

**Univerzita Karlova v Praze
Právnická fakulta**

**Problematika rationingu ve světle práva na zdravotní péči a její vliv na vztah
lékaře a pacienta**

Studentská vědecká a odborná činnost

Kategorie: magisterské studium

Autor: Michaela Povolná
Konzultant: JUDr. Petr Šustek, PhD.
VI. ročník SVOČ
Rok odevzdání: 2013

Čestné prohlášení a souhlas s publikací práce

Prohlašuji, že jsem práci předkládanou do VI. ročníku Studentské vědecké a odborné činnosti (SVOČ) vypracoval(a) samostatně za použití literatury a zdrojů v ní uvedených. Dále prohlašuji, že práce nebyla ani jako celek, ani z podstatné části dříve publikována, obhájena jako součást bakalářské, diplomové, rigorózní nebo jiné studentské kvalifikační práce a nebyla přihlášena do předchozích ročníků SVOČ či jiné soutěže.

Souhlasím s užitím této práce rozšiřováním, rozmnožováním a sdělováním veřejnosti v neomezeném rozsahu pro účely publikace a prezentace PF UK, včetně užití třetími osobami.

V Praze dne 15. dubna 2013

.....
Michaela Povolná

Obsah

ÚVOD	4
1. ZDRAVÍ A PRÁVO NA ZDRAVOTNÍ PÉČI	6
1.1. ZDRAVÍ JAKO INDIVIDUÁLNÍ HODNOTA	6
1.2. ZDRAVÍ JAKO SOCIÁLNÍ PRÁVO	8
2. ZDRAVOTNÍ PÉČE A RATIONING	10
2.1. ZDRAVOTNICTVÍ V DOBĚ OMEZENÝCH ZDROJŮ	10
2.2. DEFINICE POJMU RATIONING	11
2.3. ZPŮSOBY RATIONINGU	13
2.4. RATIONING NEBO PRIORITY-SETTING?	15
2.5. EXPLICITNÍ NEBO IMPLICITNÍ RATIONING?	15
3. VLIV RATIONINGU NA VZTAH MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM	17
3.1. VZTAH MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM	17
3.2. MOŽNÝ POSTUP – INSPIRACE V POUČENÍ O RIZICÍCH	18
ZÁVĚR	20
LITERATURA A ZDROJE:	22

Úvod

Zatímco etické aspekty vztahu mezi lékařem a pacientem sahají ve své podstatě zpět až k otci medicíny Hippokratovi, otázky související s etikou veřejného zdraví jsou v akademickém diskurzu oblastí relativně novou.¹ Na rozdíl od roviny tzv. *medical ethics*, která se zajímá především o individuální autonomii pacientů a povinnosti zdravotnických pracovníků, se etika veřejného zdraví (*public health ethics*) zaměřuje na ochranu zdraví společnosti jako celku a v jejím rámci na kvalitu, ekvitu a efektivitu související s distribucí zdravotních služeb.²

Dnes je tato oblast natolik rozsáhlá, že do ní můžeme vedle otázek týkajících se nerovností v oblasti zdraví či dostupnosti zdravotní péče řadit i otázky týkající se legitimacy ingerence státu do privátních sfér lidského života, jakými jsou úvahy o plošném zákazu kouření na veřejnosti či upřednostňování zdravého životního stylu.³ Klíčovou otázkou (nejen) etiky veřejného zdraví přesto i nadále zůstává, jak co nejefektivněji a nejspravedlivěji alokovat omezené zdroje určené pro péči o zdraví obyvatelstva.

Mezi faktory působící potíže současným systémům veřejného financování zdravotnictví patří stárnoucí populace, nové druhy nemocí, ale zároveň i nové a účinnější způsoby léčby. S vědecko-lékařským pokrokem ovšem souvisí nejen dramatický nárůst cen léčebných výkonů, ale i rostoucí očekávání obyvatel od zdravotnictví, což vede ke zvýšené poptávce po zdravotních službách.⁴ Státy se tak dostávají do situace, kdy nemohou všem svým obyvatelům poskytnout nejlepší dostupnou péči dle nejnovějších poznatků vědy a medicíny.

Pokud přijmeme tuto skutečnost za nevyhnutelnou a akceptujeme, že zdravotní péče by měla být poskytována co nejefektivněji a nejprospěšněji, vyvstává řada otázek, na které je třeba nalézt adekvátní odpověď: Na základě jakých principů by k alokaci zdrojů mělo docházet? Měly by být prostředky poskytovány jen za účelem zlepšení zdravotního stavu? Ale co případy, kdy je zřejmé, že se zdravotní stav nezlepší? V rámci zdravotní péče je navíc poskytována nejen péče kurativní

¹ To platí zejména o postsocialistických zemích bývalého sovětského bloku, kde se toto téma začíná objevovat až v 90. letech.

² Kass, N. E. Public Health Ethics: From Foundations and Frameworks to Justice and Global Public Health. *The Journal of law, medicine & ethics*, 2004, 32(2), s. 235.

³ Coleman, C. H., Bouësseau, M.-C., Reis, A. The Contribution of Ethics to Public Health. *Public Health Reviews*, 2008, 34(1), s. 1-2.

⁴ Více: Blank, R.H., Burau, V. *Comparative Health Policy*. Third Edition. Hampshire : Palgrave Macmillan, 2010; Williams, I., Robison, S., Dickinson, H. *Rationing in Health Care: The Theory and Practice of Priority Setting*. Bristol : The Policy Press, 2012.

vedoucí k vyléčení či zlepšení zdravotního stavu, ale i péče paliativní, jejímž účelem je zmenšit bolest a utrpení. V jakém postavení se vůči sobě nachází tyto druhy péče vzhledem k jejich financování? Na tyto eticky problematické otázky nelze nalézt jednoznačnou odpověď a vzhledem k jejich komplexnosti si jejich plné zodpovězení neklade za cíl ani tato práce.

Cílem této práce je analýza problematiky tzv. rationingu zdravotní péče - tedy jednání, jenž vede k odepření prospěšné zdravotní péče - coby nevyhnutelného důsledku omezení zdrojů plynoucích do zdravotnictví. Rationing je tématem vysoce aktuálním nejen z důvodu stále rostoucích výdajů na zdravotní péči, ale i vzhledem k novému rozvíjejícímu se trendu participace pacientů i široké veřejnosti na diskuzích týkajících se financování zdravotní péče.

Následující práce si klade otázku, zda a jaký vliv má rationing zdravotní péče na vztah lékaře a pacienta. K jejímu zodpovězení bude ovšem nutné tuto problematiku zasadit do širšího rámce. Proto bude upozorněno na souvislosti s právem na zdravotní péči, individuálními právy pacientů, ale i na principy zavazující zdravotnický personál při péči o nemocné.⁵

Autorka argumentuje, že ačkoli by se vzhledem k právu na zdravotní péči a principům solidarity, ekvity a distributivní spravedlnosti měl nejhodnějším zdát rationing explicitní, mnohem větší důraz by měl být kladen na rationing implicitní a jeho vliv na vztah mezi lékařem a pacientem, protože je způsobilější reflektovat konkrétní skutečnosti a specifika jednotlivých pacientů. V této souvislosti je autorkou v závěru práce rozebrána problematika informační povinnosti lékaře vůči pacientovi o (ne)možnostech další léčby vzhledem k její ceně, a navrženo doporučení, jak v takových případech postupovat, aby se předešlo zejména ztrátě důvěry pacienta v lékaře.

Systematika práce je následující. Práce je rozdělena do tří kapitol, které svým rozsahem odpovídají souvislosti s daným tématem. V úvodní kapitole se autorka snaží zběžně kontextualizovat otázku hodnoty zdraví a nastítnit problematiku práva na zdravotní péči. Druhá kapitola se nejprve potýká s problematikou financování zdravotnictví a jejími úskalími, a dále se pak zabývá definicí a druhy rationingu.

⁵ Mezi tyto zásady patří dodržování principů pacientovy autonomie a prospěšnosti (beneficence), včetně principu non-maleficence, který zavazuje zdravotnický personál za žádných okolností neublížit. Více: Beauchamp, T.L., Childress, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. Sixth Edition. Oxford : Oxford University Press, 2008.

Poslední kapitola se poté zaměřuje na výše zmíněnou problematiku vlivu rationingu na vztah lékaře a pacienta.

Při zpracování této práce vycházela autorka především z cizojazyčné literatury v angličtině. Důvodem volby anglických zdrojů byla nejen dostupnost kvalitní a velmi rozmanité literatury na toto téma, ale i absence obdobné literatury v českém jazyce. Autorka vycházela jak z řady zevrubných monografií, tak především z odborných článků. Jejich výběr se skládal nejen z článků aktuálně publikovaných, adresujících současné trendy a výzvy v této oblasti, ale došlo i k zařazení článků staršího data, které měly na debatu ohledně rationingu formující vliv a svoji aktuálnost i přes relativně dlouhou dobu od svého vydání neztratily.

1. Zdraví a právo na zdravotní péči

1.1. Zdraví jako individuální hodnota

Zdraví člověka je považováno za jednu z nejvyšších a nejdůležitějších hodnot naší společnosti. Jedná se o pojem, který je používán velmi často, představy o jeho přesném obsahu a pojetí se ovšem zejména v praxi liší. Nejčastěji citovaná definice zdraví je obsažena v Ústavě Světové zdravotnické organizace (WHO), která jej definuje coby „stav plné fyzické, psychické a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci či vady.“⁶

Vůči této definici bývá nicméně namítáno, že zdraví není stavem, nýbrž dynamickým procesem.⁷ Pokud ho tedy nebudeme považovat za statický stav nýbrž dynamický proces, nabízí se, že jej jedinec resp. stát může pomocí svých politik vědomě a cíleně ovlivňovat. Jednou z hlavních determinant zdraví pak nepochybně bude kvalita a dostupnost poskytované zdravotní péče.^{8 9}

⁶ Vyhláška č. 189/1948 ministerstva zahraničních věcí o zřízení a Ústavě Světové zdravotnické organizace, 21. 5. 1948, dostupná z [www: http://www.esipa.cz/sbirka/sbsrv.dll/sb?CP=1948s189&DR=SB](http://www.esipa.cz/sbirka/sbsrv.dll/sb?CP=1948s189&DR=SB), cit. 14.4.2013. Dalším z problémů této definice je skutečnost, že vychází ze subjektivních pocitů člověka, tudíž ne vždy musí odpovídat objektivní realitě. Navíc jde spíše než o definici v pravém slova smyslu o vyjádření působnosti této organizace. Maaytová, A. *Zdravotní systémy – Možnosti a perspektivy z pohledu zvyšování efektivnosti* (doktorská práce). Praha : VŠE, 2006, s. 12.

⁷ Holčík, J. *Zdraví jako osobní a společenská hodnota*. 11.1.2012. Dostupný z [www: http://prakt.upol.cz/zdravi_holcik.php](http://prakt.upol.cz/zdravi_holcik.php), cit. 14.4.2013.

⁸ Existuje ale celá řada jiných determinantů ovlivňujících zdraví, mezi které patří mj. faktory dědičné, sociální a ekonomické, kulturní a politické, životní styl a další faktory související s chováním. Více:

V odborné literatuře se při pohledu na zdraví a zdravotní péči v zásadě setkáváme se dvěma myšlenkovými proudy, které mají podstatný vliv na organizaci a financování poskytování této péče. První zastává názor, že o své zdraví má každý jedinec dbát sám, a považuje ho tudíž za statek soukromoprávní (i se všemi odpovědnostními implikacemi z toho plynoucími). Druhý naopak považuje zdraví za hodnotu *sui generis*, za kterou má ve značné míře přebírat odpovědnost sektor veřejný.¹⁰ Převládající názor na tuto problematiku se pak odráží i ve zdravotní politice jednotlivých států.¹¹

Vedle těchto pohledů je třeba vzít v potaz i morální rovinu zdraví a poskytování zdravotní péče. Poskytování zdravotní péče totiž není běžnou službou, ale má zvláštní morální status.¹² Určité zdravotní služby, jakými jsou např. poskytnutí první pomoci či základní péče považujeme v dnešní době za samozřejmost bez ohledu na to, zda osoba je či není schopna za dané zdravotnické služby přímo či prostřednictvím pojištění zaplatit. Miroslav Barták hovoří v souvislosti se spojováním otázek zdraví a financování o dichotomii uvažování, kdy „zdraví je nám na jednu stranu nejdražší, na stranu druhou si ho díky stále rostoucím nákladům nebudeme moci dovolit, a dokonce za péči o něj nejsme vždy zcela ochotni platit (např. nad rámec veřejného pojištění).“^{13 14}

Zdravotní politika státu nicméně reflektuje nejen pojetí zdraví, ale i s ním spojené chápání obsahu práva na zdraví, resp. práva na zdravotní péči. V následující

Barták, M. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha : Wolters Kluwer, 2010, s. 13-16.

⁹ Mezi faktory mající vliv na poskytování zdravotní péče, její řízení a financování pak patří mj. vývoj technologií a ekonomického růstu, tvorba zdravotní politiky, poznatky týkající se příčin a mechanismů nemocí, či posun paradigmatu od bio-medicínského pohledu k větší váze ekonomicko-sociálních, demografických a psychologických determinantů. Více: Háva, P., Goulli, R. (eds.) *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, s. 46, dostupný z www.ipvz.cz/download.aspx?item=1090&, cit. 14.4.2013.

¹⁰ Barták, s. 29.

¹¹ Tento převládající názor (se kterým by se měla ztotožňovat i většinová společnost daného státu) se vedle zdravotní politiky promítá i do samotných právních předpisů. Viz srovnání koncepce zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

¹² Buijsen upozorňuje na tezi R. George, že zdraví je žádoucím zbožím („a desirable good“). Buijsen, M. The Special Moral Status of Health Care. On Market Forces, Equal Treatment, and Having a Say. In: Den Exter, A., Buijsen, M. (eds.) *Rationing Health Care: Hard Choices and Unavoidable Trade-offs*. Antwerpen : Maklu, 2012, s. 198.

¹³ Barták, s. 29.

¹⁴ Je třeba též podotknout, že zdravotní péče je v mnohých ohledech velmi specifickou oblastí služeb, na kterou nelze použít čistě tržní mechanismy nabídky a poptávky. Její specifika, mezi které patří povaha poptávky, očekávané chování lékařů, nejistota související s produktem, podmínky nabídky a proces tvorby cen, popsal již v roce 1963 laureát Nobelovy ceny za ekonomii, Kenneth Arrow. Více: Arrow, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 1963, 53(5), s. 941–73.

části tedy bude zkoumána otázka povahy a obsahu tohoto práva, včetně jeho realizace.

1.2 Zdraví jako sociální právo

Všeobecná deklarace lidských práv v čl. 25 stanoví, že každý má právo na zdraví včetně zdravotní péče.¹⁵ Přestože je ve světě k otázce práva na (ochranu) zdraví a zdravotní péči přistupováno vlivem kulturních, sociálních a jiných faktorů odlišně, došlo v průběhu druhé poloviny 20. století ze strany většiny států světa k formálnímu uznání závazků z něj plynoucích.¹⁶

Ačkoli ze čl. 12 Mezinárodního paktu o ekonomických, sociálních a kulturních právech (ICESCR)¹⁷ a jeho autoritativního výkladu¹⁸ vyplývá, že součástí práva na zdraví je i přístup ke zdravotní péči, od samotného počátku jeho uznání se vedou řady terminologických debat ohledně jeho názvu. Má se v souvislosti s poskytováním zdravotní péče hovořit o právu na zdraví (*right to health*), nebo spíše o právu na zdravotní péči (*right to healthcare*)? Obě označení mají řadu příznivců, nicméně jak podotýká André den Exter,¹⁹ nejedná se v tomto případě jen o „sémantickou polemiku“. S označením tohoto práva souvisí i řada důležitých skutečností, zejména chápání jeho obsahu.

Někteří autoři jsou názoru, že hlavním problémem pojmu „právo na zdraví“ je možnost jeho poměrně široké interpretace (např. viz výše zmíněná definice zdraví Světové zdravotnické organizace). Ta naznačuje, že daný stát je připraven svým občanům garantovat „dobré“ zdraví. Takové tvrzení je ovšem nerealizovatelné nejen z praktického hlediska, ale i z hlediska jeho realizace coby právního nároku.²⁰ Řada

¹⁵ Všeobecná deklarace lidských práv, Paříž, 10.12. 1948, dostupná z [www: http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf](http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf), cit. 14. 4. 2013.

¹⁶ Stav ratifikace ICESCR, dostupný z [www: http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3&chapter=4&lang=en](http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3&chapter=4&lang=en), cit. 14.4.2013.

¹⁷ Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, New York, 19.12.1966, dostupný z [www: http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/mezinarodni-pakt-o-hospodarskych-socialnich-a-kulturnich-pravech.pdf](http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/mezinarodni-pakt-o-hospodarskych-socialnich-a-kulturnich-pravech.pdf), cit. 14.4.2013.

¹⁸ UN ECOSOC, The Right to the Highest Attainable Standard of Health (General Comment No. 14 on Health), 8.11.2000, dostupný z [www: http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En), cit. 14.4.2013.

¹⁹ Exter, A. The Right to Health Care in International Law. In: Exter, A., Sándor, J. *Frontiers of European Health Law. Yearbook 2002*. Rotterdam : Erasmus University Press, 2003, s. 12

²⁰ Ibidem.

autorů proto v této souvislosti hovoří spíše než o právu na zdraví o právu na zdravotní péči.²¹ Takto bude nadále postupováno i v této práci.

Právo na zdravotní péči je coby formálně uznané právo řazeno v klasifikaci lidských práv mezi práva sociální. Cílem těchto práv tzv. druhé generace není toliko chránit subjektivní práva jedince, jak je tomu u práv individuálních, ale spíše garantovat zachování určitých minimálních standardů, které jednotlivé státy musí dodržovat.²² Jelikož se očekává, že k jejich realizaci bude zapotřebí aktivit státu, hovoří se o tzv. pozitivních právech,²³ jejichž realizace je ovšem závislá na socioekonomických předpokladech.²⁴ Minimální standardy a rozsah zdravotní péče, které musí stát svým občanům zajistit, pak stanoví vzhledem k ekonomickým možnostem státu vnitrostátní právní předpisy.²⁵

Z práva na zdravotní péči lze odvodit „právo být pacientem“, tedy čerpat zdravotní péči. To ovšem musí být odlišováno od „práv pacienta“,²⁶ která vychází z individuálních práv na soukromí a na osobní integritu. Nys a Goffin konstatují, že „[c]ílem práv pacientů je ochrana osobní sféry a svobody před jejím neoprávněným narušením ze strany poskytovatelů zdravotní péče, administrátorů či kohokoli jiného.“²⁷ Toho má být docíleno zejména realizací práv vedoucí pacienty k informovaným rozhodnutím.²⁸

Jak je nicméně z výše zmíněné definice patrné, tato práva se dostávají do střetu zejména s povahou práva na zdravotní péči, a to i přes současný trend

²¹ K opačnému názoru např. Peikoff, L. *Healthcare is Not a Right*. Ayn Rand Center for Individual Rights, 2007, dostupný z www: <http://www.aynrand.org/site/News2?id=13873>, 14.4.2013.

²² General Comment No. 14.

²³ V protikladu k pozitivním právům jsou práva negativní, kam se řadí práva individuální. U těchto práv má stát pouze povinnost zajistit jejich neporušování. Ovšem, dle stále se rozvíjející judikatury Evropského soudu pro lidská práva vzniká pozitivní povinnost státu konat i u některých individuálních práv, např. judikatura k článku 8 Evropské úmluvy o lidských právech – právu na soukromí. Více: Povolná, M. Protection of Medical Data in the Scope of Article 8 ECHR: An Analysis of the European Data Protection Safeguards. In: Benedek, W., Nowak, M. et al. (eds.) *European Yearbook on Human Rights 2012*. Graz : Neuer Wissenschaftlicher Verlag, 2012, s. 293-302.

²⁴ Exter, s. 13.

²⁵ Minimální standardy jsou nicméně podpůrně stanoveny i na mezinárodní úrovni - General Comment No 14.

²⁶ Nys, H., Goffin, T. Mapping National Practices and Strategies Relating to Patients' Rights. In: Wismar, M., Palm, W., et al. (eds.) *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and Analysing Practices and Policies*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, s. 160, dostupné z www: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/cross-border-health-care-in-the-european-union.-mapping-and-analysing-practices-and-policies>, cit. 14.4.2013.

²⁷ Ibidem, s. 164.

²⁸ Autoři jsou názoru, že takového jedince již nelze označovat za pacienta. Coby vhodnější pojem navrhnou označení „informovaný spotřebitel zdravotních služeb“. Ibidem, s. 208.

interpretace a komplementarity individuálních a sociálních práv.²⁹ Přestože pacienti mají často ústavně zaručené právo na zdravotní péči, je jeho plná realizace vzhledem k omezeným zdrojům velmi problematická. V případě, kdy by byla každému pacientovi poskytnuta veškerá prospěšná péče, by zdravotní systém velmi rychle zkrachoval.

Proto je zvláště dnes, kdy má většina států i vzhledem ke stagnujícímu růstu HDP a souvisejícímu omezování sociálních výdajů problémy zdravotnictví ufinancovat, nutné nalézt vhodné řešení tohoto dilematu. V každém případě ovšem musí být takové řešení (resp. zásah do zmíněných práv) doporučení, představovat pro veřejné zdraví přínos a být co nejméně restriktivní alternativou.

2. Zdravotní péče a rationing

2.1. Zdravotnictví v době omezených zdrojů

Jak píše Jonathan Herring,³⁰ bylo by skvělé, kdyby mohla být lékařská péče poskytnuta všem, kdo ji potřebují. Možnosti lékařské péče a jejího poskytování se ovšem vždy odvíjely od dostupných zdrojů,³¹ jejich alokace a schopnosti státu (popř. jednotlivců) za takové služby zaplatit. S rozvojem a novými možnostmi medicíny během posledních několika desítek let došlo k tomu, že je nyní medicína schopná nejen zcela vyléčit řadu dříve nemyslitelných chorob, ale zároveň i měnit charakter průběhu nemoci.³²

Tyto nové a dříve nevídané možnosti mají ovšem i svou stinnou stránku, kterou je finanční náročnost, jež působí tlak na (veřejné) zdravotní rozpočty. Jelikož jsou výdajové stránky těchto rozpočtů omezené, státy musí nalézt způsob, jak nastalý trend řešit. To se většinou děje pomocí opatření směřujících k omezování výdajů (tzv. *cost containment*).

Z pohledu práva je možné tuto problematiku analyzovat ze dvou stran. Zaprvé, ze strany státu coby veřejné autority rozhodující o prostředcích plynoucích do zdravotnictví. Můžeme se ptát, zda má taková autorita právo omezit přístup svých občanů ke zdravotní péči; a v případě že ano, na základě jakých kritérií tak může

²⁹ Exter, s. 25; rovněž Buijsen, s 199.

³⁰ Herring, J. *Medical Law and Ethics*. Second Edition. Oxford : Oxford University Press, 2008, s. 51.

³¹ A to zdrojů nejen finančních, ale i lidských (zdravotnický personál) či jiných (lidské orgány).

³² Např. z terminální na chronickou - AIDS či některé druhy rakoviny.

činit. Druhá možnost nazírání na danou problematiku je pak ze strany pacienta coby osoby, která péči nejenže potřebuje, ale má i zájem na její co možná nejvyšší kvalitě. Při této analýze situace se pak ptáme, zda má jedinec právo na zdravotní péči, a pokud ano, tak v jaké míře.³³

Právem na zdravotní péči se zabývala předchozí kapitola, která načrtla problematiku střetu sociálních a individuálních práv při poskytování zdravotní péče. Pokud je tedy hlavním důvodem tohoto konfliktu existence omezených prostředků, potřebujeme, aby opatření směřující k omezování nákladů zasahující do individuálních práv jednotlivce byla v daném případě ospravedlnitelná. Musí se tedy řídit známými principy autonomie, prospěšnosti a distributivní spravedlnosti. Tyto zásady by měl v praxi splňovat pojem rationing, který bude blíže vysvětlen v následujících odstavcích.

2.2. Definice pojmu rationing

Rationing, neboli proces alokace omezených zdrojů, jež by v ideálním případě měla být efektivní a spravedlivá, je jedním z hlavních způsobů, jak se může stát vypořádat s nedostatkem prostředků ve zdravotnictví. K tomuto procesu dochází v případě, kdy je určitá zdravotní služba poskytnuta v rámci skupiny vhodných pacientů na základě určitých kritérií jen některým osobám, ačkoli by mohla být prospěšná i jiným.³⁴

Tento pojem je v souvislosti s financováním zdravotních služeb používán velmi často. Jak je ovšem z odborné literatury patrné, jednotliví autoři vnímají jeho obsah rozdílně. Jelikož se jedná o koncept značně morálně problematický,³⁵ je v momentě, kdy se bavíme o jeho vhodnosti, správnosti či dokonce morálnosti, nutné jeho obsah blíže specifikovat.

Původně byl tento anglický pojem používán v kontextu přidělového systému, nejčastěji v souvislosti s jídlem v průběhu a po skončení druhé světové války.³⁶ Klein, Day a Redmayne upozorňují na jeho příbuznost se slovem racionalita, která konotuje

³³ Herring, s. 51.

³⁴ Je třeba podotknout, že k rationingu nedochází v případě, že osobě není určitá zdravotní péče poskytnuta, protože pro ní není vhodná. Ibidem, s. 52.

³⁵ Calabresi a Bobbitt používají označení "morally charged term". Calabresi, G., Bobbitt, P. *Tragic Choices*. *California Law Review*, 1978, 67 (6), s. 1379-1393.

³⁶ Syrett, K. *Law, Legitimacy and the Rationing of Health Care: A Contextual and Comparative Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007, s. 15.

„rozumné“ přidělování, jenž je uskutečňováno spravedlivě a nestranně.³⁷ Ubel a Goold³⁸ pak třídí jednotlivé typy definic do tří kategorií, které reflektují rozdílné představy o tom, co rationing v kontextu zdravotnictví představuje.

První kategorie zkoumá, jaký druh rozhodování může být považován za rationing. Někteří autoři ho definují výlučně jako „*explicitní* odepření zdravotní péče pacientům, kteří by z ní mohli benefitovat [zdůraznění autorkou].“³⁹ Co si ale představit pod tímto adjektivem? Jedná se o „vědomé a systematické odpírání určitého typu zdravotní péče z důvodu její ceny, a to i přesto, že je zřejmé, že by takový postup mohl být vzhledem ke stavu pacienta prospěšný.“⁴⁰ Autoři nicméně dochází k závěru, že za rationing nelze považovat jen explicitní rozhodování, jelikož k rationingu dochází i skrytě – implicitně – skrz lékaře a jiné zdravotnické pracovníky, kteří rozhodují o poskytnutí určité léčby na základě svého odborného úsudku.

Z hlediska místa a času je možné některé zdroje, jakými jsou např. orgány vhodné k transplantaci, považovat za absolutně omezené. Druhá kategorie tudíž rozlišuje, zda je předmětem rationingu pouze distribuce absolutně omezených zdrojů.⁴¹ Evans v této souvislosti hovoří o pojmech „alokace“ a „rationing“. Zatímco alokace je dle jeho názoru případ, kdy dochází k rozhodnutím souvisejícím s druhem poskytované péče, rationing pak vybírá mezi kandidáty, kterému bude omezené množství vybrané péče poskytnuto.⁴² Tento dvojstupňový model je ale Ubelem a Gooldem odmítán, jelikož alokaci namísto toho považují pouze za rationing vyšší úrovně.⁴³

Poslední, třetí kategorie pak zkoumá, jestli se má rationing týkat pouze nezbytné péče (př. dialýza pro osoby s onemocněním ledvin) nebo i jiných zdravotních služeb, které mohou být pacientovi prospěšné. Maynard v této souvislosti definuje rationing jako situaci, kdy je pacientovi odepřena *prospěšná* léčba, kterou

³⁷ Klein, R., Day, P., Redmayne, S. *Managing Scarcity*. Buckingham : Open University Press, 1996, s. 7.

³⁸ Ubel, P., Goold, S. “Rationing” Health Care: Not All Definitions Are Created Equal. *Archives of internal medicine*, 1998, 158, s. 209-214.

³⁹ Ubel, Goold, s. 210.

⁴⁰ Syrett, s. 16.

⁴¹ Přičemž je třeba předestřít, že za zdroje je ve zdravotnictví nutné chápat nejen zdroje finanční, ale i zdroje lidské či jiné – např. (ne)dostatek zdravotnického personálu.

⁴² Evans, R. Healthcare Technology and the Inevitability of Resource Allocation and Rationing Decisions. *Journal of the American Medical Association*, 1983, 249 (16), s. 2208-2219.

⁴³ Ubel, Goold, s. 211.

coby pacient požaduje.⁴⁴ Fleck jde ve své definici ještě o něco dále, když tvrdí, že k rationingu dochází ve chvíli, kdy „vláda odepře jedinci život udržující léčbu na základě svévolného rozpočtového omezení [zdůraznění autorkou].“⁴⁵ Problém celé otázky „nezbytné péče“ ovšem tkví v tom, že označení nezbytnosti není absolutní, nýbrž relativní – nezbytnost se bude vždy odvíjet od konkrétního pacienta a konkrétní situace. V případě velmi úzké definice bychom za nezbytnou péči mohli považovat právě život zachraňující péči. V případě každodenního rozhodování lékařů se ovšem rozhodně nejedná jen o takovéto situace. Proto se namísto adjektiva „nezbytný“ zdá být poněkud vhodnější použití adjektiva „prospěšný“.⁴⁶

Jak je z výše zmíněných definic patrné, přespříliš konkretizovaná definice bývá spíše na újmu věci, protože nemusí nutně pokrýt všechny situace, kdy se s rationingem setkáváme. Z toho důvodu je dobré usilovat o co možná nejširší definici, jakou je například: „implicitní a explicitní opatření, která předpokládají, že pacientům bude odeprána zdraví prospěšná péče.“⁴⁷

2.3. Způsoby rationingu

Ze zmíněných definic lze vyvodit několik základních skutečností. Zaprvé, zdroje jsou ve zdravotnictví v zásadě alokovány dvojím způsobem – explicitně a implicitně. Explicitní rationing, uskutečňující se především na administrativní úrovni, otevřeně přijímá omezenost zdrojů, přičemž stanoví, na základě jakých faktorů bude k jejich distribuci docházet. Na druhou stranu, implicitní rationing, který se odehrává zejména na úrovni rozhodování lékaře o léčbě konkrétního pacienta, omezenost prostředků, a tudíž ani limitaci zdravotní péče, přímo nepřiznává. Přestože k ní reálně dochází, podklady, na základě kterých k rozhodnutím dochází, zde jasně definované nejsou.⁴⁸

Rationing neprobíhá pouze na jedné konstantní úrovni, ale dochází k němu v rámci celého rozhodovacího procesu. Přestože jsou jednotlivé úrovně rozhodování propojeny, můžeme vymežit tři základní.⁴⁹ Na pomyslné nejvyšší úrovni (makro úroveň) stojí vláda, která rozhoduje o rozpočtu, a tudíž i celkovém množství peněz,

⁴⁴ Maynard, A. Rationing Health Care: An Exploration, *Health Policy*, 1999, 49 (5), s. 5.

⁴⁵ Fleck, L. Just Health Care Rationing – A Democratic Decision-Making Approach. *University of Pennsylvania Law Review*, 1992, 140, s. 1605.

⁴⁶ Ubel, Goold, s. 213.

⁴⁷ Ibidem.

⁴⁸ Tzv. rationing u lůžka, „bedside rationing“.

⁴⁹ S tímto rozdělením přišel Klein et al., s. 7-10.

kteře do zdravotnictví poplyne. Uprostřed (meso úroveň) stojí obvykle pojišřovna (či jin plátce), kteří rozhoduje o úhradách za dan zdravotnick sluřbu. Za nejniřší úroveň (mikro úroveň) je pak povařovna úroveň, na kteří probíhá rozhodovací činnost zdravotníků týkající se konkrétních pacientů. Zatímco první dvě úrovn používají převřn racioningu explicitního, mikro úroveň je doménou racioningu implicitního.

Přestože existuje i řada jiných zpsob racioningu,⁵⁰ zdá se vhodné zde jako poslední zmnit ten, kteří je přznačn i pro Āeskou republiku – jedná se o časov racioning neboli *rationing by delay*, se kterm se obvykle setkáme v souvislosti s čekacími listinami. Ty v sobě odrážejí dalř aspekt práva na zdravotní pc, kteřou je absence absolutního práva jedince obdrřet určtou zdravotní sluřbu včas.

Tento způsob omezen přístupu ke zdravotní pc bývá některými coby racioning zpochybňován, protože u něj nedochází k absolutnímu odmtnut potřeb pacienta, jak je jinak obvykl. Dochází pouze ke zpořdn jeho plnění. Syrett v této souvislosti upozorňuje na to, že se (na rozdíl od jiných) tento způsob racioningu nesetkává s kategorickm odmítáním ze strany veřejnosti. V této souvislosti zmiňuje dvě mořn příčiny:⁵¹

První je skutečnost, že lidé jsou v přpad určtch sluřeb (nejen v souvislosti se zdravotnictvím) zvykl čekat, „ař na n přjde řada,“ a vnímají to jako nevyhnutelnou součást veřejn financovaného systému.⁵² Druhm důvodem, kteří je podstatn zajmavřší, je, že si veřejnost neuvědomuje, že v tomto přpad se rovnř jedná o způsob racioningu. Na rozdíl od explicitního odmtnut v tomto přpad dochází k odsouhlasen daného typu léčby pro daného pacienta, ačkoli nemusí být vřdy jasn kdy (popř. zda) k takovému zákroku dojde. Navíc jsou tyto pořadníky zpravidla zalořeny na zásadě zdravotní naléhavosti, čímř jsou přpadn nespokojenost či nesouhlas čekajících rovnř tlumeny.

⁵⁰ Např. na základě schopnosti či ochoty za pc zaplatit , jak je tomu kupř. v USA.

⁵¹ Syrett, s. 47-48.

⁵² Tento trend se ovřem v současn době mn - zejména v zemích zpadn Evropy. Byl jedním z impulsů pro přeshraniční poskytování pce.

2.4. Rationing nebo priority-setting?

V současné době se v kontextu financování zdravotních služeb setkáváme⁵³ s popularitou alternativního pojmu, kterým je tzv. priority-setting, neboli stanovení priorit či prioritizace. Ten je zejména důsledkem obecně negativního vnímání slova rationing. Syrett se domnívá, že tento jev má co dočinění s distribuční kontrolou. Tvrdí, že zatímco s rationingem je spojován neslavný přidělový systém a toto slovo u veřejnosti evokuje spíše představu „deprivace a nuceného výběru“ (negativní výběr), prioritizace naopak konotuje aktivní, racionální rozhodování, jenž implikuje, že osoba mající pravomoc v dané věci rozhodovat „má nad situací kontrolu“ (pozitivní výběr).⁵⁴

Tento termín bývá řadou autorů používán jako synonymum pojmu rationing, přesto najdeme i takové, kteří je za totožné nepovažují. Pokud se vrátíme k výše zmíněnému dělení rationingu dle rozhodovacích úrovní, jsou Klein et al. názoru, že zatímco k prioritizaci dochází na nejvyšších úrovních v rámci rozhodování o výdajových preferencích, k rationingu naopak dochází až na úrovni rozhodování lékaře, zda přistoupit u konkrétního pacienta k dané léčbě.⁵⁵

Tento pohled je ovšem jen jedním z mnoha a v zásadě se dá říci, že na úrovni společenských či politických debat jsou tyto pojmy vzájemně fakticky zaměnitelné. Jedinou opravdovou výhodou pojmu prioritizace je, že je v současné době veřejností přijímán mnohem kladněji, a tudíž užíván politiky v rámci strategizování coby termín politicky korektnější.⁵⁶

2.5. Explicitní nebo implicitní rationing?

Žádný ze zdravotních systémů není založen čistě na jedné formě rationingu – explicitní a implicitní rationing jsou vůči sobě vždy v určitém poměru.⁵⁷ Nicméně v souvislosti s právem na zdravotní péči a principy ekvity, solidarity a distributivní spravedlnosti bývá v současnosti kladen velký důraz na transparentnost těchto

⁵³ Především v anglicky mluvících zemích.

⁵⁴ Syrett, s. 22-23.

⁵⁵ Klein et al., s. 7.

⁵⁶ Profesor Singer ve svém článku upozorňuje, že pojem rationing se stal „sprostým slovem“. Singer, P. *Why We Must Ration Health Care*. July 15 2009, http://www.nytimes.com/2009/07/19/magazine/19healthcare-t.html?pagewanted=all&_r=2&_cit 14.4.2013.

⁵⁷ Mechanic, D. Dilemmas in rationing health care services: The case for implicit rationing, *British Medical Journal*, 1995, 310, s. 1656.

rozhodnutí, a tudíž i explicitní rationing. Jak se domnívají Sheldon a Maynard, explicitní rationing povede skrz realizaci těchto zásad ke změně současného stavu, jenž je ze značné míry „produktem lékařského uvážení vytvářejícího v praxi a v přístupu pacientů [ke zdravotní péči] velké rozdíly.“⁵⁸

Jak již bylo zmíněno, explicitní rationing přijímá za svou skutečnost, že zdroje jsou omezené, a předem stanoví, na základě jakých pravidel a principů budou alokovány. Naproti tomu implicitnímu rationingu bývá vytýkáno, že je „neinformovaný, svévolný a nespravedlivý.“⁵⁹ Nejenže nezdůrazňuje nedostatek prostředků ve zdravotnictví, ale také pomocí něj nemusí být jasné, na základě jakých skutečností byla určitá rozhodnutí učiněna. Implicitní rationing tedy poskytuje lékařům přílišný prostor pro využití vlastního uvážení.⁶⁰

Implicitní rationing má ovšem oproti explicitnímu i řadu výhod. Tou hlavní je ta, že je způsobilý reflektovat skutečnosti, kterých explicitní rationing nemůže být nikdy schopen. Pokud vyjdeme z premisy, že každý individuální případ, který se k lékaři dostane, je svým způsobem jedinečný,⁶¹ nemohou tyto skutečnosti žádné předem stanovené pokyny či zásady obsáhnout ani reflektovat.⁶²

Navíc případ, kdy se na úrovni jednotlivých pacientů budou lékaři řídit pouze předem stanovenými pravidly a nebudou brát ohled na specifika jednotlivých pacientů, by pravděpodobně vedl ke konfliktním situacím ve vztazích mezi lékařem a pacientem. V neposlední řadě, z čistě pragmatického hlediska je rovněž nepravděpodobné, že by pravidla stanovená explicitně byla vždy a za každých okolností dodržována a nepodléhala jevům jako jsou různé formy méně či více závažného klientelismu ve zdravotnictví.⁶³

⁵⁸ Sheldon, T.A., Maynard, A. Is Rationing Inevitable? In: *Rationing in Action*. London : BMJ Publishing Group, 1993, s. 3-14.

⁵⁹ *Mechanic*, s. 1656.

⁶⁰ Které může zároveň vědomě či nevědomě reflektovat i jejich sociální mínění o daném pacientovi.

⁶¹ Ať již vzhledem k průběhu nemoci, schopnostem pacienta se uzdravit či reagovat na léčbu apod.

⁶² *Mechanic*, s. 1657. To ovšem v žádném případě neznamená, že nemají nezastupitelnou roli v systému rozhodování o alokaci prostředků.

⁶³ Chao, N.J. *Public Inquiry Into Preferential Access to Health Services in Alberta*. Health Law Bulletin, 12.2.2013, dostupný z [www: http://www.fasken.com/en/public-inquiry-into-preferential-access-to-health-services-in-alberta/](http://www.fasken.com/en/public-inquiry-into-preferential-access-to-health-services-in-alberta/), cit. 14.4.2013.

3. Vliv rationingu na vztah mezi lékařem a pacientem

3.1. Vztah mezi lékařem a pacientem

Pokud definujeme rationing jako jakékoliv jednání, jenž vede k odepření zdravotní péče, která by jinak byla pacientovi prospěšná, a zároveň přiznáme nezastupitelné postavení implicitního rationingu, dostáváme se k otázce, jak může rationing ovlivnit vztah lékaře a pacienta? Nevzniká zde z logiky věci rozpor?

Vztah, a zejména pak důvěra, mezi lékařem a pacientem jsou pro poskytování zdravotní péče klíčové. Tento vztah ovšem prodělal v průběhu posledních několika desítek let značný vývoj. Z původního paternalistického pojetí se transformoval do podoby partnerského vztahu, v rámci kterého se dnes postavení pacienta blíží postavení spotřebitele.⁶⁴

Tento proces byl jedním z důsledků aktivit hnutí za občanská práva odehrávající se ve druhé polovině 20. století, jehož cílem byla především snaha o posílení autonomie pacienta. Tato snaha reagovala na skutečnost, že vztah pacienta a lékaře byl značně nerovný, a byla poháněna potřebou umožnit pacientům kontrolovat rozhodnutí týkající se zdravotní péče o jejich osobu.⁶⁵

Jelikož předním důvodem nerovnosti vztahu mezi lékařem a pacientem byl informační deficit pacienta coby laika,⁶⁶ s větším důrazem na pacientovu autonomii dochází i k jeho větší informovanosti. Tato informovanost se postupně vyvinula z pasivního přijímání informací do aktivní role, kdy pacient nejen klade otázky, ale i sám po stále dostupnějších informacích pátrá.

S těmito změnami ovšem dochází i k jistému posunu v oblasti důvěry pacienta vůči osobě lékaře, který bývá souhrnně označován jako „eroze důvěry“.⁶⁷ Pacient přestává vnímat lékaře jako neomylného,⁶⁸ nepřijímá již jen pasivně informace, které mu lékař sdělí, ale dále je zpracovává, vede s ním diskuzi o dalších možnostech léčby a zpochybňuje jeho názor i tím, že chce např. slyšet názor druhý.

Tento vývoj je nepochybně posunem správným směrem, neboť je předpokladem účasti pacienta na rozhodování o jeho zdravotním stavu, resp. dalším

⁶⁴ Viz výše zmíněný termín Goffina a Nyse: „informovaný spotřebitel zdravotních služeb“. Goffin, Nys, s. 160.

⁶⁵ Coleman, s. 1.

⁶⁶ Šustek, P., Holčápek, T. Informovaný souhlas. Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví. Praha : ASPI, 2007, s. 68.

⁶⁷ „Erosion of trust“. Syrett, s. 42.

⁶⁸ „Decline in deference“ neboli pokles úcty. Ibidem.

léčebném postupu. Nakonec, pacientu je přiznáno právo znát informace o svém zdravotním stavu a být seznámen s případnými možnostmi léčby. Jak by měl ale lékař postupovat v případě, že se jeho pacientovi na základě rationingu potřebné adekvátní péče nedostane? Pokud daný úkon není hrazen z veřejného zdravotního pojištění, měl by pacienta i přesto o jeho existenci informovat? Je možné, aby pacienta o dané léčbě neinformoval - ať již čistě z důvodů finanční náročnosti takové léčby, nebo z důvodu malé pravděpodobnosti, že by pacientovi pomohla? A pokud tak učiní, nedostává se jeho jednání do rozporu s principy autonomie, prospěšnosti či se zásadou neublížit? Na základě jakých skutečností by se mohl takto rozhodnout?

3.2. Možný postup – inspirace v poučení o rizicích

V době převládajícího paternalistického vztahu lékaře a pacienta bylo méně obtížné opominout pacientovi sdělit další možnosti léčby, protože o způsobu léčby ve velké míře rozhodoval lékař. V dnešní době by už takový postup s ohledem na výše zmíněné neobstál – právu pacienta být informován o alternativách dané léčby odpovídá lékařova povinnost informace poskytnout. Tato jasná rovnice se ovšem u otázek spojených s rationingem a možnostmi péče v systémech veřejného financování zdravotnictví přeci jen poněkud komplikuje.

Informování pacienta o možnostech léčby, která je pro pacienta nedostupná, může být pozitivem nejen pro pacienta, ale i lékaře. Jak píše Mechanic, pomocí informování pacientů se lékaři chrání před možnými soudními spory, pokud by vybraný (dostupný) druh péče nepřinesl kýžené výsledky. Navíc tím dle jeho názoru lékaři „rozptýlí svou vinu“, že pro pacienta neudělali vše.⁶⁹

Poskytnutím dané informace umožní zároveň lékař pacientovi se vůči takovému rozhodnutí bránit.⁷⁰ Dojde tím i k jistému smazání rozdílu mezi aktivními, asertivními pacienty, kteří se o svůj zdravotní stav aktivně zajímají, a spíše pasivními jedinci, kteří rozhodování o své léčbě nechávají plně v rukách lékaře s tím, že má jednat v jeho zájmu a prospěch.⁷¹

Příliš mnoho informací může být nicméně též kontraproduktivní. Přehnaná snaha o splnění informační povinnosti by mohla vést ad absurdum k tomu, že lékaři

⁶⁹ Mechanic, s. 1657.

⁷⁰ Ať již osobně či za pomoci odborné právní pomoci.

⁷¹ Ibidem.

ve snaze pomoci budou pacienta informovat o každém neprovedeném vyšetření bez ohledu na jeho faktickou relevanci. Takové jednání by logicky vedlo i k napětí a nedůvěře ve zdravotní systém ze strany pacientů a v nejzazších případech i k soudním sporům.⁷²

Mechanic považuje za adekvátní způsob, jak pacienta informovat, informování o „realistických možnostech a o službách, o kterých se [lékař] domnív[á], že by byly prospěšné, [pokud] jsou z finančních důvodů odepřeny.“ Toto pojetí je jistě správné, přesto problematické, protože opět naráží na známou otázku prospěšnosti. I zde totiž platí, že každý lékař může mít jinou představu o tom, co je pro pacienta prospěšné. Na základě jakých skutečností by tedy mělo být v dané situaci rozhodováno? V tomto směru se lze dle názoru autorky inspirovat pravidly poučení o rizicích, která se využívají u informovaného souhlasu.

Některé evropské země⁷³ u poučení o rizicích využívají jako pomůcku statistické údaje týkající se pravděpodobnosti výskytu daného rizika. Šustek a Holčapek ovšem faktor pravděpodobnosti nepovažují za dostatečný a doplňují jej faktorem „závažnosti nepříznivého následku pro celkový zdravotní stav pacienta. Čím závažnější bude nepříznivý následek v případě, že se riziko naplní, tím menší pravděpodobnost bude stačit ke vzniku povinnosti pacienta o něm poučit.“⁷⁴ V neposlední řadě v sobě poučení vždy musí reflektovat i subjektivní přání daného pacienta a budoucí kvalitu života vzhledem ke stávající profesi, životnímu stylu apod.

Pokud bychom tento obecný přístup aplikovali na případ informování pacienta o nedostupnosti existující léčby, mohl by být takový návod následující: Lékař musí v první řadě zvážit, jaký následek bude mít alternativní léčebný postup. V případě, že by odepření prospěšné péče či nepředepsání léku mělo za následek smrt pacienta či jinou velmi závažnou změnu zdravotního stavu, lékař by měl mít povinnost pacienta informovat o existenci alternativní léčby i přes její (finanční) nedostupnost v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

Tato povinnost bude ovšem odvislá i od dalších faktorů, jakými je mj. pravděpodobnost, že daný léčebný postup prodlouží či zkvalitní pacientův život. Dále také, v jaké míře k takové změně dojde. A v neposlední řadě musí lékař reflektovat i priority pacienta ve vztahu ke kvalitě jeho dalšího života a míru rozrušení, kterou

⁷² Je ovšem i možné, že řada pacientů bude reagovat zcela opačně a o takových skutečnostech jednoduše nebude chtít být informována.

⁷³ Např. Německo či Rakousko.

⁷⁴ Šustek, Holčapek, s. 77.

sdělením takové informace způsobí. I přes nastíněný postup je nicméně třeba mít stále na paměti, že odpověď na danou otázku je velmi obtížná, a proto budou mít při rozhodování značný vliv i subjektivní zkušenosti a znalosti konkrétního lékaře.

Zcela jinou je ovšem otázka, zda se v případě, kdy se lékař rozhodne o potenciálně prospěšné alternativní léčbě pacienta neinformovat, nedostává jeho jednání do rozporu s principy autonomie, prospěšnosti a zásady neublížit? V případě, kdy se bude lékař držet výše stanoveného postupu a zásah do pacientova práva na autonomii bude proporční situaci, domnívá se autorka, že nikoliv. Konečnou odpověď ovšem přinese až judikatura k danému tématu, která ovšem v současnosti chybí.

V případě poskytování informací dle výše zmíněných postupů je dle názoru autorky možné trendu eroze důvěry zabránit, nebo jej alespoň zpomalit. Pacienti tak nebudou lékaře (popř. zdravotnické zařízení) nutně vidět jako osobu, která jim léčbu odpírá – jejich zájem se z mikro úrovně přesune na úroveň vyšší, na které jsou pojišťovny, u kterých mohou žádat o individuální uhrazení dané léčby. Je nicméně možné, že se budou obracet i na nejvyšší rozhodovací úroveň a v jejím rámci např. na Ministerstvo zdravotnictví či Státní ústav pro kontrolu léčiv. Ačkoli toto jednání bude mít jistě za následek řadu právních sporů, vztah lékaře a pacienta pravděpodobně dále negativně nezasáhne.

Závěr

Lidský život a zdraví představují pro jedince zpravidla nevyčíslitelnou a nenahraditelnou hodnotu. Pro společnost resp. stát ovšem zdraví představuje zejména hodnotu ekonomickou, neboť se zdravotní stav populace odráží i na produktivitě hospodářství. Jelikož jsou výdaje vynaložené na zdravotní péči formou investice státu do dalšího společenského a hospodářského rozvoje, je značný důraz kladen na její ochranu a realizaci práva na zdravotní péči, včetně jeho etických aspektů.

Právo na zdravotní péči je ovšem limitováno nedostatkem zdrojů ve zdravotnictví. Otázkou, se kterou se musí vypořádat většina států světa, proto zůstává, jak mezi sebou vyvážit principy autonomie, prospěšnosti a distributivní spravedlnosti. Snaha o zabezpečení určité rovnováhy mezi základními etickými aspekty souvisejícími s péčí o zdraví, možnostmi medicíny působit na lidské zdraví a

schopnostmi zemí uspokojivě pokrýt nároky na základní všeobecně dostupnou zdravotní péči proto patří mezi základní cíle zdravotních politik států.

Cílem této práce bylo popsat a zhodnotit problematiku rationingu coby nevyhnutelného důsledku limitace zdrojů plynoucích do zdravotnictví. Autorka se nejprve zaměřila na analýzu definic a s nimi souvisejících druhů rationingu. Ačkoli uznává významnou roli explicitního rationingu na nejvyšších úrovních rozhodovacího procesu, domnívá se, že role implicitního rationingu bývá poslední dobou upozadřována v souvislosti se snahou o distributivní spravedlnost a preferencí předem stanovených způsobů čerpání zdrojů, kterými se má předejít případnému obcházení těchto pravidel. Ačkoli bývá implicitní rationing označován za svévolný a neinformovaný, nepovažuje autorka současný trend za šťastný, jelikož explicitní rationing nemůže nikdy zcela reflektovat jednotlivá specifika konkrétních případů, což může vést k odepření léčby i pacientům, kteří by v případě většího zapojení implicitního rationingu vyloučení nebyli.

V souvislosti s nezastupitelnou rolí implicitního rationingu se autorka zaměřila na jeho vliv na vztah mezi lékařem a pacientem, zejména pak na problematiku povinnosti lékaře informovat pacienta o existenci nedostupné zdravotní péče. Informování pacienta považuje za důležitý aspekt utužování vztahu lékaře a pacienta, zejména vzhledem k probíhajícímu procesu „eroze důvěry“. Domnívá se, že ačkoli poskytnutí těchto informací může být pro obě strany prospěšné (lékař splní svoji povinnost – pacient má možnost se proti odmítavému rozhodnutí bránit), v některých případech může být ovšem kontraproduktivní. Snaží se proto navrhnout adekvátní způsob informační povinnosti, přičemž se inspirovuje pravidly poučení o rizicích, jež jsou součástí informovaného souhlasu:

Lékař musí v první řadě zvážit následky, které bude mít u pacienta alternativní postup. Dále ovšem musí reflektovat i pravděpodobnost a míru, v jaké daný léčebný postup může prodloužit či zkvalitnit pacientův život. A v neposlední řadě musí brát v potaz i priority pacienta ve vztahu ke kvalitě jeho dalšího života a míru rozrušení, kterou informování o nedostupné léčbě může způsobit. Autorka se domnívá, že v případě, kdy bude lékař postupovat dle stanovených zásad, nebude jednat v rozporu s principy autonomie, prospěšnosti a zásady neublížit. Navíc tento postup poskytování informací může trendu eroze důvěry zabránit, nebo jej alespoň zpomalit, jelikož se pozornost pacienta a jeho nároky obrátí na vyšší místa v rozhodovací hierarchii.

Literatura a zdroje:

I. Primární prameny

Všeobecná deklarace lidských práv, Paříž, 10.12. 1948, dostupná z www: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>, cit. 14. 4. 2013.

Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, New York, 19.12.1966, dostupný z www: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/mezinarodni-pakt-o-hospodarskych-socialnich-a-kulturnich-pravech.pdf>, cit. 14.4.2013.

UN ECOSOC, The Right to the Highest Attainable Standard of Health (General Comment No 14 on Health), 8.11.2000, dostupný z www: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En), cit. 14.4.2013.

Vyhláška č. 189/1948 ministerstva zahraničních věcí o zřízení a Ústavě Světové zdravotnické organizace, 21. 5. 1948, dostupná z www: <http://www.esipa.cz/sbirka/sbsrv.dll/sb?CP=1948s189&DR=SB>, cit. 14.4.2013.

II. Sekundární prameny

Monografie a sborníky

Barták, M. *Ekonomika zdraví: Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha : Wolters Kluwer, 2010.

Beauchamp, T.L., Childress, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*. Sixth Edition. Oxford : Oxford University Press, 2008.

Blank, R.H., Burau, V. *Comparative Health Policy*. Third Edition. Hampshire : Palgrave Macmillan, 2010.

Buijsen, M. The Special Moral Status of Health Care. On Market Forces, Equal Treatment, and Having a Say. In: Den Exter, A., Buijsen, M. (eds.) *Rationing Health Care: Hard Choices and Unavoidable Trade-offs*. Antwerpen : Maklu, 2012.

Drbal, C. *Budoucnost zdraví a zdravotnictví*. Studie 4/2008. Praha : Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2008.

Exter, A. The Right to Health Care in International Law. In: Exter, A., Sándor, J. *Frontiers of European Health Law. Yearbook 2002*. Rotterdam : Erasmus University Press, 2003.

Fleck, L. Just Health Care Rationing – A Democratic Decision-Making Approach. *University of Pennsylvania Law Review*, 1992, 140, s. 1597-1605.

Herring, J. *Medical Law and Ethics*. Second Edition. Oxford : Oxford University Press, 2008.

Klein, R., Day, P., Redmayne, S. *Managing Scarcity*. Buckingham : Open University Press, 1996.

Maaytová, A. *Zdravotní systémy: Možnosti a perspektivy z pohledu zvyšování efektivnosti* (doktorská práce). Praha : VŠE, 2006.

Povolná, M. Protection of Medical Data in the Scope of Article 8 ECHR: An Analysis of the European Data Protection Safeguards. In: Benedek, W., Nowak, M. et al. (eds.) *European Yearbook on Human Rights 2012*. Graz : Neuer Wissenschaftlicher Verlag, 2012, s. 293-302.

Sheldon, T.A., Maynard, A. Is Rationing Inevitable? In: *Rationing in Action*. London : BMJ Publishing Group, 1993, s. 3-14.

Suchánek, R. K ústavnímu právu na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči. In: Klíma, K., Jirásek, J. (eds.) *Pocťa Jánu Grónskému*. Plzeň : Aleš Čeněk, 2008, s. 249-271.

Syrett, K. *Law, Legitimacy and the Rationing of Health Care: A Contextual and Comparative Perspective*. Cambridge : Cambridge University Press, 2007.

Šustek, P., Holčápek, T. Informovaný souhlas. Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví. Praha : ASPI, 2007.

Williams, I., Robison, S., Dickinson, H. *Rationing in Health Care: The Theory and Practice of Priority Setting*. Bristol : The Policy Press, 2012.

Odborné články

Alvarez, B., Rodríguez-Míguez, E. Patients' Self-Interested Preferences: Empirical Evidence from a Priority Setting Experiment. *Social science & medicine*, 2011, 72(8), s. 1317–24.

Arrow, K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 1963, 53(5), s. 941–73.

Berwick, D. M., Nolan, T. W., Whittington, J. The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health affairs*, 2008, 27(3), s. 759–69.

Brown, P., Calnan, M. Political Accountability of Explicit Rationing: Legitimacy Problems Faced by NICE. *Journal of health services research & policy*, 2010, 15(2), s. 65–6.

Calabresi, G., Bobbitt, P. Tragic Choices. *California Law Review*, 1978, 67 (6), s. 1379-1393.

- Coleman, C. H., Bouësseau, M.-C., Reis, A. The Contribution of Ethics to Public Health. *Public Health Reviews*, 2008, 34(1), s. 1–4.
- Evans, R. Healthcare Technology and the Inevitability of Resource Allocation and Rationing Decisions. *Journal of the American Medical Association*, 1983, 249 (16), s. 2208-2219.
- Johnston, M., Sniehotta, F. Financial Incentives to Change Patient Behaviour. *Journal of health services research & policy*, 2010, 15(3), s. 131–2.
- Kass, N. E. Public Health Ethics: From Foundations and Frameworks to Justice and Global Public Health. *The Journal of law, medicine & ethics*, 2004, 32(2), s. 232–42.
- Klein, R. Rationing in the Fiscal Ice Age. *Health economics, policy, and law*, 2010, 5(4), s. 389–96.
- Maynard, A. Rationing Health Care: An Exploration. *Health Policy*, 1999, 49 (5), s. 5-11.
- Mechanic, D. Dilemmas in Rationing Health Care Services: The Case for Implicit Rationing, *British Medical Journal*, 1995, 310, s. 1655–1659.
- Moreira, T. Health Care Rationing in an Age of Uncertainty: A Conceptual Model. *Social science & medicine*, 2011, 72(8), s. 1333–41.
- Russell, J. Public and patient involvement in individual healthcare rationing. *British Medical Journal*, 2011, 342, s. 1399–1401.
- Ubel, P., Goold, S. “Rationing” Health Care: Not All Definitions Are Created Equal. *Archives of internal medicine*, 1998, 158, s. 209-214.

Další internetové zdroje

- Chao, N.J. *Public Inquiry Into Preferential Access to Health Services in Alberta*. Health Law Bulletin, 12.2.2013, dostupný z www: <http://www.fasken.com/en/public-inquiry-into-preferential-access-to-health-services-in-alberta/>, cit. 14.4.2013.
- Holčík, J. *Zdraví jako osobní a společenská hodnota*. Dostupný z www: http://prakt.upol.cz/zdravi_holcik.php, cit. 14.4.2013.
- Háva, P., Goulli, R. (eds.) *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, dostupný z www: www.ipvz.cz/download.aspx?item=1090&, cit. 14.4.2013.
- Nys, H., Goffin, T. Mapping National Practices and Strategies Relating to Patients' Rights. In: Wismar, M., Palm, W., et al. (eds.) *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and Analysing Practices and Policies*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2011, dostupné z www:

<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/cross-border-health-care-in-the-european-union.-mapping-and-analysing-practices-and-policies>, cit. 14.4.2013.

Peikoff, L. *Healthcare is Not a Right*. Ayn Rand Center for Individual Rights, 2007, dostupný z www: <http://www.aynrand.org/site/News2?id=13873>, 14.4.2013

Singer, P. *Why We Must Ration Health Care*. July 15 2009, http://www.nytimes.com/2009/07/19/magazine/19healthcare-t.html?pagewanted=all&_r=2&, cit 14.4.2013.

Stav ratifikace ICESCR dostupný z www: http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-3&chapter=4&lang=en , cit. 14.4.2013.