

Jsou nezbytná kvalifikovaná rozhodnutí vycházející z věrohodných dat

J. Holčík

Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty MU Brno, přednosta prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

Adam Z et al. Zlepšování výsledků léčby vybraných krevních chorob a změny nákladů na tuto léčbu. Otázky pro ekonomy a další odborníky. Vnitř Lék 2007; 53(6): 735–749.

Souhrn: Sdělení reaguje na článek dokládající nárůst nákladů na léčbu vybraných maligních krevních chorob. Je vloženo vztah trhu a zdravotní péče a zásady veřejnoprávního a soukromoprávního zdravotního pojištění. Jsou uvedena základní východiska pro rozhodování, a to vědecky ověřené údaje, osobní nebo skupinové hodnoty a preference a politické i organizační možnosti. Na příkladu komerčního pojištění ve Velké Británii je poukázáno na jeho přínosy a problémy. Autor připomíná potřebu soustavného jednání s pojišťovnami při využití získaných dat o rozsahu problému a o možnostech jeho řešení, zdůrazňuje význam kvality zdravotnických služeb a dobré organizace onkologické péče. Z dlouhodobého hlediska za nejdůležitější označuje soustavné využívání programu Zdraví 21, který je osnovou evropské zdravotní strategie.

Klíčová slova: trh a zdravotní péče – zdravotní pojištění – kvalita zdravotnických služeb – program Zdraví 21

Qualified decisions based on credible data are necessary

Summary: This paper is a reaction to an article giving evidence on the growth in the cost of treatment of selected malignant blood diseases. The relationship between the market and health care is explained, as well as the principles of public and private health insurance. Principal decision-making factors such as scientifically proven data, personal or group values and preferences and political and logistic potential are referred to. Private health insurance in Great Britain is used to exemplify the strong and weak points of private health insurance in general. The author brings attention to the need for systematic negotiation with health insurance companies in making use of available data related both to the scope of the issue and potential solutions to it. In addition the author points out the importance of quality health services and efficient organisation of oncological health care. In the long run, the most important factor, from the author's point of view, is systematic exploitation of the Health 21 programme, which is integral to the European health care policy.

Key words: the market and health care – health insurance – quality health care services – Health 21 programme

Úvod

V článku Adama et al je výrazně dokumentována skutečnost, že náklady na zdravotnické služby, resp. náklady na léčbu v onkologii výrazně rostou. Jde o jev, na který důrazně upozornili experti Světové zdravotnické organizace již v 70. letech 20. století a který je v současné době jedním z dominantních problémů zdravotnických systémů všude na světě. Možností a metod, jak jej zvládat, je mnoho,

ale výsledky dosavadního úsilí nejsou uspokojivé. Jako nejslibnější se jeví změna celé orientace péče o zdraví a její programové zaměření na determinanty zdraví a na rozvoj aktivit jednotlivců, skupin i celé společnosti s cílem zlepšit zdraví lidí. Nejnaléhavější jsou ovšem problémy s úhradou stále nákladnějších zdravotnických služeb.

Lze uvítat, že významní kliničtí pracovníci si tyto otázky kladou a hledají na ně adekvátní odpovědi. Měli by to

být právě oni, kdo by měl sehrát významnou roli při rozhodování o tom, jak co nejlépe hospodařit s nesmírně vzácnými zdroji (systémovými vstupy), jako jsou peníze, kvalifikace a intelektuální schopnosti lidí, dobré technické vybavení, a v neposlední řadě i zdraví a životy pacientů i všech ostatních lidí.

Politici musí počítat s tím, že změny ve zdravotnickém systému budou realizovat lékaři a další zdravotníci, kteří budou mít zásadní vliv na úspěch



Obr. 1. Merkur (Hermes) spolu s obchodníkem jsou odmítáni Asklepiem [2].

reforem. Současně je zřejmé, že pokud reformy budou mít krajně nepříznivý sociální dopad na početné skupiny obyvatel, pak se politické řešení setká s nesouhlasem a rozčarováním velkého počtu voličů. Reformy proto nestačí „prosadit“, ale je nezbytné pro ně získat jak zdravotníky, tak širokou veřejnost.

Nabízejí se mnohá zdánlivě jednoduchá opatření, která, jak dokládají zkušenosti, sama k cíli nevedou (individuální účty, spoluúčast, dobrovolné komerční připojištění apod). Dá se očekávat, že něco se vyřešit podaří, ale spousta nových problémů vznikne. Plně se potvrzuje výrok profesora Maynarda, předního evropského zdravotnického ekonoma, že ve zdravotnickém systému jsou jen dvě věci jisté, a to nedostatek peněz a smrt [1].

Poznání, že zmíněný problém vyřešit nelze, však není pobídkou k fatalizmu a pasivitě. S problémy, které nejsou vyřešitelné, je nezbytné se naučit žít tak, aby působily co nejmenší obtíže. To dá mnohdy moc práce. Pro únosné zvládnutí takových nesnází je nebytná zásadní změna běžného dosavadního medicínského myšlení, které se někdy omezuje jen na chvályhodný zájem o pacienta a na dobře míněný rozvoj jednotlivých oborů.

Mezioborové a systémové myšlení se stává výrazným imperativem. Je nutné se opětovně vracet k mnoha zásadním otázkám týkajícím se poslání

medicíny, péče o zdraví, role lékařů, odpovědnosti politiků za ochranu veřejných zájmů, humanitních hodnot a mnohých dalších.

Pesimisticky lze konstatovat, že takový přístup může usnadnit pochopení problémů, ale nevede k jejich odstranění. Optimisticky lze doufat, že pochopení nesnází umožní nalézt nejlepší možná, i když jen dílčí a dočasná východiska.

Historické poznámky

Peníze a medicína mají dlouhou společnou cestu. Ve Vatikánském muzeu v Římě je uložen starý řecký reliéf (jeho kopie z roku 1811 je na obr. 1) [2]. Uprostřed stojí rozhněvaný Asklepios, levou rukou se opírá o svou hůl, na níž je navinut had, a pravá ruka odmítavým gestem naznačuje nesouhlas se dvěma návštěvníky. Svým postojem Asklepios brání návštěvě, aby se přiblížila k jeho třem dcerám. Jsou to Hygieia, Panacea a Meditrine. Kdo jsou ti dva návštěvníci?

Klečící je zřejmě obchodník nabízející své služby. Stojící návštěvník je podle okřídlené hůlky se dvěma hady, kterou drží (nazývané Caduceus), Hermes (římsky Merkur, posel bohů), bůh obchodu a zisku, výmluvnosti a invence, cestování, patron podvodníků i zlodějů a šířitel okultizmu.

Co Asklepia tak rozhněvalo? Zřejmě to, že on se chce věnovat pacientům a pomáhat jim v jejich nesnázích, za-

tímco obchodník potřebuje ke svému výdělku bohaté zákazníky (klienty). Asklepios chce sloužit svými nabytými zkušenostmi a medicínským uměním. Naproti tomu obchodník dovede využívat okultistických ideí a klamných iluzí. Asklepios chce nacházet své uspokojení ve zlepšení zdraví svých pacientů, a obchodník jde za vidinou zisku. Obchodník si však počíná velmi uctivě, klečí a prázdnými dlaněmi obrácenými vzhůru dokládá, že nemá zbraň. Chová se přátelsky (skoro jako sponzor), ale peníze nenese.

Uctivé chování obchodníka je projevem zájmu o medicínskou oblast, který snad plyne z přesvědčení, že by se dalo na nemocných vydělat. Zejména ti bohatší by asi dali všechno za to, aby se uzdravili a aby jejich děti i další blízcí netrpěli. Sám obchodník si však na takový projekt netroufá, ani Hermes mu svými lstmi, klamy a obratnou výmluvností nemůže natrvalo pomoci. Nezbyvá než vyhledat Asklepia a přesvědčit jej, aby přijal výhodnou obchodní nabídku.

Co bylo dál? Vytvořil sochař i další reliéf, něco jako comics? Padla si návštěva nakonec s Asklepiem do náruče? Asi to sochař, nebo ten, co mu vedl ruku, nechali na nás. Asi tušili, že s tím problémem budou žít lidé i v budoucnosti a že konec konců na nich bude záležet, jak se k tomu postaví.

Zmíněná rytina je dokladem, že konflikt mezi medicínou a obchodem není nic nového. Lidé se odjakživa potýkají s problémem, jak pomoci těm, kteří to potřebují, jak na to sehnat peníze. A současně, jak se pokud možno vyhnout tomu, aby zdravotní nesnáze byly pro pacienta ekonomickou katastrofou.

Snad jen na okraj lze připomenout, že Caduceus, okřídlená hůlka se dvěma hady, se stala symbolem americké medicíny, zatímco Světová zdravotnická organizace a většina národních medicínských organizací a institucí dává jako medicínskému symbolu přednost hůlce s jedním hadem.

Rozpor mezi snahou účinně pomoci nemocnému a potřebou získat na takovou činnost peníze provázel medicínu i v dobách, kdy účinnost terapeutických postupů začala být ovlivňována vědeckými metodami. Jedna z největších osobností fyziologie 19. století, Claude Bernard (1813–1878) si uvědomil, že „tragickým údělem lékařství je jednat, aniž by vědělo“ [3]. To mu bylo motivem pro vypracování základních principů vědecké práce v medicíně. Soustavně usiloval o to, aby medicína nebyla jen uměním, ale i vědou. Současně ovšem připomínal, že „je třeba dobře odlišovat lékařství jako vědu od umění, jak ovládat svou klientelu tak, aby z ní lékaři plynul zisk, i když se přitom zachovává důstojnost povolání“ [3]. Stává se, že veřejnost považuje za největšího lékaře toho, kdo má největší klientelu, a za největšího chirurga toho, kdo získal největší bohatství.“

Další obrovský rozvoj vědeckých metod a rychlý růst medicínských poznatků rozšířil možnosti účinnější léčby nemocných. Současně se začalo ukazovat, že prodej léků a výroba zdravotnické techniky může být dobrým obchodem, protože zdravotní potřeby lidí a požadavky lidí na zdravotnické služby jsou téměř neomezené.

Hranice pro rozvoj takových obchodní snah však pevně stanovilo množství peněz, které bylo možné na zdravotnické služby vynaložit. Úspěšnost medicíny a její rozvoj tedy nebyl podmíněn jen její účinností (schopností dosáhnout žádoucí změny), ale i její efektivitou, tedy hospodárností. Další vývoj ukázal, že jen málo lidí je schopných zaplatit náklady na potřebné zdravotnické služby. Péče o většinu nemocných se tak stala spíše záležitostí charity než cílevědomým využíváním finančních zdrojů společnosti pro zdraví lidí. Základy finančních systémů, které v tomto smyslu prokázaly svoji životnost, byly položeny až koncem 19. století.

Ve 20. století se medicína začala rychle rozvíjet. Nebývalé prostředky

byly věnovány na výzkum a na přípravu nových terapeutických prostředků. Po 2. světové válce se po určitý čas mohlo zdát, že nové léky povedou ke snížení nákladů na zdravotní péči. Zavedení účinných antituberkulotik přineslo skvělé výsledky, kterých se podařilo dosáhnout poměrně lacino, ve srovnání s náklady, které by bylo nutné vynaložit na léčbu nemocných tuberkulózou v sanatoriích. Podobné naděje byly spojeny i s antibiotiky a očkováním proti dětským nemocem. Je zřejmé, že nové poznatky medicíny, a to jak v preventivní, tak terapeutické oblasti, vedly k podstatnému zlepšení zdraví lidí. Ke snižování nákladů na zdravotnictví však nikde nedošlo.

I když je nepochybné, že medicína dovede zvládat mnoho dříve neřešitelných problémů, nezbyvá než připustit, že problémy s financováním zdravotnických služeb se nezmenšují, ale že se výrazně a rychle prohlubují. Finanční zdroje se tak stávají jedním z hlavních limitujících faktorů dalšího rozvoje péče o zdraví.

Postupující globalizace trhů a růst vlivu nadnárodních finančních korporací ovlivňuje i řadu aspektů financování zdravotnictví v mnoha zemích. Ukazuje se, že náklady na zdravotnictví rostou rychleji než rozvoj ekonomiky jednotlivých států. Proto jsou hledány nové zdroje financování, např. růst spoluúčasti, přímé platby za některé úkony nebo materiál. I když takové platby, a to zejména v Evropě, bývají provázeny některými sociálními pojistkami, aby např. těžce nemocní nebyli vystavováni nezvladatelné finanční zátěži, mohou vzniknout pochyby o tom, zda tradiční evropské hodnoty, jako je např. sounáležitost, důstojnost a pomoc těm, kteří to potřebují, nejsou narušovány úspěšnou snahou některých firem dosáhnout co nejvyšších zisků.

Tržní mechanismy vedoucí k rostoucím sociálním rozdílům vyvolávají mnoho etických otázek, např. zda a do jaké míry se takové rozdíly mají odrážet v úrovni a výsledku medicínských

péče. Etické představy o sociální spravedlnosti a dalších humánních hodnotách se tříbí a modifikují pod manipulačním, peněžním i mocenským tlakem finančních korporací. Do popředí se současně dostávají otázky týkající se demokracie, humánních hodnot a v neposlední řadě i cílů dalšího společenského, kulturního a sociálního rozvoje společnosti.

Dnes nevyjadřujeme své postoje a názory vytvářením tradiční mytologie oživované mnoha bohy, kteří svými činy a osudy vyprávějí o lidských snech a nadějích, o očekávání i zklamání. Dřívější iluze jsme nahradili modernějšími (někdy až postmoderními) předsudky a symbol Platónovy jeskyně s míhajícími se černobílými stíny na zdi nám víc než nahradila barevná obrazovka televize. Asi bychom dnes nemluvili o konfliktu Herma a Asklepiea, ale spíše o konfliktu mezi trhem a posláním zdravotní péče.

Trh a zdravotní péče

Pokud se v médiích občas uvádí, že hospodářství státu je založeno na tržní ekonomice, jde o zjednodušení. V některých odvětvích hrají tržní mechanismy větší roli, v jiných menší. Vždy se jedná o smíšené ekonomické systémy. Ekonomové si jsou dobře vědomi toho, že samotný trh může vést k ne-hospodárnosti a nespravedlnostem a je z dlouhodobého hlediska nestabilní. Proto jsou všude na světě hospodářské systémy v určité míře regulovány. K ne-hospodárnostem by mohlo dojít v případě monopolu, proto jsou přijímány antimonopolní zákony, na nespravedlnosti by měl reagovat sociální systém a stabilita by měla být zajišťována mimo jiné prostřednictvím prozíravé fiskální a monetární politiky.

Při úvahách a roli trhu ve zdravotnictví je nesporné, že v některých oblastech trh dominuje, např. ve farmaceutickém průmyslu a při výrobě a prodeji zdravotnické techniky. Jinde se trh uplatňuje méně, např. pokud jde o dostupnost základní zdravotní

péče. V některých státech jde o silně regulovaný trh, kdy zdravotní zájmy a potřeby široké občanské veřejnosti jsou jednoznačně nadřazeny finančním zájmům tržně orientovaných subjektů.

Ve státech, v nichž probíhá dlouhodobý transformační proces, se v řadě případů ukazuje, že veřejné zájmy nejsou hájeny dostatečně a kvalifikovaně. Politická hesla o svobodě trhu straní zejména komerčním korporacím usilujícím o využití všech příležitostí k vyššímu zisku.

V medicíně se jednostranný komerční zájem může dostat do přímého konfliktu s účinností terapie. Například pokud antibiotika nemají rychle ztratit svou účinnost, je žádoucí, aby byla podávána co nejméně, tedy jen ve skutečně indikovaných případech. Pokud by podléhala volnému trhu a pacienti by je užívali podle libosti (nebo by byla dokonce podávána ve velkém i dobytku), pak by to byl neslavný začátek postantibiotické éry, v níž by se medicína musela obejít bez zmíněného mohutného terapeutického nástroje.

Pokud by se zdravotnická oblast stala volnou arénou tržních mechanismů, vedlo by to nejen k poklesu účinnosti medicínských postupů a k ohrožení bezpečnosti každého občana, ale znamenalo by to i popření základních humánních evropských hodnot a ohrožení sociální koheze a sociálního smíru. Ve svém důsledku by to krutě akcentovalo rostoucí sociální rozdíly a vyvolávalo by to vědomí odsouzeníhodné sociální nespravedlnosti (inekvity).

Proto se otázky zdravotní politiky staly dominantní politickou agendou v celé Evropě. Výsledkem společného úsilí je program Zdraví 21 [4], který se podle Světové zdravotnické organizace stal základní osnovou zdravotní politiky Evropského regionu. Program mimo jiné staví na dobré spolupráci soukromého a veřejného sektoru.

Dosavadní vývoj dokládá, že na běžném trhu je mnoho zboží, které nejenom souvisí se zdravím, ale které

je reklamou označováno za důležité, ne-li nezbytné pro zdraví lidí. Jsou to léky, zdravotnická technika, nejrůznější další zdravotnické zboží, prostředky a pomůcky. V obchodech jsou nabízeny i tzv. doplňky stravy, dietní přípravky, tělocvičná zařízení a spousta dalších produktů, o nichž reklama tvrdí, že zaručeně vedou ke zdraví. Kdyby byla pravda, co uvádějí reklamní letáky nebo doporučující články na internetu, bylo by možné celé medicínské obory zrušit, protože bychom byli všichni zdraví, štíhlí, stále mladí a bez jakýchkoli zdravotních potíží. Nabízí se vzpomínka na již zmíněného Herma, který svou výmluvností, šikovností a lstmi pomáhal obchodníkům.

Trh se v péči o zdraví uplatňuje ve stále větší míře. Lze však na tržní regulaci spoléhat i v medicíně, resp. v celém systému zdravotnictví?

I když o této problematice pojednává rozsáhlá literatura, dodnes nad většinou takových publikací vynikají práce významného amerického teoretika zdravotnických systémů A. Donabediana, a to zejména jeho rozsáhlá monografie věnovaná řízení zdravotnictví [5].

Ve zmíněné monografii Donabedian mimo jiné upozorňuje na skutečnost, že zdraví lidí a stejně tak i zdravotnické služby jsou zvláštním zbožím, jehož distribuce by neměla být svěřena jen tržním mechanismům. Vedlo by to k nespravedlnostem a plýtvání. Tržní mechanismy staví na předpokladu, že jde o tzv. suverénního spotřebitele, který se svobodně rozhoduje co, kdy a od koho koupí. Pacient takovým suverénním spotřebitelem není.

Donabedian poukázal na tyto rysy nemoci a zdravotnických služeb, které z ekonomického hlediska označil za důležité [5]:

1. Nemoc je nedobrovolná a nepředvídatelná.

Nemoc pacienta dovede překvapit, a to mnohdy v nejméně vhodnou dobu, kdy na ni není ekonomicky připraven.

2. Zdravotnické služby se nedají v potřebné míře dělit.

Běžná terapie nebo chirurgické zákroky jsou povětšinou nedělitelnými celky.

3. Zdravotnické služby jsou často nezbytné a naléhavé (nedoložitelné).

Není možné čekat, až si na to pacient našetří, až si to bude moci ekonomicky dovolit.

4. Potřebu zdravotnických služeb obvykle provází pokles výdělečných schopností.

Pacient během nemoci potřebuje peníze více než kdy jindy, a přitom jeho příjem bývá menší.

5. Lékař, popřípadě jiný zdravotník rozhoduje o tom, které služby by měly být poskytnuty.

Pacient, zejména je-li v těžkém stavu, obvykle nedovede posoudit, co by měl požadovat, a jeho vztah k lékaři je asymetrický, tzn., že pacient je závislý na tom, kdo, kdy, kde a jak mu pomůže.

6. Není odpovídající výběr vhodných služeb za přijatelné ceny.

Má-li pacient minimální prostředky, nemůže si vybrat něco zvláště laciného, co by mu dostatečně pomohlo.

7. Pacient není dostatečně informován o „medicínském trhu“.

Pacient je obvykle dovezen do nejbližšího zdravotnického zařízení. Jen u odložitelných výkonů si může vybrat, ale obvykle pro to nemá dostatečné informace.

8. Některé zdravotnické služby by bez pomoci veřejné správy nebyly v některých lokalitách dosažitelné.

Vhodně územně regionalizované zdravotnické služby zlepšují územní dostupnost. Pokud by se uplatnily jen tržní mechanismy, pak by byly zdravotnické služby dostupné jen ve větších městech, popřípadě jen v hlavním městě.

9. Některé služby by bylo velice nákladné poskytovat v malém měřítku.

Je např. nezbytné zvažovat velikost zdravotnických zařízení a jejich návaznost, formy organizace a řízení, i účast, zájem a sdílenou odpovědnost mnoha dalších subjektů, a zejména veřejné správy.

10. Zájem veřejnosti o zdraví jednotlivce může být v některých případech větší než zájem samotného jednotlivce.

Např. za riziko by bylo možné označit zdravotní stav bezdomovců s tuberkulózou. Podobně by veřejnost mohla být ohrožena bacilonosiči, pohlavními nemocemi a celou řadou jiných infekčních nemocí.

Navazující výzkum a zkušenosti poukázaly na mnoho dalších důležitých rysů zdravotnických služeb. Význam mnohých preventivních opatření lidé nedoceňují (dosud zdravotní obtíže nemají). Poskytování některých zdravotnických služeb není příjemné a lidé mnohdy vyhledávají zdravotnickou péči až při vážných obavách anebo bolestech. V řadě případů platí, že čím dříve lidé vstoupí do zdravotnického systému, tím úspěšnější a méně nákladná bude terapie. Medicína se nedá poskytovat „po živnostensku“ jako sled drobných „oprav“. Žádoucí je povětšinou kontinuální a koordinovaná péče: zdravotnický systém se dá přirovnat k dobře hrajícímu orchestru, a ne ke shluku konkurujících si sólistů.

Když v systému péče o zdraví chybí peníze, pak se hlavní pozornost obvykle obrací k ekonomickým aspektům. Od ekonomů se očekává, že s řešením problémů pomohou. Takové očekávání má své oprávnění. Byli to právě ekonomové, kteří poukázali na potřebu soustavného hodnocení nákladů, produktivity, účinnosti, hospodárnosti a užitečnosti zdravotnických služeb a kteří svými studiemi přispěli k vyjasnění řady teoretických problémů.

Je jistě velmi žádoucí, aby ekonomové pomáhali lékařům a politikům

zlepšit hospodárnost zdravotnického systému a omezit plýtvání, aby pomohli i při získávání dalších finančních prostředků pro úhradu zdravotnických služeb. Jak však dokládá historie, finanční situaci zřejmě nezlepší obchodování se zdravotnickými službami. To by mohlo vést jednak k vyostření rozdílů mezi těmi, kdo zaplatit mohou, a těmi, kteří na to nemají, a ke zdánlivému posílení naděje na lepší zdravotní péči pro majetné. Problémy mohou nastat i tím, že bohatší pacienti se stanou předmětem většího zájmu zdravotníků, ne proto, že by potřebovali zdravotní službu, ale proto, že mohou poskytnout peníze. Tento jev, který bývá popisován jako morální hazard, je ovlivnitelný jen do určité míry. V jeho důsledku je ohrožena kvalita zdravotní péče o velké počty obyvatel. Je známo, že špatný zdravotní stav lidí, kteří nedisponují potřebnými finančními prostředky, může zdravotně ohrozit i ty majetnější (TBC, AIDS).

Skutečnost, že zdravotnickou péči potřebují zejména starší a chudší lidé a že mimořádně velké náklady na zdravotnické služby jsou vynakládány na relativně malý počet osob, byla podnětem pro vznik nejrůznějších pojišťovacích (podpůrných, zabezpečovacích) systémů, které vybírají peníze od těch lidí, kteří peníze mají, a usnadňují financování zdravotnických služeb těm, kteří jsou nemocní.

Zdravotní pojištění

O všeobecném zdravotním pojištění napsal ve 30. letech minulého století prof. dr. Pelc, profesor sociálního lékařství na Karlově univerzitě [6], že „zavedení nemocenského pojištění znamenalo velké dobrodiní zejména pro vrstvy sociálně slabé, ale i pro vrstvy střední. Zatímco lékařská práce před zavedením nemocenského pojištění byla omezena na úzký okruh osob hospodářsky poměrně vysoko stojících, nemocenské pojištění přispělo k rozšíření lékařské práce tam, kde dříve nebyla žádána pro svou nákladnost a nedostupnost, resp. byla vyhledá-

vána teprve tehdy, když už šlo o stav velmi pokročilý, v němž lékařská pomoc přicházela zpravidla pozdě. Nemocenské pojištění nepřispělo však pouze těm, jimž mělo pomoci, nýbrž dalo také značné hospodářské podřízení lékařské práci vůbec a lékařství jako stavu. Nemocenským pojištěním byly pro lékařskou práci zmobilizovány velké finanční zdroje, které umožnily existenci takovému počtu lékařů, který by se jinak neuživil při volné lékařské praxi.“

Oblast, která se označuje za zdravotní pojištění, zahrnuje mnoho nejrozličnějších systémů. Z teoretického hlediska je lze rozdělit do dvou základních skupin, a to na soukromoprávní (privátní, komerční, dobrovolné) pojištění a na veřejnoprávní (statutární, mandatorní) pojištění, které je svou podstatou spíše formou zabezpečení.

Soukromoprávní pojištění

Smysl soukromoprávního pojištění spočívá v pomoci jednotlivci vyrovnat se s rizikem finanční ztráty v případě nepříznivého vývoje věcí. Pojišťovatel přebírá riziko na sebe a požaduje po pojištěnci částku odpovídající velikosti rizika (podle pravděpodobnosti výskytu a výše hrozící ztráty). Pokud pojišťovatel pojistí větší počet pojištěnců a správně spočítá výši pojistného, může počítat s určitým ziskem. Riziko u něho pojištěných jednotlivců ve svém důsledku pojišťovatel nepřevzal na sebe, ale přesněji řečeno je snížil („rozměnil“, popřípadě „rozdělil“) tím, že případnou finanční ztrátu, která s určitou pravděpodobností nastane u některých z jeho pojištěnců, zaplatí formou pojistného ostatní pojištěnci.

Dalo by se říci, že jak pojištěnec, tak pojišťovatel jedná v podstatě sobecky a usilují o osobní prospěch. Je ale důležité, že pojišťovatel pracující s tímto typem pojištění se snaží vyhnout podpisu pojistné smlouvy s těmi osobami, na které se váže mimořádně velké riziko. Pojištěnec se naproti tomu snaží zaplatit co nejnižší pojistné a vítá

konkurenci mezi pojišťovateli, která stlačuje výši pojistného.

Ne všechny události jsou však vhodné k tomu, aby se staly předmětem pojištění. Aby riziko bylo „pojistitelné“, měla by být splněna tato kritéria:

a) velký počet osob by měl být vystaven přibližně stejnému riziku
Moderními matematickými metodami lze vypočítat pravděpodobnost výskytu události pro každou populační skupinu a výši odpovídajícího poplatku, který by stačil jak na udržení solventnosti fondu, tak na vytvoření rozumné rezervy.

Další lidé se mohou přidávat nebo odstupovat, přičemž pojišťovací fond přetrvává.

Každý pojištěnec představuje pro pojišťovatele určité individuální riziko, které se dá spočítat a stává se základem pro jednání o výši pojistného.

b) ztráta může být přesně finančně stanovena

Pojišťovatel může vypočítat výši prémie. Pojištěný akceptuje konečnou výši úhrady. Úředník pojišťovny ověří, že k události došlo, a potvrdí nárok na vyplacení náhrady.

c) ke ztrátám dochází přibližně náhodně

Nejde o jev, který během určité doby postihne všechny. Jestliže si někdo přeje zabezpečit se např. na stáří, je vhodnější spojení než pojištění.

Osoba se nemůže obohatit tím, že si způsobí ztrátu sama. To by vedlo k podvodům, rozbití fondu a k nemožnosti vyplatit náhradu skutečně postiženým.

Pokud by došlo k pojistné události najednou u většiny pojištěných, znamenalo by to bankrot fondu.

d) výše finanční ztráty musí ležet v určitých hranicích

Je-li předpokládána náhrada značně vysoká, musí tomu odpovídat jak velikost fondu, tak pravděpodobnost, že k úhradě nedojde často.

Malé ztráty nejsou nahrazovány. Neúměrně by to zvýšilo náklady na administrativní práci. Pokud se jedná převážně o menší a časté částky, je vhodnější nezřizovat pojištění a platit ztráty z běžného rozpočtu, popřípadě ze spoření.

Jestliže je jisté, že jednou událost nastane, je vhodné založit osobní účet, kam je ukládána stabilní částka. Když k události dojde, je vyplácena náhrada až do výše účtu. Pokud účet není vyčerpán, lze v určitých časových intervalech požadovat vyplacení zbývajících částky. Takové „předplatné“ je uplatňováno v některých zemích při soukromém penzijním připojištění. Obdobná forma byla využívána ve Velké Británii pro úhradu nemocniční péče v neziskových nemocnicích před zavedením systému Národní zdravotní služby.

Pokud budeme z tohoto hlediska zkoumat situaci ve zdravotnictví, zjistíme, že některé dílčí události splňují výše uvedená kritéria „pojistitelnosti“, většina však ne. Není tedy divu, že fungující systémy zdravotního pojištění naprosté většiny zemí jsou založeny na jiných zásadách, z nichž dominantní je princip solidarity.

Soukromoprávní pojištění je v podstatě obchodní záležitostí. Jeho základním cílem je zisk (ne dobročinnost), proto je nezbytná základní obchodní kontrola a konkurence. Pojišťovna usiluje o svůj zisk a nabízí dílčí výhody svým pojištěncům. Pojišťovnu nezajímá dostupnost zdravotní péče pro nepojištěné.

Pojištěnec má možnost volby mezi různými pojišťovateli, pojišťovatel má právo odmítnout pojistit událost spojenou s velkým rizikem. Ve svém důsledku to znamená, že stane-li se soukromoprávní pojištění dominantním systémem financování zdravotní péče, je nutné počítat s tím, že některé skupiny obyvatel nebudou pojištěny. Soukromoprávní pojištění je proto „doplňováno“ působením charitativních organizací a dílčích státních programů pro chudé a staré občany. Znamená

to, že zdravotnické služby jsou jen v omezené míře dostupné těm, kteří je nejvíce potřebují.

Veřejnoprávní pojištění (zabezpečení)

Za první zárodky tohoto typu pojištění lze považovat nejrůznější podpůrné spolky pracovníků (horníků a hutníků), kteří platili dohodnutou částku do společné pokladny, z níž byli podporováni ti, které postihla nešťastná událost (nemoc, úmrtí – podpora vdov a sirotků). Finanční přerozdělení, vzájemná solidarita a zahrnutí všech příslušníků určité populační skupiny, to byly zásady, z nichž vyšlo soudobé sociální zabezpečení. Ve většině evropských zemí se tento typ veřejnoprávního pojištění stal samozřejmou součástí sociální politiky přijatelnou pro všechny sociální vrstvy.

Pro veřejnoprávní pojištění není důležitá otázka, zda je událost pojistitelná. Základem jsou jiné principy. Za významné lze označit tyto obecné charakteristiky:

- Jsou definovány (zákonem) velké skupiny lidí, které jsou zahrnuty do pojištění. Pojišťovny musí přijmout všechny, kteří splňují zákonné podmínky.
- Výše pojistné platby, která je obvykle odstupňována podle výše příjmu, není závislá (až na výjimky) na zdravotním riziku.
- Všichni pojištěnci jsou oprávněni požívat všech výhod pojištění.
- Pojišťovny nemohou žádat příspěvek ani za vyšší zdravotní riziko, ani za velikost domácnosti (počet dětí).
- Vlády vedou pojišťovny k hospodárnosti (kontrolou a legislativou). Případný deficit je hrazen vládou. Pojišťovny nesmí vyhlásit bankrot a nechat pojištěnce bez pomoci.

Tento typ pojištění umožňuje některým osobám získávat více než platí. Na druhé straně je mnoho lidí, kteří platí bez toho, že by dostávali své peníze v nějaké formě zpět. Zjednodušeně se dá říct, že všichni lidé platí

a že jen někteří čerpají finanční prostředky.

Více platí povětšinou lidé vyšších příjmových kategorií, svobodní, lidé s menšími rodinami, mladší a relativně zdraví. Některé studie dokládají, že bohatí platí větší pojištění, méně z pojištění čerpají (jsou v průměru zdravější), a nadto v řadě zemí platí (hotově) specialistům za soukromé služby, zejména v oblasti stomatology. Větší čerpání finančních prostředků lze naproti tomu očekávat u těch občanů, kteří platí méně: u lidí s menším příjmem a s velkými rodinami, u invalidů, důchodců, starších lidí a u osob s poškozeným zdravím.

Tato skutečnost však obvykle nebývá obyvatelstvem pojmána jako nespravedlnost, ale jako obecně žádoucí princip sociální solidarity, kdy občané považují za správné pomáhat méně šťastným, postiženým a nemocným.

Podmínky veřejnoprávního pojištění bývají stanoveny zákonem. Pojišťovná je ukládáno, aby pojištění zajistilo, a nepředpokládá se, že si budou konkurovat tím, že by nabízely nižší pojistné nebo nějaké doplňkové služby. Místo konkurence, která je důležitá u soukromoprávního pojištění, je nezbytná důsledná veřejná kontrola (jde o veřejné peníze).

Vzhledem k tomu, že veřejnoprávní pojištění obvykle zahrnuje velké populační skupiny, lze předpokládat, že množství finančních prostředků, které obhospodařuje, umožní uhradit v ojedinělých případech i velice nákladnou léčbu.

Východiska pro rozhodování

Nedostatek finančních zdrojů ve zdravotnictví vede mnohdy k nejrozumnějším dobře míněným snahám získat další peníze. Stává se, že některé nátlakové akce jsou vedeny přes média a využívají jak strachu lidí z nemocí, tak obav politiků, že nebudou zvoleni, pokud se nezasadí o vyšší finanční dotace. Takové metody bývají v zahraničí někdy označovány jako „mávání pohřebními rubáši“. Pokud jsou využí-

vány lékaři většiny oborů, pak obvykle nevedou k cíli a jejich výsledkem je jen rozladění a nespokojenost občanů s činností zdravotnictví.

Má-li být systém zdravotnictví vhodně regulován, je užitečné věnovat pozornost zejména třem oblastem, a to věrohodným informačním podkladům, hodnotovým preferencím a politickoorganizačním okolnostem.

Vědecky ověřené údaje

Článek Adama et al je dobrým příkladem prezentace konkrétních spolehlivých údajů. Při diskusi nad takovým textem se dá očekávat všeobecná shoda, že skutečně dochází k překotnému nárůstu nákladů na léčbu. Čísla k nám všem povětšinou promlouvají společnou řečí. Pochyby by se mohly týkat spíše jen detailů, např. metod, jak byly údaje kalkulovány a ověřovány.

Je velice cenné, že v onkologické oblasti jsou k dispozici kvalitní data a jejich analýzy umožňující dobře posoudit rozsah problému a možnosti jeho ovlivnění. Lze rovněž doložit i konkrétní terapeutické výsledky na poměrně rozsáhlých souborech pacientů. To by se mělo stát hlavním podkladovým materiálem pro kvalifikovanou diskusi o náležitém přerozdělování finančních zdrojů, popřípadě k hledání cest jak uhradit další nezbytné náklady.

Osobní nebo skupinové hodnoty a preference

Každý z nás dává něčemu nebo někomu přednost, na něco se díváme stejně, v jiné oblasti se názorově lišíme. Každý z nás prošel určitou výchovou a vzděláním, získali jsme rozdílné životní zkušenosti, pracujeme na různých místech a vnímáme, posuzujeme i řešíme problémy z různých pozic. Jsou i hodnoty a preference, které jsou společné. Vážíme si např. dobře vykonané práce, kvalifikace, snažíme se pomáhat těm, kteří si nemohou pomoci sami.

Jsou však i jiné okolnosti, kde se dají rozdílné názory očekávat. Např. jaké se mají platit daně z příjmu, zda platit za vzdělání, jak vysoká má být daň

z cigaret, benzínu apod. Odpověď bude záviset na tom, jak vysoký máme plat, zda kouříme, jestli pravidelně jezdíme autem apod.

Hodnoty lidí se dají „sjednotit“ jen nátlakem, např. terorem. Většinou se v takovém případě jedná o monolitické ideologické systémy, které stojí na dogmatech, na nátlaku, poslušnosti a trestu. Současná společnost má k takovým ideologiím nedůvěru, až nechuť. Preferuje demokratické hodnoty, např. svébytnost, důstojnost, spravedlnost (ekvitu) a svobodu.

S hodnotami je spojeno mnoho otázek. Například: Jsou tradiční humanistické ideály přítěží nebo naopak jedním z nepostradatelných pilířů lidské důstojnosti? Je občanská sounáležitost jednou z cenných sociálních hodnot a nepostradatelnou součástí bezpečnosti každého z nás, nebo je překážkou rychlejšího ekonomického rozvoje? Je péče poskytnutá těžce nemocnému samozřejmou charakteristikou společnosti, ve které bychom chtěli žít, nebo kalkulačním vzorcem přinášejícím zisk? Jsou podobné hodnoty přepychem, které si mohou dovolit jen bohatí? K jaké společnosti vlastně chceme směřovat? Které hodnoty nám stojí za to, abychom pro ně něco udělali?

Otázky týkající se hodnot jsou někdy mnohem důležitější než odpovědi. Pomáhají nám překonávat povrchní cynismus a krátkodeché sobectví. Lze dokonce vyslovit obavu, že budeme-li je ignorovat, pak náš život bude chudší, i když třeba výše bankovních kont bude narůstat. Na zmíněné otázky se zřejmě nedá odpovídat jednoduše „ano-ne“, popřípadě „buď-anebo“.

Lze očekávat, že v demokratických státech bude názorové spektrum společenských celků velmi široké. Je jistě žádoucí rozvíjet společné hodnoty a etické principy, ale současně je nesporné, že významnou roli hrají politické okolnosti a mechanismy, které se podílejí na rozhodnutí, které názory

(respektive skupina názorů) budou uplatněny v praxi.

Jak zkušenost ukazuje, když jde o získání dalších finančních prostředků, může docházet ke tvrdým názorovým střetům, např. mezi pojišťovnami a lékaři různých oborů. Jakkoli jsou názory účastníků takových jednání důležité, je potřeba, aby diskuse neprobíhala jen v názorové rovině, ale aby se v potřebné míře opírala o věrohodné zhodnocení problémů v návaznosti na metody, jak je zvládnout.

Politické a organizační možnosti

O tom, který zákon bude nakonec přijat, jaké organizační schéma se v dané době uplatní, rozhodují do značné míry politické a správní orgány. Výrazný vliv má v neposlední řadě výkon konkrétní administrativní praxe. Výsledek závisí na střetu i rovnováze zájmů nejrozličnějších skupin a dalších subjektů.

Asi nejtěžším problémem je v této souvislosti komunikace s politickými a řídicími pracovníky, z nichž jen někteří dovedou správně interpretovat předkládaná data. Je nezbytné, aby se lékaři a další vědečtí pracovníci o takovou komunikaci snažili a aby byli schopni dobré informační podklady nejen připravit a předložit, ale i přijatelným způsobem vysvětlit.

Potřeba soustavného využívání zahraničních zkušeností

Vzhledem k tomu, že mnohé státy v Evropě zápolí již desítky let s nesnáze způsobovanými strmým nárůstem nákladů na zdravotní péči, je možné najít v odborné literatuře spoustu cenných příkladů a zkušeností [7]. Zde budou stručně uvedeny jen některé.

Pluralitní evropský systém financování zdravotnictví má mnoho variant. Neexistují ani dva státy, kde by se vycházelo ze stejných pravidel. Obtížné je srovnávání výkonnosti a hospodárnosti jednotlivých systémů, neboť nestačí porovnat jen „papírové“ podklady, ale je nezbytné zhodnotit i praxi

u různých sociálních skupin. Srovnání ztěžuje i poměrně velká dynamika systémů, přijímání i rušení dílčích zákonů norem dále modifikovaných pokyny jednotlivých stupňů řízení. Nadto lze počítat s větší či menší předpojatostí, a to i v odborných kruzích, s níž jsou některé systémy doporučovány (někdy až s agitačním zápaem) a jiné jsou naopak zatracovány.

Poněkud zjednodušeně se dá uvést, že je téměř jedno, jaký způsob financování se v tom kterém státě zvolí. Mnohem důležitější je ochránit veřejné fondy před plýtváním, zneužíváním nebo dokonce rozkrádáním. Pokud finanční zdroje zdravotnictví budou ohrožovány podvody, zločiny a korupcí, pak žádný, jakkoli dokonalý systém financování, nemůže přinést uspokojivý výsledek.

Státy se podle způsobu financování zdravotnictví běžně rozdělují do několika základních skupin. Připomíná se např. Národní zdravotní služba ve Velké Británii a zdravotní pojištění v Německu. Méně se již ví o komplexnějších alternativách, které dolaďují základní systémy a rozšiřují možnosti volby pro občany.

Takovou doplňující alternativou je např. dobrovolné komerční pojištění ve Velké Británii. Na jeho příkladu lze poměrně stručně a srozumitelně vysvětlit přednosti i nedostatky dobrovolných komerčních systémů zdravotního pojištění.

Komerční pojištění ve Velké Británii

Komerční (dobrovolné) pojištění má dvě základní formy, a to připojištění (supplementary voluntary health insurance – SVHI) nebo soukromé pojištění (private medical insurance – PMI), které zahrnuje přístup i k těm soukromým zdravotnickým službám, které poskytuje Národní zdravotní služba (National Health Service – NHS). PMI však takové zdravotnické služby poskytuje rychleji, pohodlněji, s větším výběrem specialistů a možností volby, pokud jde o technické vy-

bavení a návaznost jednotlivých terapeutických postupů.

Prostřednictvím PMI mohou být pojištění jednak jednotlivci a jednak korporace. Pokud chce být pojištěn jednatel, pak se musí podrobit procesu (underwriting), během něhož je posouzeno jeho zdravotní riziko a současně je projednáno, na co chce být pojištěn.

Z pojištění jsou obvykle vyloučeny ty nemoci, na které se osoba již léčí. Je tomu tak proto, že léčba takových nemocí je jistá a pojištění se týká jevů nejistých, ke kterým může, ale nemusí dojít v budoucnosti. Hlavním rizikovým faktorem, který je brán v úvahu, je věk. Starší osoby musí platit mnohem víc než mladší. Dál se bere v úvahu pohlaví, kouření, výška, váha apod.

Má-li být pojištěna korporace, pak se neprovádí zmíněné hodnocení rizika, ale hlavním měřítkem jsou požadavky korporace na zdravotnické služby v předchozím období.

Cena pro pojištěnce je podmíněna 4 základními okolnostmi:

- 1) na co se chce osoba pojistit (rozsah služeb)
- 2) zdravotní riziko jednotlivce
- 3) způsob využívání služeb (obvykle je zde zvažována míra spoluúčasti)
- 4) nárůst nákladů pojišťovny na poskytované zdravotnické služby (běžně dochází ke zdražování služeb).

Pokud jde o rozsah pojištění, jsou 3 možnosti:

- 1) úplné pojištění (nejdražší)
- 2) základní pojištění
- 3) pojištění omezené finančním strohem (to je nejlacinější, pojišťovna poskytuje služby jen do určitého limitu).

Z pojištění jsou vždy vyloučeny (jak už bylo uvedeno) již existující nemoci a jimi podmíněné stavy, dále úrazy při hromadných neštěstích a obvykle i mimořádně nákladné zdravotnické služby.

Pokud jde o náklady na činnost soukromých pojišťoven, jejich režie je okolo 25 % (administrativní náklady plus zisk).

Zájemce o podrobnější výklad je možno odkázat na publikaci o rozsahu 100 stran [8]. Pokud jde o soukromé pojištění v zemích Evropské unie, je rozsah publikovaného materiálu zhruba dvojnásobný [9].

Z údajů o dobrovolném komerčním pojištění vyplývá, že jeho působení je úzce podmíněno rozhodnutím, co a v jaké kvalitě poskytuje veřejnoprávní zdravotní pojištění. Čím více je všeobecné pojištění omezeno, tím větší prostor se otevírá pro komerční pojištění nebo připojištění. Tento vztah může být zdrojem rizika, protože vede k tomu, že určité finanční kruhy mohou mít přímý zájem na co nejhorším veřejnoprávním pojištění. V situaci, kdy veřejné zájmy jsou hájeny nedostatečně, může mít komerční zájem na soukromém pojištění negativní vliv na všeobecnou dostupnost zdravotní péče.

Z uvedeného příkladu komerčního pojištění je rovněž zřejmé, že veliké náklady na léčbu onkologických nemocných by se mohly stát pro komerční pojištění nepřijatelné. K úhradě takových nákladů je důležité, aby v systému pojištění byl veliký počet osob. Tuto podmínku splňují spíše systémy veřejnoprávního pojištění. Velikost jejich fondů umožňuje uhradit i poměrně velké jednorázové částky.

Je však vhodné upozornit, že souběh veřejnoprávního a komerčního zdravotního pojištění vyžaduje prozíravý a velmi kvalifikovaný dohled. Mělo by se zabránit tomu, aby komerční připojištění jakýmkoli způsobem parazitovalo na veřejnoprávním pojištění a aby využívalo svoji jednoznačnou komerční orientaci a případné nejasnosti v legislativě k neodůvodněnému nárůstu svých zisků na úkor veřejnoprávního pojištění.

Nezbývá než připomenout, že ani veřejnoprávní pojištění není schopné uhradit všechny nové léky, které jsou

komerční farmaceutické firmy schopné nabídnout. Jejich námitka, že výzkum je drahý, a proto i léky jsou drahé, nic neřeší. Na otázku, který lék uhradit a který ne, by neměli odpovídat jen úředníci ministerstva nebo pojišťovny. Lék, který dává záruku jen malého prodloužení života (mnohdy při zhoršení kvality života), a přitom je velmi drahý, by měl být zvažován odborníky, kteří jsou schopni posoudit přínos zmíněného léku i přínos, který by za vynaložené peníze bylo možné dosáhnout v jiné oblasti zdravotnického systému. A v tom je největší problém. Ne v účetním mechanismu jakéhokoli pojišťovacího systému.

Nejhospodárnější jsou kvalifikovaná rozhodnutí lidí, kteří dovedou zvážit zdravotní přínos medicínského postupu i únosnost nákladů, které vyžaduje. Tuto těžkou odpovědnost nemožnou z lékařů sejmut ekonomové, ti mohou jen pomoci zhodnotit ekonomické důsledky takových rozhodnutí a pomoci připravit analytické podklady pro další rozhodování.

Zlepšování kvality a výkonnosti zdravotnických systémů

Rychlý růst medicínských znalostí je nesporný. Stejně tak je patrný nárůst nákladů na zdravotnictví. Zkušenost však dokládá, že rozvoj medicíny a rostoucí finanční možnosti samy o sobě kvalitu zdravotní péče nezajistí. Jsou zapotřebí i jiné znalosti a zkušenosti, než poskytuje běžný klinický výzkum.

Otázka by se neměla týkat jen financování zdravotnických služeb, ale i jejich ostatních charakteristik. V materiálech Světové zdravotnické organizace se připomíná, že zdravotnické služby by měly být [10]:

- účinné – tzn. měly by spočívat na vědecky ověřených důkazech, vycházet z prokázaných zdravotních potřeb a poskytovat nesporný přínos jak jednotlivcům, tak společnosti;
- efektivní (hospodárné) – měly by co nejlépe využívat dostupné zdroje a neměly by vést k plýtvání;

- dostupné – měla by být zajištěna jejich časová, geografická, odborná, ekonomická a organizační dostupnost;
- přijatelné (orientované na pacienta) – měly by být poskytovány v souladu s preferencemi a zájmy pacientů i s kulturními hodnotami společnosti;
- spravedlivě poskytované – tzn. neměly by být poskytovány rozdílně v závislosti na věku, pohlaví, rase, geografickém původu nebo sociálním postavení;
- bezpečné – měly by minimalizovat riziko poškození.

Pokud jde o kvalitu a výkonnost zdravotnických systémů [11], bývá dále připomínána responzivnost (vstřícnost vůči pacientům, respektování jejich důstojnosti), dobré odpovědné řízení (stewardship), trvalá udržitelnost a slušné financování (fair financing). V této souvislosti Světová zdravotnická organizace doporučuje finanční pojišťovací systémy veřejnoprávního pojištění, ve kterém je výše pojistné platby odvozována od výše příjmu.

Lze jen uvítat, že v onkologické oblasti je těmto otázkám věnována rostoucí pozornost. Je docenována role onkologických center i potřeba integrace a návaznosti zdravotnických služeb. Snaha o vyšší kvalitu nevede jednostranně k růstu nákladů. Z průmyslu je známo, že nejdražší je zmetek. Náklady zvyšují zejména špatné nebo zbytečně poskytnuté zdravotnické služby.

Účelné využití programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 21

Široká sociální podmíněnost zdraví lidí vedla Světovou zdravotnickou organizaci k názoru, že nestačí zdravotnické systémy zlepšovat jen drobnými úpravami, ale že je nezbytné zvažovat i dlouhodobé záměry a možnosti v péči o zdraví. To vedlo k přípravě programu Zdraví 21, který byl v roce 1998 označen Evropským zdravotnickým

shromážděním za základní osnovu evropské zdravotní strategie [4].

Program vychází z poznání, že žádná země na světě nemá tolik ekonomických prostředků, aby zdravotní problémy mohla řešit jen medicínskými metodami. Např. pokud je v ČR mimořádně vysoká spotřeba cigaret, nelze očekávat, že by se lepší onkologickou péčí podařilo snížit úmrtnost na bronchogenní karcinom na úroveň těch států, kde je spotřeba cigaret výrazně nižší.

Je zřejmé, že důraz na prevenci nemocí a na podporu zdraví může vést ke snížení počtu nemocných, a tím k větším možnostem, pokud jde o financování léčby jednotlivých pacientů. Je nutno ovšem připustit, že příznivé důsledky mnoha preventivních opatření se projeví až po delší době.

Závěr

Financování zdravotnictví není výlučně ekonomický problém, i když zdravotnická ekonomika poskytuje širokou škálu užitečných metod. To, co je podstatné, je volba, jakému životu a zdravotní péči dáme přednost, čeho si vážíme, k jakému typu společnosti chceme směřovat.

Dosavadní zkušenosti a poznatky napovídají, že před odbornou veřejností stojí obtížný úkol: hledat kvalifikovaná rozhodnutí, vyvarovat se povrchních soudů, a to zejména v těch oblastech, které nejsou silnou stránkou medicínských odborníků, a poučeně zvažovat jak přínosy, tak nežádoucí rizika možných postupů a na ně navazujících forem financování.

Z velké škály metod, které připadají v úvahu pro řešení problému financování terapie onkologických pacientů, lze doporučit zejména tři, a to bezprostřední, střednědobou a dlouhodobou.

Za *bezprostřední* je možné označit jednání se zdravotními pojišťovnami

na základě konkrétních dat o potřebě financování onkologické péče v návaznosti na přínosy, které taková péče může poskytnout. Zmíněná jednání jsou důležitá i v delším časovém horizontu. Měla by se stát příkladem kultivované odborné diskuse vycházející z věrohodně získaných a odborně analyzovaných dat.

Ze *střednědobého* hlediska jsou důležité snahy o účelnou organizaci onkologické péče ve větších geografických celcích. Jde zejména o kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb, jejich návaznost a soustavné hodnocení. Právě v onkologické oblasti jsou již v tomto směru patrné dílčí povzbudivé výsledky.

Z *dlouhodobého* hlediska se jako nejslibnější strategie jeví zásadní změna péče o zdraví v souladu se záměry a metodami programu Zdraví 21 [4]. Je např. poučné, že v tak bohatém státě, jako je Švýcarsko, je ve zdravotní oblasti prioritou zdravotní výchova, a to jako edukace pacientů, varování před zdravotními riziky a výchova ke zdraví. Švýcaři už dávno vědí, že nic není tak drahé, jako prostředky, které nebyly vynaloženy na prevenci, na motivaci lidí a na pomoc těm, kteří dosud nepochopili význam hodnoty zdraví.

Zdraví není jen soukromou záležitostí každého občana, je i nespornou sociální hodnotou. Musí být předmětem soustavného zájmu a odpovědnosti všech společenských struktur a celé veřejnosti. Společnost, která by si zdraví nevážila, by se musela smířit s tím, že lidé, kteří k ní patří, budou mít zdraví horší, než by mohli mít. A právě ve společnosti, která si zdraví váží, nachází kvalifikované rozhodování svůj smysl.

Je skvělou historickou příležitostí, že můžeme rozhodovat svobodně. To však nestačí. Musíme společně usilovat i o to, abychom se naučili rozhodovat skutečně odborně, a to i v ob-

lastech, kde se toho ještě musíme moc a moc učit.

Literatura

1. Maynard A. Prioritising Health Care – Dreams and Reality. In: Malek M (ed). Setting Priorities in Health Care. New York: Wiley 1994.
2. Blayney KT. The Caduceus vs Staff of Asclepius, <http://drblayney.com/Asclepius.html> (5. 3. 2007).
3. Poupa O. Claude Bernard. Praha: Orbis 1967.
4. World Health Organisation: Health 21 – health for all in the 21st century. The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All. Series No. 6. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 1999.
5. Donabedian A. Aspects of Medical Care Administration. Specifying requirements for Health Care. Cambridge: Harvard University Press 1973.
6. Pelc H. Sociální lékařství. Praha: Melantrich 1937.
7. Mossialos E, Le Grand J. Health Care and Cost Containment in the European Union. Cornwall: Ashgate Publishing Company 1999.
8. Foubister T et al. Private Medical Insurance in the United Kingdom. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies 2006.
9. Mossialos E, Thomson S. Voluntary Health Insurance in the European Union. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies 2004.
10. World Health Organisation. Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO 2006.
11. World Health Organisation: The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO 2000.

prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.
www.med.muni.cz
e-mail: jholcik@med.muni.cz

Doručeno do redakce: 14. 3. 2007
Přijato po recenzi: 10. 4. 2007