na své zdraví, tak jak by bylo potřeba. Pouze přísun financí ale zdravotnictví nezachrání. Pomineme-li na tomto místě problém plýtvání, mohou bohatí lidé získat pocit, že si za peníze koupí vše, tedy i zdraví. Proto pouze společnost vzdělaná a informovaná, která si uvědomuje hodnotu lidského zdraví, je schopna o zdraví pečovat. Stejně jako svět bohatých, i zcela uvědomělá společnost existuje jen v pohádkách. Ve skutečnosti je mezi námi řada *nesvéprávných osob*, dětí, psychicky nemocných, ale i *osob finančně závislých*, fyzicky nemocných a starých, pro které je veřejné zdravotnictví nutností.

O úloze státu v moderních společnostech se vedou dlouholeté debaty. „Ustup mi ze slunce, to by měl každý občan žádat od svého státu“ (10, s.179). Podle Friedmana by úloha státu měla být omezena pouze na zajištění pořádku, práva (nezávislý soud) a veřejných statků (veřejné osvětlení) (5, 1.kapitola). Morálním imperativem totiž pro liberály je svoboda jedince, a právě svobodu jedince podle nich stát svou politikou často narušuje. Naopak zastánci sociálního státu chápou stát jako jistou protiváhu trhu, trh nemůže být spravedlivý a hrozí, že některé jedince trh smete a vytvoří mezi lidmi obrovské sociální rozdíly. Sociální stát proto má lidem poskytovat jistoty a bezpečí, které lidem bohatým zaručuje majetek (17, s.10). Po druhé světové válce dochází k rozšíření moci sociálního státu (5, s.96), liberálové v tom vidí ohrožení svobody jedince, oproti tomu sociálně smýšlející lidé sociální stát opěvují.

V minulosti České republiky je patrné, kolik škody nepřítomnost trhu a absolutistická moc státu na českém hospodářství, ale i na hodnotové orientaci společnosti napáchaly. Centralistický stát po čtyřicet let omezoval svobodu jedince nakládat se svými zdroji podle svých zájmů. Přejchod od centrálního plánování k tržnímu hospodářství proto vyžaduje také novou podobu věcí veřejných. Oblasti spravované státem jako je školství, zdravotnictví neustále čekají na reformu a na určení nové úlohy státu v jejich řízení.

### II.3.1 Zdraví jako individuální zájem

Zdraví patří všeobecně mezi důležité lidské hodnoty (11, 171). Dobrý zdravotní stav nám umožňuje realizovat naše životní cíle. Naopak absence zdraví pro člověka představuje omezení, přičemž čím je člověk nemocnější, tím více ho jeho nemoc limituje. Postavení zdraví skvěle vystihuje H. Mahler, generální ředitel SZO<sup>18</sup> výrokem: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím.“ (11, s.13). Lidé si tak často zdraví začínají plně vážit až v momentě, kdy ho ztrácí. Nestabilita a chatrnost lidského zdraví je jedním z důvodů, proč si zdraví zaslouží zvláštní péči. Svým zdravím si nemůže být nikdo jist.

Moderní medicína je schopna pomocí nejrůznějších měření určit, zda je člověk zdrav či ne. Známy vtíp vypráví, „že zdravý člověk je jen špatně vyšetřený pacient“. Pokud budeme hodnotit zdraví z pohledu jedince, setkáme se s velmi subjektivním prožíváním zdraví. Každý má jinou představu o tom, co je to „být zdrav“, každý má i jiné možnosti, neboť na každého působí odlišné determinanty a každý má jiný genetický základ. Těžko můžeme srovnávat zdravotní stav diabetika se zdravotním stavem člověka, který kromě chřipky jinou nemoc nezná. Nesrovnatelné je ale i zdraví jedince, který vyrůstal na malém městě a jehož rodiče odmala učili zdravému životnímu stylu, a jedince, který žije ve velkoměstě a jehož výchovu nepoznamenal ani sport ani zdravá strava. Náš zdravotní stav je „důsledkem nejrůznějších příčin a vlivů zdravotnického i nezdravotnického charakteru, které každý vnímá odlišně“ (19, s.7). Chápeme-li zdraví podle SZO jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody“ (19, s. 7), zdravý může být i ten, kdo trpí vrozenou vadou.

Zdraví by nám nemělo být „cílem samo o sobě, ale prostředkem k realizaci harmonického vývoje člověka“ (16, s.22). V roce 1977 SZO v této souvislosti formulovalo

---

<sup>18</sup> SZO – Světová zdravotnická organizace

novou myšlenku *Zdraví pro všechny* (16, s.22). Z tohoto hlediska ke zlepšení zdraví přispěje důsledná informovanost pacienta a jeho zapojení do péče o zdraví své i celé společnosti, s tím souvisí zvýšení odpovědnosti jedinců za zdraví.

### II.3.2 Péče o zdraví jako veřejný zájem

Z veřejné péče o zdraví má prospěch každý člen společnosti. Blíže o tom vypovídají následující hlediska:

- Nemocný jedinec představuje pro společnost riziko v podobě infekční nákazy. Pokud by záleželo pouze na nemocném, zda o své zdraví bude pečovat, hrozilo by zanedbávání zdraví a šíření nákazy.
- Z ekonomického hlediska nemocný jedinec nezvyšuje hrubý domácí produkt, naopak spotřebovává finance na péči o své zdraví.
- Neustále se zvyšující možnosti medicíny zdražují zdravotní péči. Většina zdraví zachraňujících výkonů přesahuje finanční možnosti jednotlivců. Proto, pokud by neexistovalo veřejné poskytování péče, rozpor mezi dostupnou a ideální medicinou by se neustále zvětšoval.
- Nemocný znamená pro společnost i psychickou zátěž (*negativní externality*). Na každého z nás negativně působí setkání s utrpením. V případě že bychom se o nemocné nestarali, utrpení by se ve společnosti kumulovalo. Pokud máme možnost léčit nemoc a mírnit bolest, je morálně nepřístupné, aby někdo z těchto důvodů trpěl nebo dokonce umíral. Je etickým imperativem, aby společnost o zdraví veřejně pečovala.

Právo na zdraví je garantováno Listinou základních práv a svobod, kde stojí : „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“ (21).

## **II.4 Nová podoba veřejného zdravotnictví**

Modernizace společnosti zásadním způsobem ovlivňuje život každého z nás. Odborníci mluví o 21.století jako o době *postindustriální*, kde se základní hybnou silou stává informace. S transformací společnosti se proměňují také faktory, které mají vliv na lidské zdraví. Pozornost si zaslouží především tyto změny: zvyšuje se životní úroveň, zrychluje se životní tempo, mění se mezilidské vztahy i životní prostředí,.... Je důležité, aby systém veřejného zdravotnictví na tyto společenské změny reagoval.

### **II.4.1 Zdravotnictví musí sledovat hodnoty společnosti**

„Jednotlivé vlády si podle politické orientace vybírají hodnoty, které budou podporovat a které se stanou základem zdravotní politiky“ (6, s.7). Protože vláda v demokratických společnostech zastupuje *lid*, způsob rozložení zdrojů ve zdravotnictví by měl reflektovat *hodnoty*<sup>19</sup> dané společnosti. Hodnoty ovlivňují „způsoby rozhodování, jednání a celého bytí“ (6, s.1). Absolutní naplnění všech hodnot však není možné, protože jednotlivé hodnoty se vzájemně omezují a prolínají, často stojí v zásadním rozporu. Samotné hodnoty nemůžeme jen „převzít a deklarovat“, ale musíme „zvažovat jejich interpretaci a vhodné formy jejich realizace v návaznosti na konkrétní situaci politickou, ekonomickou, kulturní a sociální“ (11, s.175). Česká společnost s rokem 1989, vlivem nástupu demokracie, tržního hospodářství, globalizace i modernizace, vstoupila do období zásadních změn. Z toho důvodu je žádoucí přizpůsobit měnící se společnosti i zdravotní systém. Tradiční hodnoty zdravotní péče je nutné reinterpretovat, nikoli zrušit.

#### *Kvalita*

Obecnou hodnotou zdravotní péče je kvalita (7, s.3). Požadavek na kvalitu není nikde tak aktuální, jako právě ve zdravotnictví, neboť na kvalitě závisí to nejdůležitější, co máme - naše zdraví. „Kvalitní zdravotní systém není přepychem, ale je to etický imperativ, ekonomická i sociální nezbytnost“ (11, s.174).

---

<sup>19</sup> *Hodnota* – „něco, čeho si vysoce vážíme, čemu dáváme přednost před něčím jiným, něco, co si přejeme mít a pro dosažení čeho jsme ochotni vynaložit skutečné úsilí (6, s.1).

Požadavky na kvalitu se s rozvojem medicíny, ale i vlivem modernizace společnosti neustále zvyšují (7, s.3). Dosáhnout kvality je stejně obtížné jako ji definovat. Kvalitní péče je taková , „při které lze očekávat maximální přínos pro pacientovo zdraví a kdy získaný prospěch je ve srovnání s náklady vyšší ve všech fázích léčebného procesu“ (7, s.12). Nejlepší vizitkou kvality zdravotnictví je zdravý a spokojený pacient. Pacientův pohled na kvalitu systému je ale velice subjektivní a je zatížen zdravotním stavem, ale i povahovým typem člověka. V momentě, kdy lidé potřebují zdravotní péči, se často nachází v obtížné životní situaci, trpí bolestí či strachem z budoucnosti, a jejich vnímání zdravotní péče nemusí odpovídat realitě. Kvalitní péče by měla splňovat následující hlediska:

- ♥ Dostupnost
- ♥ Přiměřenost
- ♥ Soustavnost
- ♥ Účinnost
- ♥ Očekávanou účinnost
- ♥ Hospodárnost
- ♥ Pacientovu autonomii a spokojenost
- ♥ Bezpečnost prostředí poskytování zdravotní péče
- ♥ Včasnost péče

(7, s.16)

Cílem každého zdravotního systému by mělo být neustálé zvyšování kvality péče. Z toho důvodu je důležité kvalitu pravidelně měřit.

K zajištění zdravotní péče určité kvality všem bez ohledu na finanční možnosti může významně přispět definování tzv.*standardů*<sup>20</sup>. Ty představují základní zdravotní péči, která by měla být zajištěna každému bez ohledu na jeho finanční možnosti. Standardy můžeme využívat jako „ukazatele úspěšnosti realizace procesu zajišťování kvality“ (7, s.32).

### *Solidarita a veřejné zdravotní pojištění*

Důležitou hodnotou ve zdravotnictví je solidarita. Solidarita pomáhá mírnit rozdíly mezi lidmi, přičemž nezáleží na tom, jedná-li se o rozdíly sociální, či zdravotní.

Gladkij definuje solidaritu jako „vědomí jednoty a vůli nést její následky“ (6, s.3).

---

<sup>20</sup> Standard – „model či základní norma pro srovnání, závazná míra pro hodnocení“ (6, s.368)

Lidé se solidárně skládají na zdravotní péči pro ty, kteří si ji v případě potřeby nemohou obstarat sami.

V tradiční společnosti existovala *přirozená solidarita* na základě příbuzenských či jiných vztahů. Rodina se starala o staré a nemocné členy. Společnost prostřednictvím charity zabezpečovala slabé a opuštěné. Průmyslová revoluce a s ní spojené změny - stěhování za prací, stěhování do měst - vyvázaly jedince z jejich tradičních vztahů. Moderní člověk potřeboval nové jistoty své existence a objevila se potřeba být proti riziku pojištěn.<sup>21</sup> Přirozená solidarita se tak vlivem vývoje společnosti přeměnila v „*solidaritu sekundární*“ (17, s.92). V současné době zajišťuje povinné zdravotní pojištění stát.

Nevýhodou sekundární solidarity je, že se vytrácí vazby mezi tím, kdo je solidární a tím, kdo solidaritu přijímá. Jedinec těžící z výhod sociálního státu tak necítí vděčnost, sounáležitost k ostatním, neuvědomuje si, že se ostatní musí omezit, aby on mohl čerpat výhody. Do jaké míry ovlivňuje sekundární solidarita vztahy ve společnosti a vznik *pozitivních psychických externalit* zůstává otázkou.

Solidarita musí i do budoucna představovat nedílný prvek zdravotního systému. Také SZO vyzývá v programu „Zdraví 21“<sup>22</sup> k solidaritě mezi jednotlivými zeměmi, mezi skupinami lidí uvnitř zemí, to včetně žen a mužů (11, s.38).

Protože je více než pravděpodobné, že „vlády ani pojišťovny nebudou schopny hradit zcela solidárně všechny druhy budoucích forem stále pokročilejší léčby a fungování všech nových nákladnějších zdravotnických technologií“ (6, s.3), představuje jistou možnost vytvoření tzv. standardů zdravotní péče a zároveň „omezení plné solidarity při poskytování zdravotních služeb“ (6, s.3).

Pokrok medicíny zdravotní péči neustále zdražuje. Některé zdravotní výkony jsou v současnosti natolik drahé, že není v možnostech jedince vydělat si na potřebnou péči. Proto jedinci musí být pro případ nemoci pojištěni. Systém pojištění může fungovat, jen pokud budou všichni pojištěni, ale drahou zdravotní péčí budou spotřebovávat jen někteří. Pokud by naráz všichni potřebovali drahou péči, systém by s největší pravděpodobností zkolaboval. Solidarita zdravých s nemocnými je tedy základním předpokladem fungujícího systému. Bez zásahů státu hrozí, že na trhu se zdravotním pojištěním zůstanou někteří jedinci nepojištěni. Mohli by to být jednak ti, kteří nemají dostatek financí, ale i ti vážně nemocní, pro pojišťovnu by představovali velké finanční riziko (2, 95). Za děti a nemocné, stejně tak jako za osoby nesvéprávné musí zdravotní pojištění platit stát.

---

<sup>21</sup> První zákony sociálního pojištění byly přijaty v 80. letech 19. stol. v Německu (22, s.135).

<sup>22</sup> Program Zdraví 21 byl schválen v roce 1998, více k němu viz.(11, s.38)



## *Odpovědnost a svoboda*

Veřejná povaha zdraví i sama vysoká hodnota zdraví neodmyslitelně souvisí s odpovědností. Systém péče o zdraví nese odpovědnost odbornou, etickou, právní, politickou a finanční (6, s.4). Veřejná povaha zdraví stát zavazuje o zdraví pečovat. Zdravotní systém hospodaří se zdroji, které mu občan odevzdává. Spolu s financemi tak přebírá i část odpovědnosti za zdraví populace. Vedle toho je nadále za své zdraví odpovědný i sám jedinec. Chováním může výrazně ovlivnit svůj zdravotní stav a částečně i zdraví svého okolí. Pokud jedinec necítí odpovědnost za své zdraví či zdraví společnosti a své zdraví vědomě či nevědomě poškozuje, přivlastňuje si tak zdravotní péči, která by mohla být v budoucnu využita pro naléhavé a nevyhnutelné případy a která jinde chybí.

S odpovědností souvisí jedincova autonomie, kdy jedno existuje společně s druhým. Z logiky věci je jasné, že člověk může být odpovědný jen za činy, pro které se rozhodne svobodně, jen za život, který žije nezávisle, podle své vůle.

Zdravotní systémy v minulosti upíraly jedinci právo na svobodné rozhodování o svém zdraví. Německý lékař Peter Frank dokonce chápal lidi ve vztahu k jejich zdraví jako pasivní tvory (24, s.2). Nemůžeme se tomu divit, pokud si uvědomíme, že vztah lidí ke zdraví byl v té době v zajetí fám a magie. Mnohdy tak lidé mohli svému zdraví více škodit než prospívat. Až rozšíření vzdělanosti umožnilo lidem začít aktivně pečovat o své zdraví.

Liberálové věří, že jen člověk, který jedná svobodně, může cítit odpovědnost za své činy. Dnešní doba si začíná uvědomovat důležitost jedincovy autonomie a vztah mezi lékařem a pacientem se v poslední době výrazně mění z paternalistického na partnerský (6, s.6). Změna vztahu je důležitá, neboť boj s civilizačními chorobami vyžaduje aktivní přístup jedince ke svému zdraví. Znovu je důležité zdůraznit, že aktivně přistupovat ke zdraví může jen jedinec svobodný a zodpovědný.

Případ, kdy systém bere pacientovi odpovědnost či zainteresovanost za svůj zdravotní stav, představuje *morální hazard* (7, s.68). Úloha pacienta v zdravotním systému je podceňována, předpokládá se, že tak složité soustavě nemůže rozumět. Vzhledem k odbornosti zdravotní péče je jasné, že v možnostech pacienta není obstarat si informace v takovém rozsahu, aby mohl vést rovnocennou debatu s lékařem o svém zdraví. Je důležité dbát na to, aby současný systém lidem neupíral odpovědnost. Společenské změny vyžadují aktivnější přístup pacienta k péči o zdraví. Samotný jedinec svým

přístupem může výrazně přispět k efektivnější alokaci zdrojů. Ušetřené peníze mohou být využity pro akutní případy, kdy je nutná velmi nákladná léčba, ale i pro péči preventivní.

### *Spravedlnost a rovnost*

Uznávanou hodnotou veřejné povahy zdraví je také *spravedlnost*, neboli *ekvita*. Ve zdravotnictví se *spravedlností* rozumí „nemechanické poskytování zdravotní péče v závislosti na zdravotním stavu jedince, existujícím stavu vědění a stavu etických norem lékařské profese“ (6, s.6). SZO definuje *spravedlnost* jako „stejný přístup k péči při stejné potřebě pro všechny“ (6, s.6).

Friedman upozornil na nebezpečí spojené s požadavkem na *spravedlnost*. „Kdo má určit, co je *spravedlivé*?“ Požadavek na *spravedlnost*, stejně tak jako požadavek na *rovnost* ve výsledku, stojí podle Friedmana v zásadním rozporu se svobodou jedince (5, 132.). Absolutní *spravedlnost* v případě rozmístění zdraví by znamenala, že všichni budou stejně zdraví, což je absurdní.

Zdraví každého jedince ovlivňují nejrůznější determinanty, někteří jedinci nesou aktivní vinu na své nemoci, jiní naopak nemají na své nemoci žádné přičinění. Ani v případě, že si pacient nemoc zavinil sám, nelze mu odmítnout zdravotní péči. V rozmístění nemocí nemůžeme hledat *spravedlnost*. Od lidí můžeme často slyšet: „Není *spravedlivé*, aby tak mladá a krásná dívka trpěla tak vážnou nemocí.“ Ale jaká nemoc je *spravedlivá*? Ta kterou si pacient zaslouží? Svět, kde by pro rozmístění nemoci či smrti existovala pravidla, by nebyl světem.

Je ale *spravedlivé*, aby lidé kvůli nemoci netrpěli a aby se jim dostalo základní péče. Nahodilé rozmístění nemocí tak musíme vyrovnávat solidaritou a pojištěním. Všichni musí mít možnost pečovat o své zdraví a využívat zdravotní péči, ale *rovnost* ve výsledku, tedy stejný zdravotní stav, jim žádný zdravotní systém zaručit nemůže.

O *nespravedlnosti* můžeme mluvit oprávněně v souvislosti s fenoménem *nadbytečné péče*. Je *nespravedlivé*, pokud někteří jedinci přečerpávají systém a využívají péči, která nevede ke zlepšení jejich zdravotního stavu, a jiným jedincům se péče nedostává.

### *Účinnost*

Důležitou hodnotou veřejně poskytované zdravotní péče je její *účinnost*, tedy medicínská efektivita. Neboť kde jinde je důležité využívat zdroje účinně než tam, kde se hospodaří se zdroji všech a kde na účinnosti závisí lidský život? Účinnost můžeme

definovat jako „míru“, které bylo dosaženo v pozitivním slova smyslu při ovlivňování zdravotního stavu jednotlivých osob, populačních skupin nebo celé populace“ (7, s.88).

„Zdravotní výkon je účinný jestliže došlo :

- k odvrácení smrti či odvrácení nemoci,“
- ke zlepšení kvality života a snížení strádání nemocných lidí,
- ke zkrácení doby léčení nebo subjektivnímu uspokojení pacienta z přínosu péče“

(7, s.88).

### *Ekonomická efektivita*

Jedinci svěřují systému veřejného zdravotnictví své úspory. Aby tento systém fungoval, musí lidé věřit, že s jejich financemi bude správně naloženo. Uznávanou hodnotou je proto ekonomická efektivita. Znamená „snahu maximalizovat sociální entitu (zdraví nebo přístup k péči) tím nejekonomičtějším způsobem, který je možný“ (6, s.7). „Efektivita značí vztah mezi vstupními náklady a cílovým výstupem, přičemž cílem není ušetřit, ale uspokojit zdravotní potřeby při co nejlepším využití vzácných zdrojů“ (11, s.64). Vstupní náklady mohou zahrnovat jak úsilí fyzických osob na zlepšení stavu pacienta, tak potřebné finanční náklady. O výsledku vypovídá zlepšení zdravotního stavu či peněžní zisk, který zlepšení přinese. Můžeme říci, že stejnou péčí nikdy nedosáhne u různých pacientů shodného výsledku.

Mezi účinností a ekonomickou efektivitou existuje nevyrovnaný vztah, neboť jen účinná péče může být ekonomicky efektivní, oproti tomu medicínsky účinné opatření nemusí být vždy ekonomicky přínosné (7, s.90). Existují důkazy o tom, že v lékařské praxi se užívá množství neúčinných nebo málo účinných metod (7, s.90).

Zpravidla můžeme rozlišovat efektivitu technickou, alokační a sociální. Technická efektivita „spočívá v dosažení stanoveného výsledku při co nejnižších nákladech, nebo dosažení co nejlepšího výsledku při daných nákladech“ (11, s.64). U alokační efektivity „jde o volbu vhodných proporcí při rozdělování zdrojů na dosažení zdravotních a ostatních společenských cílů v závislosti na hodnotové hierarchii daného společenského celku“ (11, s.64).

Právě efektivní rozmístění zdrojů je spojeno s řadou morálních otázek. Přílišný důraz na efektivní alokaci může být v rozporu s hodnotami společnosti.

## II.4.2 Zdravotnictví musí reagovat na proměnu determinant zdraví

Naše zdraví ovlivňují nejrůznější determinanty. Je důležité sledovat, jak jednotlivé determinanty působí na lidské zdraví a přizpůsobovat jim rozložení zdrojů ve zdravotnictví. Systém péče o zdraví by měl podporovat faktory, které mají kladný vliv na lidské zdraví - tedy zdravý životní styl, zdravé životní prostředí, a zároveň bojovat s vlivy, které lidskému zdraví výrazně škodí a které jedinec aktivně ovlivnit – kouření, genetika, znečištěné životní prostředí, sedavé zaměstnání. V následující tabulce uvádím stručný přehled determinant, jednotlivě se jim budu věnovat v textu.

Tabulka č.4: Determinanty zdraví

Typ	Vliv v % na zdraví	Příklady
Životní prostředí	20	Politická a ekonomická situace, kultura – tradice, zvyklosti, hodnoty, historická zkušenost
Zdravotní péče – zodpovídá stát	10 – 15	Zdravotnictví
Genetika	10 – 15	Vrozené nemoci, náchylnost k nemocem
Životní styl	50	Kouření, obezita, sedavý způsob života, nedostatek pohybu, stres, špatná strava, alkohol, drogy,...

Zdroj: Modifikováno podle Drbal, C. (3, s.25)

Největší vliv na zdraví jedinců má životní styl, oproti tomu zdravotní péče ho ovlivňuje pouze z 20%. Současná zdravotní politika přesto klade větší důraz na zdravotní péči. Také lidé do zdravotní péče vkládají stále větší naděje, neboť se bojí smrti a medicína jim má pomoci smrt oddálit.

Za posledních dvě stě let se výrazně prodloužil lidský život. Kupodivu léta lidstvu nepřidal žádný zázračný lék, ale proměna životních návyků. *Medicínsko-průmyslový komplex* podle některých odhadů prodloužil lidský život maximálně o deset let, vedle toho měla na zvýšení průměrné délky života vliv změna životního stylu - odstranění těžké tělesné práce, výrazné zlepšení výživy, bydlení a další technické vynálezy (18, s.108). Důležitým impulzem této změny bylo šíření vzdělanosti a zdravotní osvěty. Podobná výzva před námi stojí i dnes. Je velice důležité sledovat determinanty, ale i nejčastější příčiny úmrtí (viz.tabulka č.5) a přizpůsobovat jim životní styl. Informovanost proto i v současné době hraje důležitou roli.

Tabulka č.5: Nejčastější příčiny úmrtí

Nejčastější příčiny smrti	Podíl na celkové mortalitě	Determinanty
Úrazy a zevní příčiny	7%	Nehody, neopatrné chování, nešťastné náhody
Onkologická onemocnění	1/4	Genetika, nezdravý životní styl – kouření, stres
Kardiovaskulární choroby	Více jak jedna polovina	Genetika, nezdravý životní styl

Zdroj: Modifikováno podle Drbal (3, s.13-16)

Zdravější budoucnost lidstvu proto nepřinese zázrak medicíny, ale „*nespecifická opatření*, jejichž účinky jsou medicínsky prokázané, ale jejichž aplikace se neváže na specifické medicínské intervence“ (3, s.44). V této souvislosti velkou výzvu představuje zdravý životní styl. Podobně se k problému vyjadřuje i profesor Komárek: „Pouhé zdokonalování zdravotní péče po technické stránce může v extrémním případě vést jen k umělému udržování starců na okraji hrobu“ (18, s.110). Svými slovy jistě nechce dehumanizovat stáří, ale upozornit na problém, kdy dokonalé možnosti medicíny prodlužují život pouze po stránce kvantity. Kvalitnější život si však musí zasloužit lidstvo samo právě aktivním zájmem o své zdraví.

Je nutné zapojit pacienta do péče o jeho zdraví, aby se stal zodpovědným partnerem, nikoli pouze pasivním příjemcem. Pokud můžeme předpokládat, že zdraví lze ze 70% ovlivnit zlepšením životního prostředí a zdravějším životním stylem, je nutné této oblasti věnovat větší pozornost. V oblasti životního stylu nám jistou službu činí diktát módního průmyslu i požadavek moderní doby „být krásný a být in“. Stává se módní záležitostí navštěvovat sportovní zařízení – *fitnesscentra*. Čím dál tím víc mladých lidí je ochotno „týrat“ své tělo v těchto zařízeních nejrůznějšími sporty – *tai-bo, aerobic, pilates, joga, spinning*, atd.. Lidé tak pomalu objevují nový způsob životního stylu, kterým si kromě vytoužené postavy budují zdravější budoucnost. Vedle toho se rozšiřuje chuť *jíst zdravě*, lidé zapojují častěji do svého jídelníčku biopotraviny, zeleninu, ovoce, omezují tučná jídla. Zvyšuje se i spotřeba doplňků stravy, například vitamínů.

Vlivem módního průmyslu lidé pečují o své fyzické tělo. Kdo zkusil věnovat se pravidelně fyzickému sportu ví, že skrze tělesnou námahu zažíval i psychickou úlevu. Přesto kult „krásného těla“ s sebou nese řadu rizik. Přehnaný důraz na vzhled může vyústit v řadu zdravotních problémů. Lidé si budují „krásné pozlátko“ a v případě jeho ztráty

či poškození, např. právě nemocí, se jim hroutí svět. Strašákem moderní společnosti tak je zhoršující se psychický stav populace. Obecně se mluví o zvýšeném výskytu depresí a psychických potíží, ale i o nárůstu spotřeby *antidepresiv* a návštěv psychiatrických ambulancí. Rozvázání tradičních vztahů, sekularizace společnosti, stres a opomíjení duševní stránky činí jedince psychicky zranitelnější.

### II.4.3 Zdravotnictví musí reagovat na vývoj společnosti

„Historie medicíny v minulých padesáti letech je epochou ohromujících lidských úspěchů. Lidé přestali umírat na záškrt, obrnu a černý kašel, do rukou lékařů se dostaly léky na tuberkulózu, schizofrenii a revmatickou horečku, transplantace srdce a jeho operace se staly běžným výkonem“ (20, s.13). „Pokrok medicíny zbavil lidi strachu z nemocí a z předčasné smrti, výrazně zmírnil chronické potíže stáří“ (20, s.13). Vývoj společnosti, ale i „*rozvoj potenciálních schopností medicíny*“ však situaci ve zdravotnictví také komplikuje (3, s.21). Le Fanu rozlišuje čtyři hlavní problémy moderní medicíny: „zklamání lékaři, ustaraní zdraví, vzrůstající popularita alternativní medicíny a vzrůstající ceny zdravotní péče (20, s.15). Právě poslední problém se jeví jako nejzávažnější, protože s růstem cen přímo souvisí **zvyšování nákladů zdravotního systému**. Obecně rozeznáváme tyto příčiny růstu nákladů:

- Zvyšuje se věkový průměr obyvatel a následně se zvětšuje skupina obyvatel v neproduktivním věku, která má specifické zdravotní potíže a vyžaduje zvláštní zdravotní péči.
- Vlivem změny životního prostředí, ale i životního stylu se mění struktura nemocnosti. Závažným problémem se stávají civilizační choroby, jejich hlavní determinantou je právě špatný životní styl.
- Medicína klade větší důraz na „agresivní léčbu“, zatímco úloha primární péče a prevence se podceňuje.
- Přestože moderní doba je *dobou informací*, zdravotnímu systému se stále nedaří využívat moderní komunikační technologie, které by ušetřily finance i čas.
- Existuje obecná představa, že nicneděláním je špatné, proto se často provádějí vyšetření, která nic nezlepší, ale pacienta uklidní.

- S tím souvisí problém příliš motivovaných pacientů, kteří chtějí mít jistotu, že jejich zdraví není ohroženo, a opakovaně tak zatěžují zdravotní systém.

(15, s.83).

Neustálé zvyšování nákladů způsobuje, že se „*stále více rozevívá propast mezi omezenými ekonomickými zdroji a trvale narůstajícími nároky rozvíjející se medicíny*“ (3, s.22). Rozpor mezi dostupnou a ideální medicínou se zvětšuje nejen proto, že strana nabídky hospodaří s určitým množstvím zdrojů a strana poptávky není omezena, ale především proto, že omezené množství veřejných zdrojů musí stále pokrýt více a více zdravotních potřeb. Z tohoto hlediska je důležité rozlišovat *dostupnou a ideální medicínu*. Dostupná medicína je ta, kterou je stát schopen svým občanům zaplatit (8, s. 68). Oproti tomu ideální medicína umožňuje technický pokrok, ale státní pokladna ji nedokáže zajistit (8, s.68).

Nové technologie bezesporu přispívají ke kvalitnější a účinnější péči, ale jak již bylo řečeno, vedou také ke zvyšování nákladů (7, s.138). V systému, kde jsou finanční možnosti omezené, je důležité „při zavádění nových technologií zkoumat jejich efektivitu z těchto hledisek:

- zda zvyšují účinnost péče
- zda pozitivní důsledky převažují nad negativními
- zda přínosy odpovídají nákladům
- zda technologie vzhledem k finančním nákladům je účinnější než jiná technologie“

(7, s.140)

Samotné rozhodování o účinnosti není vůbec jednoznačné. Účinnost lze měřit pomocí ušetřených dní pracovní neschopnosti, zkrácením hospitalizace, ale i snížením mortality, prodloužením života. Porovnávání hodnoty lidského života s ušetřenými náklady je spojeno s řadou etických rozporů. Je téměř nemožné zahrnout do hodnocení účinnosti všechna kritéria, proto má často konečné rozhodování politický charakter (7, s.141). V extrémních případech nám může posloužit *matematika milosrdenství* (viz.kapitola Lidské a edukační zdroje).

***Prodlužování lidského života*** patří mezi pozitivní důsledky moderní doby. Jak jsem již naznačila dříve, zásadní vliv na prodloužení lidského života neměla

ani tak moderní medicína jako zdokonalení životního stylu, zlepšení hygienických návyků a stravy, snížení těžké fyzické práce.

Samotné demografické stárnutí populace před nás staví i řadu nových otázek. Moderní vývoj společnosti vzal stáří jeho tradiční úlohu *moudrých starců*. Staří lidé se pomaleji přizpůsobují rychlému životnímu tempu a pro mladé lidi tak často ztrácí na popularitě. Dochází k neporozumění mezi starou a mladou generací a domovy důchodců se podezřele zaplňují. Do budoucna je nutné navazovat přetrhané vztahy mezi starými a mladými, vrátit stáří na atraktivitě.

Vedle sociálních dopadů stárnutí populace způsobuje také finanční problémy, neboť se rozšiřuje ekonomicky neaktivní část obyvatel. Nejenže tito lidé musejí po delší dobu pobírat starobní důchod, ale zvyšuje se u nich také riziko výskytu specifických chorob. Přesto by bylo chybou srovnávat populaci starou s populací nemocnou. Náš zdravotní stav ve stáří je výsledkem *celoživotní pouti*, odráží se v něm životní prostředí, zdravotní systém i životní styl uplynulých let.

#### **II.4.4 Zdravotnictví musí hospodařit efektivně**

Jak vyplývá z předchozích kapitol, navzdory tomu, že veřejné zdravotnictví je spojeno s řadou alokačních problémů, důsledky, které by vznikly jeho zrušením, by pravděpodobně způsobily mnohem více škod. Proto výzvou pro zdravotnictví budoucnosti je omezovat negativní dopady veřejné povahy zdravotní péče, nikoliv veřejné zdravotnictví rušit.

Hospodaření s veřejnými financemi se musí nastavit tak, aby omezené množství zdrojů bylo využíváno účinně a efektivně. Je důležité zamezit plýtvání, ale zároveň neohrozit kvalitu zdraví. Při financování zdravotnictví neustále dochází k rozporu mezi pohledem ekonomickým a etickým. Často i ekonomicky „neefektivní“ zdroje mohou zlepšit zdravotní stav, naopak efektivní využití zdrojů nemusí být vždy etické, ale ani zdraví prospěšné. Je nutné najít „zlatou střední cestu“ - šetřit, ale zároveň neohrozit lidské zdraví a lidskou důstojnost. Při utváření efektivnějšího zdravotního systému musíme brát v úvahu *„ekonomická kritéria a etické, humánní, sociální a kulturní hodnoty, neboť smyslem omezení plýtvání není jen ušetřit, ale zejména lépe uspokojovat zdravotní potřeby a požadavky občanů a přispívat ke zvýšení kvality jejich života“* (11, s.160). Neefektivní jednání ohrožuje každého z nás, tedy i toho, který plýtvá, proto je nutné usilovat o správné využití zdrojů (11, s.159).



K lepšímu hospodaření se zdroji mohou přispět tyto kroky:

- *Opatření v oblasti managementu*
- *Monitorování nákladů*
- *Kvantifikace potřeb*
- *Plné informování a vhodnější poučení pacientů*

(11, s.160)

Nesmíme zapomínat, že součástí zdravotnictví není jen péče, která reaguje na zhoršený zdravotní stav, ale i *péče preventivní*, která by samotnému vzniku zdravotní potřeby měla předcházet. Nejvíce zdrojů se ušetří, právě pokud zdroje nebudou vynaloženy vůbec. Proto je potřebné motivovat jednotlivé subjekty zdravotnictví tak, aby jejich hlavním zájmem bylo nemocím předcházet. Prevence představuje velice komplexní jev, různá hlediska prevence uvádím v následující tabulce.

*Tabulka č.6: Kategorizace prevence*

<i>Rozdělení</i>	<i>Typ prevence</i>	<i>Způsob vykonání</i>
Podle času	Primární	Předcházení vzniku rizikových faktorů, očkování
	Sekundární	Včasně vyhledání nemocného, včasná diagnóza, účinná léčba
	Terciární	Doléčování a rehabilitace
Podle objektu	Hromadná	Zaměřená na všechno obyvatelstvo
	Selektivní	Týká se jednoznačně definovaných rizikových skupin
	Indikativní	Osoby jsou zařazené do rizikové skupiny až po odborném vyšetření
Podle subjektu	Společenská	Státní orgány, instituce, ...
	Osobní	Jednotlivci - správná životospráva
	Zdravotnická	Sanitárně hygienické a protiepidemické intervence, zdravotní výchova, ...
Podle metod	Na úrovni jedince	Imunizace, zdravotní výchova,...
	Zaměřená na kolektiv	Legislativní, politická, organizační, technická, sanitárně hygienická opatření

*Zdroj: Modifikováno podle Holčík, J., Kaňová, P., Prudil, L. (11, s.48-49)*

Štědré veřejné finance můžeme omezit jednak *regulací strany nabídky*, jednak *regulací strany poptávky*. Musíme však mít na paměti, že rozhodujeme o dostupnosti té nejdůležitější věci na světě – lidského zdraví, tato opatření nás proto přivádějí na velmi tenký led.

Občan představuje potencionálně nemocného, tedy pacienta. V dnešní době se stále

častěji používá označení klient, což má lépe vystihnout nové pojetí vztahu lékaře a pacienta jako vztahu vzájemné kooperace a domluvy. V této souvislosti je nutné se zamyslet nad tím, jakou roli by měl hrát jedinec v systému, který o jeho zdraví pečuje. „Má být pasivním příjemcem nebo aktivním pečovatelem o své zdraví? Má nést odpovědnost za své zdraví nebo má odpovědnost položit na stranu poskytovatele?“ Právě posílení postavení pacientů na trhu se zdravotní péčí může významně přispět k lepšímu využívání zdrojů. V této souvislosti může být účinný jednak nástroj *informovaného souhlasu* (8, s.241), ale také přechod od paternalistického vztahu mezi lékařem a pacientem ke vztahu partnerskému. Jen informovaný pacient může aktivně pečovat o své zdraví.

Aktuálním tématem české zdravotní politiky je zavádění regulačních poplatků. Regulační poplatky mají „omezit plýtvání a zneužívání zdravotních služeb“ (23, s.6). Od ledna 2008 pacienti v českém zdravotnictví platí 30 korun za návštěvu lékaře při provedení klinického vyšetření, 30 korun za výdej léku na předpis, 60 korun za den pobytu v nemocnici a 90 korun za návštěvu pohotovosti, tyto částky mají bojovat s neefektivním využíváním zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví očekává, že díky poplatkům ušetří 4 miliardy korun, poplatky by zároveň měly navýšit objem financí ve zdravotnictví o 4 miliardy korun (23, s.6). Oponenti těchto poplatků namítají: „Nebude mít placení regulačních poplatků negativní dopad na zdravotní stav populace? Nebudou lidé kvůli těmto poplatkům zanedbávat své zdraví? Nezpůsobí placení těchto poplatků některým jedincům finanční problémy?“ Ministerstvo argumentuje, že „v porovnání se sousedními státy, ale třeba i se sociálním Švédskem, jsou české poplatky jedny z nejnižších“ (a to i v případě, že bereme v úvahu výši průměrné mzdy) (23, s.6). Poplatek za návštěvu lékaře se platí také na Slovensku, dále v Chorvatsku, Maďarsku, Lotyšsku, Bulharsku, Estonsku (23, s.7). Výjimku ze středoevropských států představuje Polsko, kde se poplatky nevybírají, ale existuje zde vysoká míra spoluúčasti - 28% (23, s.6). Aby placení poplatků neohrozilo zejména chronické pacienty, je zaveden nástroj ročního ochranného limitu v hodnotě 5000 korun. Za důležité můžeme pokládat, že se regulační poplatek nevztahuje na preventivní prohlídky.

Co se týká spoluúčasti, pacienti v českém zdravotnictví platí ze soukromých zdrojů 11% za výkony, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. V příloze pro srovnání uvádím přehled spoluplateb a přímých plateb ve vybraných státech Evropy (viz. Příloha č.3).

Také lékař je důležitým subjektem péče o zdraví a může zásadním způsobem regulovat spotřebu zdravotní péče. Měl by usilovat o „účelné, kvalitu péče nesnižující

vydávání prostředků a o dosažení spotřeby služeb, která je z hlediska poskytování kvalitní péče nezbytně účelná“ (7, s.62). Řízení spotřeby péče lékařem může přispět k omezení finančních nákladů, které jsou využívány zbytečně (7, s.62). Praktický lékař, který reguluje a kontroluje vstup pacientů do sekundární resp. terciární sféry zdravotnictví a také jejich výstup do primární péče, nese ve světě název „gatekeeper“ (19, s.15).

Ke korigování spotřeby zdravotní péče mohou výrazně přispět také zdravotní pojišťovny. V zájmu každé pojišťovny je mít zdravé pojištěnce, proto by odměny za zdravý životní styl či období bez nehod mohly představovat dobrý nástroj k ovlivňování zdravotního stavu obyvatel.

Zajímavý je i *system řízené péče*, který funguje například ve Francii. Na trhu se zdravotní péčí existují aktéři tzv. „operátoři zdravotní péče“, jejichž úkolem je mimo jiné nákup zdravotní péče, tedy výběr odborníků, vyjednávání o tarifech a způsobech odměňování, kontrola opodstatněnosti nemocničních pobytů atd.(9, s.114).

### III Praktická část

Cílem praktické části bylo zkoumat, jakou roli v neefektivní alokaci zdrojů ve zdravotnictví hraje veřejná povaha zdravotní péče.

Chtěla jsem v praxi prověřit předpoklad z části teoretické, že veřejné poskytování zdravotní péče má zásadní vliv na problémy zdravotního systému. Přezkoumávala jsem následující hypotézu: Veřejná povaha zdravotnictví vede k neefektivnímu využívání zdravotní péče, to se v praxi projevuje *plýtváním, nadužíváním, nedostatkem odpovědnosti a nedostatkem motivace na straně pacientů.*

K potvrzení základní hypotézy jsem využila pět případových studií z ordinace praktického lékaře. Protože zveřejňuji citlivé údaje, dbala jsem na zachování anonymity lékaře i jednotlivých případů. Objektem výzkumu je tedy nejmenovaná soukromá praxe praktického lékaře a jeho pacienti. Případy alokačních problémů jsem zjišťovala pomocí polostrukturovaného rozhovoru s praktickým lékařem. Případ jsem definovala jako ***událost v ordinaci praktického lékaře, která je spojena s neefektivním využitím zdrojů a to zdrojů lidských, technických či finančních, která se v praxi pravidelně opakuje a která způsobuje nejen růst nákladů, ale i etický problém.***

Na základě informací z teoretické části a přečtené literatury jsem vymezila 5 okruhů neefektivního jednání v ordinaci praktického lékaře. Předpokládala jsem, že na jejich vzniku se podílí veřejná povaha zdravotní péče. Vytvořila jsem základní definici každého okruhu, se kterými jsem lékaře na začátku výzkumu seznámila. Tato strategie byla důležitá, abychom s lékařem snáze navázali *společnou řeč.*

- Volný pohyb pacienta systémem

*Pacient svým neuváženým pohybem zdravotním systémem vytváří „zbytečné“ náklady, které nejenže nevedou ke zlepšení jeho zdravotního stavu, ale systém navíc finančně a časově zatěžují.*

- Pacienti zanedbávají své zdraví a zároveň aktivně navštěvují lékaře  
*Pacienti své zdraví zanedbávají , často mu i aktivně škodí nezdravým životním stylem. Pro neustálé zdravotní problémy lékaře často kontaktují. Svůj špatný zdravotní stav si uvědomují, ale dále setrvávají u nezdravých návyků.*
  
- Pacienti vedou nezdravý životní styl a zároveň odmítají zdravotní péči  
*Pacienti aktivně škodí svému zdraví, ale neprojevují zájem o lékařskou péči.*
  
- Nadužívání léků - polypragmasie  
*Pacienti užívají velké množství léků. Tyto léky stojí spoustu financí, zpravidla jsou placeny částečně pacientem.*
  
- Lékař je zatěžován zbytečnými výkony  
*Lékař neustále řeší stejné případy, stejné pacienty, stejné nemoci, stejnou administrativu. Hrozí, že v záplavě rutinních ošetření lékař opomine závažné případy.*

S lékařem jsem se pro potřeby praktického výzkumu setkala sedmkrát. Při prvním setkání jsem ho seznámila s tématem mé bakalářské práce a problémem, který v práci sleduji. Obeznámila jsem ho také s pěti typy neefektivní alokace zdrojů ve zdravotnictví, o kterých jsem již mluvila. Při každém setkání jsme probrali jedno hledisko. Záleželo na libovůli lékaře, který případ ze své praxe zvolí jako reprezentativní. Kvalita výzkumu tak z velké části závisela na jeho volbě. Důležitým požadavkem z mé strany bylo, aby se jednalo o případy, které se v ordinaci pravidelně opakují. V rámci každého případu mě pak zajímaly zvláště tyto aspekty:

- Věk, zdravotní stav jedince, vzdělání, zaměstnání
- Přístup jedince k vlastnímu zdraví - životní styl
- Jedincův přístup ke zdravotní péči

Po zaznamenání jednotlivých kazuistik jsem provedla evaluační studii každého případu, kdy jsem mapovala příčiny neefektivního jednání. Zkoumala jsem zvláště zdravotní stav jedince a jeho životní styl, protože právě nezdravé životní návyky zásadním způsobem formují náklady na zdravotní péči o pacienta v budoucnosti. Chtěla jsem nalézt možné zobecnění těchto případů, tedy jejich společnou charakteristiku. Předpokládala jsem, že důkladné prozkoumání několika případů přispěje k lepšímu uchopení problematiky veřejného zdravotnictví.

### **III.1 Základní údaje o lékaři a jeho praxi**

Lékař 54 let. Studium na Lékařské fakultě v Plzni dokončil v roce 1980. Po absolvování základních oborů – chirurgie, interna, gynekologie a další malé obory – krční, kožní, neurologie, nastoupil jako praktický lékař na poliklinice v desetitisícovém městě. V současné době lékař pracuje v oboru již 25 let. Pravidelně se účastní konferencí praktických lékařů, odebírá časopisy *Praktický lékař*, *Practicus*, *Zdravotnické noviny*, *Medical Tribune*, *Tempus Medicorum*. Je členem Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, je členem Lékařské komory.

Ordinace praktického lékaře se nachází v obci, kde žije 800 stálých obyvatel. U lékaře je zaregistrováno 1334 pacientů, z toho 704 mužů a 630 žen. Počet jednicových pacientů činí 1972.

Lékař pracuje každý pracovní den od 7:30 do 13 hodin, dvakrát týdně má odpolední ordinaci. Podle potřeb pacientů poskytuje denně návštěvy, ale i ošetření mimo pracovní dobu. Lékař má licenci pro výkon urgentní medicíny. Jedenkrát týdně tak slouží 24 hodin na záchranné službě (měsíčně průměrně 96 hodin). Mimo to odslouží průměrně 10 hodin měsíčně na pohotovosti.

Lékař odhaduje, že denně ošetří průměrně 40 pacientů. Jeho pracovní den se dle jeho vlastních slov skládá převážně z rutinních úkonů. Pro názornost uvádím přehled administrativní zátěže lékaře v průběhu jednoho dne:

*Lékařský nález pro posouzení zdravotního stavu* pro Úřad práce kvůli stanovení závislosti, ale i pro Českou správu sociálního zabezpečení kvůli přiznání plného či částečného invalidního důchodu. Provádí kontrolní prohlídky invalidních důchodů. Zde vidí lékař rozpor – dva posudkoví lékaři, kteří spolu nespolupracují, práce se zbytečně zdvojuje.

*Pracovní neschopnost* – počátky, ukončení pracovní neschopnosti, jednání s posudkovou komisí o dlouhodobě nemocných. Vyplňování průkazu o trvání pracovní neschopnosti.

*Pojistky pro pojišťovny, vstupní, výstupní, preventivní prohlídky, návrhy na lázeňskou léčbu, hlášení pro statistiky, hlášení infekčních chorob, prohlídky na zbrojní průkazy, zdravotní a řidičské průkazy, formulář Ošetření při onemocnění člena rodiny, příkaz ke zdravotnímu transportu, atd.*

### **III.2 Případové studie**

▪ *Případová studie č. 1: Volný pohyb pacienta systémem*

Pacientka věk 45 let. Pracuje jako ošetřovatelka v zemědělském družstvu.

Pacientku po několik týdnů trápily noční bolesti pravé ruky. Nenavštívila svého praktického lékaře, ale rozhodla se na základě vlastní úvahy navštívit ortopedii. Ortoped ji po vyšetření sdělil, že obtíže jsou neurologického charakteru. Tentýž den navštívila neurologa. Vedle toho pro intenzivní bolesti pacientka v odpoledních hodinách využila péče pohotovostní služby. Ve večerních hodinách byla poslána do nemocnice na vyšetření. Odhadem praktika provedená vyšetření stála 1000 Kč, náklady hradila zdravotní pojišťovna.

Pokud by pacientka navštívila svého praktického lékaře, náklady na vyšetření by byly placeny v rámci kapitační platby<sup>23</sup>. Schopný praktik by odhalil, že potíže pochází od páteře, a pravděpodobně by diagnostikoval *kořenový cervico-brachiální syndrom*. K léčbě by využil infúze, léky, ... Praktik v tomto případě léčí „zdarma“, neboť vyšetření je placeno v rámci měsíční kapitační platby za pacienta. Oproti tomu odborní lékaři účtují jednotlivé výkony pojišťovně.

Příklad je z doby před zavedením regulačních poplatků. Je otázkou, zda poplatky splnily svůj účel, a tento typ neefektivity ze zdravotního systému alespoň částečně vymizel.

#### *Analýza problému*

Pacientka svým neuváženým pohybem zdravotním systémem způsobila „zbytečné“ náklady, které nejenže nevedly ke zlepšení jejího zdravotního stavu, ale vedle toho finančně a časově zatížily systém. Problém je v tom, že pacientka v českém zdravotnictví v případě potíží není nucena sledovat určitý postup. Pacientce je dána volnost - má možnost navštívit řadu zařízení, kde jí provedou nejrůznější vyšetření, ale pacientka nenese odpovědnost, v tomto případě finanční. Je pravděpodobné, že kdyby pacientka znala skutečnou cenu zdravotní péče, zvolila by jiné řešení svých potíží. Můžeme předpokládat, že veřejná povaha zdravotní péče a volný přístup pacienta do zdravotního systému měly významný vliv na vznik tohoto alokačního problému. Nesmíme zapomínat, že náklady by v budoucnu mohly být ještě vyšší, kdyby pacientka svůj zdravotní stav podcenila a k lékaři by přišla až „za pět minut dvanáct“. Je důležité motivovat pacienty, aby zdravotní péčí neplýtvali, ale na druhou stranu musíme dbát na to, aby vlivem

---

<sup>23</sup> Měsíční kapitační platba činí 36 Kč/jednicového pacienta

regulačních opatření své zdraví neohrožovali. Jsem přesvědčena, že nejhorším příkladem neefektivního hospodaření se zdroji ve zdravotnictví je zanedbané zdraví.

Jedná se v první řadě o problém ekonomický spojený s neefektivním využitím lidských (odborníků), technických (jednotlivá vyšetření, zbytečné léky, čas) a finančních zdrojů. Jednotlivá vyšetření na sebe nenasazují a vyšetření jsou nesystematická. Vedle toho lékaři ze zvyku či ve snaze pomoci, jak se stalo v tomto případě, pacientce předepisují medikamenty a doporučují jí další vyšetření.

Řešení se může zdát jednoduché. Pohyb pacientů systémem můžeme omezit například zavedením regulačních poplatků. Méně reálnou možností je sankcionovat odborníky za ošetření pacientů, kteří k nim přišli bez doporučení. Jedinci by byli nuceni začít svůj pohyb zdravotním systémem vždy u lékaře praktického. Problém spočívá v tom, že lékaři z etického hlediska nemohou odmítnout péči pacientovi, který přijde s akutním problémem nebo bolestí.

▪ *Případová studie č. 2: Pacienti zanedbávají své zdraví a zároveň aktivně navštěvují lékaře*

Pacient věk 52 let. V mládí nestonal, vyučen soustružníkem, od třiceti let pracoval jako horník v uranovém dole. Od začátku vojenské služby kouřil 30 až 40 cigaret denně a pil alkohol: 5-10 piv denně. Nikdy se nevěnoval žádnému sportu. Lékaře navštěvoval pravidelně. V padesáti letech onemocněl *chronickou obstrukční plicní nemocí*, zhoršila se mu funkce jater. Přes tato onemocnění a opětovné varování lékaře nezměnil svou životosprávu. Stav vyústil v hospitalizaci pacienta, následovala nákladná léčba a invalidní důchod. V současné době jmenovaný stále vydatně kouří, pije alkohol a pobírá invalidní důchod. Svě zdraví tedy neustále vědomě poškozují a zároveň využívá solidarity ostatních.

Je pravděpodobné, že kdyby pacient nezačal kouřit, nepil alkohol, jeho zdravotní stav by se nevyvíjel tak závažně.

*Analýza problému*

Jádrem problému v této studii je špatný životní styl, ale i nedostatečná motivace pacienta pečovat o své zdraví. Z informace - „*pacient v mládí nestonal*“ můžeme usuzovat, že většina zdravotních problémů pacienta vznikla až v průběhu jeho života. Můžeme proto předpokládat, že zásadní vliv na jeho zdravotní problémy měly nezdravé



životní návyky – kouření, nedostatek pohybu, alkohol, ... Zde se nám nabízí otázka: „Můžeme pacienta sankcionovat za špatnou životosprávu? Můžeme na pacienta svalit odpovědnost za jeho zdravotní stav?“

Tento problém je možné vnímat jako důsledek paternalistického vztahu mezi lékařem a pacientem, tedy jako důsledek veřejné povahy zdravotní péče. Lékař je ten, který rozhoduje a nese odpovědnost. Oproti tomu pacient je jen pasivním příjemcem zdravotní péče, který není motivován pečovat o své zdraví. Skutečnost, že sledovaný pacient začal své zdraví poškozovat nezdravým životním stylem již v útlém věku, můžeme omluvit nevědomostí mládí. Mladí lidé si často nepřipouští, že jednou budou stáří a nemocní. Fakt, že pacient své zdraví poškozoval vědomě i poté, co se u něj objevily zdravotní potíže, nelze pochopit tak snadno. Pravidelné návštěvy pacienta v ordinaci praktického lékaře nasvědčují tomu, že jedince jeho zdravotní stav trápil a že mu na jeho zdraví záleželo. Je přesto možné, že pacient prožíval pocit beznaděje, kdy nevěřil ve zlepšení svého zdravotního stavu a zlozvyky pro něj představovaly *poslední radost*, které se nechtěl vzdát. Náklady na změnu životního stylu pro pacienta v tomto případě byly příliš vysoké, zatímco zisk byl nejistý. Vždyť kdo nám zaručí, že přestaneme-li kouřit, budeme žít zdraví až do smrti? Z pravidla platí, že tato nejistota se zvyšuje s věkem, proto je důležité dbát na prevenci zdravého životního stylu zvláště u lidí mladých. Jedince, kterého padesát let formoval určitý způsob poskytování zdravotní péče, těžko naučíme odpovědnému přístupu ke zdraví. Je proto potřebné dbát na to, abychom zaváděním regulačních mechanismů, nezpůsobili více škody než užitku. Mladé generace musíme motivovat k aktivnímu přístupu ke svému zdraví, starším generacím jsme povinni zajistit kvalitní péči.

▪ Případová studie č. 3 : *Pacienti vedou nezdravý životní styl a zároveň odmítají zdravotní péči*

Pacient věk 60 let, hmotnost 120 kg, tlak 200/100, kuřák 20 cigaret denně. Byl zaměstnán v zemědělském družstvu jako předseda. Dušnost, nadváha, točení hlavy. Lékaře nenavštěvoval, odmítal užívat léky, držet dietu, nesnažil se zhubnout, ani omezit kouření. Pacient neměl deprese, psychicky byl zdrav.

Zdravotní obtíže vyústily v cévní mozkovou příhodu, po které zůstal zcela odkázán na pomoc druhé osoby. Stav je trvalý – porucha hybnosti levostranných končetin, porucha řeči, ... Pacient je trvale upoután na lůžko. Nejprve oddělení intenzivní péče, poté LDN 3 měsíce. Pacient

je v současné době v domácí péči, manželka opustila zaměstnání a stará se o manžela. Pacient je do budoucna odkázán na její pomoc. On i jeho manželka musí čerpat finance z veřejných zdrojů.

### *Analýza problému*

Špatný životní styl je problémem i této studie. Tento příklad se však od předchozího liší přístupem pacienta k vlastnímu zdraví i ke zdravotní péči. Pacient odmítal veškerou péči, odmítal léky, neprojevoval vůli být léčen. Podle zaměstnání, které pacient zastával, nemůžeme mluvit o nedostatku inteligence. Stejně tak nic nenasvědčuje ztrátě chuti k životu, o čemž svědčí dobrý psychický stav, ale i přemíra kouření, záliba v jídle. Jedinec pracoval na řídicí pozici, což vyžaduje značnou dávku odpovědnosti, proto je nepravděpodobné, že se jednalo o pacienta v jádru nezodpovědného. Z těchto důvodů lze usuzovat, že i problémem této studie je ztráta motivace jedince pečovat o své zdraví vlivem veřejné povahy zdravotnictví. Tento příklad vyústil v závažné celospolečenské důsledky, na které je nutné upozornit a jejich rozměr je při posuzování efektivity alokace nutné brát v úvahu. Nehledě na to, jakým způsobem jedincův vztah ke zdraví ovlivnila veřejná povaha zdravotnictví, je nutné vnímat následky, které nese celá společnost. Smyslem veřejného zdravotnictví je zajistit, aby lidé pro nedostatek financí nezanedbávali své zdraví. Je totiž obecně známo, že zanedbané zdraví ohrožuje celou společnost - jednak hrozí riziko nákazy, jednak se společnost o tyto jedince musí v budoucnu starat (viz. kapitola Péče o zdraví jako veřejný zájem). V tomto případě však veřejné zdravotnictví nevědomě způsobuje to, proti čemu chce bojovat. Jedinec zanedbává své zdraví vlivem ztráty motivace, což končí invalidním důchodem a plnou závislostí na zbytku společnosti. Tyto úvahy jsou značně spekulativní, ale o to více varovné.

#### ▪ *Případová studie č. 4 : Nadužívání léků - polypragmasie*

Pacientka 65 let. Základní vzdělání, pracuje v provozu zemědělského družstva.

Navštěvuje neurologa pro bolesti krční páteře, navštěvuje alergologa pro sennou rýmu, dále navštěvuje poradnu pro osteoporózu, u praktického lékaře se léčí s vysokým tlakem, na interně se léčí s *ischemickou chorobou srdeční*. Dohromady užívá deset druhů léků. Léky stojí měsíčně 3-5000 tisíc korun, pacientka doplácí 200-300 korun. Podle názorů internistů, užívá-li pacient více jak 6 druhů léků, stává se jejich účinek sporný, v některých případech dokonce kontraproduktivní.

Praktik vidí problém v tomto: odborníci spolu navzájem nekomunikují, nápomocná by mohla být internetová knížka. Pacienti se bojí, že by jim mohl některý lék „chybět“.

Případ je z doby před zavedením regulačních poplatků.

### *Analýza problému*

Lékaři se shodují na tom, že pokud pacient užívá více než šest léků, jejich účinky se ovlivňují. Můžeme tedy uvažovat nad tím, že pokud pacientka užívá léků deset, čtyři léky jsou využívány neefektivně. Dokonce je možné, že jejich aplikace přináší více škody než užítku. Hypoteticky jsou 2/5 z vynaložených nákladů na léky vynakládány zbytečně. V případě této pacientky se jedná o 1-2 tisíce korun, které jsou proplýtvány. Přínos těchto léků pro pacientčino zdraví nelze prokázat.

Jedná se o problém neefektivního využití technických zdrojů. Je zřejmé, že v tomto případě hraje právě veřejná povaha zdravotnictví významnou roli. Pacientka není finančně motivována snížit počet užívaných léků, ale nemá ani dostatek odborných znalostí, aby mohla problém posoudit. Jak poznamenává sám lékař, pacientka má strach, že by jí lék mohl chybět, ale neuvědomuje si, že jí velké množství léků může škodit.

Jako řešení se tedy v první řadě nabízí zvýšit informovanost pacientů, ale také usnadnit komunikaci mezi jednotlivými lékaři. Pacient musí mít zájem na snížení léků, ale lékař mu musí poskytnout odborné informace. Je důležité, aby lékař pacientovi problém dostatečně vysvětlil. Zde je otázkou: „Bude mít lékař dostatek času?“

### ▪ *Případová studie č.5 : Lékař je zatěžován zbytečnými výkony*

Pacientka 53 let. Středoškolské vzdělání, inteligentní a sečtělá. V mládí často stonala, typ pacienta, který se bojí o své zdraví. Alergie, epilepsie, kuřácká bronchitida, časté úrazy.

Navštěvuje lékaře jedenkrát za měsíc s nejrůznějšími úrazy a nehodami. Neustálými zdravotními potížemi si vybuodovala závislost na opiátu. Skrytým cílem pacientky při návštěvě lékaře je právě aplikace opiátu – morfia. V ordinaci stráví půl hodiny při jedné návštěvě. Lékař pacientku opakovaně upozorňuje, že jejím problémem je závislost. Pacientka si tento problém nepřipouští, odmítá speciální léčení. Lékař cítí vyčerpání, léčení této pacientky nikam nevede. Pokud pacientka nezíská analgetikum u ošetřujícího lékaře, pod záminkou nejrůznějších zdravotních problémů a nehod, navštěvuje jiné lékaře, pohotovost.

### *Analýza problému*

Jedná se o velice složitý problém. V situaci, kdy žena již projevuje známky závislosti na opiátu nelze primárně mluvit o problému způsobeném veřejnou povahou zdravotnictví. Patientku by od návštěvy lékaře finanční spoluúčast neodradila. Proto na tomto místě nebudu zkoumat, jaký vliv mělo veřejné zdravotnictví na vznik tohoto případu, ale budu přemýšlet o důsledcích tohoto problému pro zdravotní systém.

Jedná se především o problém plýtvání lidským zdrojem, tedy lékařem. Lékař přiznává, že ho problém psychicky zatěžuje. Zde narážíme na problém chybějící supervize ve zdravotnictví, lékař by jistě uvítal odbornou pomoc. Patientka by potřebovala speciální péči, ale protože si odmítá problém přiznat, lékař ji k léčbě nutit nemůže. Volný pohyb zdravotním systémem, umožňuje pacientce dále prohlubovat svoji závislost. Jádro problému - závislost - tak zůstává nevyřešeno. Pacientce je z veřejného pojištění místo skutečně potřebné péče (na léčbu závislosti) hrazena péče, která řeší jen důsledky problému. Tuto péči můžeme považovat za neúčinnou, neboť pacientce od skutečného problému nepomáhá. Dochází tedy zároveň k neefektivnímu využití zdrojů finančních a technických.

### *Co mají tyto kazuistiky společného?*

Jádrem těchto příkladů je neefektivní využití zdrojů. Je ale potřebné si uvědomit provázanost jednotlivých problémů. Jedná se o jednu ordinaci a jednoho lékaře, jehož čas a v podstatě i elán do práce jsou omezené. Proto v případě, kdy pacient péči praktického lékaře využívá zbytečně, sice nevědomě, ale přesto zákonitě „ukrajuje“ z omezených možností lékaře a celého zdravotního zařízení. Častým jevem proto mohou být podráždění lékaři, kteří mají pocit nenaplnění. Svou energii *plýtávají* na případy zbytečné a hrozí, že v momentě, kdy by se měli koncentrovat na vážný problém, jim síla bude chybět. Můžeme si říci, že tyto problémy patří k jejich práci, jsou za ni placeni, ale stejně tak jako u jiných zdrojů, i *životnost* lékařů není neomezená. V případě lékařů je možné vitalitu prodlužovat například správnou supervizí. Problémem je, že většina českých lékařů, stejně tak i dotazovaný lékař, žádnou supervizi nemá.

Ač se nejedná o reprezentativní výzkum, přesto lze z uvedených příkladů usuzovat, že veřejná povaha zdravotnictví způsobuje řadu alokačních problémů, mimo jiné plýtvání, nadužívání, nedostatek odpovědnosti a nedostatek motivace na straně pacientů.

V žádném případě ale nemůžeme tvrdit, že veřejné poskytování zdravotní péče může za všechny problémy. Člověk rád dostává věci zdarma, rád hledá ta nejsnazší řešení. Je proto pravděpodobné, že nám současný systém svým způsobem vyhovuje. Část financí vyměníme za péči určité kvality a *můžeme si vesele užívat všech neřestí světa.*

## IV Závěr

Cílem práce bylo zkoumat úlohu veřejného zdravotnictví v měnící se společnosti. Jak by tedy mělo vypadat zdravotnictví nového tisíciletí?

Než jsem začala psát tuto práci, pohlížela jsem na státní zásahy, ale i na veřejný sektor spolu se zdravotnictvím jako na velké monstrum, kde se topí peníze daňových poplatníků. Přes chyby tohoto systému jsem neviděla jeho klady. Viděla jsem proplývané peníze, jedince, kteří si neváží svého zdraví a vědomě mu škodí, upracované lékaře a zdravotní sestry, jejichž práce není doceněna. Pozorovala jsem lidi, jak v obchodech utrácejí tisíce a zároveň si stěžují, že musí platit regulační poplatky u lékařů. Měla jsem pocit, že pacienti berou péči o své zdraví jako samozřejmost, jako něco, na co mají právo. U lidí jsem postrádala vděčnost za to, že se jeden pro druhého vzdává svých financí, aby nemocný netrpěl. Připadalo mi, že se lidé ve zdravotním systému chovají, jako kdyby peníze padaly z nebe, a neuvědomují si, že každou hodnotu musí někdo vytvořit.

Nyní jsem přesvědčena, že z těchto problémů nelze v zásadě nikoho vinit. Těžko vymyslíme lepší systém, který dokáže zajistit zdravotní péči všem podle potřeby a způsobí méně škody, než jsou proplývané peníze a nedostatečně motivovaní pacienti. Zrušením veřejného zdravotnictví bychom riskovali mnohem více, hrozilo by, že zdravotní péče se stane výsadou bohatých a mimo zdravotní systém se ocitnou lidé nesvéprávní a chudí. Výzvou do budoucna proto není vymyslet nový systém, ale zdokonalovat ten stávající, napravovat nedostatky a přizpůsobovat systém veřejného zdravotnictví novým požadavkům společnosti.

Důležité je posílit roli pacienta. Pacient musí vědět, kolik stojí péče o lidské zdraví. Potřebná je ale uvědomělost, ne absolutní vyvázání pacienta ze solidárního systému. Stav, kdy pacient nezná cenu péče, která je mu skrz solidární systém poskytována, vede ve společnosti, kde peníze jsou důležitou hodnotou, ke ztrátě motivace pečovat o své zdraví. Aktivní přístup pacienta nepovede jen k efektivnější alokaci zdrojů, ale především k lepšímu zdravotnímu stavu populace. Zodpovědný jedinec může mnohým nemocem předejít a následky mnohých nemocí zmírnit. Je třeba, aby pacient zaujal odpovědný přístup ke svému zdraví. K tomu by ho měl pozitivně motivovat především zdravotní systém, tedy stát zdravotní politikou.

## V Seznam literatury:

1. Barták, M., Haubertová, D., *Reformy zdravotnických systémů – poučení ze zkušeností*, IZPE, Kostelec nad Černými lesy, 2004
2. Beek, Korenlia van der, *Systemtransformation des Gesundheitswesens in den Ländern Mittel und Osteuropa*, Peter Lang, Frankfurt am Main, 2002
3. Drbal, C., *Česká zdravotní politika a její východiska*, Galén, Praha, 2005
4. *Etika kolem nás a ve zdravotnictví*, přednáška, která se konala 10.dubna 2008 v Latinské škole v Milevsku, přednášející – MUDr.Jan Payne, předseda Společnosti lékařské etiky J.E.Purkyně a vedoucího Centra pro biotiku na 1.LF UK v Praze
5. Friedmanovi, M.a R., *Svoboda volby*, Liberální institut, Praha, 1991
6. Gladkij, I., a kolektiv, *Management ve zdravotnictví*, Computer Press, Brno, 2003
7. Gladkij, I., Heger, L., Strnad, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, IPVZ, Brno, 1999
8. Haškovcová, H., *Lékařská etika*, 3.vydání, Galén, Praha, 2002
9. Háva, P. a další, *Zdravotní politika a ekonomika – Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky*, IZPE, Kostelec nad Černými lesy, 2002
10. Hazlit, H., *Ekonomie v jedné lekci*, Alfa, Praha, 1999
11. Holčík, J., Kaňová, P., Prudil, L., *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*, NCO NZO, Brno, 2005
12. Holman, R., *Ekonomie*, Beck, Praha, 2004
13. Hořejší, J., *Moc a nemoc medicíny*, Makropulus, Praha, 1998
14. Hroboň, P., Macháček, T., Julínek, T., *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století*, Reforma zdravotnictví – forum.cz, Praha, 2005
15. Ivanová, K., *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno, 2006
16. Kebza, V., *Psychosociální determinanty zdraví*, ACADEMIA, Praha, 2005.
17. Keller, *Soumrak sociálního státu*, Slon, Praha, 2005.
18. Komárek, S., *Spasení těla, Moc, nemoc a psychosomatika*, Kolumbus, Praha, 2005.
19. Křečková, N., Bártová, Š., *Zdravotní politika a ekonomika – Vztah lékaře a pacienta v primární péči*, IZPE, Kostelec nad Černými lesy, 2002
20. Le Fanu, J., *Vzestup a pád moderní medicíny*, Academia, Praha 2001
21. Listina základních práv a svobod, hlava čtvrtá, článek 31

22. Mášová, H., Křížová, E., Svobodný, P., *České zdravotnictví vize a skutečnost*, Karolinum, Praha, 2005
23. Ministerstvo zdravotnictví ČR, *Návod na použití českého zdravotnictví*, vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007
24. Niklíček, L., *Systém veřejného zdravotnictví a nemocenského pojištění za první Československé republiky*, Praha, Lidová univerzita akademie J.A.Komenského, 1994
25. Ochrana, F., *Programové financování veřejných výdajů*, EKOPRESS, Praha, 2006
26. Surynek, A, Komárková, R., Kašparová, E., *Základy sociologického výzkumu*, Praha, 2001
27. *Všeobecná encyklopedie*, Praha, Diderot, 1999 ... termín: *alokace*
28. *Zdravotní ročenka ČR*, ÚZIS, 2006 ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz))
29. Žáček, A., Holčík, J., *Sociální lékařství II, Úvod do veřejného zdravotnictví*, Brno, MU, 1992



## **VI Přílohy**

1. Projekt k diplomové práci
2. Seznam ministrů zdravotnictví České republiky a jejich politická příslušnost
3. Spoluplatby a přímé platby v systémech veřejného zdravotního pojištění v některých státech světa v roce 2004

**Příloha č.1**

**Fakulta humanitních studií**

**Univerzita Karlova Praha**

**2004-2008**

**Projekt k bakalářské práci**

Vedoucí diplomové práce: Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová CSc.

Vypracovala: Anna Kalounová, UČO 10173

V Praze dne 8.10.2007

Podpis:

Název bakalářské práce: Morální dimenze transformace zdravotnictví

## *1. Formulace problému:*

Práce se bude zabývat otázkou úlohy veřejného zdravotnictví v měnící se společnosti. Zdraví představuje statek zvláštního druhu a péče o zdraví je převážně financována z veřejných prostředků. Náklady na zdravotnictví rostou rychleji než HDP v každém státě, proto se stále prohlubuje propast mezi možnostmi medicíny a možnostmi jejich finančního krytí. Problémem zdravotnictví se tak stává nedostatek financí, ať již faktický nebo relativní. Velmi důležitá je proto otázka efektivnosti využití finančních zdrojů. Při financování zdravotnictví neustále dochází k rozporu mezi ekonomikou a etikou. Zdravotní systém je třeba transformovat. V této souvislosti je nutné se ptát, jaký osud čeká systém veřejného zdravotnictví? Výzvu představuje efektivnější alokace financí, kde důležitou roli hraje uvědomělý pacient, který si váží života i zdraví.

## *2. Cíl práce*

Cílem práce je na základě prostudované literatury a pomocí případových studií z ordinace praktického lékaře upozornit na problémy, které jsou spojené s veřejnou povahou zdravotnictví, tedy s volným přístupem ke zdravotní péči.

## *3. Výzkumné otázky*

Jaké problémy zdravotnictví způsobuje jeho veřejná povaha? Jaký vliv má na tyto problémy transformace společnosti?

Je v budoucnosti místo pro veřejné poskytování zdravotní péče? Není potřeba zásadně změnit podobu zdravotního systému?

## *4. Hypotézy*

Veřejné poskytování zdravotní péče způsobuje řadu alokačních problémů. Zdravotnictví musí být veřejné.

## *5. Metodologický přístup*

Informace budu získávat sekundární analýzou již existujících dokumentů a odborné literatury, dále pomocí případových studií z praxe praktického lékaře. Případové studie zahrnují několik kroků: detailní uchopení faktů, analýzu vztahů, objasnění faktorů, které situaci ovlivňují, a na závěr vytvoření celistvého obrazu (Surynek, Komárková, s.133). Struktura projektu případových studií bude následující: „základní formulace výzkumné otázky, zdůvodnění smyslu výzkumné otázky, stanovení kritérií pro výběr případů a definice toho, co v dané situaci budu považovat za případ, určení základních zdrojů informací, stanovení metod shromažďování dat, předběžná kritéria interpretace, která budou postupně upřesňována tak, jak se bude rozrůstat empirický materiál, a předpokládané výstupy“ (Surynek, Komárková, Základy sociologického výzkumu, s.134).

## *6. Teoretická část*

V teoretické části budu analyzovat systém péče o zdraví v České republice. Budou mě zajímat výhody a nevýhody systému veřejného zdravotnictví, ale i jaké možnosti

vývoje stojí před tímto systémem. Je potřeba přizpůsobit systém zdravotnictví měnící se společnosti, proto budu zkoumat proměnu hodnot, determinanty, ale i změny způsobené celkovou modernizací společnosti.

### 7. *Praktická část*

V praktické části budu zkoumat situace v ordinaci praktického lékaře, při kterých dochází k neefektivnímu využití zdrojů. Budu zjišťovat, jakou úlohu v těchto problémech hraje veřejná povaha zdravotnictví.

### 8. *Závěr*

Navrhnou, jaké změny ve zdravotnictví si žádá vývoj společnosti.

### 9. *Časový harmonogram*

říjen – prosinec 2007	studium odborné literatury, sběr základních dat
leden – březen 2008	sepsání teoretické části
březen – duben 2008	vypracování praktické části
květen – červen 2008	vyhodnocení teoretické a praktické části, zpracování výsledků, závěrečné úpravy

### 10. *Literatura*

Dismam, M., *Jak se vyrábí sociologická znalost*, Praha, Karolinum, 2002

Surynek, A, Komárková, R., Kašparová, E., *Základy sociologického výzkumu*, Praha, 2001

## Příloha č. 2

### Seznam ministrů zdravotnictví České republiky a jejich politická příslušnost

<i>Ministr</i>	<i>Funkční období</i>	<i>Strana</i>
Petr Lom	2.7.1992 -22.6. 1993	ODS
Luděk Rubáš	23.6.1993 – 10.10. 1995	ODS
Jan Stráský	11.10.1995 – 2.1.1998	ODS
Zuzana Rothová	2.1.1998 – 22.7.1998	KDU-ČSL
Ivan David	22.7.1998 – 9.12.1999	ČSSD
Vladimír Špidla*	10.12.1999 – 9.2.2000	*Pověřen řízením
Bohumil Fišer	9.2.2000 – 15.7.2002	ČSSD
Marie Součková	15.7.2002 – 14.4.2004	ČSSD
Jozef Kubinyi	14.4.2004 – 4.8.2004	ČSSD
Milada Emmerová	4.8.2004 – 12.10.2005	ČSSD
Zdeněk Škromach*	12.10.2005 – 4.11.2005	*Pověřen řízením
David Rath	4.11.2005 — 4.9.2006	ČSSD
Tomáš Julínek	4.9.2006 – ...	ODS

*Zdroj: [http://cs.wikipedia.org/wiki/seznam\\_ministruzdravotnictvi...12.6.2008](http://cs.wikipedia.org/wiki/seznam_ministruzdravotnictvi...12.6.2008)*

### Příloha č. 3

#### Spoluplatby a přímé platby v systémech veřejného zdravotního pojištění v některých státech světa v roce 2004

	Praktičtí lékaři	Specialisté	Léčiva	Nemocniční péče
Francie	30% , existuje dodatečné pojištění na spoluplatby, znevýhodněné skupiny a dlouhodobě nemocní mohou být od spoluplateb osvobozeni	30%	0% na vybrané druhy léčiv 35% pro většinu druhů 65% u komfortních léčiv a léčiv bez atestované terapeutické hodnoty	11€ za den + 20% celkových nákladů za prvních 30 dní hospitalizace až do hranice 200€
USA	20% nad částku deduktibles 100USD. Také pojistné 66,60 USD měsíčně na úhradu služeb lékařů.	20% nad částku deduktibles 100USD. Také pojistné 66,60USD měsíčně na úhradu služeb lékařů.	100%	Deduktibles 879 USD prvních 60 dní v nemocnici, 219USD za den pro 61-90 dní, 438 USD za den nad 90 dní. 109,50 za pobyt v pečovatelském zařízení 21.-100. den.
Velká Británie	Nejsou	Nejsou	9USD za předpis nebo bez poplatku se „sezónní poukázkou“ na 130 USD. Mnoho jedinců osvobozeno.	Nejsou
Švýcarsko - roční poplatek 210USD pro dospělé a 0USD pro děti.	10%	10%	10%	7USD denně, pokud pacient žije v jednočlenné domácnosti
Německo - celkové spoluplatby představují 2% hrubého příjmu (1% u chronicky nemocných). Ze spoluplateb jsou vyjmuty osoby mladší 18 let.	10€ čtvrtletně. Preventivní opatření jsou od poplatků osvobozena.	Pacienti, kteří jsou doporučeni od jednoho lékaře k druhému, neplatí dodatečné poplatky, pokud tato péče spadá do jednoho čtvrtletí.	Kolem 10% z ceny léčiv. Ne méně než 5€ a ne více než 10€ za medikaci.	Spoluplatby ve výši 10% za den, maximálně 28 dní za kalendářní rok.

*Zdroj: Reformy zdravotnických systémů – poučení ze zkušeností (1, s.11-12)*

