

TÉMA 4

Etika a ekonomika

Obsah přednášky

Etika, ekonomika, etická problematika alokace finančních zdrojů, stanovení priorit ve zdravotnictví, hrubý domácí produkt, platby pojistného, standardní péče, nadstandard, dostupná a ideální medicína, diferencovaná péče, EBM, standardy, sociální eutanázie, regulační poplatky, ekvita ve zdraví a další pojmy.

Úvod:

S demografickým stárnutím populace prodlužováním střední délky života se očekává vyšší spotřeba zdravotní a sociální péče. To znamená, že lze s jistotou předpokládat, že podle prognózy rychlého demografického stárnutí bude i nadále stoupat počet i podíl starých lidí v populaci, kteří budou v posledních deseti letech prožívat stáří s dysabilitou. Dochází k tzv. dvojitému stárnutí, kdy senior musí pečovat o své rodiče. Stáří je problémem osamělých žen vdov, které patří do sociálně a ekonomicky ohrožené skupiny obyvatel. Současní senioři považují finanční spoluúčast na zdravotní péči za nefér, nebyli dostatečně připraveni na nový systém zdravotní péče.

Listina základních práv a svobod deklaruje každému jedinci právo na zdravotní péči - **Článek 31-** 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. (<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>).

Diferencovaná péče, jejímž kritériem je **zdravotní stav pacienta** a její dodržování v praxi by mělo zabránit diskriminaci v přístupu pacienta ke zdravotní péči. Je odstupňována od ekonomicky nejnáročnější resuscitační péče až po péči nejméně nákladnou symptomatickou. Jak umožnit všem pacientům, kteří to potřebují, přístup k nejnovějším vymoženostem medicíny, jak dodržet postupy lege artis, tzn. podle zákona vědy, odborně správně, podle pravidel lékařského umění, ve všech zařízeních a za současných ekonomických možností ???

Všechny zdravotnické systémy na světě, bez rozdílu typu systému mají finanční problémy. Zvyšující se *ekonomické nároky* na využití moderní techniky v medicíně nutí systém stanovovat priority zdravotní péče. Vědecké poznatky a technické možnosti umožňují pokroky v diagnostice a léčbě, ale jejich použití vyžaduje dostatek financí, jsou velmi drahé.

S drahou technikou se vynořují někdy těžko řešitelné problémy související například s **alokací finančních zdrojů**. Je nutné stanovovat **priority, standardy léčebných postupů**. Musí se rozhodovat, komu drahou léčbu poskytnout, a komu ji odepřít. Ekonomové, lékaři a politici přemýšlejí jak **optimálně využít limitované finanční zdroje**. Tyto situace vyvolávají **etické problémy**, mnohdy těžko řešitelné ke spokojenosti spotřebitelů i poskytovatelů zdravotní péče. K řešení optimalizace využití financí mohou částečně přispět tzv. **doporučené postupy -léčebné a diagnostické**. Ty mají přispět ke zkvalitnění péče o nemocné za daných ekonomických podmínek.

Pro medicínu založenou na důkazech se používá anglická zkratka EBM. EBM Guidelines (v anglické literatuře) je kolekce klinických materiálů např. pro primární péči vytvořená podle nejnovějších poznatků a zkušeností klinické medicíny a **medicíny založené na důkazech** (EBM-Evidence Based Medicine).

Je rovněž nutné definovat **rozsah standardní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění**. Žádný systém, který funguje při současných možnostech medicíny se nevyhne spoluúčasti pacienta na úhradách zdravotní péče.

Česká republika dlouhodobě vydává na zdravotnictví **kolem 7% z HDP** (hrubého domácího produktu). Ve většině států OECD jsou výdaje na zdravotnictví vyšší. Největší podíl z HDP vydávají Spojené státy americké (asi 15%), a přesto jejich zdravotnictví je považováno za nejhorší.

V České republice je zdravotní pojištění povinné, za děti, důchodce a nezaměstnané (tj asi 57% obyvatelstva), kteří čerpají odhadem asi 80% zdravotní péče. Tento příspěvek tvoří jen 24% příjmů zdravotních pojištěných. Je zřejmé, že musí fungovat solidarita, ale v současnosti (rok 2008) je tento příspěvek státu za vyjmenované skupiny 677Kč za měsíc a osobu. Ve srovnání s tím např. student ve věku nad 26 let (mladý a většinou zdravý jedinec) musí platit zdravotní pojištění 1080Kč (rok 2008) pokud nemá žádný příjem.

Podle OECD tak jako všechny vyspělé státy musí i naše republika řešit stále se prohlubující nepoměr mezi možnostmi lékařské vědy a omezenými ekonomickými zdroji, poskytovat služby nákladově efektivním způsobem.

Citujeme :

Do českého zdravotnictví jde méně peněz než ve většině zemí OECD

Publikováno dne: 20.8.2008, Zdroj: ČTK

Do českého zdravotnictví jde méně peněz než ve většině zemí OECD. Výdaje na jednoho obyvatele v přepočtu podle kupní síly a cenové hladiny mají nižší jen Turecko, Polsko, Slovensko a Korea. Na opačném konci žebříčku je Norsko, Švýcarsko a Lucembursko, které mají celkové výdaje třikrát vyšší než Česko. Vyplývá to z nejnovějších dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

Celkové výdaje zahrnují veškeré peníze zdravotnictví - tedy jak veřejné, což jsou platby zdravotních pojištěných, rezortů a krajů, tak i soukromé, což jsou platby pacientů a připojištění. Nejvyšší veřejné výdaje podle parity kupní síly jdou do zdravotnictví v Lucembursku a Norsku, jsou třikrát vyšší než v ČR. Zhruba dvakrát vyšší výdaje než Česko má Francie, Rakousko a Island.

Soukromých výdajů dávají Češi téměř nejméně ze všech obyvatel zemí OECD. V roce 2006, z něhož má ÚZIS nejnovější srovnatelné údaje za všech 30 členských zemí, tvořily soukromé výdaje, tedy spoluúčast, v ČR 12,1 procenta. Podobně na tom byla Velká Británie s 12,7 procenta. Slovinci platili 25,6 procenta všech peněz zdravotnictví, nejvíce, 54,2 procenta, platili lidé v USA, 39,7 procenta ve Švýcarsku a 38,4 procenta v Řecku.

Také podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP je v Česku nižší než ve většině z 30 členských zemí OECD. V roce 2006 dávalo Česko 6,9 procenta HDP, loni 6,5 procenta. Méně dávaly předloni jen Polsko (6,2 procenta) a Korea (6,4 procenta). Srovnatelný podíl HDP kolem sedmi procent měly Irsko, Lucembursko a Slovensko. Největší podíl na HDP mělo americké zdravotnictví (15,3 procenta), z evropských zemí pak švýcarské zdravotnictví (11,3 procenta).

Odborníci ale varují před zjednodušeným chápáním těchto dat. Ekonomicky vyspělejší země dávají na zdravotnictví vyšší podíl svého hrubého domácího produktu i proto, že tam jsou vyšší ceny zdravotní péče, využití moderních technologií, postupů a léků a lepší platy zdravotníků.

Podíl výdajů na zdravotnictví na celkovém HDP nevypovídá o efektivitě vynaložených peněz. Podle prezidenta České lékařské komory Milana Kubka je české zdravotnictví zázrakem efektivity - za méně peněz dosahuje srovnatelné úrovně. To vše podle Kubka na úkor platů zdravotníků. ČTK

REGULAČNÍ POPLATKY VE ZDRAVOTNÍ PÉČI OD 1.1.2008

Citujeme některé části z brožury vydané Ministerstvem zdravotnictví

Návod na použití českého zdravotnictví – návod pro pacienty

<http://www.mzcr.cz/Pages/105-navod-na-pouziti-ceskeho-zdravotnictvi.html>

Parlament České republiky schválil takzvaný batoh stabilizačních opatření, který má přispět k ozdravení veřejných financí. Batoh obsahuje i zdravotnickou část, kde jsou, kromě několika dalších méně viditelných změn, zakotveny i dvě podstatné novinky, které se od 1. ledna 2008 přímo dotknou všech občanů, čerpajících zdravotní služby na náklady veřejného zdravotního pojištění. První novinkou je zavedení **regulačních poplatků** (dále jen poplatky) a druhou pak zavedení **ročního ochranného limitu** těchto poplatků, do kterého budou navíc započítávány i doplátky na léky. Vedle toho batoh mění i způsob stanovování **cen a úhrad léků**. Při každé možné příležitosti se navzájem ujišťujeme o tom, jak důležité je naše zdraví. Zdraví(me) se, připíjíme na zdraví, přejeme si vše dobré, ale hlavně to zdravíčko ...

Mezi těmito frázemi a realitou je ale v našich končinách propastný rozdíl. Podle Českého statistického úřadu představovaly přímé výdaje na zdraví v roce 2005 pouze dvě procenta všech výdajů průměrné české rodiny. Alkoholické nápoje naproti tomu tři procenta, rekreace a koníčky přes deset procent. Zdravotnictví spotřebuje obrovský balík peněz, v roce 2007 už dosáhlo hranice 200 miliard korun.

Odhady se sice různí, ale **celková hodnota nepoužitých (ale předepsaných a z veřejného zdravotního pojištění zaplacených!) léků vychází mezi 4 až 10 miliardami korun ročně**. Dosahuje tedy až čtvrtinu výdajů zdravotních pojišťoven na léky. Jiné odhady zase říkají, že průměrný český senior užívá devět léků najednou. Podle odborníků takový počet léků jednoznačně poškozuje, než prospívá zdraví (s výjimkou některých nemocí a stavů, například po transplantacích). Nově zavedené regulační poplatky, které podrobně popisujeme v kapitole III této příručky, **je nutné zavést především za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotních služeb**.

V okamžiku, kdy bude pojištěnec čerpat nějakou zdravotní službu, si přes symbolickou částku 30, 60 a 90 korun uvědomí, že tato služba něco stojí, že péče mu poskytovaná má nějakou finančně vyjádřitelnou hodnotu. To by mělo vést ke změně jeho chování a ke zvážení, zda takovou službu, v takové frekvenci nebo takovém množství (u léků) skutečně potřebuje. Zavedení regulačních poplatků je dnes běžné ve většině evropských zemí a všude přineslo kýžený efekt. Lidé omezili plýtvání a méně zdravotní služby zneužívali.

Ministerstvo zdravotnictví očekává díky poplatkům nárůst celkových příjmů systému veřejného zdravotního pojištění o 3,5 až 4 miliardy korun a současně dosažení úspory celkových výdajů tohoto systému o další 4 miliardy korun. **Každá koruna, která se změnou chování pacientů ušetří, zůstane ve zdravotnictví a ve svém důsledku tedy půjde ve prospěch buď léčby vážně nemocných lidí a drahých život zachraňujících lékařských výkonů, nebo na zlepšení kvality poskytovaných služeb**. Posílí se tak solidarita zdravých s nemocnými. Změní se postavení pacienta, neboť i symbolická částka jeho pozici vůči lékařům a dalším zdravotníkům upevní. Lékař, kterému ubude část návštěv díky poplatkům, může ušetřený čas plně věnovat pacientům, kteří to skutečně potřebují.

SHRNUTÍ :

Poplatek 30,- Kč : za návštěvu (klinické vyšetření) u:

- praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost

- ženského lékaře
- zubního lékaře
- lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči
- klinického psychologa
- klinického logopeda

Poplatek 30,- Kč- za návštěvní službu (doma) praktického lékaře a praktického lékaře pro děti a dorost,

- za vydání **každého** plně nebo částečně hrazeného léku předepsaného na receptu (bez ohledu na počet balení)

Poplatek 90 Kč- za pohotovostní službu

(za LSPP, za ústavní pohotovostní službu, pokud nedošlo k následné hospitalizaci)

Poplatek 60 Kč- za každý den ústavní péče v nemocnicích a odborných léčebných ústavech, komplexní lázeňská péče, v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách

Poplatek se neplatí

- při umístění v dětských domovech, ve školských zařízeních ústavní nebo ochranné výchovy
- při léčení nařízeném soudem
- při povinném léčení infekčního onemocnění, izolaci a karanténě
- pojištěnci, kterým je poskytována pomoc v hmotné nouzi
- při preventivní prohlídce
- při dispenzární péči u chronicky nemocných dětí do jednoho roku a u těhotných žen
- při hemodialýze
- při laboratorních nebo diagnostických vyšetřeních
- při vyšetření lékařem transfúzní služby (u dárců)

Pro vysvětlení pojmu **EKVITA – EQUITY** používáme výtah z přednášky Dr. Bartáka

KONCEPT EKVITY VE ZDRAVÍ

Doktorský seminář VSP, Praha, 1. 3. 2007, Miroslav Barták

Ekvita ve zdraví – vymezení pojmu

Ekvitu (spravedlnost) ve zdraví lze konceptualizovat a definovat principiálně několika způsoby, odvozenými z filosofie, etiky, veřejného zdravotnictví, ekonomie, ale také dalších vědních oborů .

Mooney (1987) uvádí, že vysvětlení toho co je ekvita ve zdraví, respektive co by měla ekvita ve zdraví je náročný, nicméně velmi potřebný úkol. Existuje celá řada definic a dimenzí ekvity ve zdraví s tím, že není možné určit, která definice nebo dimenze je tou správnou.

Pokud si klademe otázku, co je správné bude naše odpověď vždy založena na hodnotách které zastáváme. Tyto hodnoty však nemusí být všeobecně sdílené. Od zveřejnění článku Mooneyho poznání pokročilo. V současné době existuje několik definic ekvity ve zdraví. Pravděpodobně nejcitovanější definicí je pracovní definice, jejímž autorem je Whitehead (1994).

○ Ekvita ve zdraví je naplněna pokud má ideálně každý rovnou příležitost dosáhnout plně svého zdravotního potenciálu a pragmatictěji, pokud nikdo není znevýhodněn při naplňování tohoto potenciálu, za předpokladu, že existující překážky jsou odstranitelné.

Ekvita je tudíž spojena s vytvořením rovných příležitostí pro naplnění zdraví a snížením rozdílů ve zdraví ve společnosti na co možná nejnížší možnou úroveň.

Také znakem většiny dalších definic ekvity ve zdraví je myšlenka, že určité rozdíly ve zdraví (nejčastěji pojmenovávané jako nerovnosti ve zdraví) jsou nespravedlivé a neopodstatněné.

Většina autorů také uvádí, že bychom měli alespoň v teoretické rovině odlišovat pojmy **nerovnosti ve zdraví a ekvitu ve zdraví** (srovnej např. Chang, 2002; Macinko, Starfield 2002).

Ekvita jako normativní koncept

Ekvita ve zdraví je normativním konceptem (hodnotíme co je správné a co špatné).

Tím se odlišuje od nerovností ve zdraví, které jsou konceptem empirickým.

Je do značné míry empirickou otázkou jak vytvořit validní a nástroje pro měření rozdílů ve zdraví, které mohou existovat mezi různými jednotlivci nebo sociálními skupinami.

Ale označit některé rozdíly (nerovnosti) jako nespravedlivé vyžaduje hodnotový soud.

Ekvita ve zdraví můžeme chápat jako ekvitu:

○ *Vertikální* (preference léčby pro jedince s většími zdravotními potřebami);

○ *Horizontální* (stejná péče pro jedince se stejnými zdravotními potřebami).

Hodnotové soudy o rozdílech ve zdravotním stavu

Ekvita ve zdraví je primárně spojena s hodnotovými soudy o zdravotním stavu, který může být mezi různými jednotlivci a sociálními skupinami stejný nebo odlišný.

Tvrzení, že některé podobnosti nebo rozdíly ve zdravotním stavu jsou spravedlivé nebo nespravedlivé přesahuje měření zdravotního stavu a zkoumání jeho determinant (ekonomických, sociálních apod.)

Ekvita ve zdraví a distribuční spravedlnost

Opatření pro posílení ekvity ve zdraví mají být založeny na poskytování a zlepšování příležitostí pro naplnění zdravotního potenciálu jedinců.

Tyto příležitosti jsou zpravidla *méně dostupné jedincům společensky znevýhodněným*.

Cíle ekvity ve zdraví jsou v souladu s Rawlsovým principem spravedlnosti (srovnej např. Potůček a kol., 2006).

Ekvitu ve zdraví můžeme chápat jako koncept odvozený do značné míry (pokud ne zcela) od etických principů distribuční spravedlnosti.

Např. Chang (2002) uvádí, že ekvita ve zdraví je spojena s etickými principy distribuční spravedlnosti na všech úrovních a ve všech doménách.

Je totiž *spojena s „distribucí“ zdraví, stejně jako příležitostí pro naplnění potenciálu zdraví;*

Navrhuje naplnění zdravotních potřeb pomocí redistribučních nástrojů v rámci formální zdravotnické soustavy;

Aplikuje principy distribuční spravedlnosti oblastí jakými je **dostupnost, financování nebo kvalita zdravotní péče.**

Doporučená literatura

1. CHANG, W. C.: The meaning and goals of equity in health, J Epidemiol. Community Health 2002, 56, 488-491.
2. KELEHER H., MURPHY B.: Understanding Health : A Determinants approach. Oxford : Oxford University Press, 2004. ISBN 0 19 551661 3. KUVÍKOVÁ, H., MURGAŠ, M., NEMEC, J. *Ekonomika zdravotnictví*. Banská Bystrica: Phoenix, 1995. ISBN 80-900563-1-8.
3. KUVÍKOVÁ, H., MURGAŠ, M., NEMEC, J. *Manažment zdravotnictví*. Banská Bystrica: Trian, 1998. ISBN 80-967730-2-X.
4. MACINKO, J. A., STARFIELD B.: Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001, International Journal for Equity in Health, 1:1, 2002, dostupné z <http://www.equityhealthj.com/content/1/1/1> [citováno 13. 6. 2006].
5. MALÝ, I. *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-2006-7.

6. REKTOŘÍK, J., ŠELEŠOVSKÝ, J. A KOL. *Sociální a technická infrastruktura. Rukověť územní samosprávy. 3. díl.* Brno-Praha: Masarykova univerzita, Institut pro místní správu Praha, 2002. ISBN 80-210-2956-0.
7. REKTOŘÍK, J. A KOL. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru (zdravotnictví).* Praha: Ekopress, 2002. ISBN 80-86119-60-2.
8. WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 1992 (3): 429-45.
9. World Health Organization: *World Health Report 2000.* Geneva : World Health Organisation 2000.

ZÁVĚR:

Etika sice není vyučována na Lékařské fakultě jako samostatný obor, je logicky zařazována do výuky jak teoretických, tak ve vyšších ročnících i klinických oborů. Studenti jsou proškoleni pro práci s mrtvým lidským tělem a jeho částmi, pro laboratorní experimenty i připraveni na komunikaci s pacientem a nakládání s důvěrnými informacemi.

Etické principy a podporu humanismu je nutné stále posilovat ve všech výukových předmětech. **Zdraví se nesmí stát zbožím**, přesto, že se někdy zdá, že převažují tržní principy a hodnoty. Etické problémy narůstají v moderní společnosti s novými objevy medicíny a je dobré si některé morální zásady upevňovat a připomínat, eventuelně jiné problémy objevovat.

Ústav sociálního lékařství dlouhodobě zařazuje některá témata z etiky do výuky i do otázek ke stání zkoušce ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví. Vzhledem k hodinové dotaci předmětu, který je vyučován teoreticky v 5. ročníku v bloku 6 dní nelze postihnout komplexněji problematiku morálky a etiky ve zdravotnictví, tak jak bychom si přáli pro výchovu empatických a trpělivých lékařů.

Jak nás přesvědčují některé zkušenosti a názory pacientů, studentů a někdy i samotných lékařů v roli pacienta, je stále potřeba uvědomovat si a zdůrazňovat ve výuce, že profese zdravotníků jsou společností velmi sledovanými z hlediska morálky a etiky a bohužel ne vždy se zdravotníci chovají v souladu s humanismem a principy profesní etiky.

Texty k uvedeným tématům jistě nemohou etické problémy vystihnout komplexně a v širších souvislostech. Snažíme se aby byly vodítkem pro studium, pro praxi a motivací k hledání dalších témat a odpovědí na etické problémy a jejich řešení také studiem doporučené literatury, v níž budou zase odkazy na další literární zdroje.

Některé informace zde uvedené se mohou změnit v čase, takže je třeba je chápat v časových souvislostech- to znamená, kdy byly sepsány – v roce 2008.