
Publikace 3

Holčík, J., Zdraví a peníze. Čas Lék. čes. 143, 2004, č. 1. s. 4-8.

Zdraví a peníze

Holčík J.

Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, LF MU, Brno

1. Úvod

Zdraví i peníze patří k důležitým lidským hodnotám, které se pro některé lidi mohou stát dokonce životním cílem.

V odborné literatuře se lze dobrat mnoha varování, že stane-li se zdraví dominantním cílem (*healthism*), může to vést až ke zdravotnímu teroru, byť vedenému dobrými úmysly (1). Stanou-li se jediným životním cílem peníze, pak každý má ve svém okolí dost příkladů, že to obvykle nevede ke štěstí.

Zdraví a peníze nejsou ve své podstatě cílovými kategoriemi. Jsou to spíše prostředky napomáhající naplnit lidský život aktivitou, která má smysl.

Smysl života lékařů je povětšinou v tom, že každodenně čelí lidskému trápení způsobenému širokou škálou nemocí a poruch zdraví. Potřebují k tomu mnoho zdrojů a v neposlední řadě i finanční prostředky. Důležitost peněz ostatně dokládá aktuální situace ve zdravotnictví i v celé společnosti. Chybějí-li, je to obecně vnímáno jako ekonomický problém.

2. Přínos a meze ekonomie

Donedávna se lékaři ekonomickými záležitostmi příliš nezabývali. I v současné době je většina zdravotníků přenechává ekonomům a manažerům. Není divu, že zdravotničtí manažeři mají poměrně dobré platy.

V učebnici Ekonomie od Samuelsona a Nordhause (2) se mimo jiné píše: „Po celý svůj život - od kolébky až do hrobu - budete narážet na tvrdé ekonomické pravdy ... bez znalosti ekonomie se kola osudu už předem otáčejí proti vám.”

Nebrat při běžné práci v úvahu její náklady a ekonomické důsledky, to si v dnešní době nemůže dovolit snad nikdo. Bylo by naivní se domnívat, že lékaři se budou věnovat jen medicíně a že ekonomové se jim postarají o peníze. Zkušenosti mnoha států věrohodně dokládají, že žádný stát na světě nedokáže vyprodukovat tolik zdrojů, kolik by lékaři dokázali utratit v dobré víře, že pomáhají svým pacientům. Profesor Maynard, významný evropský zdravotnický ekonom, to vyjádřil jasně (3): „Ve zdravotnictví jsou jen dvě věci jisté, nedostatek peněz a smrt.”

I když je ekonomie nesmírně důležitá a svébytná vědecká disciplína, její role ve zdravotnictví a v celém širokém systému péče o zdraví je ve své podstatě pomocná.

Výstižně je to uvedeno v již zmíněné učebnici ekonomie (2): „Ekonomie je jako dobrá cestovní kancelář. Vy, jako cestující, si musíte vybrat, zda chcete slunce nebo sníh. Když jste

si vybrali, cestovní kancelář vám může pomoci dostat se rychle a levně na místo určení.“ Víme, jako cestující, kam směřujeme?

Asi nepůjde o to, aby si všichni lékaři ke svému náročnému povolání přidali ještě soustavné studium ekonomie. Bude však nezbytné, aby si ujasnili, oč v péči o zdraví vlastně jde (4), aby neomezovali svůj zájem jen na klinické problémy a aby dokázali pojímat priority zdravotní péče obecněji než jen jako „rozkvět“ svého vlastního pracoviště nebo oboru.

Podíváme-li se na výsledky zdravotnické ekonomie v posledních desetiletích, pak dojdeme k názoru, že to byli právě ekonomové, kteří poukázali na potřebu systémového myšlení a hodnotového přístupu v péči o zdraví (5). Ekonomové si jako první začali uvědomovat rostoucí náklady na zdravotnické systémy a položili si otázky o příčinách těchto tendencí. Upozornili na nebezpečí živelné komercializace zdravotnických služeb, pochopili nutnost studovat priority péče o zdraví a v jejich souvislostech zvažovat metody alokace zdrojů (6 , 7 , 8). Začaly je zajímat i etické otázky a metody vedoucí k úsporám ve zdravotnickém systému (9). Ekonomické studie rovněž prokázaly, že investice do zdraví jsou zdravé investice (10 , 11).

Současná zdravotnická ekonomie má mnoho nástrojů jak zlepšovat hospodárnost zdravotní péče a pokud možno bránit růstu nákladů (*cost containment*) (12). Zásadní je ovšem politické, hodnotové a odborné (medicínské i organizační) zadání a na ně navazující kvalifikované řízení.

Je velmi důležité, aby se lékaři a ekonomové naučili spolu adekvátně komunikovat. Tradiční přírodovědecká orientace medicíny byla výhodou v minulém režimu charakterizovaném výraznou ideologickou předpojatostí. Posilovala autonomii lékařů a rozvíjela jejich schopnost přebírat užitečné medicínské poznatky ze zahraničí.

Za současné situace je žádoucí, aby se lékaři lépe orientovali i v obecnějších otázkách, např. v nástrojích sociální regulace, ať už se jedná o ekonomii, etiku a legislativu, informace, výchovu, působení médií nebo o sociální psychologii.

Ne náhodou k dominantním tématům zdravotně ekonomického výzkumu v mnoha zemích patří otázka: „Jak lépe?“ Soubor příznivých vlastností zdravotnických služeb i celého systému zdravotnictví se označuje souhrnným pojmem „kvalita“.

3. Pojetí a role kvality

Tradiční představa kvality se spojuje s něčím nákladným, nadstandardním, ne-li přepychovým. Teze: za kvalitu se platí, je všeobecně přijímaná. Vysoce kvalitní zdravotnické služby jsou namnoze velmi drahé.

Oprávněně se proto připomíná, že cílem by neměla být nejvyšší možná kvalita, ale adekvátní kvalita, která nejlépe odpovídá potřebám a daným možnostem. Taková kvalita se obvykle stanovuje jako norma. Odpovídá tomu tzv. užší definice kvality (13): kvalita je míra, se kterou se daří poskytovat zdravotnické služby v souladu se stanoveným standardem.

Řada studií věrohodně prokázala, že obdobně jako je finančně náročná vysoká kvalita, je neméně nákladná i nízká kvalita (14 , 15 , 16 , 17). Nekvalitní zdravotnická služba (např. špatná diagnóza, nozokomiální infekce, zbytečný nebo nezdařený zákrok apod.) přijde

na spoustu peněz. Nízká kvalita je spolu s celou řadou dalších okolností jednou z nejčastějších forem nežádoucího plýtvání (18).

Bylo by nesprávné zaměňovat kvalitu za jakousi modernost dokládanou okázalým vybavením a širokou aplikací jen těch nejnovějších léků. Pokud dojde k chybám v pojmání kvality, pokud přání a sny převáží nad kritickou fundovanou analýzou a pokud se otevrou možnosti utrácení, třeba na dluh, pak se krize odborná, metodická i hodnotová projeví v nedostatku peněz. Není to však chyba jednoznačně ekonomická.

I když je samozřejmě důležité dbát na kvalitu všech zdravotnických služeb a v souhrnu i na kvalitu jednotlivých zdravotnických zařízení, rozhodující je ve svém důsledku kvalita systému péče o zdraví jako celku.

Kvalitní systém zdravotnictví není přepych, je to etický imperativ a ekonomická i sociální nezbytnost. Žádný stát na světě si nemůže dovolit dlouhodobě dotovat systém, u něhož není jasné, kam směřuje, který nedovede získat, uchránit a hospodárně využívat ty vzácné veřejné zdroje, které jsou pro jeho náležitou funkci nezbytné.

4. Důležitost výchozích i cílových hodnot

Pokud si neujasníme, z čeho vycházíme a kam směřujeme, čemu dáme přednost, co v péči o zdraví i v systému zdravotnictví vlastně chceme, jakými metodami toho lze dosáhnout a co je na to nutné vynaložit, pak musíme počítat s tím, že peníze se relativně snadno a rychle mohou stát náhradním cílem. Úsilí věnované takovému cíli však může vést k ošidným výsledkům.

Je zřejmé, že pro sledování finančního cíle je naprostá většina lékařů a dalších zdravotnických pracovníků mnohem hůře připravena než profesionální marketingoví manažeři tržně orientovaných firem, které na zdravotnický trh vstoupily v posledním desetiletí.

Nemá smysl dávat vinu korporacím, které jsou na zdravotnickém trhu úspěšné. Zisk je jejich legitimním a neskrývaným záměrem. Dělalí svou práci kvalifikovaně. Dokázaly najít cesty k lékařům, účinně je motivují, pořádají pro ně školení, dovedou nabídnout výhody i poradit. Nepotřebují diskutovat o tom, jestli je zdravotnický trh jako každý jiný nebo má své výrazné odlišnosti. Dobře znají zásadní specifika zdravotnického trhu a dokáží je v rámci své působnosti nejen respektovat, ale i využívat. Vědí co chtějí a dovedou získat a zaplatit odborníky, kteří jim s tím pomohou.

Jak je na tom zdravotnictví? Ví co chce? Směřuje skutečně k hospodárnosti? Jde mu o zdraví lidí? Ví, jak na tom je? Zná svoji roli? Reaguje na očekávání občanů? Poskytuje důstojné zaměstnání zdravotníkům? Jde o kvalifikovaně regulovaný systém? Komunikuje adekvátně se svými zaměstnanci, politiky a občany? Využívá své kompetence? Ví, kam peníze jdou a co se s nimi děje? Uvědomuje si problémy a uvažuje o tom, jak je řešit? Jaká je a jaká by měla být role ministerstva? Sleduje spíše společenský užitek a naplnění zdravotních potřeb občanů, nebo jednostranně vychází vstříc zájmům komerčních subjektů?

Většina odpovědí na zmíněné otázky má hodnotový charakter. Určitou nabídku vhodných hodnot předkládá literatura věnovaná jak zdravotnické etice (19), tak řízení péče o zdraví (20). Je ovšem vhodné připomenout, že hodnoty nestačí jen převzít a deklarovat, např.

spravedlnost, solidaritu apod., ale že je žádoucí zvážit i jejich interpretaci a vhodné formy jejich realizace v návaznosti na konkrétní situaci politickou, ekonomickou, kulturní i sociální.

Je to o to složitější, že jednotlivé hodnoty, popřípadě záměry systému nelze pojímat jako izolované kategorie, ale spíše jako souhvězdí, kde jedna hodnota navazuje na druhou. Je např. pošetilé akcentovat lidskou sounáležitost a trvat na široké volbě ze strany pacienta, nemá smysl snít o hospodárnosti a vzdát se regulace a jejích nástrojů. Je podivné naříkat na jedné straně nad nedostatkem peněz ve zdravotnictví a na druhé straně preferovat komerční firmy, které dokáží spotřebovat jakékoli částky, nikam nevede zavádět nové nákladné změny a současně se navzájem ujišťovat, že to jsou vlastně úspory.

Z odborného hlediska by příprava koncepce zdravotnictví a celého širokého systému péče o zdraví neměla být zásadním problémem. Je to však nepochybně otázka politická a hodnotová, ve svém důsledku je to široký sociální problém.

Existuje politický subjekt, který by na srozumitelné a jasné koncepci zdravotnictví měl skutečný zájem? Není pro většinu vlivných politických a hospodářských skupin výhodnější „volný ring“, v němž by mohly relativně volně a podle okolností i skrytě uplatňovat své dílčí politické a finanční zájmy?

Je lobování a politická hádka v parlamentu skutečným a nezpochybnitelným nástrojem demokracie, nebo by bylo demokratičtější hrát s odkrytými kartami, jasně formulovat etická a další hodnotová východiska koncepce zdravotnictví a materiál předložit k diskusi politické, odborné i občanské veřejnosti?

Mají-li k veřejným finančním prostředkům přístup subjekty, které mají za cíl finanční zisk, pak by měly být souběžně zaváděny účinné nástroje, které by veřejné peníze v rozumném rozsahu chránily pro dosahování cílů medicínských a etických, posilovaly by snahu uvážlivě hospodařit a dovedly by odpovědět i na otázku, co se s penězi vlastně stalo, co přinesly pro zdraví lidí. Řadu dobrých i když jen dílčích příkladů lze najít v realizaci lékové politiky.

Rozhodně by se vyplatilo dbát na účinnost medicínskou, ekonomickou i společenskou, věnovat odpovídající pozornost dostupnosti, bezpečnosti, humánnosti, spravedlnosti a trvalé udržitelnosti zdravotnických služeb.

5. Potřeba dobrého řízení

Pro tvorbu dobrého systému zdravotnictví a jeho náležitou funkci je nezbytná tvůrčí kvalifikovaná práce zejména ve čtyřech základních oblastech:

a. Koncepční práce – jde o vyjasnění základních rysů zdravotní politiky jako sociálního procesu, na němž se podílejí politikové, odborníci a občané a který je výrazem zájmu o zdraví a odpovědnosti.

Zdravotní politika by měla spočívat jednak na humánních, individuálních i sociálních hodnotách, které je žádoucí veřejně deklarovat a diskutovat o nich, a jednak na věrohodných analýzách adekvátních dat.

Pokud koncepční práce nedosahuje potřebné úrovně, pak proces řízení připomíná pohádku: Běž tam, nevím kam, dones to, nevím co. Snad není potřeba nikoho přesvědčovat, že je to nehospodárné.

Při nevyjasněném budoucím záměru, např. bez představy sítě zdravotnických zařízení lze očekávat, že mnohé z investic jsou přidělovány zbytečně, že vedou k neadekvátnímu zvýšení provozních nákladů, že ve svém důsledku neposilují kvalitu systému, ale představují jen další zdroj plýtvání. Nekoncepčnost řízení bývá spojena s nízkou, popřípadě neznámou efektivitou. Zákonitě vede k nedostatku finančních zdrojů a není to chyba ekonomů.

b. Práce informační a analytická – je nezbytná pro výchozí posouzení situace a její průběžné sledování, pro zjišťování úrovně a rozložení zdraví lidí, pro posouzení zdravotních problémů i pro úvahy o možnostech jejich zvládnutí.

Pokud ten, kdo řídí, neví, kam směřuje, a nemá vhodné informace, pak se buď soustředí na největší aktuální problémy, nebo na to, co se stane módním tématem médií. Styl takového řízení lze přirovnat k hašení požárů a dá se očekávat, že hospodárnost zmíněného postupu je velmi nízká. Většinou jde o placení škod i dluhů a reakce na ultimativně nastolované požadavky.

V demokratickém systému by občané měli mít možnost si ověřit, kam jejich peníze přišly. Peníze vybrané na veřejné zdravotní pojištění by nemělo přikrýt „tajemství“ obchodního podnikání. Jsou to peníze ve veřejnoprávním systému.

Světová zdravotnická organizace v této souvislosti zdůrazňuje pojem *accountability*, což je odpovědnost (21). Jejím smyslem je ujištění, že pracovníci na všech úrovních vykonávají to, co mají, a že jsou schopni skládat účty ze svého jednání. Znamená to stanovit jasné a srozumitelné cíle, zvolit metody a průběžně poskytovat informace o vynaložených zdrojích, vykonávaných aktivitách a dosahovaných výsledcích.

c. Regulační a organizační práce – navazuje na předchozí oblasti. Pravidla regulace by měla být srozumitelná, spravedlivá a měla by být přijímána těmi, jichž se to týká.

V této souvislosti je vhodné připomenout, že změny ve zdravotnictví realizují povětšinou zdravotničtí pracovníci. Pokud se změnami nesouhlasí, pak se dá předpokládat, že reforma nepřinese očekávané výsledky. Nezbytnou součástí přípravy, zavedení i hodnocení jakýchkoli regulačních mechanismů je proto vnímavá komunikace se zdravotnickou i občanskou veřejností.

d. Hodnotící činnost – je možná jen tehdy, když víme, kde jsme, odkud a kam jdeme, čeho jsme chtěli dosáhnout, co bylo zapotřebí, kolik jsme na to vydali a co to přineslo.

Pokud náležité hodnocení chybí, pak se dá očekávat široká škála názorů, které jsou podmíněné politickou, ekonomickou, sociální a kulturní pozicí hodnotitele. Je potom nesnadné, ne-li nemožné, stavět na získaných zkušenostech, přesvědčivě identifikovat chyby a nacházet vhodné cesty k nápravě.

Jestliže ten, kdo se chová hospodárně, na to doplácí a ten, kdo veřejné prostředky rozhazuje, z toho má výhodu, pak by k úsporám mohlo dojít jen náhodou, nebo navzdory hodnotícím

kritériím systému. Hodnoty, které tvoří základ systému, by měly občanům i zdravotníkům stát za to, aby souhlasili s hospodárným, popřípadě i úsporným chováním.

Zmíněné oblasti řídicí práce se netýkají jen řídicích a administrativních pracovníků. Významná role připadá celé občanské veřejnosti, která by měla být kultivovaná ve smyslu funkční, interaktivní i kritické zdravotní gramotnosti (22 , 23) a měla by se stát aktivním subjektem zdravotní politiky a péče o zdraví. Zdravotnictví je tu pro lidi.

Pokud se uvedené základy pro řídicí činnost podcení, pak je naprosto nevyhnutelné, že začnou chybět peníze. Jejich přilévání do systému nic nezlepší. Povede to jen k nárůstu plýtvání jako důsledku špatného řízení (18).

Při absenci dlouhodobě orientovaného dobrého řízení se může počítat s tím, že se objeví mnoho simplifikovaných a povětšinou politicky nebo populisticky orientovaných návodů na „řešení“, např., že trh nebo samy peníze vše vyřeší, že platit a rozhodovat má pacient, že zdravotnický trh je jako každý jiný a že je načase odbourat jeho regulace, že veřejnoprávní pojištění je k ničemu a že je nutné zavést soukromoprávní pojištění (s bonusy a příplatkem podle zdravotního rizika, formou individuálních účtů apod.). Dá se rovněž očekávat spousta zkeslených údajů, neseriózních argumentů, ne-li vyložených dezinformací.

Nečastěji doporučovaným návodem i používanou metodou na „zvládnutí“ aktuálních problémů zdravotnictví je odvolání ministra (ministřyně) a ve svém důsledku udržení nepřehledného stavu, který mnoha vlivným subjektům zřejmě vyhovuje.

Vzniká např. celá řada otázek. Má někdo skutečný zájem na hospodárnosti systému zdravotní péče jako celku? Stojí někomu za to kvalifikovaně chránit veřejné peníze a dbát na jejich skutečně dobré využití pro zdraví lidí? Nebo se převažující zájem soustředí jen na získání peněz a na právo s nimi disponovat? Zajímá někoho, jaké bude zdraví lidí v České republice v příštích deseti až dvaceti letech?

6. Dílčí zkušenosti z dosavadní transformace zdravotnictví

Není sporu o tom, že zdravotnictví České republiky prošlo během své transformace mnoha těžkostmi a že se celou řadu z nich podařilo zvládnout. Některé výsledky jsou bezesporu příznivé. Podstatně se rozšířila dostupnost mnoha zahraničních léků, zlepšilo se technické vybavení většiny nemocnic, podstatně se usnadnily kontakty se zahraničními pracovišti, zlepšilo se i získávání a využívání zahraničních zkušeností.

Stávající finanční problémy jsou však i dokladem toho, že mnoho problémů nebylo řešeno, že „se“ odsunuly, popřípadě byly „překlenuty“ a že pozornost byla věnována spíše detailům, než zásadním strategickým rozhodnutím.

Politický záměr v počátečních obdobích transformace byl jasný. Centrálně byrokratický a ideologicky determinovaný systém zdravotnictví socialistického typu se přežil. Bylo žádoucí jej změnit a odstranit bariéry bránící jeho transformaci.

Sám vývoj nastolil další cíl: postupovat tak, aby zdravotnictví drželo krok s celkovou společenskou transformací a aby pokud možno vystačilo s dostupnými prostředky.

Zatímco první cíl byl plněn relativně snadno prostřednictvím deregulace a fragmentace dřívějšího zdravotnického systému za poměrně všeobecného souhlasu a při zvyšujících se, ale relativně únosných nákladech, druhý cíl provázela a provází řada těžkostí.

Počáteční koncepční záměry transformace byly již během 90. let odsunuty a politické úsilí se soustředilo na dvě politicky stanovené priority: na privatizaci a ustavení pojišťoven. Byla tehdy deklarována iluze, že privatizace, platba za bod a pojišťovny se stanou nástrojem k optimalizaci sítě, cestou ke slušné mzdě zdravotnických pracovníků a zárukou spokojenosti pacientů.

Postupně se ukázalo, že požadovaná a posléze i dosažená rychlost splnění zmíněných úkolů nebyla jednoznačným přínosem. Realizovaná opatření nebyla zavedena na základě věrohodných analýz ověřujících jejich účinnost, ale stalo se tak rozhodnutím vlivných politiků, bez demokratické diskuze a odborné kritické oponentury. Lze to jistě pochopit v kontextu tehdejšího překotného sociálního vývoje. Postupně se však ukázalo, že politicko-administrativní rozhodování vedlo k řadě změn, které sice byly politicky žádoucí, které však současně byly ekonomicky náročné a neodpovídaly tehdejšímu stavu ekonomiky země.

Proběhla celá řada organizačních úprav, z nichž mnohé vedly ke zvýšení nákladů, např. vstup zkušených zahraničních firem nabízejících cokoli atraktivního na dluh, přímý přístup pacientů k medicínským specialistům, což je, jak známo, mnohem nákladnější, než primární péče poskytovaná praktickými lékaři.

Dezintegrace původní sítě zdravotnických zařízení vedla ke zrušení spádových území a k dobře míněné „soutěži o pacienta“. To ovšem vyžadovalo větší rezervy jak nemocničních lůžek a dalšího zdravotnického materiálu, tak zdravotnického personálu.

Zavedení „konkurence“ mezi nemocnicemi a vyvolání nejistoty o další budoucí existenci zdravotnických zařízení vedlo ke strachu i pocitu ohrožení a k následnému vyššímu tlaku na investice, ve snaze získat prestižní vybavení, rozšířit kapacity (např. chirurgické sály) a zavést nová vyšetření vyvolávající u občanů dojem, že nemocnice drží krok s dobou a má všechnu potřebnou a někdy i prestižní techniku.

Jestliže se zdravotnická zařízení musela učit existovat samostatně, pak k tomu potřebovala více prostředků než v případě, kdy mohla spoléhat na návaznost a souhru s ostatními.

Absence zdravotní politiky, zpoždění legislativy a omezení i zpomalení vymahatelnosti práva usnadnilo prosazování individuálních a skupinových zájmů a stalo se i jedním z motivů aktivit na hranici nebo až za hranicí zákona. K důvodům zvyšování finanční náročnosti se přiřadila nevyjasněnost kompetencí a neúčinná kontrola.

Tím, že se v prvních letech transformace zdravotnictví nepodařilo rozvinout výzkum orientovaný na organizační problematiku poskytování zdravotnických služeb (*health system research, health services research*) (24 , 25), naprostá většina opatření byla navrhována a realizována v návaznosti na politické preference nejvlivnějších osobností a finanční zájmy nejruznějších skupin zaklínajících se blahem pacienta. Investice byly přidělovány bez znalosti jejich budoucí návratnosti.

Poměrně rychlé změny v metodice úhrad za zdravotnické služby ztížily, ne-li znemožnily, dlouhodobou hospodárnou finanční strategií jednotlivých zdravotnických zařízení a ve svém

důsledku jednostranně posílily orientaci řídicích zdravotnických pracovníků na bezprostřední, byť krátkodobé výhody. Takové chování bylo označováno za „tržní jednání“ a bylo oceňováno.

Ukázalo se rovněž, že reforma veřejné správy a navazující regionalizace zdravotní péče spolu s nevyjasněností kompetencí si vyžádala a ještě nepochybně i vyžádá řadu dalších dodatečných nákladů.

Jistě nemá smysl ex post naříkat a planě lamentovat. Odborná veřejnost by však měla vážít nabyté zkušenosti a podílet se na hledání východisek. Měli bychom se např. ptát, jaká je úspornost procesu zavádění systému DRG, co na to již bylo vynaloženo, co to bude ještě stát a co se očekává, že to přinese. Jakými věrohodnými studiemi je očekávaný přínos doložen? Jaká opatření byla přijata pro omezení vedlejších nepříznivých důsledků zmíněné metody? Kdo zaplatí celou řadu dalších „finančně zajímavých“ inovací a jaký bude jejich konkrétní přínos pro zdravotnický systém a hlavně pro zdraví lidí?

Jsou zdravotnické systémy, kde tržní mechanismy hrají větší roli. Běžně se ví, že takové systémy jsou nákladné a málo hospodárné, ale jsou přijatelné pro občany bohatých zemí.

Vytvářet zdravotnictví pro bohatou zemi, to není velký problém. Mnohem těžší je uvažovat o rozvoji zdravotnictví v zemi poměrně chudé. Zvažujme, jaké by mělo být zdravotnictví malé země uprostřed Evropy, jejímž největším bohatstvím jsou schopnosti lidí a naděje, že v budoucnosti může dosáhnout solidní evropské úrovně.

7. Jak dál

Slibná východiska ukazují zejména materiály Světové zdravotnické organizace, které se postupně dostávají do vědomí odborné veřejnosti (20 , 21 , 26). Jsou poctivé po stránce hodnotové, cílové, metodické, ekonomické, hodnotící i humánní. Jejich tvůrčí aplikace v České republice si však vyžádá rozsáhlou práci. Doba k tomu potřebná asi přesáhne „střední délku funkčního života“ ministra zdravotnictví.

Snad už pominulo období naivních představ, že „trh vše vyřeší“ nebo že zdravotnický trh je jako „každý jiný“. Asi nemá smysl vyvracet jednotlivé „mýty“. Média a předpojatí autoři je „produkuji“ poměrně čile.

Přetrvávajícím rizikem dalšího vývoje je oslabování koncepční a řídicí role ministerstva zdravotnictví a růst vlivu dodavatelů technologií. To na jedné straně může vést ke zvýšení zisku komerčních subjektů, ale na druhé straně to však podstatně sníží hospodárnost zdravotnického systému jako celku. Vedlo by to k překotnému růstu požadavků na peníze, ne-li k finanční krizi zdravotnického systému.

Tomuto riziku čelí evropské země uvážlivými regulacemi, zejména tzv. vnitřním trhem (27), popřípadě hledáním rovnováhy mezi veřejným a soukromým sektorem, cílevědomým rozvojem informačního systému, soustavným výzkumem a kvalifikovaně připravovanou legislativou. Jsou k dispozici metodické zkušenosti řady zemí. Rozhodující pro jejich uplatnění je politická vůle směřující ke zdraví, k výkonnosti a hospodárnosti zdravotnického systému.

Snad se dá alespoň do určité míry spoléhat na sílu lidského intelektu, která spočívá v soustavném poznávání, získávání a využívání zkušeností, v rozumném posouzení situace a v účelném i slušném jednání.

8. Závěr

Zdravotnický systém by neměl být dominantně pojímán jako důležitý nástroj získávání finančních prostředků z veřejných zdrojů. V tomto směru může zdravotnictví jen zklamat. Změní-li se ve volnou arénu komerční chtivosti, pak na to doplatí všichni. Opakované miliardové dotace vlády do zdravotnictví by za takové situace nebyly investicemi do zdraví.

Nedostatek peněz, to není sama nemoc. Je to symptom špatné koncepční práce, neujasněných kompetencí, neúčinného řízení, absence cílevědomého výzkumu, problematické kontroly, nedostatečného hodnocení a jen omezeného vyvozování důsledků z dosavadních nesnází, ne-li chyb.

Pokud má ministerstvo zdravotnictví přijmout odpovědnost za současný nepříznivý stav, mělo by jeho vedení mít a taky skutečně uplatňovat kompetence, které umožňují do systému cílevědomě a účinně zasahovat. Historie rychlé výměny ministrů doložila, že jejich vystřídání nápravu nepřinese.

Právě naopak, rychlé personální změny napomáhají bezkonceptnosti, shovívavé bezradnosti, kompetenční neujasněnosti a vyvolávají existenční obavy. Je někdo, komu takový stav vyhovuje? Tam se asi dají najít příčiny současných ekonomických těžkostí.

Zdravotnictví je v celé Evropě dominantní politické téma, které hraje rostoucí roli ve volbách. Záleží na úrovni a aktivitě naší politické scény, aby problémy a možnosti nápravy zvažila a zvolila cestu, se kterou dokáže předstoupit před občany.

Odborná veřejnost nemůže přijmout politickou odpovědnost, ale měla by trvat na tom, že kvalifikovaně řízené a hodnotově zakotvené zdravotnictví je potřebnou součástí demokratické společnosti, která dovede hájit zájmy občanů, věří ve svou budoucí prosperitu a dovede přispívat ke svému rozvoji.

LITERATURA

1. Skrabanek P.: The death of humane medicine and the rise of coercive healthism. The Social Affairs Study. Bury, St. Edmunds 1998, 212 s.
2. Samuelson P.A., Nordhaus W.D.: Ekonomie. Nakladatelství Svoboda, Praha 1991, 1011 s.
3. Maynard A.: Prioritising Health Care. In: Malek M.(ed): Setting Priorities in Health Care. John Willey and Sons, Chichester 1994, 332 s.
4. Holčík J.: Oč jde v péči o zdraví. Čas. Léč. čes., 135, 1996, č. 11, s. 331 - 334.
5. Mooney G.: Key Issues in Health Economics. Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf, New York 1994, 194 s.
6. Clever A., Perkins D.: Economics for Health Care Management. Prentice Hall Europe, London 1998, 203 s.
7. Jefferson T., Demicheli V., Mugfor M.: Elementary Economic Evaluation in Health Care. BMJ Publishing Group, London 1996, 118 s.

8. Malý I.: Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví. MU, Brno 1998, 114 s.
9. Donabedian A.: Aspects of Medical Care Administration. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts 1973, 650 s.
10. World Bank: World Development Report 1993, Investing in Health, Oxford University Press, New York 1993, 330 s.
11. Sachs J. D.: Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. WHO, Geneva 2001, 202 s.
12. Mossialos E., LeGrand J.: Health Care and Cost Containment in the European Union. Aldershot, Ashgate 1999, 795 s.
13. Žáček A., Holčík J.: Sociální lékařství II, Úvod do veřejného zdravotnictví. MU, Brno 1992, 130 s.
14. Vuori H.: Research needs in quality assurance. Quality Assurance in Health Care, 1989, 1, č. 2/3, s. 147-159.
15. Ovreteit J.: Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services. Blackwell Science, Ltd., Oxford 1992, 186 s.
16. Graham N. O.: Quality in Health Care. Theory, Application, and Evolution. Aspen Publication, Inc., Gaithersburg 1995, 366.
17. Gladkij I., Heger L., Strnad L.: Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. IDVPZ, Brno 1999, 183 s.
18. Holčík J., Koupilová I.: Plýtvání v systému péče o zdraví jako významný medicínský, etický, ekonomický a sociální problém. Postgraduální medicína, 3, 2001, č. 5, s. 533-538.
19. Beauchamp T.L., Childress J.F.: Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York 1994, 546 s.
20. Ritsatakis A. et al. (ed): Exploring Health Policy Development in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2000, 537 s.
21. Wld Hlth Org.: 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. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1999, 224 s.
22. Holčík J., Koupilová I.: Zdravotní gramotnost je cennou součástí obecné kultury. Zdravotnictví České republiky, 4, 2001, č. 3-4 s. 113-115.
23. Nutbeam D.: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15, 2000, č. 3, s. 259-267.
24. Gray J. A. M.: Evidence-Based Healthcare. Churchill Livingstone, New York 1997, 270 s.
25. Holčík J.: Je výzkum soustavy zdravotnických služeb a celého systému péče o zdraví potřebný? Zdrav. Nov., 43, 1994, č. 23, s. 8-9.
26. Holčík J.: Program Světové zdravotnické organizace „Zdraví 21“ jako výzva ke společné cestě ke zdraví, sdílené odpovědnosti a tvůrčímu partnerství. Zdravotnictví v České republice, 4, 2001, č. 1-2 s. 2-4.
27. Abel-Smith B.: Introduction to health. Policy, planning and financing. Longman, London 1994, 237 s.

Článek byl zpracován za podpory grantového projektu IGA MZ ČR č. NO/7700-3.

Prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.
 Ústav sociálního lékařství
 a veřejného zdravotnictví LF MU v Brně
 662 43 Brno
 e-mail: jholcik@med.muni.cz