

RATIONING

JAKO PROBLÉM I PŘÍLEŽITOST

CHYBNÁ INTERPRETACE

RATIONING

RACIONALIZACE PÉČE

rational - rozumný

rationalize - jednat racionálně

OBSAH POJMU RATIONING

RATIO = POMĚR

**RATION = DENNÍ DÁVKA, PŘÍDĚL
(ZAVÉST PŘÍDĚLOVÝ SYSTÉM)**

**oprávněný podíl na dostupných zdrojích
přidělování komodit v dobách nouze**

RATIONED = vázaný na body, lístky, příděl

**RATIONING = rozhodování, komu bude a
komu nebude poskytnuta určitá
zdravotnická služba, kterou nelze
poskytnout všem.**

RATIONING - DEFINICE

**nalézání a ospravedlňování
důvodů pro přidělování i
nepřidělování vzácných zdrojů
(zdravotnických služeb)
některým lidem, kterým by
mohly přinést užitek.**

Slovo *rationing* navozuje představu život ohrožující válečné nouze, kdy osobní ambice a přání musely jít stranou a byla dávána přednost společnému zájmu: usilovat o zajištění základních podmínek pro přežití a regulovat rozdělování nedostatkových komodit.

Jde o zdůvodňované omezování některých velmi nákladných nebo odložitelných zdravotnických služeb.

Listina základních práv a svobod (čl. 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)“
deklaruje právo občanů na zdravotní péči.

Toto právo by rozhodně nemělo být zavedením přidělování zdravotnických služeb dotčeno.

Nemělo by tedy jít o odpírání základní a neodkladné zdravotní péče, ale o určitou formu restrukturalizace poskytovaných zdravotnických služeb v návaznosti na možnosti zdravotnického systému. I když ekonomické hledisko hraje v této souvislosti významnou úlohu, nemělo by se jednat o jediné kritérium. Alokační efektivita by měla být skloubena s distribuční spravedlností, resp. ekvitou a rovněž se snahou dosáhnout plným využitím dostupných zdrojů co největší užitek.

Při vlastním přidělování resp. nepřidělování je běžně uplatňována celá řada běžných kulturně podmíněných hodnot, jako např. preference těch, kteří zdravotnickou službu potřebují naléhavě (akutní a bolestivé stavy, životní ohrožení), dále např. přednost pro děti, ženy apod.

Přednost pro některé skupiny vede na druhé straně k odkládání výkonů u jiných skupin osob.

***Rationing* je provázeno řadou problémů. V mnoha státech se tento proces odehrává skrytě. Žádná vláda si nedává omezování zdravotní péče do programu, nebývá to ani deklarováno jako jeden z principů zdravotní péče. A přitom je zřejmé, že omezování zdravotní péče je nutné vždy, když potřeby, resp. požadavky občanů na zdravotnické služby převýší zdroje, které jsou k dispozici.**

V praxi se v takovém případě běžně setkáváme např. se stanovením nejrůznějších limitů a odsouváním odložitelných výkonů nebo s pořadníky (*waiting lists*). Zkrácení délky čekací doby se potom, mnohdy až v návaznosti na stížnosti pacientů, stává deklarováním politickým úkolem.

Pokud se veřejnosti sděluje, že některé zdravotnické služby je nezbytné omezit, pak se obvykle zdůrazňuje, že je žádoucí omezit ty zdravotnické služby, které jsou neúčinné, neekonomické (poskytující jen malý nebo žádný přínos ve srovnání se značnými náklady).

A přitom je zřejmé, že řada zdravotnických služeb by mohla pacientům sice prospět, ale z nejrůznějších důvodů nejsou označeny za priority. Ve svém důsledku to znamená, že jejich poskytování je omezováno.

ZPŮSOBY OMEZOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB 1

- a. Odkládání některých neakutních zdravotnických služeb;**
- b. omezování kapacit zdravotnického systému, např. snižování počtu nemocničních lůžek, lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků;**
- c. stanovení finančních limitů pro zdravotnická zařízení, např. přidělením určité, nepřekročitelné sumy finančních prostředků na rok nebo čtvrtletí;**
- d. snižování kvality výkonů (pokud možno bez vážného dopadu na výsledný zdravotní stav pacienta);**

ZPŮSOBY OMEZOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB 2

- e. odrazování pacientů od nákladných metod, např. operací (lékaři v této souvislosti poukazují na riziko a obtíže spojené s určitým výkonem);**
- f. neposkytnutí zdravotnické služby v důsledku neznalosti (nevyhledávání skrytých potřeb, péče jen o ty pacienty, kteří naléhají na řešení svých zdravotních problémů), neinformování pacientů o všech možnostech terapie apod.;**

ZPŮSOBY OMEZOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB 3

- g. co nejrychlejší propouštění
z nemocnice nebo předčasné ukončení
zdravotnické péče;**
- h. pravdivé a důsledné informování o
všech rizicích poskytovaných
zdravotnických služeb, a to včetně
pobytu ve zdravotnickém zařízení.**

Redukce zdravotnických služeb obvykle nebývá zdravotnickým pracovníkům přímo ukládána, ale často jsou k ní nepřímo nuceni nejrůznějšími administrativními nebo ekonomickými mechanismy. Ve svém důsledku pak nesou za svou odbornou práci plnou odpovědnost.

Omezování zdravotní péče je v té či oné formě součástí každého systému zdravotní péče. Vychází ze skutečnosti, že občané by mohli absorbovat jakékoli množství zdravotní péče, zatímco zdroje zdravotní péče jsou omezené. Pokud se do zdravotnictví dá více prostředků, je možné méně omezovat zdravotní péči, ale nikdy nelze poskytnout všem úplně všechno, co by jim případně mohlo pomoci.

3 OTÁZKY (1)

Která zdravotnická služba má být přidělována, resp. omezována, popřípadě má být poskytována jen po schválení příslušným orgánem?

Žádná vláda by asi nechtěla omezovat základní zdravotní péči a nechtěla by, aby lidé umírali jen proto, že nemají na zaplacení relativně jednoduché terapie.

3 OTÁZKY (2)

Kdo a na základě jakých kritérií má zdravotnickou službu dostat?

Jedná se o otevřenou otázku, se kterou se potýkají nejrůznější komise ve všech demokratických zemích. Její obtížnost spočívá v jejím obvykle nevyslovovaném doplňku, a to: komu a za jakých podmínek má být zdravotnická služba odepřena?

3 OTÁZKY (3)

3. Kdo o tom má rozhodovat?

V některých případech jsou podklady pro rozhodování problematické a s vlastním rozhodnutím je spojena tíha odpovědnosti. Může to být výrok, na základě něhož pacient přežije, nebo zemře. Má tuto odpovědnost nést ten, kdo neposkytne peníze, nebo lékař, který poskytne, nebo neposkytne zdravotnickou službu, nebo politikové, kteří přispěli k vytvoření takového systému, kde je omezování zdravotnických služeb nezbytné?

DVA ZÁKLADNÍ TYPY RATIONING

IMPLICITNÍ (skryté), ke kterému dochází v ústraní ordinací (např. když lékař přesvědčí rodiče, aby netrvali na komplikované chirurgické revizi srdeční vady u dítěte s Downovým syndromem).

EXPLICITNÍ (zjevné, otevřené), které je obvykle ukládáno administrativními orgány a probíhá podle stanovených pravidel.

IMPLICITNÍ RATIONING 1

Implicitní *rationing* zdravotní péče je obvykle spojován se „svobodou“ lékařů a dalších zdravotníků rozhodovat o zdravotnických službách poskytovaných svým pacientům. Obvykle se v tomto případě mlčky přechází skutečnost, že mnozí nemocní se k lékaři nedostanou buď vůbec nebo ne včas a že svoboda lékařů je v běžné praxi omezována celou řadou nesnadno ovlivnitelných podmínek (ekonomické limity, legislativa, apod.).

IMPLICITNÍ RATIONING 2

Lze připustit, že v této souvislosti bývají preferováni pacienti s akutními život ohrožujícími nemocemi (tzv. dramatické případy) a poněkud v ústraní jsou pacienti sužovaní chronickými zdravotními problémy, které jsou jen obtížně a jen do určité míry ovlivnitelné medicínskými prostředky.

IMPLICITNÍ RATIONING 3

Rozhodování v takových případech bývá odůvodňováno povětšinou medicínskými argumenty, poukazuje se např. na riziko, které je s jednotlivými zdravotnickými službami spojeno, na problémy, které přináší hospitalizace, narkóza, hojení, rekonvalescence apod.

Když potřeby pacientů převýší dostupné finanční prostředky, bývá obvykle zaveden pořadník. Pacienti potom dostávají zdravotnickou službu podle toho, kdy přišli (kdo dřív přijde, ten dřív mele) nebo podle závažnosti (kdo je na tom hůř, ten přijde dřív na řadu).

IMPLICITNÍ RATIONING 4

Vzhledem k tomu, že důvodem vzniku pořadníku je obvykle nedostatek finančních prostředků, vzniká otázka, zda ti pacienti, kteří by zaplatili, by měli mít přednost. Na tuto otázku není jednoznačná odpověď. Řešení obvykle spočívá na obecných názorech a běžných hodnotách i na konkrétní situaci.

IMPLICITNÍ RATIONING 5

V některých společnostech by např. lidé považovali jakou hrubou nespravedlnost, kdyby dítě zemřelo jen proto, že rodiče nemohou zaplatit za včasnou a účinnou léčbu. A na druhé straně právě proto se v takových společnostech řeší zmíněný problém např. pomocí veřejných sbírek. Jiné společnosti by považovaly za nedůstojné, kdyby život dětí a dostupnost k život zachraňujícím zdravotnickým službám závisela na úspěchu charitativních akcí a požadují, aby se poskytování takových zdravotnických služeb stalo povinností zdravotnického systému.

IMPLICITNÍ RATIONING 6

Velmi problematická situace nastává, když rozhodování lékaře je ovlivňováno finančními pobídkami nebo pokutami, a to jak ve smyslu odpírání zdravotnické služby (např. lékař dostane prémii od pojišťovny za to, že pacienta nepošle ke specialistovi; je pod hrozbou snížení platu, pokud přečerpá limit na léky apod.) nebo naopak, pokud se pacienti snaží, např. formou úplatků, dosáhnout preference, která není medicínsky odůvodněná, popřípadě která je v rozporu s obecně stanovenými pravidly.

IMPLICITNÍ RATIONING 7

Tím, že je rozhodování povětšinou v rukou lékařů, mohou se projevit některé problematické okolnosti související s osobními nebo skupinovými zájmy lékařů (např. schopnost některých lékařů se prosadit, získat co nejvíc prostředků, posílit svoji prestiž apod.).

IMPLICITNÍ RATIONING 8

Schopnost lékařů získat dodatečné finanční prostředky může být sama o sobě pojmána jako pozitivní. Problémy však nastanou, pokud některé osobnosti nebo medicínské obory na sebe strhnou tolik peněz, že to ve svém důsledku vystaví nouzi všechny ostatní. K takovému postupu tíhnou některé klinické obory (v této souvislosti se připomínají termíny - mávání pohřebními rubáši, plánování podle nářku a křiku anebo pod tlakem veřejnosti, který byl vyvolán mediální nebo politickou kampaní).

IMPLICITNÍ RATIONING 9

VÝHODY

Činnost je svěřena kvalifikovaným osobám a probíhá v tichosti a soukromí,

pokud jsou lékaři finančně vhodně motivováni přebírají odpovědnost za problematická ekonomická restriktivní opatření,

případné nesnáze jsou řešeny v odborných kruzích a nejsou jimi zatěžováni politikové,

veřejnost o problémech není informována a svými stížnostmi nekomplikuje situaci.

IMPLICITNÍ RATIONING 10

HLAVNÍ NEVÝHODA

celý proces je podmiňován skrytými (implicitními) hodnotami a nelze jej nijak regulovat. Vzhledem k tomu, že zdravotnické systémy jsou v dnešní době tak složité a tak nákladné, že určitá regulace je nezbytná, v řadě zemí jsou hledány metody, jak alespoň do určité míry omezit autonomii rozhodování lékařů a jak implicitní *rationing* transformovat na explicitní.

EXPLICITNÍ RATIONING 1

Pokud existuje pojišťovenský systém nebo jiná forma oddělení plátců a poskytovatelů zdravotní péče, musejí existovat pravidla určující, které služby a za jakých podmínek budou propláceny. Znamená to vypracovat určitá kritéria, podle kterých by celý proces probíhal, mechanismy, které by směřovaly ke stanovenému cíli, formy hodnocení, které by umožnily posoudit, zda se to daří a regulační nástroje, kterými by se daly řešit nové nebo přetrvávající problémy.

EXPLICITNÍ RATIONING 2

Stanovit taková pravidla je obtížné a zdá se, že při jejich aplikaci dochází vždy k určitému rozladění až nespravedlnosti. Proto řídicí pracovníci v demokratických zemích neradi přijímají za sestavení pravidel výlučnou odpovědnost a k rozhodování o pravidlech organizují jednání, jichž se účastní zdravotničtí pracovníci, občané, politikové apod. Obvykle se v této souvislosti zdůrazňuje kvalita zdravotnických služeb, a zejména medicínská účinnost, užitek (utilita), hospodárnost (efektivita) a spravedlnost (ekvita).

EXPLICITNÍ RATIONING 3

Není sporu o tom, že nemá smysl poskytovat neúčinné zdravotnické služby. Problém je spíše v tom, že u mnohých medicínských postupů není jejich účinnost jednoznačně potvrzena. Znamená to tedy soustavně rozvíjet výzkum, jehož smyslem je nestranně ověřovat účinnost všech postupů. V tomto ohledu nestačí vyjádření primáře, že léčba pacientům pomáhá. Je nezbytné trvat na řádném vědeckém důkazu (*evidence based medicine, evidence based health care*).

EXPLICITNÍ RATIONING 4

Lze očekávat, že *evidence based health care* (EBHC) bude příčinou závažných změn ve struktuře zdravotní péče a že zřejmě narazí na odpor těch, kterým současný stav vyhovuje. EBHC je ve své podstatě hrozbou pro marketingovou strategii řady farmaceutických firem.

EXPLICITNÍ RATIONING 5

Výsledky výzkumu se stávají předmětem odborných diskuzí i jednání s občany. Na základě společných závěrů je dále rozhodnuto, které služby budou poskytovány a které budou omezeny.

Takový postup je vítán zejména v těch zemích, kde se soudí, že na rozhodování o zdravotní politice by se měli podílet občané a že rozhodnutí o léčbě by nemělo být výsadním právem lékaře, ale že by poskytnutí i neposkytnutí zdravotnické služby mělo být projednáno s nemocným, popřípadě i s jeho blízkými.

EXPLICITNÍ RATIONING 7

Pokud se tyto problémy považují za problémy veřejné, sociální a politické, potom i mechanismus volby o poskytnutí či neposkytnutí zdravotnické služby i o případných důsledcích je věcí veřejnou (samozřejmě při respektování práva pacienta na soukromí).

EXPLICITNÍ RATIONING 8

Ani tato metoda však není bez problémů. Zkušenost ukazuje, že představa hodnot se ve společnosti může lišit mezi jednotlivými sociálními, etnickými nebo geografickými skupinami. Praxe dokládá, že jsou obvykle preferováni lidé vzdělanější a sociálně aktivnější. Naopak méně pozornosti je věnováno lidem deprivovaným žijícím na okraji společnosti.

ÚROVNĚ ROZHODOVÁNÍ (1)

- **MAKRO ÚROVEŇ**

K rozhodnutí dochází na úrovni vlády a parlamentu; např. členění rozpočtu, objem finančních prostředků na zdravotnické služby (popřípadě podíl příjmů odváděný na zdravotní pojištění).

ÚROVNĚ ROZHODOVÁNÍ (2)

- **MEZO ÚROVEŇ**

Jde o rozhodování pracovníků veřejné správy na regionální úrovni a o aktivitu řídicích zdravotnických pracovníků. Záměrem je poskytovat v daných podmínkách zdravotnické služby rovnoměrně ve všech medicínských oborech tak, aby byly všeobecně dostupné.

ÚROVNĚ ROZHODOVÁNÍ (3)

- **MIKRO ÚROVEŇ**

K rozhodnutím dochází na úrovni zdravotní péče o jednotlivé osoby.

Zmíněné úrovně se vzájemně prolínají a ovlivňují. Při rostoucích zdravotních potřebách a nedostatku finančních zdrojů dochází ke konfliktním situacím ve snaze získat větší podíl z celkových dostupných prostředků.

ZÁVĚR

Může se stát, že obecná pravidla selžou ve střetu s realitou, která bývá mnohdy daleko mnohotvárnější, než jakékoli předpisy. Lze tedy očekávat, že explicitní *rationing* bude v menší nebo větší míře provázet implicitní *rationing*. Spolu s určováním priorit bude *rationing* jedním z těžkých, ale zřejmě nepominutelných problémů dalších etap transformace zdravotní péče v České republice.