



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství

Martin Hruška

Individuální odpovědnost za zdraví
Individual Responsibility for Health

Diplomová práce

Praha, červen 2009

Autor práce: Martin Hruška

Studijní program: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: **PhDr. Eva Křížová, PhD.**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství 3. LFUK**

Datum a rok obhajoby: 24.6.2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 10.června 2009

Martin Hruška

Poděkování

Na tomto místě bych rád poděkoval PhDr. Evě Křížové, PhD. za náměty a věcné připomínky k obsahu práce a za motivační podporu uskutečnit výzkum, týkající se nelehkých a ve zdravotnictví opomíjených témat. Dále bych rád vyjádřil poděkování Ing. Lukáši Novotnému za pomoc s grafickou úpravou textu a především také Mgr. Ondřeji Lánskému za významnou pomoc při statistickém vyhodnocování nasbíraných dat.

OBSAH

1 ÚVOD	5
2 ODPOVĚDNOST Z POHLEDU FILOSOFIE	7
2.1 MORÁLNÍ ODPOVĚDNOST	8
2.2 KOLEKTIVNÍ ODPOVĚDNOST	12
2.3 MORÁLNÍ NÁHODA	14
3 INDIVIDUÁLNÍ ODPOVĚDNOST ZA ZDRAVÍ	17
3.1 DEFINOVÁNÍ PROBLÉMU	18
3.1.1 Podle jakých kritérií omezovat?	21
3.1.2 Jakým způsobem omezit?	22
3.2 PRÁVO NA ZDRAVÍ	23
3.2.1 Rovnost v příležitosti	24
3.2.2 Základní potřeba zdravotní péče	24
3.2.3 Kolektivní sociální ochrana	25
3.2.4 Rawlsův závoj nevědomosti	26
3.3 OMEZENÉ ZDROJE VE ZDRAVOTNICTVÍ.	28
3.3.1 Množství financí plynoucích do zdravotního systému	30
3.3.2 Systémově napravitelné plýtvání financemi ve zdravotnictví	36
3.3.3 Reálná potřeba zdravotní péče na straně spotřebitele	39
3.4 LALONDE REPORT	43
3.5 VICTIM BLAMING	46
3.5.1 Studie popisující victim-blaming v praxi	47
3.6 SOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ	54
3.6.1 Studie Whitehall	55
3.7 EKONOMICKÉ ZATÍŽENÍ SPOLEČNOSTI: ZODPOVĚDNÝ / NEZODPOVĚDNÝ PACIENT	62
4 PRAKTICKÁ ČÁST	65
4.1 CÍL	65
4.2 METODA A VZOREK	65
4.3 HYPOTÉZY	66
4.4 VÝSLEDKY A INTERPRETACE	67
4.4.1 Třídění prvního stupně	67
4.4.2 Třídění druhého stupně	70
4.4.3 Interpretace	71
5 ZÁVĚR	72
6 SOUHRN	74
7 SUMMARY	75
8 SEZNAM GRAFŮ	76
9 DOTAZNÍK	77
10 LITERATURA	81

1 ÚVOD

Od sedmdesátých let minulého století se ve vyspělém světě začíná objevovat nový přístup k poskytování zdravotní péče, který se snaží reflektovat statistická data vypovídající o příčinách nemocnosti a předčasných úmrtí spolu s novými vědeckými zjištěními o vztazích mezi různými vlivy a jejich důsledky pro zdravotní stav jedince. Na základě nových poznatků formuluje v roce 1974 tehdejší kanadský ministr zdravotnictví Marc LaLonde v mnoha zemích široce přijímaný dokument, který do té doby neurčitý koncept zdravotnictví zaměřený jednostraně na investice do medicínské péče mění na efektivnější mezioborový přístup zaměřující se na příčiny nejčastějších předčasných úmrtí a ty se snaží řešit. Jako nejvýznamější faktor ovlivňující zdraví člověka se ukazuje životní styl mající podle dnešních analýz 50ti až 60ti % podíl na předčasné morbiditě a mortalitě. Na dokument z roku 1974 navazují další, odhalující významný podíl životního stylu obyvatel na ekonomické zatížení celé společnosti a tím dávají vzniknout období, jež se vyznačuje bojem proti svobodně zvoleným rizikovým způsobům chování. Tento boj trvá dodnes. Díky názoru, že rizikové způsoby chování jsou výhradně v moci svobodné vůle jedince, je prováděn apelem na změnu chování a snahou různými mechanismy posilovat individuální odpovědnost člověka za své zdraví. Tento přístup má však řadu negativních důsledků. V určitých formách je velmi nespravedlivý, a jeho výsledky, míníme-li jimi zlepšení zdraví populace vedoucí ke zvýšené produktivitě a bohatství celku, jsou nepřesvědčivé.

Cílem teoretické části této práce je snaha o vysvětlení, že individuální odpovědnost člověka za své zdraví nemůže sehrávat ve zdravotním systému tak významnou roli, aby na základě ní docházelo k nějakému omezování zdravotní péče tzv. *nezodpovědných* jedinců. Omezováním zdravotní péče se myslí jakákoliv pravidla, která vedou k tomu, že by jisté skupiny lidí byly v přístupu ke zdravotní péči znevýhodňovány v porovnání s jinými. Jedná se například o odepření zdravotní péče do doby splnění určitých vstupních podmínek (nekuřáctví, přijatelná hodnota BMI aj.), nebo zatěžující osobní finanční participace při spotřebovávání lékařských služeb a léků, případně uvalení

veškerých nákladů spojených s léčbou na rizikového *nezodpovědného* pacienta. Tyto formy finanční účasti na léčbě či zdravotních poučeních mohou být za určitých podmínek vhodným motivačním posílením pacientova přístupu ke zdravotní péči, avšak tato regulační či motivační pravidla nemohou být míněna za účelem donucování pacienta změnit svůj způsob života, pokud se neprokáží jako efektivní a nevyčerpáme-li nejdříve všechny ostatní *možnosti*, jak daný nežádoucí jev oslabit, které by nijak jednoho pacienta v přístupu ke zdravotní péči oproti druhému neomezovaly.

V první části se zabývám odpovědností z pohledu filosofie. Jejím účelem je ukázat, jak komplikovaná může ve skutečnosti být otázka odpovědnosti a že označit někoho za nezodpovědného a následně ho za takovou *nezodpovědnost* trestat, opravdu není jenom tak. Je spíše určitou rešerší poukazující na komplikovanost a nesourodost celého konceptu odpovědnosti ve filosofických pojednáních, jejíž základní přehled považuji za důležitý pro následující debatu o odpovědnosti za zdraví.

Ve druhé části věnované vlastní odpovědnosti za zdraví potom vysvětluji, proč by lidské právo na zdravotní péči mělo být právem, které není možné nijak přímo či nepřímo omezovat, proč nátlak na jedince žít zdravým způsobem je mnohdy nátlak kontraproduktivní a v některých případech nespravedlivý a především potom, že zdraví poškozující životní styl nemůže být východiskem pro omezování zdravotní péče *nezodpovědným* lidem.

V praktické části, kterou je vlastní výzkum v podobě sondy, se průzkumem mezi lékaři a lékařkami snažím zjistit jaké mají názory na různé eticko-ekonomické otázky a dále poukázat na nesourodost postojů lékařské veřejnosti, která je často společností vnímána jako *nositel* pravdy o této problematice. Postoje uvedené v teoretické části, byť jsou podloženy pádnou argumentací a pracemi seriózních autorů, jsou pouze interpretací autora a jejich cílem není v žádném případě s konečnou platností vysvětlit nějakou problematiku, ale spolu s nesourodostí názorů v lékařské veřejnosti by měly poukázat na nezbytnost veřejné i odborné diskuze, jejíž rozsah je v současné době (podle mínění autora) velmi nedostačující.

2 ODPOVĚDNOST Z POHLEDU FILOSOFIE

Pojem odpovědnost lze vykládat různými způsoby, avšak v naší každodenní praxi se odpovědností myslí soubor různých povinností, které jedinci přikládá jeho okolí nebo on sám, a jako zodpovědný či nezodpovědný je považován podle toho, jak tyto své povinnosti plní. Někdy tak činíme neformálně, prostřednictvím našeho osobního morálního soudu, jindy naopak formálně prostřednictvím právního soudu¹.

Existuje široké spektrum různých druhů odpovědnosti v závislosti na tom, ze kterého úhlu pohledu se na věc nahlíží či jaký směr se tím sleduje. Setkat se můžeme s odpovědností morální, individuální, kolektivní, právní, objektivní, retrospektivní, prospektivní, příčinnou, sdílenou, pracovní, metafyzickou, společenskou a celou řadou dalších. Některé z nich fungují spíše jako synonyma těch již existujících a další vznikly kvůli přesnějšimu vymezení konkrétních problémů, jimiž se chtějí zabývat. Občas se v pojednáních setkáme s tvrzením, že neexistuje filosoficky pevně zakotvený způsob dělení nebo analýzy různých komponent odpovědnosti¹. O nejasnosti odpovědnosti jako fenoménu vypovídají slova profesorky filosofie Susan Wolf: „[...] koncept odpovědnosti je konceptem velmi záhadným, který se nám postupně, při jeho zkoumání, jeví stále více nejasný, přičemž nás až děsí svou možnou nekonzistentností, bezvýhodností a všeobecnou neaplikovatelností“².

Celý problém pojetí odpovědnosti se v zásadě přímo či nepřímo dotýká jedné odvěké filosofické otázky a sice sporu mezi svobodnou vůlí a determinismem. Jestliže jsou naše rozhodnutí poháněna psychologickým stavem či okolnostmi, které plně nebo do určité míry nekontrolujeme anebo si je ani neuvědomujeme, vybíráme si opravdu to, co děláme, nebo je celé lidské svobodné jednání pouhý mýtus? Na druhou stranu samotné přemítání o tomto problému, a ani jeho případné východisko, se sotva kdy dotýká oné vlastní odpovědnosti v našem každodenním životě a mezilidských vztazích a nikdy nepomohlo vyřešit a rozhodnout, za co je, a zda vůbec je, někdo v nějaké konkrétní situaci odpovědný³.

2.1 MORÁLNÍ ODPOVĚDNOST

Záměr této kapitoly není popis vývoje úvah o morální odpovědnosti, ani nějaké hlubší a detailní rozebírání filosofických problémů vlastní pro filosofii jako obor, smyslem této kapitoly je spíše hrubý náčrt toho, kam až se úvahy na toto téma v soudobé filosofii a jiných oborech ubírají a rámcově si osvojit myšlení, které je pro cíl této práce *zásadní*.

Filosofické úvahy o morální odpovědnosti mají dlouhou historii. Jedním z důvodů, proč se toto téma neustále těšilo a stále těší zájmu, je naše pojetí sebe sama jako něčeho vyjimečného, významně odlišného od ostatních známých žijících biologických druhů. Za naší kvalitativní odlišnost mnozí považují náš domnělý status morálně odpovědných činitelů, které charakterizuje určitá kontrola nad rozhodováním oproti ostatním z živočišné říše. Pojetí naší výjimečnosti lze shrnout do tří bodů¹:

- lidské bytosti mají svobodnou vůli, která je schopností či určitým metafyzickým stavem, který nás odlišuje od všeho ostatního ve vesmíru,
- lidské bytosti se umí rozhodovat a jednat na rozumovém základě,
- lidským bytostem se přisuzuje schopnost určitého morálního či proto-morálního cítění.

Toto je jeden z náhledů na povahu člověka, ze kterého mnozí filosofové vycházejí. Ocítá se ovšem v ohrožení ve chvíli, kdy bychom připustili jako pravdivá i jiná tvrzení o vesmíru. Konkrétně tvrzení, že každý jev či stav ve vesmíru lze teoreticky popsat pomocí jiných jevů, které mu předcházejí, a tudíž není věci ani bytosti která by byla autonomní, nezávislá, nějakým způsobem vyjmutá z nekonečné sítě příčinnosti vztahů. Jaké vlastnosti musí mít někdo, nebo něco, koho lze považovat za zodpovědného? Za co je potom přesně zodpovědný? Jakého trestu, jestli vůbec nějakého, je potom hoden v situaci, kdy nedostojí také odpovědnosti? Tyto a jiné otázky vedly po celou historii myslitele k pohroužení se do této věčné filosofické otázky.

Zcela jistě je toto téma v určité formě přítomno již daleko déle, než můžeme zachovalým písemnictvím doložit, nicméně v naší západní filosofické tradici se poprvé objevuje koncept morální odpovědnosti, i když pouze implicitně,

v dílech řeckého básníka Homéra (kolem 8. stol. před n. l.). V jeho textech se lidé i nadlidé stávají terčem chvály nebo obvinění v závislosti na tom, jak se kdo zachoval. Spolu s tím se ale také objevuje myšlenka ospravedlnění v případech, kdy bylo jedincovo rozhodování nějak ovlivněno.

Dalším uznávaným a všeobecně známým filosofem, o němž víme, že již explicitně vytváří teorii morální odpovědnosti, byl Aristoteles (384 až 322 před n. l.). Jeho obecné pojetí morální odpovědnosti říká, že člověk je hoden chvály či obvinění pouze v případě, kdy jeho čin nebo jeho osobnostní rys či jeho povaha je dobrovolná. Podle Aristotela má dobrovolné jednání dva základní znaky. Prvním je, že musí záležet na aktérovi jestli bude provádět určitý čin nebo přijme-li určitý povahový rys a druhým je, že aktér si musí být vědom, co svým jednáním vlastně způsobuje.

Během středověku se tématem pro úplnost zabývá několik myslitelů související s takovým směrem jako například teologický determinismus generující otázky typu: „Znamená Božská svrchovanost, že je Bůh odpovědný za zlo?“ nebo „Znamená Božská vševidoucnost, že nejsme svobodní a morálně odpovědní, neboť je to právě to, co Bůh ví, co my uděláme?“

Posléze s příchodem moderní doby, sofistikovanějšími metodami poznávání okolního světa a Newtona a jeho fyziky vzkvétal zájem o vědecký determinismus. Ten zkráceně říká, že jakýkoliv stav čehokoliv ve vesmíru je vysvětlitelný na základě fyzikálních zákonů a tím je i teoreticky předvídatelný. Přeneseně na naši otázku to znamená, že žádný čin není sám o sobě autonomní a vycházející ze sebe sama, ale že je následkem různých okolností, které k němu vedly. V této době se nadto formují dvě větve myslitelů, ti první, tzv. inkompatibilisté, jsou přesvědčeni, že morální odpovědnost a kauzální determinismus, pakliže je přijat, jsou naprosto neslučitelné. Naopak ti druhí, tzv. kompatibilisté, nevidí mezi determinismem a konceptem morální odpovědnosti neslučitelný spor a jsou pro ně dvěma různými fenomény, které mohou existovat souběžně, ba dokonce se mohou i doplňovat. Mezi inkompatibilisty řadíme filosofy jako Epikuros (341 až 270 před n. l.), Emmanuel Kant (1724 až 1804), Paul d'Holbach, Daniel Wegner, Peter Van Inwagen nebo Robert H. Kane a mezi

kompatibilisty například Thomas Hobbes (1588 až 1679), David Hume (1711 až 1776), John Stuart Mill (1806 až 1873), Carl Ginet, Harry Frankfurt^{4 5}.

Vedle inkompatibilismu a jeho protějšku se diskuse odvíjí také od dvou souvisejících úvah. Ta první je tzv. *pohled založený na zásluze* (merit-based view), podle nějž si provinilec trest zaslouží jako takový, protože to má smysl samo o sobě, zatímco v té druhé úvaze, nazývané *konsekvenciální pohled*, má trest za provinění opodstatnění pouze a jedině v případě, kdy by vedl ke změně jednajícího, resp. jeho jednání, v žádoucím směru. Na zásluze založený pohled je sdílen vesměs inkompatibilisty, zatímco konsekvenciální pohled kompatibilisty.

Nový pohled na celou problematiku vnáší až P. F. Strawson ve svém díle *Freedom and Resentment*⁶. Jeho definování morální odpovědnosti na základě tzv. reaktivních postojů přináší značné zjasnění podle něj přeintelektualizovaného konceptu kompatibilistů a inkompatibilistů. Tvrdí, že oba pohledy jsou chybné. Podle něj je morální odpovědnost jedince odvislá od našich reakcí na činy druhých prostřednictvím vyjádření jistých pocitů. Jsou to například zlost, rozhořčení, ublíženost, rozčilení, vděčnost, láska, odpuštění atd. Tyto reakce v podstatě říkají, na kolik si vážíme, nebo jak nám záleží na tom, co dotyčný udělal, jak hodnotíme jeho postoj k nám, jeho činnost směrem k nám ve smyslu dobré vůle, špatné vůle či nezájmu. Nazývá to reaktivními postoji zúčastněného, neboť se jedná o reakční postoj člověka zúčastněného v konkrétním interpersonálním vztahu, vůči činu někoho jiného. Je v procesu přímo osobně zainteresován a jako takový je schopen plně vyhodnotit morálně posuzovanou situaci tím skutečným, reálným a praktickým metrem, kterým je jeho přirozená reakce na vůli jiné osoby na něj směřovanou. Samozřejmě, že se může mýlit se svým prvním soudem, neboť nemusí mít dostatek informací o povaze záměru, jenž se ocitá v jeho reakčním soudu, nicméně objasněním se jeho reakce na situaci může změnit na reakci jinou, každopádně za nových podmínek opět správnou. Strawsonova kritika konsekvencialismu a na zásluze založeného pohledu tkví v předpokladu výše zmíněných směrů, ve kterých se tvrdí, že racionalita považování někoho za něco odpovědným spočívá ve splnění určitého souboru objektivních požadavků určujících přisuzování odpovědnosti a tento soubor požadavků je sám o sobě ospravedlnitelný, objektivní. Takový postoj nepřijímá z důvodu, že nikdo jiný než

osoba přímo zainteresovaná ve sporu, nemůže, respektive není schopná, nijak platný a správný morální soud zkonstruovat. Strawson také tvrdí, že je nesmyslné ptát se, zda naše přisuzování odpovědnosti dává nějaký smysl ve chvíli, kdy připustíme determinismus, protože se jednak nedokážeme nijak z našich reakčních postojů a představ přijmutím determinismu vymanit a i kdyby to možné bylo, není jisté, zdaby právě toto bylo rozumné vzhledem k případným změnám ve kvalitě života.

Kritici Strawsona většinou souhlasí s tím, že koncept reaktivních postojů byl a je velkým přínosem pro pochopení spravedlivého určování odpovědnosti, nicméně mnozí kritizovali a snažili se vyvrátit následující dvě tvrzení. Jelikož jsou reaktivní postoje ryze interní, nelze je posuzovat externě z nějaké pozice, ležící mimo interpersonální vztah. Druhé tvrzení potom tvrdí, že reaktivní postoje jsou přirozené odpovědi naší psychologické konstituce a tudíž nemohou být eliminovány teoretickými úvahami. Proti těmto tvrzením se ve svých dílech ohrazují autoři jako například John Martin Fischer, Mark Ravizza nebo Thomas Nagel s tím, že nejenom že je možné zaujmout externí stanovisko, ale dokonce, že není možné se přesmyku mezi interní a externí kritikou ubránit a tím, že vlastně může dojít i ke změně reakčních postojů. Nepravost dalšího tvrzení vysvětluje kupříkladu tím, že v závislosti na minulosti osoby, která mohla být plná deprivací či zneužívání, může tato vykazovat deterministické pojetí světa a tím zmírnit reakční postoj, což v zásadě dokazuje, že úvahy o pravdivosti determinismu, mohou do jisté míry pozměnit reakční postoje.

Během posledních dvaceti let se tímto tématem stále zabývají řady filosofů a tento zájem nejenom že neubývá, ale stanoviska se neustále více diversifikují. Zatímco někteří pořád věří v nějaký jednotný koncept, ostatní spatřují v množství pojetí spíše neslučitelnou tenzi. Mezi další nezmíněné současné autory patří ještě R. J. Wallace, Jonathan Bennett, Galen Strawson, Gary Watson, Kevin Magill, Paul Russel, David Zimmermann, Manuel Vargas, kteří diskutují na téma odpovědnosti v díle *Free Will And Reactive Attitudes*⁷.

2.2 KOLEKTIVNÍ ODPOVĚDNOST

Kolektivní odpovědnost je pojem, který se v nedávné době těšil poměrně velkému zájmu filosofů a zdaleka ne všichni s ním a jeho výkladem plně souhlasí. Je součástí širšího filosofického pojmu *skupinová morálka*. Jedná se v podstatě o prisuzování viny nebo zásluhy za následky různého počínání nějakému kolektivu, podobně jako v logice osobní odpovědnosti. Přijetí náhledu, že za následky určitého dění ve společnosti je odpovědný nějaký kolektiv, instituce či jiná nějak definovaná skupina lidí, je nahlížena řadou osobností ze světa filosofie velmi kontroverzně a to z následujících důvodů.

Problémem je například, jak sloučit kolektivní odpovědnost a hodnoty osobní svobody a spravedlnosti. Je možné za nějaké škody vinit celou skupinu, když pouze někteří z nich je přímo způsobili, aniž bychom se dopustili újmy na osobních svobodách? Další výtky směřuje spíše na vnitřně logickou souvislost a metafyzický základ kolektivní odpovědnosti. Jak můžeme chápat pojem kolektivní odpovědnost ve smyslu morálním a ne pouze příčinném? Je vůbec možné, aby měla skupina nějaký záměr, aby byla hodna viny jako jedinec ve smyslu morální odpovědnosti? Mezi další problematické složky patří u kolektivu a jeho jednání distribuce viny či zásluh na individuální úrovni. Jak ve skupině distribuovat odpovědnost na její jednotlivé aktéry a dává to vůbec smysl, tak činit? Jestli ano tak podle jakých měřítek? Jedním z kritiků byl například Max Weber, který zastával názor, že nemůžeme izolovat jednání skupiny, které sestává z jednání jejich jednotlivců a na rozdíl od jedince nemůže skupina formovat záměr, který čin předchází. Jiní formují postoj, který se dá popsat přímo morálním pobouřením z toho, že kolektivní odpovědnost v podstatě umožňuje trestat neviné za morální chyby druhých. Někteří mluví o kolektivní odpovědnosti přímo jako o barbarství⁸.

Řada současných autorů se shoduje v názoru, že zdaleka ne všechny skupiny jsou hodny v plné míře prisuzování odpovědnosti a jako měřítko vytvářejí určitá kritéria, podle kterých je možné tu či onu skupinu lidí činit za činy jimi způsobené odpovědnou. Je nezbytné, aby tato skupina skutečně vytvářela záměry

a následně jednala kolektivně. Jak tedy musí vypadat skupina, která je hodna odpovědnosti?

Podle Petera Frenche musí splnit tři kritéria. První je, že tato skupina musí obsahovat takové organizační mechanismy, na základě nichž může vytvářet společné akce na racionálním podkladě. Druhým je nezbytnost nějakého společného způsobu chování, který by byl vynucen u každého člena skupiny, něco, co by nám umožnilo vidět nějaké skupinové chování či doslova skupinovou disciplínu. Třetím kritériem je přítomnost definované role jedince v kolektivu, která mu dává jistou moc rozhodování⁹.

Z jiného pohledu se taková skupina vždy skládá z jedinců, kteří, byť má každý jinou míru možnosti spolurozhodovat, sdílejí určitý společný plán a sdílejí silný zájem o zájmy ostatních ze skupiny a vykazují solidaritu s ostatními nejenom ve věcech týkajících se skupinového programu, a to obecně daleko větší než s lidmi mimo skupinu. Virginia Held dokonce zastává názor, že za jistých okolností jsou kolektivně odpovědné i tak z pohledu jiných rozporuplné kolektivy jako je dav anebo tzv. náhodné seskupení lidí. Tito náhodně seskupení jsou odpovědní za to, že například jen nečině přihlíží na páchané násilí a nic nedělají, přičemž by se mohli sjednotit a na pozadí určitého účelu vytvořit skupinu, která bude jednat¹⁰.

Podle rozporuplných diskuzí na téma kolektivní odpovědnost, se jedná o zdaleka neuzavřený problém, o problém, kde zatím není žádný jasný konsensus o tom, jestli kolektivní odpovědnost ano, či naopak vůbec ne, a když ano, tak jaký musí být charakter oné skupiny a podle jakých pravidel posléze určovat míru i druh odpovědnosti, jak ji následně distribuovat a jaký vyvodit z celkové povahy stanovené odpovědnosti trest či odměnu. Kolektivní odpovědností se zabývají následující autoři: Karl Jaspers (The question of German Guilt), David E. Cooper, Joel Feinberg, Stanley Bates, Stacey Hoffman, Larry May¹¹.

2.3 MORÁLNÍ NÁHODA

Dalším významným problémem, přímo souvisejícím s morální odpovědností, je tzv. *morální náhoda* (z angl. „moral luck“, ve smyslu náhodné přízně či nepřízně osudu, určující morálnost jedince). Morální štěstí se objevuje ve chvíli, kdy je osoba souzená určitým způsobem za činy, jejichž důsledek byl ovlivněn mimo jiné i něčím, co nebylo u dotyčného pod jeho kontrolou. Tento postoj se u každého přirozeně objevuje a je každodenní praxí každého z nás. Je to z toho důvodu, že nám připadá morálně vhodné hodnotit činy ostatních i těch vlastních pouze tehdy, když byly pod jejich vlastní, respektive naší kontrolou. Thomas Nagel ve svém výkladu morálního štěstí odkazuje v úvodu na Kantův pohled na morálku, jež je imunní vůči náhodě, ve kterém dobrá vůle není dobrá díky svému důsledku nebo schopnosti dosáhnout nějakého chtěného cíle, ale pouze kvůli svému záměru, který je dobrý nebo špatný sám od sebe. Užitečnost nebo naopak neplodnost tohoto záměru mu nemůže na své podstatě ani ubrat ani přidat. Nagel formuje čtyři typy morálního štěstí neboli náhody vycházející při tom z tzv. principu kontroly. Ten říká, že je možné morálně posuzovat jedince pouze do té míry, ve které to, za co je souzen, je pod jeho kontrolu, neboli, že dvě osoby musí být morálně souzené shodně, jestliže jediný rozdíl mezi nimi a jejich činy je důsledkem něčeho mimo dosah jejich kontroly¹².

Prvním druhem náhody, který uvádí, je náhoda výsledku (*resultant luck*). To je taková náhoda, následkem které stejný záměr dvou osob dopadne jinak. Například dva vrazi chtějí zastřelit oběť pistolí s tím, že jednomu se to podaří a druhému se pistole zasekne. Tento druhý čin je hodnocen morálně odlišně a to i z justičního hlediska. Dotyčný, kterému se nepodařilo oběť jen náhodou zabít, je hodnocen z důvodu odlišného výsledku morálně méně závažně i pro stejný původní záměr.

Druhým typem je náhoda okolností (*circumstantial luck*). V závislosti na tom, v jakém prostředí a podmínkách se osoba nachází, může být ovlivněna kvalita jejího morálního počínání. Nagel uvádí jako příklad Němce ve třicátých letech. Kdyby byli někteří z nich přesunuti firmami, pro něž pracovali, do

Argentiny, vedli by příkladné životy a vůbec by se zločinů proti lidskosti páchaných nacismem nedopustili.

Jako třetí typ uvádí dispoziční náhodu (*constitutive luck*), která říká, že ať již reagujeme na danou situaci jakkoliv, vždy to závisí na tom, jací jsme a to jací jsme je výsledkem několika různých faktorů, které se uplatňují během našeho vývoje. Jednak jsou to naše genetické dispozice, dále vliv těch, co nás vychovávali, našich vrstevníků a dalších vlivů prostředí. To, jestli jeden vstoupí do potyčky a učiní přítrž páchanému násilí na druhém a jiný naopak uteče, závisí na jeho charakteru a fyzických schopnostech jedince toho pachatele vůbec přemoci. To se během života jedince utvářelo mimo rámec jeho kontroly a z tohoto hlediska je ctnost někoho, kdo například brání slabší před něčí tyraní, považována za morální štěstí.

Čtvrtým a posledním typem je příčinná náhoda (*causal luck*). Jedná se zde v podstatě o samotný základ problému svobodné vůle a předurčení. Když obnažíme jakýkoliv čin a jeho moralitu podle tří předchozích determinant, zbyde nám jen samotná vůle či záměr a ten je dobrý nebo špatný. Nicméně princip příčinné náhody tvrdí, že i tato základní intence má nějakou příčinu mimo naši svobodnou vůli. Stanoviska Nagela, přijmeme-li princip kontroly, jsou vnitřně koherentní a nelze s nimi v zásadě nesouhlasit. Několik autorů však celý koncept odmítá a vytváří jakousi směsici, kde přijímají některé formy morálního štěstí, byť třeba jen částečně. Například Brian Rosebury formuje tzv. *epistemický argument* proti náhodě z výsledku, který tvrdí, že my ve skutečnosti nemůžeme znát, ale pouze se domnívat, jaký je ve skutečnosti pachatelův záměr a že to, co skutečně víme, je pouze výsledek a z toho důvodu je to právě pouze *tento* výsledek, který nás nějak odkazuje na skrytý záměr. V situaci, kdy jeden pachatel oběť zabije a druhému se to nepodaří, dedukujeme, že záměr toho zmařeného úmyslu zabít nemusel být tak silný a odhodlaný, jako u toho dokonaného. Jiný důkaz nemáme. Stejně tak argument proti okolnostní náhodě tvrdí, že naše nejsilnější evidence o tom, co by kdo za jakých okolností udělal je pouze to, co někdo opravdu dělá a předpoklad, co by někdo dělal za jiných okolností může být platný, nicméně je těžko průkazný, což by se v našem morálním soudu mělo odrážet¹³.

Jiní autoři říkají, že koncept morálního štěstí nemusí být správný z toho důvodu, že předpokládá moralitu jako nejvyšší hodnotu, na pozadí níž se snažíme pozměnit a upravit naše běžné morální posuzování ve směru ke spravedlivějšímu nebo ideálně morálnímu. Nicméně toto nemusí být ta nejvyšší hodnota, kterou sdílíme a ve světle jiné, vyšší, nadřazené hodnoty se může morální štěstí a jeho aplikace stát chybnou. Touto vyšší hodnotou stojící nad moralitou by bylo lidské štěstí v tom nejširším smyslu slova a to s ideálem morálnosti v podobě morálního štěstí nemusí být zcela kompatibilní. Brynmore Brown zase navrhuje, že ten, kdo připustí morální štěstí, musí významně změnit svoje morální jednání v tom smyslu, že na něčí chybné chování by neměl reagovat se zlostí a obviňováním dotyčné osoby, ale spíše s předstíraným hněvem, který nezahrnuje nepřátelství a ryzí touhu po potrestání. Otázkou v takovém případě ovšem je, co by nám tato praxe nakonec ponechala za měřítko, kterým tyto reakce budeme provádět, když naše obyčejné, dnešní reakce ve jménu vyšší Nagelovy morality zapomeneme.

Problém morálního štěstí a morality je mezi autory všeobecně dosti rozporuplný a na nějaké usazení a shodu nad určitým konceptem si budeme muset ještě dlouho počkat. O živosti diskusí svědčí i poměrně dlouhá řada rozličných publikací z nedávné doby jako například *Free Will and Luck* (Alfred Mele, 2006), *Justice, Luck, and Knowledge* (Susan L Hurly, 2005), *Moral Luck* (Daniel Statman, 1993), autoři několika článků jako Michael J. Zimmerman, Susan Wolf, aj.^{5 14}

Zde na tomto místě je též důležité zmínit, že problémem svobodné vůle se též zabývají i vědci z oblasti neurověd. Například Benjamin Libet prostřednictvím pokusů zjistil, že svobodné rozhodnutí učinit pohyb, přichází až po vzniku prvních na EEG viditelných vzruchů RP (readiness potential), které souvisí s vykonáváním pohybu, a to v průměru celých 400ms¹⁵.

3 INDIVIDUÁLNÍ ODPOVĚDNOST ZA ZDRAVÍ

Individuální odpovědnost za zdraví je pojem, který vymezuje z celkové problematiky odpovědnosti tu část, která souvisí se schopností jedince ovlivňovat své zdraví. Pod tímto souslovím si můžeme představit několik nesourodých věcí, které se při našem soudu mohou v různé míře nejasně mísit. Jednak může tato odpovědnost znamenat pouhé příčinné konstatování toho, na co má člověk nějakým způsobem kauzální vliv, v tom nejširším slova smyslu, bez snahy o vyjádření míry případného trestu či odměny za takové důsledky. Můžeme se tím také snažit vyjádřit náš postoj vůči důsledkům nějakého chování, kterým vyjadřujeme očekávanou spravedlivou výši trestu popřípadě odměny. Někdy ovšem nemíníme odpovědností vůbec retrospektivní hodnocení nějakého činu a jeho následku, nýbrž prospektivní stanovení odpovědnosti ve smyslu role jedince v určité pozici ve společnosti. Jindy zase zaměňujeme navzájem odpovědnost právní s odpovědností morální, což jsou dvě nikdy se zcela překrývající množiny¹⁶.

Odpovědnost, již se zde zabývám, je tou odpovědností, kterou jedinci předem a vlastním morálním soudem přisuzujeme, na základě předpokladu, že určitý nežádoucí jev je právě v jeho moci a že ho tudíž může změnit. Její následné nenaplnění vede z našeho pohledu k zaslouženému potrestání. Přílišný důraz na individuální odpovědnost za zdraví a z něho vyplývající pohnutky k omezování zdravotní péče takovým způsobem, jak je vytyčuji v úvodu, má řadu důvodů. Tyto důvody nejsou vždy zcela oprávněné.

V dalších kapitolách se budu zabývat různými oblastmi mající přímý či nepřímý vztah k řešení individuální odpovědnosti za zdraví. Na základě popsaných skutečností ukáži, že představa individuální odpovědnosti za zdraví jako významného a spravedlivého nástroje k posílení zdraví ve společnosti je nereálná a myslíme-li to se zdravím, prosperitou společnosti a spravedlností skutečně vážně, je třeba se poohlédnout po jiných možnostech, jak se vyhnout zbytečným úmrtím a nemocem a tento koncept nátlaku na osobní odpovědnost,

formou omezování zdravotní péče, opustit. Jak jsem nastínil v úvodu, omezováním zdravotní péče zde myslím jakákoliv pravidla, která by vedla k tomu, že by určité skupiny lidí (konkrétně ty se špatným zdravotním životním stylem) byly v přístupu ke zdravotní péči znevýhodňovány v porovnání s jinými.

Po definování problému a nastínění jeho logického základu v následující kapitole se budu postupně zabývat právem člověka na zdravotní péči a její distribucí, zdroji ve zdravotnictví, poté vznikem konceptu individuální odpovědnosti a s ním spojenými negativními důsledky a popíši několik dalších skutečností potvrzující základní předpoklady z následující kapitoly. Logický rámec v ní obsaženého uvažování byl vytvořen na podkladě několika prací autorů z oblasti zdravotnické etiky^{16 17 18 19 20}.

3.1 DEFINOVÁNÍ PROBLÉMU

Špatný životní styl souvisí s vyšším a časnějším výskytem chorob. Takto preventabilních onemocněních je podle různých autorů asi 50 – 70% (Kap.3.3.3) a zdravotní péče je obecně nákladná záležitost. To vše nám dodává pocit, že jedinci, žijící rizikovým způsobem života, který si sami vybírají, jsou odpovědní za veliké ekonomické ztráty (3.7). Zdravotně nezodpovědný jedinec si ničí zdraví, zvyšuje si tím nemocnost, zhoršuje vlastní kvalitu života a umírá dříve než musí. Shrňme si zde základní motivy pro rozhořčení, které může mít ten, kdo žije zodpovědně, nad tím, který žije nezodpovědně.

1. Je morální povinností člověka, který si je vědom, že si někdo jiný svým počínáním škodí, mu v tom nějak zabránit. Vysloveně altruistický typ člověka může skutečně chtít druhému tolik pomoci, že v případě neúspěchu začne dotyčného odsuzovat a chtít ho potrestat.
2. Jedinec, který žije rizikově, přenáší tento způsob chování na jiné. Může se stát vzorem pro své blízké i pro některé jedince z okolí a to podle příslušného vlivu. S tímto bodem se pojí dále pravděpodobnost škodit rizikovým chováním i těm, kteří ho neprovozují (pasivní kouření, šíření STD, násilí a dopravní nehody pod vlivem alkoholu apod.)

3. Jedinec, který si ničí zdraví, je solidární společností léčen, což čerpá limitované zdroje a tím může dojít k tomu, že jinde v systému tyto zdroje mohou chybět na léčbu někoho jiného, kdo si k nemoci nedopomohl vědomě vlastní vůlí.

K prvnímu bodu: Když se někdo řítí do nebezpečí a víme o tom, měli bychom tomu zabránit, zvláště z pozice lékaře, jde-li o riziko nemoci. Nelze ale na tomto základě nikoho nutit dělat něco, co sám nechce nebo z nějakého důvodu dělat nemůže, neboť je jeho svobodnou volbou se takto chovat a ničit si zdraví.

K druhému bodu: U každého jedince je vyhledatelný jistý moment, kdy s případným rizikovým chováním začal anebo si ho delší dobu osvojoval. Většinou je tímto momentem útlý věk až adolescence (kuřáctví, naučené stravovací návyky, kopírování metod zvládání stresu, alkohol, absence pohybových aktivit a další) a vždy jsou na pozadí různé stimuly z rodiny, z okolí, od kamarádů, z médií aj. U dětí a mladistvích máme vždy snahu najít příčinu a chápat osvojení si rizikového způsobu chování jako důsledek nevyzrálosti vlastního soudu a neschopnosti čelit všemožným špatným vlivům okolí. Chápeme je jako oběti a ne jako viníky. Zvláštní je, že v průběhu času, kdy se dále u oběti tato závislost a vzorce chování již nezvratně upevňují, dozraje chvíle, kdy se z našeho pohledu náhle, z ničeho nic, stane oběť viníkem. Tohoto viníka máme tendenci trestat, neboť se jeho chování stává opět negativním působením na další budoucí oběti, především děti a adolescenty. Vnitřní nekonzistentnost tohoto pohledu je více než zjevná, nicméně určitý důvod, cítit rozhořčení nad takovým jedincem zde v tomto bodu zůstává (tedy alespoň z pohledu někoho může).

K třetímu bodu: Abychom mohli nezodpovědného pacienta vinit za to, že svým počínáním zneužívá omezené zdroje ve zdravotnictví, které posléze chybějí na jiném místě při léčbě někoho jiného, kdo si k nemoci nepomohl svým svobodným rozhodnutím, je nezbytné tvrzení, že takový pacient skutečně stojí společnost více, než někdo „zodpovědný“, nejprve dokázat. Jak uvádím v kapitole 3.7, tento důkaz momentálně neexistuje.

Důvod finanční nákladnosti nelze k trestání pacientů s čistým svědomím použít a důvod altruistické touhy někomu pomoci, když o to nemá zájem, také ne. Zbývá jediný důvod a tím je jedincův negativní vliv na ostatní, kteří se mohou

pod jeho vlivem stát obětmi špatného adoptovaného životního stylu, který vede k časným nemocem a předčasnému úmrtí. Nyní máme tedy důvod, proč bychom mohli někoho za nezodpovědnost trestat, je třeba se ale zamyslet nad tím, proč tak chceme činit. Možný je dvojí motiv:

1. Chceme někoho za určité škodlivé chování trestat a to z důvodu, že si to prostě zaslouží.
2. Přejeme si, aby se dané škodlivé chování ve společnosti vyskytovalo co možná nejméně.

Dle názoru autora nemá první motiv příliš opodstatnění, neboť jednak slouží pouze k uvolnění zlosti a jednak, kdyby se nám podařilo naplnit bod druhý, vůbec by tento důvod nevznikl. První varianta je tedy nekonstruktivní, emocionální reakcí.

Zbývá nám tedy jediné a tím je nalézt efektivní způsob, jak četnost rizikových způsobů chování ve společnosti co možná nejvíce snížit. Nabízí se opět dvě možnosti:

1. Omezit zdravotní péči a jinak působit na nezodpovědného pacienta (např. formou zobrazování drastických důsledků kouření), aby ze strachu z nemoci a/nebo s ní spojené citelné platby byl motivován žít zdravěji – **přístup individuální.**
2. Odhalit možnosti, ležící mimo jedince samotného, které by vedly ke snížení zbytečných nemocí a úmrtí, analýzou všech příčin jejich vzniku – **celospolečenský přístup.**

K prvnímu bodu: Je třeba určit míru takových opatření a posoudit jejich reálné možnosti naplnit stanovený cíl v porovnání s možnostmi v druhém případě. Jak uvádím níže v této kapitole, tato omezení nemohou nikdy daný jev eliminovat ze 100%. Nějaké procento lidí vždy zůstane a jsou to právě ti, na které nakonec dolehnou ona předem stanovená pravidla. Proto není možné je nastavit tak, aby porušovala lidská práva včetně práva na zdravotní péči. Dále by tato opatření neměla být kontraproduktivní (viz.kap.3.5).

K druhému bodu: Zde jsou teoretické možnosti jistě větší: Sociální gradient a jeho zmírnění (viz.kap.3.6.1), vyšší investice do prevence a její širší záběr (viz.kap.3.3.3.1), poskytnutí a zpřístupnění všech alternativ substituční

léčby nikotinem (kap.3.3.3.1), vyšší výdaje na primární péči a systém P4P (kap.3.3.2.2) a další.

Právě z důvodu, že existují mnohé teoretické možnosti, jak zvýšit zdroje ve zdravotnictví a jak zlepšit zdraví obyvatel, aniž bychom více ekonomicky zatěžovali společnost, je prioritní nejprve tento celospolečenský přístup. Ten se snaží zavést systémové změny namísto vytváření nátlaku na jedince, respektivě na určitou vybranou skupinu lidí, v našem případě skupiny definované nezdravým životním stylem. O těchto možnostech pojednávají různé kapitoly této práce.

Není možné někoho, kdo není schopen (nebo ochoten) změnit své chování, omezovat v rovném přístupu ke zdravotní péči jenom proto, že my nejsme schopni (nebo ochotni) nejprve zavést takové systémové změny, které by eliminovaly právě ty důvody, na základě nichž chceme zdravotní péči omezovat.

Kdybychom na základě zmíněných argumentů stále cítili potřebu někoho za nezdravý životní styl omezovat, vynořily by se další níže uvedené etické námitky: otázky koho, za co a jak trestat, tedy koho, za co a jak omezovat ve zdravotní péči.

3.1.1 Podle jakých kritérií omezovat?

Vážným problémem, který by vznikl, kdybychom chtěli vybrat rizikový způsob chování, který budeme chtít omezovat, je následující. Existují desítky druhů rizikových způsobů chování, které vedou k porušenému zdraví. Kdo bude určovat, o které půjde? Jaká kritéria budou omezení určovat? Vážnost porušeného zdraví, společenské nebo lékařské mínění, ekonomický dopad, nebo něco zcela jiného? Co například rizikové chování, které je všeobecně přijímáno s větší či absolutní benevolencí, způsobující úmrtí, nemoc či invaliditu? Například pokusy o sebevraždu, bungee jumping, paragliding, skoky do neznámé vody apod., které na úrovni jedince vedou zdaleka k největšímu množství ztracených let potenciálního života (PYLL – Potential Years of Life Lost) a tím k větším ztrátám na společenské produktivitě na úrovni jedince. Nebo ten, který svým chováním způsobí velkou ztrátu PYLL u někoho jiného, například zavinění dopravní

nehody, týrání dítěte, prodej drog nebo politické nepřijetí zákonů prokazatelně zlepšující veřejné zdraví. Abychom byli spravedliví, museli bychom omezovat léčbu i politikům, kteří se nechají ovlivnit při rozhodování například tabákovými loby. Způsobů, kterými si lidé ničí své vlastní zdraví, jsou stovky a způsobů, kterými někteří z nás ničí zdraví ostatním, ještě více.

Nelze omezovat konkrétního jedince proto, že si omylem vybral právě takový nezdravý způsob života, který si spolu s ním vybralo tisíce dalších lidí, díky čemuž se podle určité proměnné (např.kuřáctví) podílí na viditelnějším a celospolečensky větším negativním zdravotním efektu než ten, který jezdí na kole bez helmy, pokusil se o sebevraždu nebo působí úmrtí nepřímo v podobě týrání dítěte nebo nepřijetí zákonů, které prokazatelně zlepšují zdraví ve společnosti.

3.1.2 Jakým způsobem omezit?

Asi bychom souhlasili, že odpovědnost za cokoliv by měla být vždy sdílená a distribuovat ji mezi odpovědné činitele lze pouze na základě toho, do jaké míry je každý schopen výsledný stav změnit. Zbývá ale stanovit míru, kam až je každý schopen daný jev změnit. Když budeme na každého neustále klást větší a větší nátlak na odpovědnost a zároveň zpříšňovat tresty za jejich selhání, budeme moci zvyšovat jejich schopnost měnit výsledek v řadě případů až do jeho teoreticky ideální podoby. Nicméně zvyšovat tuto efektivitu nemůžeme do nekonečna, neboť bychom museli použít takových donucovacích prostředků, jako například odnětí svobody, zbití, umučení, trest smrti, v našem případě úplné odmítnutí léčby apod. Představíme-li si, že zavádíme různé sankce za nezodpovědné chování a ty zpříšňujeme, na celospolečenské úrovni dochází k tomu, že klesá množství těch, kteří jednají nezodpovědně a stoupá těch, kteří svou odpovědnou roli bezchybně plní. Nikdy ale nedojde k takovému možnému nastavení sankcí, aby množství těch nezodpovědných bylo nulové (v našem případě, jímž jsou BMI, závislost na nikotinu apod., nebude nulové zcela jistě nikdy). Vždy nějakí zůstanou a **jsou to právě ti, na které dopadnou ona předem stanovená pravidla.** Právě z toho důvodu musí být pravidla vždy pouze tak

přísná, aby neporušovaly práva žádné lidské bytosti, na kterých se předem shodneme, v našem případě lze vycházet z těch, jež jsou stanovená Základní listinou práv a svobod²¹. Ve zdravotnictví je to potom právo na zdravotní péči diskutované v kapitole 3.2.

3.2 PRÁVO NA ZDRAVÍ

Zdraví je nejenom v naší kultuře, ale i ve zcela jiných, chápáno jako něco výjimečného, něco obzvláště důležitého. Na nemocného člověka se hledí jako na někoho, kdo je v nevýhodné pozici, komu se přihodila opravdu vážná věc a jako na někoho, kdo si zaslouží více ohledů a soucitu než ten, který utržil například nějakou materiální újmu. Nad zdravím si ceníme více už jenom života samotného. Bez zdraví se dají jen ztěžší naplňovat nějaké další cíle¹⁷. Je pro nás tak důležité, že právo na ochranu zdraví a právo na zdravotní péči jsme ukotvili dokonce i do Listiny základních práv a svobod²¹. Yvonne Denier¹⁷ se ve své esejí zabývá právem na zdravotní péči a říká, že když se z nějaké hodnoty stane předmět práva každého člověka, znamená to hned několik věcí.

Právo na zdravotní péči sebou nese určitý kolektivní morální závazek, který znamená, že společnost je vázána svým členům poskytnout určitou úroveň zdravotní péče. Fakt, že jde o právo, znamená obrovskou sílu samo o sobě a v debatách o záležitostech, které by mohly toto právo nějak narušit, jde o jistý trumf. Dále ten, kdo třímá v rukou toto právo, nechodí nikam o zdravotní péči žádat, aby mu někdo dělal laskavost, ba naopak, je povinností druhých vykonat to, co je právem někoho druhého. A nakonec, vzhledem k tomu, že se jedná o lidské právo, tak náleží všem lidem bez rozdílu. Co je na zdravotní péči a ochraně zdraví tak výjimečného? Pravděpodobně je to právě naše kulturní váženost zdraví jako hodnoty, která je prostředkem k dlouhému životu bez bolesti a bezmohoucnosti. Bez celoživotního přístupu ke zdravotní péči je tento cíl jen těžko dosažitelný. Je mnoho věcí, kterých si ceníme, jako například přátelství, estetické potěchy, lásky apod., na které právo nemáme. Denier ve svém článku uvádí tři hlavní argumenty

vedoucí k závěru, že určitá úroveň zdravotní péče by měla být univerzální a kolektivně financovaná.

3.2.1 Rovnost v příležitosti

Prvním je argument *Rovnost v příležitosti*. Současná struktura zdravotní péče v podstatě zajišťuje prevenci onemocnění, návracení zdravého stavu, kde je to možné a osobní a sociální podporu a péči v případech dlouhodobě nemocných a postižených. Zdravotní péče má tedy komplexní vliv na to, jestli člověk onemocní, pravděpodobnost, jestli bude vyléčen a míru, v jaké se mu dostane dlouhodobé podpory. Tímto způsobem, jak rozebírá profesor etiky a veřejného zdraví z harvardské university Norman Daniels²², vlastně přeneseně ovlivňuje úroveň naší funkčnosti a následně příležitosti formovat, vykonávat a přehodnocovat naše životní plány. Porušení naší normální funkčnosti vlivem zranění, nemoci či postižení vytváří značnou nevýhodu a omezuje naše příležitosti různé hodnoty v životě naplňovat. V tomto náhledu znamená rovnost v příležitosti v podstatě vytvoření rovných šancí být zdravý, jak jen to je možné. V souvislosti s tímto je třeba poukázat na jeden důležitý výklad. Listina základních práv a svobod, nám všem bez rozdílu, garantuje celou řadu dalších práv. Když si navzájem společenskou dohodou ustanovíme nějaké právo a přitom zároveň neumožníme, aby se každý mohl svobodně rozhodnout, jestli toto právo využije či nikoliv, stane se z této společenské dohody, která je součástí ústavy, pouze prázdný dokument. Jaký dává smysl dát někomu na něco právo a pak mu nezajistit, je-li to v našich silách, aby se mohl svobodně rozhodnout buď toto právo využít nebo nevyužít?

3.2.2 Základní potřeba zdravotní péče

Druhým je potom *základní potřeba zdravotní péče*. Zde se odkazuje na práci Davida Braybrooka a jeho *course-of-life-needs* (potřeby v průběhu života)²³. Rozděluje zde potřeby základní, které by měly být v rámci zdravotní péče, a

potřeby nadstandardní, spíše potřeby z pocitu, preference či tužby. Základní potřeby se vztahují jednak k fyzické podstatě člověka, kam patří potrava, pití, přístřeší aj. a dále k psychologické podstatě, zde je to například komunikace, družení či podpora apod. Jsou základní, protože jsou univerzální nezbytností pro každého jedince spíše, než osobním vrtochem či postradatelným koníčkem. Základní potřeby jsou jednoduše ty, které člověk má, ať chce či nikoliv, jsou to potřeby nezávislé na lidské vůli, jsou nám dány a člověk za ně není odpovědný svou snahou. Základní potřeby jsou tak prosté jakýchkoliv zásluh a když je jejich naplnění u každého přítomno různě, nejednotně, pak jsou vnímány jako výsledek přírodní nebo společenské loterie, jsou věci šťastné či nešťastné náhody. Základní lidské potřeby musí člověk naplnit, aby zdravě a normálně fungoval a k jejich naplnění je třeba různých podmínek, mimo jiné adekvátní nutriční, vhodné pracovní podmínky, sanitace, neznečištěné prostředí a také právě lékařská péče a nebo různé handicap vyrovnávající pomůcky jako brýle, sluchadla, vodící psi či invalidní vozíky. Velmi často je výhoda zdraví a otežba nemoci náhodným efektem nebo přírodní loterií, ku příkladu genetická výbava, sociální podmínky nebo prostě smůla být ve špatný čas na špatném místě.

3.2.3 Kolektivní sociální ochrana

Třetím bodem je zde *kolektivní sociální ochrana*. Tvrdí zde, že by bylo nesmyslné žádat po každém, aby při zajištění přístupu ke zdravotní péči spoléhal pouze na své osobní zdroje a to z několika důvodů.

Za prvé jsou zdravotní potřeby rozloženy daleko méně rovnoměrně, než například potřeba potravy nebo ošacení. Za druhé je potřeba použít zdravotní péči velmi nepředvídatelná. Za třetí by tento náhlý výdaj měl dopad na osobní oblast příležitostí. A nakonec může být zdravotní péče katastrofálně nákladná čili pro jedince nedostupná. Kdyby soukromé zdroje mohli jednoduše pokrýt výdaje na zdravotní péči bylo by nesmyslné deklarovat universální přístup. Z toho důvodu je vhodným objektem pro kolektivní sdílení nákladů. Osobní soukromé pojištění nic neřeší, protože lidé s největším rizikem by si ho dovolit nemohli nebo by ho ani nesehnali.

Tímto způsobem argumentuje Denier ve své eseji, proč by právo každého člověka na základní zdravotní péči mělo být právem a to poskytovaným z kolektivních zdrojů. Uvedené argumenty pro universální právo na zdraví ovšem vychází z jedné základní premisy a tou je, že vlastně každý má právo na to mít jistá práva jenom proto, že je lidskou bytostí (například ty garantovaná ústavou nebo právo na *rovnost v příležitosti* hájené Normanem Danielsem). Tato premisa musí obsahovat nějaké další logické vysvětlení, aby se z ní mohlo vycházet. Pojdme se nejdříve podívat na Rawlsův *princip diference* a jeho tolik vykládaný *závoj nevědomosti* (*vail of ignorance*).

3.2.4 Rawlsův závoj nevědomosti

Rawls se ve svém díle *Theory of Justice*²⁴ (Teorie spravedlnosti) snaží mimo jiné určit, jakým způsobem by se měly stanovit majetkové rozdíly ve společnosti. Tvrdí, že kdyby členové společnosti předem nevěděly do jaké role se narodí (byli by pod tzv. závojem nevědomosti, *vail of ignorance*), a měli se předem dohodnout na tom, jaká pravidla pro společnost vytvořit, snažili by se eliminovat takové role, ve kterých by samozřejmě nikdo nechtěl být. Ze strachu, že by se náhodným výběrem teoreticky každý mohl ocitnout v existující roli těch nejchudších a nejbezmocnějších, by chtěl každý vytvořit taková pravidla, aby u každého byly zajištěny podmínky pro důstojnou lidskou existenci. Na druhou stranu by se snažili zajistit takové podmínky společenské nerovnosti, které by dostatečně motivovaly ty talentované z nás, svůj talent využívat ve prospěch ostatních. Obrovský vliv Rawlsovi teorie spravedlnosti na následné myšlení i v teoriích zdravotnických systémů dokládá značně početná citovanost v různých zdravotně etických publikacích²⁵. Z její koncepce totiž vychází morální odůvodněnost, proč by universální právo na zdravotní péči mělo být universálním právem. Je ale důležité (podle míněné autora) tento základní předpoklad, že každý má právo na rovnost v příležitosti a z toho vyplývající práva garantovaná ústavou opodstatnit dalším argumentem. Rawlsova konstrukce pracuje v zásadě s apelem na člověka, aby na základě této představy závoje nevědomosti uznal, že hodnota jeho života a prožívání v něm je stejná, jako těch druhých. Činí to tím způsobem,

že vytváří za závojem nevědomosti potřebu, aby se každý vcítil do každé možné role ve společnosti, aby si ji představil se všemi důsledky pro sebe sama, kdyby se v ní ocítl. Na tomto podkladě je třeba přijmout dva základní a jednoduché postuláty. Jsou založeny na základní víře téměř všech lidí. V případě nesouhlasu s takovým uspořádáním společnosti, ve kterém by každý měl reálný přístup ke zdravotní péči, bychom se dopustili nesouhlasu i s následujícími postuláty.

První postulát: „Jsem přesvědčen o tom, že všichni ostatní lidé existují stejně tak, jako existuji já sám, i když o tom, kromě vnějšího pozorování chování ostatních lidských bytostí, nemám žádný důkaz.“

Druhý postulát: „Uznávám, že moje prožívání štěstí na tomto světě je stejně tak důležité a hodnotné, jako prožívání štěstí jakékoliv jiné lidské bytosti, respektive, že moje prožívání utrpení není o nic důležitější a vážnější než utrpení druhých.“

To lze také učinit ještě výlučnějším a jasnějším z opačného pohledu. Takového jedince, který by byl přesvědčen, že jeho prožívání štěstí na tomto světě má větší důležitost, než štěstí nás ostatních, bychom považovali za nebezpečného a hodného exkluze. Ve chvíli, kdy uznáme tyto dva postuláty a přijmeme je za vlastní, nezbyvá, než dále pokračovat a uznat argument Normana Danielse, který vysvětluje, že odepřením práva na zdravotní péče odepíráme člověku i práva ostatní, která jsou naplnitelná pouze za předpokladu takové úrovně zdraví, která nám neodebírá možnost volby toto právo využít. Pak nezbyvá než přijmou fakt, že tuto rovnost v příležitosti zajistí dostatečně umožnění naplnění základních potřeb zdravotní péčí a na závěr, že je tuto zdravotní péči nezbytné hradit z kolektivních zdrojů. Jediný problém, který zde zůstává, jak na základě tohoto vesměs teoretického výkladu vyvodit praktická opatření. Když uznáme myšlenku, že každému by měla být poskytnuta jen taková péče, která vede k zajištění rovnosti v příležitosti, nutně se budeme dále při snaze o praktickou realizaci potýkat s nesnázemi. Jednou z nich je například skutečnost, že je určitý soubor nemocných či postižených, jejichž návrat do stavu rovných příležitostí je teoreticky možný jen za podmínky použití extrémního podílu zdrojů. To by nemusel být zákonitě problém, ovšem kdyby příliš velké vydání zdrojů na jednom místě vedlo k nemožnosti poskytnutí rovných příležitostí na místě druhém, jde o

problém a je třeba určit jaká míra je spravedlivá. Pod adekvátní péčí si pak ideálně představíme, vedle zmiňovaného spravedlivého dílu ze společných zdrojů, také pouze takovou péči, která skutečně ke zlepšení stavu u pacienta podvede²⁵. Některá postižení a nemoci jsou navíc takové povahy, že i při použití nesmírně nákladných prostředků bychom předem nevěděli, budou-li efektivní alespoň do té míry, že se k nějakému ideálu rovné příležitosti vůbec přiblíží. Lidské právo na zdravotní péči, která by udržela nebo v případě poruchy navrátila zdraví do té míry, do jaké si to vyžaduje naplnění jeho práv a rovnosti v příležitosti, která by byla hrazena pro svou podstatu z kolektivních zdrojů, je něco, s čím musíme souhlasit (pokud uznáme základní logiku posloupnosti argumentů, jež jsme zde uvedli). Jak se ale spravedlivě podělit tak, aby byla zajištěná rovná příležitost jako společensky dohodnuté právo pro všechny za limitujících podmínek tvořených omezenými zdroji? Na tuto otázku není snadná odpověď, nicméně jednou z vynořujících se možností je právě v této práci diskutovaná individuální odpovědnost za zdraví a poskytování péče z kolektivních zdrojů právě na podkladě „zodpovědného“ chování pacientů. Nicméně nelze někoho znevýhodňovat v jeho přístupu ke zdravotní péči na základě argumentu omezených zdrojů²⁶ dokud se nezeptáme, čím vším je omezení způsobeno, jestli navrhovaná opatření vedou ke změně k lepšímu a jestli je vůbec nákladnost „nezodpovědného pacienta“ vyšší(kap.3.7). Proč máme ty či ony zdroje a co determinuje jejich omezenost?

3.3 OMEZENÉ ZDROJE VE ZDRAVOTNICTVÍ.

Omezené zdroje ve zdravotnictví a zadluženost jeho různých součástí stojí často na pozadí snah o státní reformu Českého zdravotního systému²⁶ a jsou příčinou pro možný vznik návrhů, které by omezovaly v přístupu ke zdravotní péči „nezodpovědné“ nebo více nemocné pacienty. Je nezbytné na tomto místě zmínit též mezinárodní kontext reforem zdravotních systémů.

Snahy o reformu zdravotnictví, které je charakterizované centrálním řízením a distribucí prostředků a s tím spojenou neefektivitou a nákladností, se

v zemích OECD datují od konce 80. let. Potřeba držet výdaje na uzdě (v angl. literatuře je hojně užíván termín *cost containment*) a pokusy řešit nákladnost zaváděním tržních prvků do zdravotních systémů charakterizují posledních 20 let Velkou Británií, Nový Zéland, Nizozemsko, Německo, Švédsko a další, mezi nimi i Českou republiku. U nás byla prvním radikálním pokusem o významnou reformu v tomto duchu reforma bývalého ministra zdravotnictví Tomáše Julínka²⁶, i když snahy o včlenění tržních mechanismů mají u nás již delší trvání.

Michael Moran v knize *Markets and Health Care* vysvětluje příčiny vzestupu trhu ve zdravotnictví. Jedním z důležitých prvků byla snaha poskytnout v USA odvětvím produkujícím technologický pokrok ve zdravotnictví dostatečné množství financí k jejich prosperitě. Trh díky poptávce po nejnovějších vymoženostech na straně bohatších spotřebitelů jistě zajistí tyto zdroje. V USA je množství financí plynoucích do prosperujícího zdravotního průmyslu přes 15% HDP. Díky tomu jsou spojené státy v tomto odvětví na technologicky absolutní světové špičce a následným exportem tohoto zboží bohatství tohoto odvětví v USA již léta stoupá²⁷.

Otázkou je, jestli je opodstatněné, takto zatěžovat společnost globálně. Každé zvýšení tohoto zatížení, za účelem prosperity zdravotního průmyslu, sebou nese omezení lidských aktivit v jiných oblastech. Není to otázka jednoduchá. Tato problematika ovšem není cílem této práce a proto zde pouze odkazují na příslušnou literaturu.

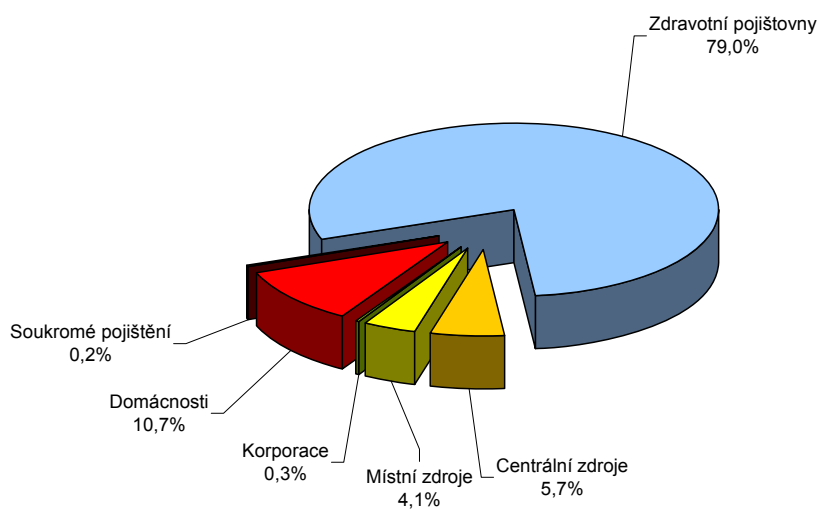
Cílem této kapitoly je ukázat, že způsobovat nerovnosti v přístupu ke zdravotním službám nelze na základě argumentu omezených zdrojů, dokud nejsou zvažena všechna ostatní opatření, která určují tuto omezenost a zároveň nenarušují ničí práva.

Absolutní nebo relativní omezenost zdrojů tkví v následujících oblastech: Množství financí plynoucích do zdravotního systému, systémově napravitelné plýtvání financemi ve zdravotnictví a reálná potřeba zdravotní péče na straně spotřebitele.

3.3.1 Množství financí plynoucích do zdravotního systému

Nejdůležitějším zdrojem této oblasti je veřejné povinné zdravotní pojištění dané zákonem č. 592/1992 Sb. o pojištění na všeobecné zdravotní pojištění ve znění zákona č. 296/2007 Sb. (s novelizací zákonem č. 306/2008 Sb. s účinností od 1.ledna 2010), jež se podílí na celkových výdajích ze 79%. Dalších 9% pochází z veřejných rozpočtů, ze kterých se financují specifické činnosti nehrzené z veřejného zdravotního pojištění jako např. prevence, vzdělávání, hygiena apod. Asi 10% pochází ze soukromých zdrojů rodinných rozpočtů, kde převážnou část tvoří výdaje na léky a za stomatologická ošetření. Zbýlá 2 – 3% odpovídají marginálním položkám, které zastupují neziskové organizace, různá připojištění (např. cestovní), podnikové zdravotně preventivní výdaje aj. Detailnější rozložení zobrazuje **GRAF 1**, převzatý z ČSÚ²⁸.

Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdrojů financování v roce 2005

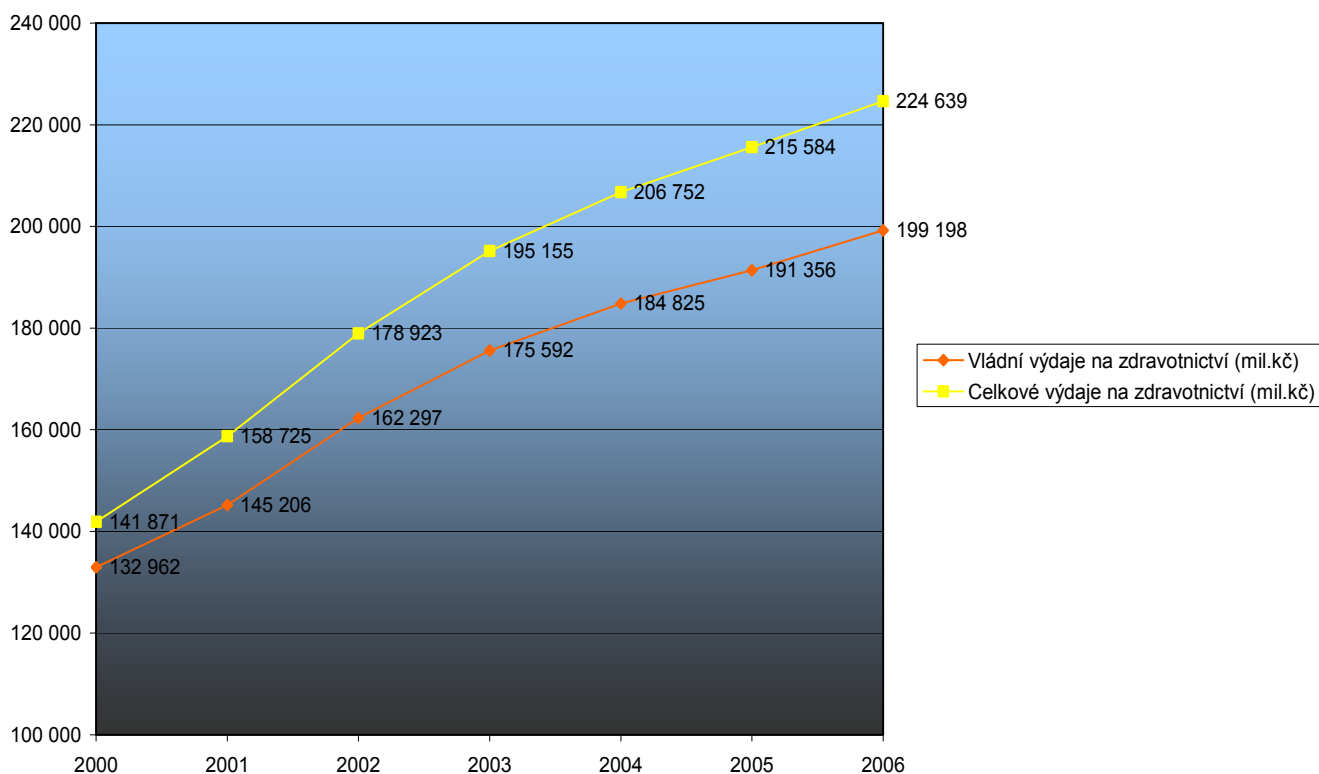


GRAF 1 Zdroj ČSÚ

Z tohoto vyplývá, že z celkových výdajů plyne 88% z veřejného sektoru. Údaje jsou to pouze přibližné, neboť se každým rokem jejich proporce lehce mění. V roce 2007 byl poměr 78,4/7,4/14,2 (veřejné pojištění/veřejné rozpočty/soukromé výdaje)²⁹.

Celkové vládní výdaje na zdravotnictví, vyjádřeno v nominálních hodnotách, rapidně stoupají. Mezi lety 2000 – 2006 byl jejich nárůst 1,6ti násobný. Jak znázorňuje **GRAF 2**, je zde patrný i prporcionální nárůst výdajů ze soukromých zdrojů, čili převážně z rozpočtů domácností²⁸.

Celkové a vládní výdaje na zdravotnictví v letech 2000 - 2006



GRAF 2 Zdroj ČSÚ a ÚZIS

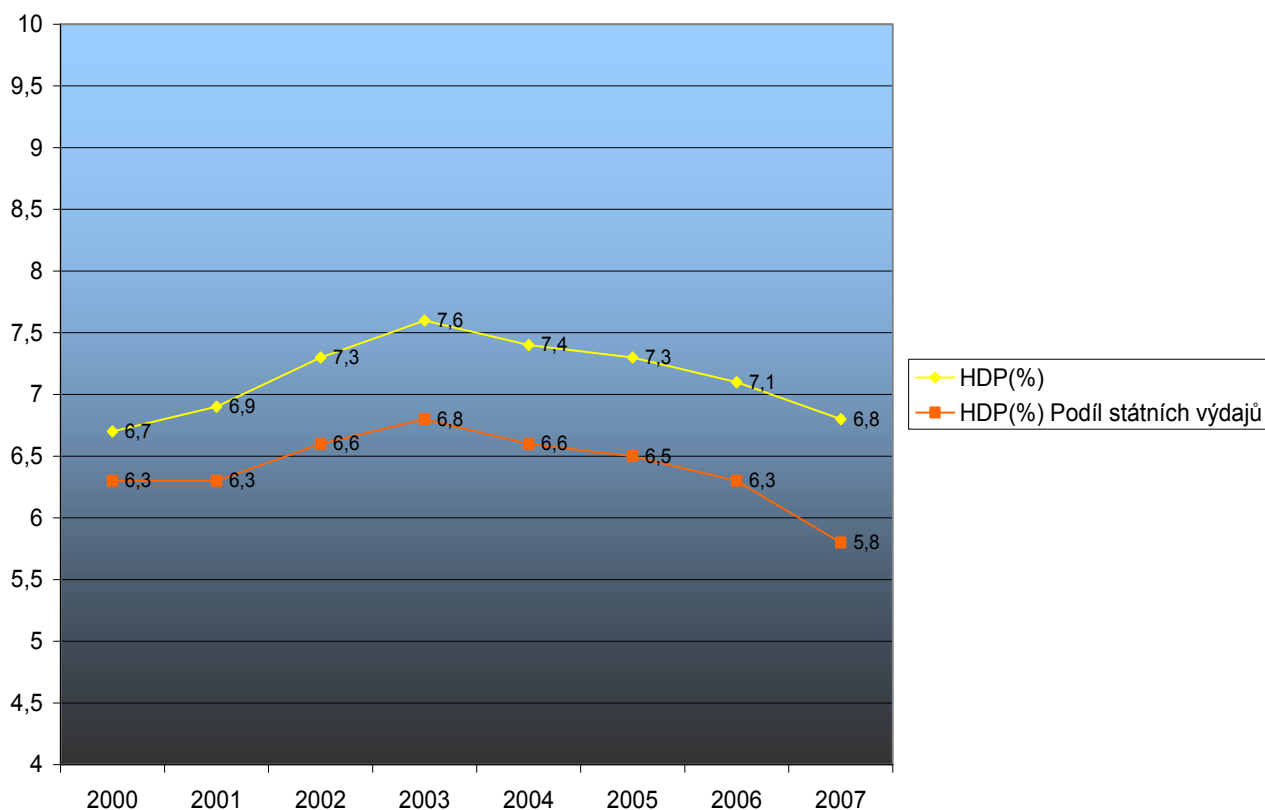
Nicméně posuzovat výdaje růstem nominálních hodnot je krajně zavádějící. S odvoláváním se právě na tyto údaje se můžeme občas setkat i v takových primárních zdrojích jako je Český Statistický Úřad (dokumenty s

názvem: Analýza výdajů ve zdravotnictví), kde se píše, že mezi lety 2000 – 2005 stouply výdaje na zdravotnictví o 47%²⁸.

Představa, že by nominálně vyjádřená částka, mohla být neustále na stejné úrovni je velmi nerealistická. Investice do zdravotnictví je třeba vždy vztahovat na břímě, které sebou tato investice nese na celou společnost, v podobě množství lidské práce, kterou je třeba vynaložit k zachování systému. Odpracovaná doba každého z nás, kterou vytváříme kapitál plynoucí na udržení systému zdravotnictví, namísto vyvíjení jiných aktivit, podílejících se na produktivitě a bohatství celé společnosti, je nezávislá na nominální hodnotě ceny kupovaného produktu. Ve zdravotnictví, jako v každém jiném odvětví, je třeba provádět údržbu, modernizaci a další průběžné aktivity a ty nejsou pouze výsledkem jakéhosi technologického “fetišě”, i když ten svou roli hrát může, ale potřebou nahradit nebo opravit staré a nefunkční přístroje, budovy, průběžně dokupovat léky, zvyšovat zaměstnancům mzdy apod. Nelze si myslet, že po dosloužení nějakého zařízení, je možné koupit to samé nové za původní nominální cenu, čili daleko levněji. Tento starý produkt se již nevyrábí. Náklady na stavebnictví, léky, mzdy, přístrojová vybavení, servis a jiné služby jsou vždy odrazem nových aktuálních směných podmínek a ty jsou nominálně vyjádřeno vždy vyšší než dříve (alespoň v našich podmínkách za posledních 20let), vlivem inflace a růstu HDP. Náklady vztažené na lidskou práci daného společenství, v našem případě České republiky, je víceméně stále stejná, pokud zůstává podíl HDP na stejné úrovni.

Jedním z nejpřesnějších vyjádření reálných výdajů ve zdravotnictví, kterým běžně disponujeme, je právě podíl HDP, který nese informaci o tom, jaké břímě uvalujeme na celou populaci, abychom udrželi stávající zdravotní systém. Vývoj výdajů na zdravotnictví mezi lety 2000 - 2007 vyjádřením HDP s porovnáním s vládní proporcí znázorňuje **GRAF 3**.

Výdaje na zdravotnictví v procentech HDP v letech 2000 - 2007



GRAF 3 Zdroj ČSÚ a ÚZIS

Z grafu vyplývá, že celkové výdaje na zdravotnictví mezi lety 2000 – 2003 stouply o 0,9 % HDP, kdy výdaje kryté státem formou povinného veřejného pojištění a státním rozpočtem vzrostly o 0,5% HDP. Od roku 2003 – 2007 výdaje jak celkové tak vládní klesaly. Celková zátěž na HDP v letech 2000 a 2007 byla téměř na stejné úrovni, zatímco složka financovaná státem klesla o 0,5% HDP. Od roku 2000 do 2007 stoupl podíl soukromých zdrojů z 0,4% zatížení na 1% zatížení. Pokles poměru vládních výdajů k výdajům soukromým se datuje již od roku 1990 a reflektuje ho i zdravotní statistika OECD z roku 2004, kde lze vidět, že po Polsku a Maďarsku jsme třetí zemí, ve které mezi lety 1990 a 2004 klesly vládní výdaje na zdravotnictví nejvíce³⁰.

Je třeba poznamenat, že zjišťování statistických údajů není snadnou záležitostí, svědčí pro to skutečnost, že i údaje primárních zdrojů jako je ÚZIS

nebo ČSÚ, alespoň co se týká výdajů ve zdravotnictví vyjádřené podílem HDP, se málokdy přesně shodují. Občas se liší i údaje samotného ČSÚ v různých jeho publikovaných dokumentech.

Výdaje, které jsou hrazeny ze solidárního veřejného povinného pojištění a dalších vládních výdajů financovaných z daní, jsou výdaje dopadající na každého jedince ve společnosti rovnoměrně, kdežto výdaje ze soukromých zdrojů dopadají pochopitelně na ty nemocnější z nás. Ekonomická zátěž zdravotnictví na celou společnost zůstává taková, kterou dostaneme součtem nejen vládních, ale také těch soukromých výdajů. To je důležité si uvědomit pro případ, kdybychom měli pocit, že by šetření ve vládních výdajích a přenášení zátěže na soukromé zdroje vedlo k ulehčení zátěže na celou společnost. Z makroekonomického hlediska zátěž zůstává stejná (pokud bude výsledný podíl HDP stejný), liší se pouze ve změně zdrojů financování. Z rovnoměrné zátěže na každého jedince formou povinného pojištění a daní došlo k přenesení nákladů na nemocnější jedince. Opodstatněnost této změny může být například ve zefektivnění léčby vlivem motivační participace pacienta vedoucí k větší compliance, sníženému nadužívání péče, menšímu plýtvání léčiv, nebo poskytnutí (často žádoucí) volby nadstandartní léčby pacientům, nikoliv ve snížení finanční zátěže na společnost.

Dalším zavádějícím grafickým znázorňováním výdajů na zdravotnictví je například vztah mezi výdaji v USD jednotlivých států a statistickým ukazatelem jako je naděje na dožití ve zdraví při narození. Takto se například argumentuje nezávislost stoupání výdajů ve zdravotnictví na zdravotní úroveň obyvatel v dokumentu ČSÚ³¹. Z něho například vyplývá, že naděje na dožití ve zdraví při narození je přibližně shodná mezi Španělským občanem a Norem či Lucemburčanem, ale náklady na zdravotní péči (vztaženo k USD) jsou v Norsku a Lucembursku 2 a 2,5x vyšší respektive než ve Španělsku. Toto zobrazení nereflektuje vnitrostátní ekonomiku, která je samozřejmě též podstatně odlišná (stejně jako rozdíl nákladů uvnitř systému ve vztahu k USD). Jestli povede zvýšení výdajů na zdravotní péči v tom či onom státě ke zlepšení zdravotních ukazatelů populace nebo nikoliv je složitou otázkou. Každopádně tento problém není možné řešit optikou nákladnosti v externí měně a nereflektovat vnitrostátní

poměry. Vedle peněz plynoucích do zdravotnictví, je další otázkou, jak efektivně jsou tyto finance v daném systému využity.

Typickým příkladem extrémní zátěže výdajů na zdravotnictví a špatnou úroveň péče jsou Spojené státy americké. Špatnou úroveň se zde myslí kombinace všech ukazatelů kvality, nikoliv pouze technická vyspělost, z níž těží část obyvatelstva. Jsou to pro upřesnění: *dostupnost, kvalita, ekonomická nákladnost, výkonnost, rovnost a akceptabilita*³². V roce 2003 byla tato zátěž 15,3% HDP, kde převážná část plyne ze soukromých zdrojů(55%) a odhad činí 18% HDP v roce 2014. Soukromé zdroje je nutné do celkové zátěže na společnost počítat též, neboť ve svém ekonomickém důsledku nezáleží na tom, jestli peníze plynou od státu přerozdělením vybraných daní nebo přímo z kapes spotřebitelů (pomineme-li nyní nesporné motivační výhody trhu a neefektivitu centrálního hospodaření, ve zdravotnictví nicméně kontroverzní). Kdyby bylo zatížení menší např. o 5%, v případě spojených států by se jednalo o částku 556 miliard USD, a tedy na přijatelné úrovni 10,3%, soukromé osoby by těchto 556 mld. mohli investovat do jiných oblastí lidské činnosti a podpořit tím produkci a zaměstnanost v jiných odvětvích než je nákladné zdravotnictví. I přes tato ohromná čísla zůstává ve spojených státech trvale 17% (45mil.) lidí bez jakéhokoliv zdravotního pojištění (nespadající ani pod celostátní programy Medicare a Medicaid) a dalších 25 milionů jinak pojištěných se ocitá v průběhu každého roku na nějakou dobu bez pojištění. Disproporce v dostupnosti umocňují statistiky, kdy například pacientům mezi lety 65 – 69 se v USA provede 1,95x více karotických endarterektomií než v sousední Kanadě a ve věku nad 80 až 8x více. Velmi nákladných léčebných zásahů je prováděno mnoho, zatímco miliony občanů zůstávají bez důstojné základní péče³³.

V ČR byl v roce 2002 věk dožití ve zdraví při narození u mužů 66 a u žen 71, v USA 67 a 71, tedy srovnatelný, ovšem například úmrtnost do 5ti let věku byla u nás 4 a v USA 8. Ve státech západní Evropy se tento ukazatel pohybuje mezi 3 – 5 a věk dožití ve zdraví při narození je většinou na hodnotách 70 pro muže a 74 pro ženy³⁴. **Příčinou špatných ukazatelů kvality zdravotní péče v USA není nedostatek peněz, ale neefektivní systém.**

3.3.2 Systémově napravitelné plýtvání financemi ve zdravotnictví

Nastavení systému zdravotnictví je i přes řadu společných rysů mezi různými zeměmi pro každou společnost specifické a nelze ho příliš zobecňovat. Každá vláda každé země musí především analyzovat své vlastní chyby v systému, které vedou k neefektivnímu využívání jejich zdrojů. Snahy o analýzu nedostatků a jejich následné nápravy jsou předmětem řady odborníků a stojí na pozadí pokusů o reformu zdravotnictví, které se v naší zemi datují zpět až do roku 1989. Je to další oblast, kde lze nějakým způsobem zefektivnit výdaje. Předtím, než bychom začali nějakým způsobem znevýhodňovat pacienty, potažmo celospolečensky omezovat léčbu, na základě nedostatečných financí, je třeba odpovědět na otázky, jakým způsobem systém funguje a jestli je možné na něm něco změnit, překonáme-li politickou nevělu na straně jedné a nevělu zdravotnické veřejnosti na straně druhé. Detajlní diskuse na toto téma přesahuje rámec této práce, nicméně dvě systémové změny, jež by mohli při jejich vhodném využití vést k nemalým úsporám a tím pádem k distribuci zdrojů efektivnějším a spravedlivějším způsobem, jsou DRG a P4P (Pay-For-Performance) podle vzoru Velké Británie.

3.3.2.1 DRG

DRG(Diagnosis Related Groups) je systém, který začal vznikat již v 60. letech minulého století v USA. U nás se počalo s jeho zkoušením na experimentální úrovni v polovině 90. let a od té doby jeho vývoj značně postoupil, nicméně plné uvedení do praxe je stále v nedohlednu(dobrovolné vstoupení nemocnic do částečného financování formou DRG probíhá od r.2008). DRG, věnující se pouze akutní lůžkové péči, patří do skupiny tzv. Casemix systémů, které se snaží identifikovat plynutí financí ve zdravotnictví a jejich efektivního využití pomocí seskupování pacientů (grouping) na základě definovaných parametrů jako věk, pohlaví, porodní hmotnost, diagnóza, léčebné výkony apod. Je to v současné době jediný uznávaný systém objektivního posuzování zdravotního systému ve smyslu srovnávání kvality nemocnic, nákladnosti léčby,

sběru statistických dat aj. Je to systém, který by mohl, při jeho správném užití, vést k výraznému zlepšení poměru *zdravotní výdaje/efektivita zdravotní péče*, a ke zlepšení spravedlivé distribuce. Kombinuje v sobě dvě celkově nevýhodná nastavení, paušální a výkonové. Umožňuje léčit pacienty s dostatkem financí bez ohledu na jejich četnost v dané nemocnici a na rozložení jejich diagnóz čili nákladnosti a to způsobem, aniž by docházelo ke zbytečným procedurám či prodlouženému pobytu, ke kterému mohlo vést motivační nastavení výkonového systému. DRG systém je sice terčem nejedné kritiky, ty ovšem nevyplývají ze špatného konceptu Casemix systémů, ale z jejich konkrétního nastavení, z nastavení různých regulačních pravidel, která jsou dodatečná a nevyplývají ze základní filosofie. I přes řadu negativ, které sebou mohou při necitlivém nastavení přinést (zvýšená rehospitalizace v důsledku časného propouštění, zařazování pacientů do výhodnějších diagnóz, ekonomizace vztahu pacienta a lékaře, omezení jistých léčebných aktivit některých nemocnic s dopadem na daný region aj.), má tento koncept potenciál být přinejmenším výhodnější než současné nastavení^{35 36 32}.

3.3.2.2 P4P

Ve Velké Británii lze systém podobný DRG nalézt pod názvem HRG (Healthcare Resource Groups) spadající pod širší snahy ušetřit a zvýšit efektivitu, implementované v roce 2002 a souhrně označované jako PbR (Payment by Results) nebo QOF (Quality and Outcomes Framework)³⁷. Sem patří i zmiňovaný P4P (Pay for Performance), jež byl v roce 2004 zaveden v ordinacích rodinných lékařů (GP). Jedná se o snahu maximalizovat možnosti prevence na snížení nežádoucího zatížení zdrojů vlivem nezdravého životního stylu, non-compliance aj. GP jsou tímto nastavením motivováni (finančně) u pacientů minimalizovat určité rizikové faktory mající vliv na celoživotní morbiditu. Jedná se například o udržení hladiny glykovaného hemoglobinu u diabetiků na žádoucích hodnotách, vyléčené kuřáctví, zvýšenou compliance a další³⁸. Kritériích posuzované kvality je celá řada a patří mezi ně např. i spokojenost na straně pacientů. Příjmy britských praktických lékařů se tímto mohou zvýšit až o 40 tisíc liber ročně (v

průměru se jedná o 23 tis.), ovšem v případě nedosáhnutí ani jednoho bodu(z 1050 za rok) za příslušná opatření, nedochází k žádné penalizaci a GP dostává stejný plat, jako dříve³⁹.

Vzhledem k faktu, že většina zdravotních problémů se řeší v ČR právě v ordinacích primární péče (cca90%), bylo by na místě ji skutečně posílit a to jednak implementací motivačních prvků typu P4P v ordinacích PL, čímž by se více realizoval jejich vysoký preventivní potenciál, a jednak, vzhledem k případnému nárůstu doby strávené s jedním pacientem, též i jejich množstvím. Na místě by bylo vedle jejich počtu posílit také jejich kompetence v určitých oblastech, které mohou jednosuše zvládnout, aniž by bylo nutné pacienta odesílat k dalším nákladným odborníkům. Jednou z těchto by mohla být, mimo mnohé jiné, například dispenzarizace diabetiků II.typu⁴⁰.

V roce 2007 byly náklady na zdravotní péči praktických lékařů (odbornost 001 a 002) hrazené VZP 5 407 547 tis.Kč. Vzhledem k celkovým výdajům VZP na zdravotní péči, které činily 122 681 245 tis.Kč, se jedná pouze o zlomek výdajů(4,41%).⁴¹.

Přesto, že tato část zdravotní péče řeší přibližně 90% zdravotních problémů, spotřebovává méně než dvacetinu zdrojů (je třeba k tomuto připočíst i náklady na léky, které relativně tyto výdaje navyšují na cca.10%). Efektivní motivační nastavení a vyšší alokace zdrojů do této oblasti musí vést z dlouhodobého hlediska k úsporám, věříme-li skutečně, že vyšší dodržování preventivních opatření vede skutečně k nižšímu výskytu příslušných onemocnění (např.hladina cholesterolu, BMI, kuřáctví a jejich vztah ke KV chorobám). Nevěříme-li, že by jejich lepší kontrola vedla k dlouhodobím úsporám(finančním i zdravotním) pak nevěříme zároveň v jejich souvislost s nemocemi nebo v souvislost těchto nemocí s finančním zatížením. Příslušná opatření mají tento efekt lepších preventivních ukazatelů a důkazem je již 5ti letá zkušenost Velké Británie. Je třeba na tomto místě ale upozornit, že příklad Velké Británie je též plný kontroverzních důsledků. Souvisejí ale s konkrétním nastavením QOF a ne se základním principem lepšího nastavení motivace⁴².

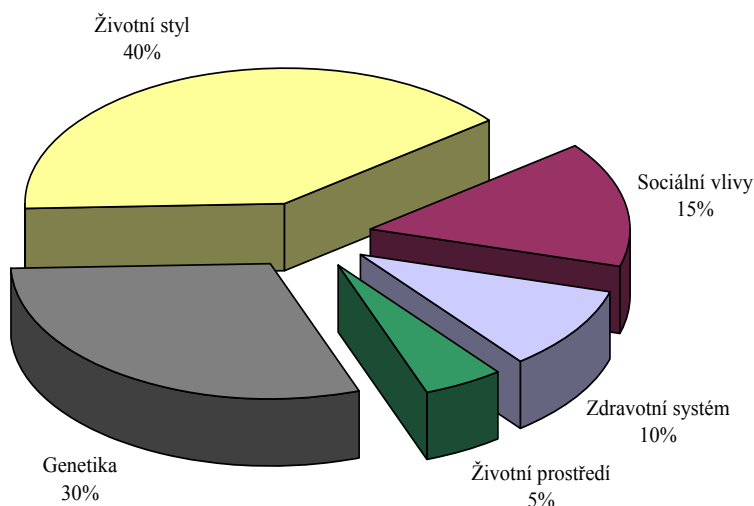
O nezbytnosti tohoto přístupu se jasně zmiňuje i WHO v dokumentu *Health 21*(Cíl č.15 – Integrovaný zdravotní sektor)⁴³.

Jako nejvýznamnější oblast vlivu na poměr *zdravotní výdaje/zdravotní stav populace* se ukazuje zejména reálná potřeba zdravotní péče na straně spotřebitele. Reálnou potřebou zdravotní péče na straně spotřebitele se zde myslí, po odečtení takových neduhů jako nadužívání zdravotní péče nebo zbytečná či ekonomicky nevýhodná diagnostická či léčebná opatření, skutečná potřeba péče daná skutečnou poruchou zdraví.

3.3.3 Reálná potřeba zdravotní péče na straně spotřebitele

Potřeba zdravotní péče každého člověka přichází ve chvíli, kdy dojde k nějakému poškození zdraví, ať již k tomu různou měrou přispěla genetika, chybná lékařská intervence, vlastní chování, přenosná infekce v prostředí, smůla a nebo cokoliv jiného. Vliv na zdraví jedince z různých oblastí je často popisován procentuálním vyjádřením podílu životního prostředí(15%), zdravotního systému(10%), genetiky(15%) a životního stylu(60%). Tyto proporce jsou často v české literatuře udávány bez uvedení příslušného zdroje a bez vysvětlení, co přesně tato procenta vyjadřují. Jakoby nás měli spíše účelově přesvědčit o významu životního stylu než nám něco vědecky dokázat. Následující **GRAF 4**, převzatý z americké učebnice interní medicíny, znázorňuje determinanty zdraví a jejich procentuální podíl³³.

Determinanty zdraví



GRAF 4 Zdroj McGinnis (viz.ref.⁴⁴)

Vychází z práce, kde její autor udává na základě svých analýz odhad míry vlivu v jednotlivých oblastech. Nicméně pouze u zdravotního systému se zmiňuje o podstatě zmiňované proporce. Tvrdí, že kdyby se eliminovaly všechny chyby, jichž se lékaři a další součásti zdravotního systému při léčbě dopustí, a kdyby se zlepšila dostupnost zdravotní péče, dala by se snížit celková předčasná mortalita o 10 - 15%. Určitou námitku je třeba vznést proti rozdělení vlivu životního stylu a sociálních okolností, neboť autor neuvádí, co přesně spadá pod tyto kategorie. Není možné oddělovat sociální vlivy (kam patří např. míra dosaženého vzdělání či společenské postavení) a životní styl. Tyto dvě oblasti jsou složitě propleteny a jedna závisí na druhé. Z tohoto rozložení vidíme, že podíl životního stylu na předčasných úmrtích, počítáme-li do této kategorie i sociální vlivy, je cca. 55%. Někde je uváděn dokonce údaj 70%⁴⁵. V našich i jiných podmínkách se často setkáme s podílem 60%⁴⁶. Budeme-li tedy vycházet z předpokladu, že předčasných úmrtí a zbytečných onemocnění, kterým se lze vyhnout (respektive

eliminovat a nahradit je jinými, celkově(pravděpodobně) méně nákladnými, s výskytem v pozdějším věku) je asi 60%, musíme připustit, že množství financí, které tímto způsobem zbytečně uniká, **může** být ohromné. Předtím než začneme přijímat opatření, snižující toto procento, která by vedla k pocit'ovanému znevýhodnění některých skupin pacientů, je třeba nalézt jiná opatření jak dosáhnout tohoto cíle, která k omezení nevedou a ty považovat za více prioritní.

3.3.3.1 Možnosti vedoucí ke snížení nežádoucích důsledků nezdravého životního stylu

Takových možností je jistě nespočet, omezím se zde pouze na dva příklady pro ilustraci. Prvním jsou investice do preventivních opatření a jejich efektivita a dále možnost jak snížit výskyt rizikového faktoru, který je považován za nejzávažnější z hlediska svých zdravotních a ekonomických důsledků pro společnost, a sice kuřáctví.

Prevence rizikových způsobů chování již od útlého věku je právem považována za možnost s největším možným pozitivním celospolečenským efektem. Důvodem proč se prevence, i přes své ohromné možnosti, neteší příliš velkému politickému zájmu je fakt, že péče o zdraví přináší konkrétní výsledky až za delší časové období⁴⁷. Česká Republika investuje do prevence podle OECD pouhých 3% jejich celkových zdravotních výdajů. Vzhledem k OECD statistikám z průměru nijak nevybočujeme, ale v porovnání například s Kanadou (8%), která patří mezi země s nejnižší prevalencí kuřáctví (méně než 20%), nebo Maďarskem či Německem (5%), jsme na tom poněkud hůře⁴⁸. V roce 2007 byly výdaje na prevenci (v mil.Kč) 5227, což činí přibližně 2% z celkových výdajů na zdravotnictví a část odpovídající za prevenci nepřenosných nemocí činí lehce nad 1%. U prevence rizikových způsobů chování by se nemělo jednat pouze o edukační činnost a podobné aktivity, neboť dosavadní zkušenosti dokládají, že samotná zdravotní výchova není příliš účinná⁴⁹. Je třeba vytvořit vlivný aparát, který bude produkovat efektivní preventivní plány a který bude zároveň schopný následného politického vlivu tyto účinné metody implementovat do společnosti. Toho není možné dosáhnout s tak malým objemem zdrojů.

Co se týká kuřáctví, existují potencionálně velmi účinné metody ke snížení prevalence nemocí, které jsou jeho důsledkem. V současné době jsou kuřákoví ponechány prakticky pouze dvě možnosti: přestat kouřit nebo zemřít dříve. Je známo, že nemoci nezpůsobuje nikotin (i když je přítomno velmi malé relativní riziko pro některá onemocnění), ale stovky dalších sloučenin, které jsou součástí kouře vznikajícího spalováním tabáku. Kuřák nemusí, aby se vyhnul vysokému riziku vzniku CHOPN, rakovině plic nebo infarktu, opustit nikotin, ale kouř. Riziko plynoucí z celoživotního příjmu nikotinu jinou cestou než kouřem je prakticky nulové v porovnání s důsledky užívání cigaret. To si uvědomuje jen velmi málo kuřáků. V roce 2001 se v průzkumu provedeném v USA ukázalo, že 53% lidí si myslí, že nikotin způsobuje rakovinu a dalších 14% neumělo odpovědět. V jiné studii z Velké Británie z roku 2005 bylo dokonce zjištěno, že 22% praktických lékařů se obává, že substituční terapie nikotinem je stejně škodlivá jako kouření. Je třeba společnost informovat o všech možných **celoživotních** alternativách kouření, informovat o jejich relativních rizicích pro různá onemocnění a zasadit se o jejich propagaci, aby se dostali do povědomí všech lidí. Je třeba veřejnost informovat, že mají-li hrůzu z důsledků kouření (70% kuřáků nechce kouřit) a zároveň hrůzu z abstinčních příznaků (úzkosti, deprese, nižší pracovní výkonnost, nadváha aj.), existuje řešení, kterým je **doživotní** náhrada zdroje nikotinu. Vedle komerčních nikotinových náhrad (v rámci NRT), které jsou z hlediska celoživotního užívání neatraktivní (o tom svědčí velmi malé procento kuřáků, kteří jednak o této možnosti vědí a jednak ji také využijí) a v současné době také nákladné, se v současné době nabízí velmi slibný *Švédský snus*. Tento tabákový produkt, užívaný 27% populace v zemi s téměř nejnižší prevalencí kuřáctví (18%) a s nejnižší úmrtností v důsledku kuřáctví mezi lety 39-65 (5x nižší než v ČR), by mohl dát kuřákům další a podle všeho efektivnější (míníme-li efektivitou celospolečenský pokles zdravotních důsledků kouření) alternativu, jak zkoncovat se svou zdraví škodlivou závislostí^{50 51 52}.

Celkový pohled na problematiku švédského snusu a jeho možnosti minimalizovat zdravotní rizika v důsledku nikotinismu shrnuje Královská lékařská společnost (Royal College of Physicians) v dokumentu z října 2007. Na str. 147 uvádějí relativní riziko pro celé spektrum nemocí⁵³. Švédský snus je

v současné době v celé EU (kromě Švédska) zakázán stejně tak, jako jiné ST(smokeless) tabákové produkty, i přesto, že jeho potenciální přínos pro veřejné zdraví by mohl být veliký. Existují sice i kontroverzní názory na zavedení ST produktů, které tvrdí, že jde pouze o marketingový tah tabákových korporací, jak navázat důležitý a výhodný kontakt se spotřebiteli (jako zajistily v 50. letech filtry a v 70. letech lehké cigarety), ale i oni se přiklánějí k lepší regulaci trhu, aby i všechny ostatní alternativy příjmu nikotinu, které jsou prokazatelně méně škodlivé, byly pro spotřebitele dosažitelné stejně tak, jako jsou dnes cigarety⁵⁴. Nejsme-li schopni přistoupit k přísné regulaci trhu s tabákovými výrobky ve jménu lepšího zdraví, aby cigarety nebyly na dosah každému dítěti, měli bychom přijmout alespoň méně škodlivé alternativy, které se nabízejí. Obzvláště v České Republice, kde mezitím, co poslanci nejsou schopni odhlasovat ani trapný zákaz kouření v restauracích (počátkem června 2009 neprošel), ve Švédsku již diskutují zákaz kouření na venkovních zahrádkách restaurací.

Jak jsme uvedli, jsou tři úrovně, kde lze snížit absolutní nebo relativní nákladnost zdravotní péče. Zdá se, že největší úspory lze dosáhnout ve třetí oblasti (i když jisté to zdaleka není, viz.kap.3.7), neznamená to však, že je správné vinit za to pouze jedince samotného. Možností, jak omezit špatnou svobodnou volbu člověka a z ní vyplývající důsledky, existuje celá řada. Je zásadní určit, kdo je za ten či onen životní styl odpovědný v tom smyslu, do jaké míry ho může změnit. Podívejme se nejdříve na příčinu vzniku konceptu, který klade takový důraz na svobodnou volbu životního stylu a na z toho vyplývající důsledky a důraz na odpovědnost jedince. Vlivů v historii bylo jistě mnoho a nedají se jednoduše paušalizovat několika postřehy, nicméně jeden z nich beze sporu vyčnívá. Jedná se o tzv. *Lalonde Report*.

3.4 LALONDE REPORT

Velmi často se při diskusi o zdravotních a ekonomických dopadech životního stylu nepřímo odkazujeme na původní práci z roku 1974, ve které

tehdejší kanadský Ministr zdravotnictví Marc Lalonde kategorizoval vlivy podílející se na zdraví člověka do několika skupin. Lalonde tímto dokumentem, kde analyzoval příčiny předčasného úmrtí, velmi efektivně pozměnil náhled na cestu vedoucí ke zdraví společnosti, která se do té doby orientovala spíše na zdokonalení technické stránky zdravotní péče. Ve svém pojetí nazvaném *Health Field Concept* rozdělil zdravotní oblast zájmu do čtyř různých kategorií se svým vlastním vlivem a podílem na utváření výsledného zdravotního stavu. Jsou to tyto: *biologie člověka, životní prostředí, životní styl* a nakonec vlastní institucionální *zdravotní péče*. Svůj dokument začíná v předmluvě slovy: „Dobré zdraví je základem, na kterém stojí pokrok společnosti. Národ zdravých lidí může dělat ty věci, které činí život smysluplným a stoupá-li úroveň zdraví, stoupá i potenciál pro štěstí“⁵⁵.

Jak z průběhu celé zprávy vyplývá, záměr byl ctnostný a jednoznačný: dlouhodobě zlepšit úroveň zdraví ve společnosti. Dosáhnout se toho mělo tím, že tehdejší jednostrané investice do zdravotnictví zaměřené na zdokonalování kvality poskytované péče, měly vystřídat i jiné oblasti, jako například podpora primární péče, prevence apod. V té době se zdokonalení zdravotního systému rovnalo vyšším investicím do medicínské kvality poskytované péče, což nemohlo samo o sobě stačit. Analýzou hlavních příčin předčasného úmrtí obyvatel, kde předčasné úmrtí bylo definováno jako úmrtí před střední délkou života, určil, které z preventabilních příčin smrti hrají největší roli a na co je třeba se zaměřit, aby k těmto předčasným úmrtím nedocházelo. Tvrdí, že každé předčasné úmrtí je třeba statisticky analyzovat a určit, do jaké míry se na něm podílejí které ze čtyř zmiňovaných oblastí. Popisuje řadu zdravotních vlivů jak externích, které nesouvisí se životním stylem, tak těch, které s ním souvisí. Co se týká životního stylu, při úvahách o příčinách nemocí odmítá jakékoliv vědecké „ano, ale..“ a tvrdí: „Je lepší cvičit než necvičit, být hubený než mít nadváhu, jíst dostatek zeleniny a ovoce místo jednostranné vysokotučné stravy bez vlákniny apod“. To chápe jako hlavní argument pro to, aby takový ideální způsob životního stylu byl celospolečensky žádoucí. Jak píše: „Individual blame must be accepted by many for the deleterious effect on health of their respective lifestyles“.

Dále vysvětluje, že příčinu každé konkrétní morbidity či mortality lze výjádřit proporciálně přiřazením k jedné ze čtyř zmíněných oblastí podle jejího vlivu. V celé zprávě se ale zmíní o případném procentuálním rozložení pouze jednou a to u příčiny úmrtí následkem havárie motorového vozidla. Doslova se zmiňuje, že poměr zastoupení je v tomto případě mezi životním stylem, prostředím a zdravotní péčí něco jako 75%, 20% a 5% respektive. V souvislosti s chováním vytváří seznam lidských aktivit, která mají vliv na různá onemocnění. Klade důraz na životní styl, který je z jeho pohledu výsledkem převážně svobodné vůle a jakýkoliv koncept vycházející z determinismu explicitně neuznává. Ne však z důvodu, že by nebral v potaz vlivy i mimo lidskou vůli, ale vzdáním se konceptu svobodné vůle ve vztahu k rizikovým faktorům by vedlo ke snížení šance určité části na jejich eliminaci(str.36). Závěrem uvádí 74 praktických návrhů na vládní intervence, jak na základě jeho doporučení v následujících letech dosáhnout efektivnějšího zdravotnictví a zdravější populace.

Lalondeho report byl bez pochyby první svého druhu a je považován za cenný přínos významně transformující myšlení ohledně cest vedoucí ke zdraví a to nejenom v Kanadě, ale celosvětově. Vřele byl přijat například v USA, Británii nebo ve Švédsku, i když byl později překonán jinými a často lepšími koncepty. Nicméně čelil také nejedné kritice a to především pro nadměrný důraz kladený právě na životní styl a naopak velmi slabý důraz na vliv prostředí. Také pohled na determinanty zdraví a tzv.*self-imposed* rizikové faktory, připomínající *victim blaming*(viz.dále), se v následujících letech velmi změnil⁵⁶.

Přesně jak vyplývá z předchozí publikace, která je stará již více než 30 let, se Lalonde nechal příliš lákat možnostmi a významností osobní vůle a její mocí minimalizovat rizikové faktory. Vliv této práce byl mimo jiné také na následnou mezinárodní konferenci primární péče v Alma Ata⁵⁷.

Důsledkem absolutizace individuální svobodné volby, a jejího vlivu na zdraví, je vžitý, a možná i dále narůstající, negativní přístup k „nezodpoedným“ jedincům nazývaný *victim-blaming*. Popisují ho v následující kapitole.

3.5 VICTIM BLAMING

Anglický pojem „victim-blaming“ znamená v překladu obviňování oběti. V souvislosti s přístupem k pacientům se tento pojem poprvé objevuje ve Velké Británii, a jiných anglicky mluvících zemích, na počátku osmdesátých let minulého století. Důvodem byly dlouhodobé státní programy podporující zdravý životní styl formou zdůrazňování individuální odpovědnosti na úkor jiných a mnohem významějších determinant zdraví. V průzkumech veřejnosti se ukazovalo silné a jednostranné následující přesvědčení: **„Svobodně zvolený způsob chování je tím nejdůležitějším, co ovlivňuje zdraví jedince“**. Všechna vědecká odhalení o souvislostech mezi jistými rizikovými faktory životního stylu a následnými nemocemi, neustále se valící na diváky z televizních zpráv a čtenáře z novin a různých časopisů, vytvářela pocit, že snad každému onemocnění je možno vlastní vůlí předejít. To vedlo ke všeobecně rozšířenému názoru, že téměř každý, koho postihne nemoc ze skupiny „preventabilní“, je zcela vinen a musí nést důsledky⁵⁸.

Pojmem Victim blaming obecně označujeme takový postoj jedince k neštěstí druhého člověka, ve kterém je postižený za své neštěstí obviňován a odsuzován, na základě přesvědčení, že si za danou situaci může zcela sám, bez ohledu na nějaké jiné příčiny.

Obviňování oběti je reálný fenomén existující nejenom obecně mezi lidmi, ale významně i mezi zdravotníky při jejich přístupu k pacientovi. Nejedná se pouze o náhled neetický a nespravedlivý sám o sobě, ale může být i příčinou podužívání zdravotní péče ze strany pacientů. Významně o některých negativních dopadech politiky prosazování zdravého životního stylu informuje celá řada studií, které byly provedeny především ve Velké Británii.

3.5.1 Studie popisující victim-blaming v praxi

3.5.1.1 Studie č.1

Cílem studie *Victim-blaming revisited: a qualitative study of beliefs about illness causation, and responses to chest pain*, bylo prozkoumat, do jaké míry se vyskytuje osobní odpovědnost a sebeobviňování za špatný zdravotní stav u pacientů s bolestí na hrudi⁵⁸. Studie byla prováděna v Glasgow a respondentů bylo celkem 60, z čehož 30 (15 žen a 15 mužů) bylo vybráno z oblasti s nízkou socioekonomickou úrovní a druhých 30 (15 žen a 15 mužů) pocházelo z bohaté čtvrti. Všichni měli námahovou bolest na hrudi s věkem mezi 45 až 64 lety. Rozhovory byly provedeny praktickým lékařem, což bylo respondentům před začátkem interview objasněno, a dotazovací schéma zahrnovalo otázky, jak pacient vnímá příčiny svého onemocnění. Individuální odpovědnost a sebeobviňování dotazovány nebyly, ale v případě zmínění respondentem byly dále prozkoumány. Výsledky studie byly rozděleny do tří částí. Názory na kardiální rizikové faktory, známky sebeobviňování a percepce obviňování ze strany lékařů.

3.5.1.1.1 Názory pacientů na kardiální rizikové faktory

Respondenti trvale rozpoznávali souvislost mezi kardiálními rizikovými faktory a srdečním onemocněním. Po rodinné zátěži bylo druhým nejčastějším zmiňovaným faktorem rizikové chování. Nejčastější bylo kouření, dále strava, nadváha a nakonec nedostatek pohybu. Nejčastější typ odpovědi na otázku: „Myslíte si, že jste v riziku pro srdeční onemocnění?“ byl „Hmm, asi ano, ehm, protože kouřím. Kdybych nekouřila tak ne, to bych nebyla“, jak konkrétně odpověděla jedna žena. Co se týká stravy, většina respondentů považovala za riziko pro srdeční onemocnění potravu s vysokým obsahem tuků, cholesterolu a nedostatku ovoce a zeleniny. Stejně tak většina zmiňovala jako možnou příčinu jejich onemocnění nedostatek pohybu. Dále byl zmiňován také stres a smůla.

3.5.1.1.2 Znamky sebeobviňování

Často bylo možno se v odpovědích setkat se známkami sebeobviňování. Jak řekla jedna žena: „Vždycky jsem si myslela, že srdeční potíže jsou způsobeny tím, jak se o sebe člověk staral, víte? To byl můj názor“. Dva muži, kteří měli CHOPN a městnavé srdeční selhání věřili, že jejich zdravotní problém je jejich zásluha. Když bylo namítnuto, že by se mohlo jednat pouze o smůlu, jeden odpověděl: „Ach, smůla? To si nemyslím. Dostanete pouze to, co si zasloužíte“. Další na to řekl: „No, asi jsem se týral a teď za to platím“ na otázku „Co myslíte tím týral se?“ dodal: „Kouřením, přeci“. Jiná žena se cítila vina za svůj stav a vyjádřila to slovy: „Vím, že emfyzém nakonec poškozuje srdce a i když jsem věděla, že mám emfyzém, ani trochu mě to od kouření neodradilo. Takže předpokládám, že cokoliv se mi děje si sakra zasloužím, protože jsem věděla, jaký bude výsledek“. Řada respondentů typicky reagovala způsobem, kdy dávali najevo, že si přijdou, jakoby doktorům plýtvali drahocenným časem, ve kterém by mohli být léčeni lidé, kteří si to více zaslouží. Komentář jedné ženy byl: „Cítím, jakobych plýtvala časem druhých, víte? Je spousta daleko nemocnějších lidí než jsem já“. Podobných tvrzení byla celá řada, omezil jsem se zde jen na některá pro ilustraci. Další důležitou součástí studie bylo odhalení postoje lékařů.

3.5.1.1.3 Percepce obviňování ze strany lékařů

Kromě sebeobviňování nastíněném výše zmiňovali dotazovaní také přesvědčení, že budou obviňováni i ze strany lékařů. U některých to bylo z důvodu jejich zkušenosti, kdy byli takto obviněni již v minulosti. Jak tvrdí jeden z respondentů: „On (PL) se nekouká příliš nadšeně na alkoholika. Když za ním zajdu s čímkoliv špatným okamžitě říká, to je ten chlast (smích) a tak plesk, plesk, zapomeň na to. Zřejmě tomu přikládá všechny problémy, které mám“. Někdy dokonce zmiňovali, že je jim bylo vyhrožováno, nepřestanou-li kouřit, že příště nedostanou léky, jak uvádí jiný příklad 64 letého muže: „Řekl mi: ‚Vyžadujete léky, abyste žil. Kouříte?‘ a já říkám: ‚Ó ano‘ a on na to: ‚Dobrá. Tady máte své léky. Recept šitý přímo na Vás, ale jestli příště budete stále kouřit, neobtěžujte se sem chodit, nic ode mne nedostanete.‘“ Dále jedna žena ve věku 47 let popsala

svou zkušenost slovy: „Ani se na mě nedíval, stále si něco čmáral a při tom se mnou mluvil: ‚Jestliže to svoje kouření nezabalíte nebudete tady v příštích dvou letech‘, říkám: ‚Doufám, že uvidím svou vnučku, a doufám, že je uvidím růst a budu si jí užívat‘, na to odpověděl: ‚Není možnost, jak byste tohle mohla dělat, když neskončujete s kouřením, budete šťastná, když ji uvidíte dva roky‘, řekla jsem: ‚Zkoušela jsem to, ale jistě se budu snažit více‘ a pak jsem odešla a do očí se mi valily slzy.“ K dalším rozhovorům zde odkazuji na příslušnou studii.

Těmito rozhovory bylo zjištěno hned několik skutečností. Jednak fakt, že si pacienti v této studii plně uvědomují vztah mezi zdravotně rizikovým chováním a jeho možnými následky, kterými trpí, a dále, že většina dotázaných byla přesvědčena, že to jsou právě a jenom oni, kdo si za svou nemoc skutečně mohou a také, že je spravedlivé, aby nesli následky. A nakonec studie odhalila, že několik pacientů vyjadřovalo dokonce obavy z kontaktu s lékařem, který by je mohl vinit a moralizovat. Bylo i následně zjištěno, že někteří váhali nebo někdy dokonce vůbec nevyhledali lékařskou pomoc ve chvíli potřeby právě z těchto obav. Toto bylo mimo jiné prokázáno i v jiných studiích, ve kterých se ukázalo, že necitlivá snaha lékařů radit ohledně škodlivosti kouření vedla ke zpoždění či nedostavení se k prohlídce.⁵⁹

Výsledkem této studie je následující závěr: Důraz lékařů na nezdravé chování může pacienty odradit od hledání zdravotní péče. Doporučení k životnímu stylu by mělo být předkládáno s respektem ke zdravotním názorům a socioekonomickému kontextu pacientů. Další průzkum by měl být zaměřen na odhalení dalších možných negativních důsledků politiky zdravotních doporučení.

V tomto případě se nejedná pouze o psychologicky nezvládnutý problém, který namísto svého dobrého úmyslu způsobuje u postižených úzkosti, deprese a výčitky ústící často ve váhání vyhledat lékařskou pomoc, ale že jeho nemístost je zde především z důvodu vážné nespravedlnosti, založené na předsudcích. Ponechme nyní stranou fakt, že něco prostě v silách jedince není, ale jak se můžeme dočíst v dalším článku věnovaném obviňování obětí⁶⁰, úzkostlivá zdravotní doporučení na životní styl vlastně nemohou z principu u některých jedinců mít příliš velký efekt na zdraví či ekonomickou prosperitu celé

společnosti i kdyby byly důsledně dodržovány. Jejich efekt by byl nějaký a jistě nezanedbatelný, nicméně existují i jiné oblasti, kde by efekt nějaké vhodné intervence byl několikanásobně větší. Na příkladu Neila, pacienta, který dostane srdeční infarkt a je lékaři označen na základě prvního dojmu za klasického povaleče (couch potato), ukazuje, že ve světle stanovení jeho rizika podle Health Risk Assessment of the Center for Disease Control týden před infarktem a stanovením případného rizika při důsledném naplňování zdravotních doporučení, se celé doporučení jeví jako velmi neefektivní postavíme-li tento potenciální efekt do kontrastu například s rizikem řízení motorového vozidla. Riziko, které měl bylo 36/100000 a snížit by se dalo v případě lepšího životního stylu na 21/100000, což se rovná záchraně 15 lidí na každých 100000 obyvatel. Nicméně riziko pro dopravní nehodu při ujetí 20000 mil za rok je 379/100000 a při snížení na 10000mil za rok by riziko kleslo na 100 čili o 279 lidských životů na každých 100000 obyvatel. Zde jedná o konkrétní případ 33letého muže, který je navíc obviňován za povaleče neprávem na základě vzhledu, nicméně právě tento konkrétní případ byl nespravedlivě souzen. Právě tento a jemu podobní mohou být terčem předsudků. Na základě domnělého neomezeného efektu životního stylu, nelze přeci odsuzovat každého člověka, který vypadá, jako že je na pozadí nějakého našeho ideálu zdravotně nezodpovědný. Jaké právo máme v tomto případě tvrdit, že je tento člověk povaleč a nese vinu na tom, co se mu stalo, když jakákoliv intervence do životozprávy jeho a jemu podobných by zachránila pouze 15 lidí ze sta tisíc, zatímco nějaká opatření, která by jedince ve stejné kategorii přiměla jezdit 10000 mil za rok namísto 20000 mil, by zachránila celých 279?

3.5.1.1.4 Studie č.2

Mezi další studie vhodné na tomto místě zmínit patří článek *Stigma, shame, and blame experience by patients with lung cancer: qualitative study* publikovaný v British Medical Journal roku 2004⁶¹. Bylo dotazováno 45 pacientů s rakovinou plic za účelem zjištění jejich zkušenosti se stigmatizací. Výsledkem bylo zjištění, že stejně jako u jiných typů rakoviny, i u rakoviny plic jsou

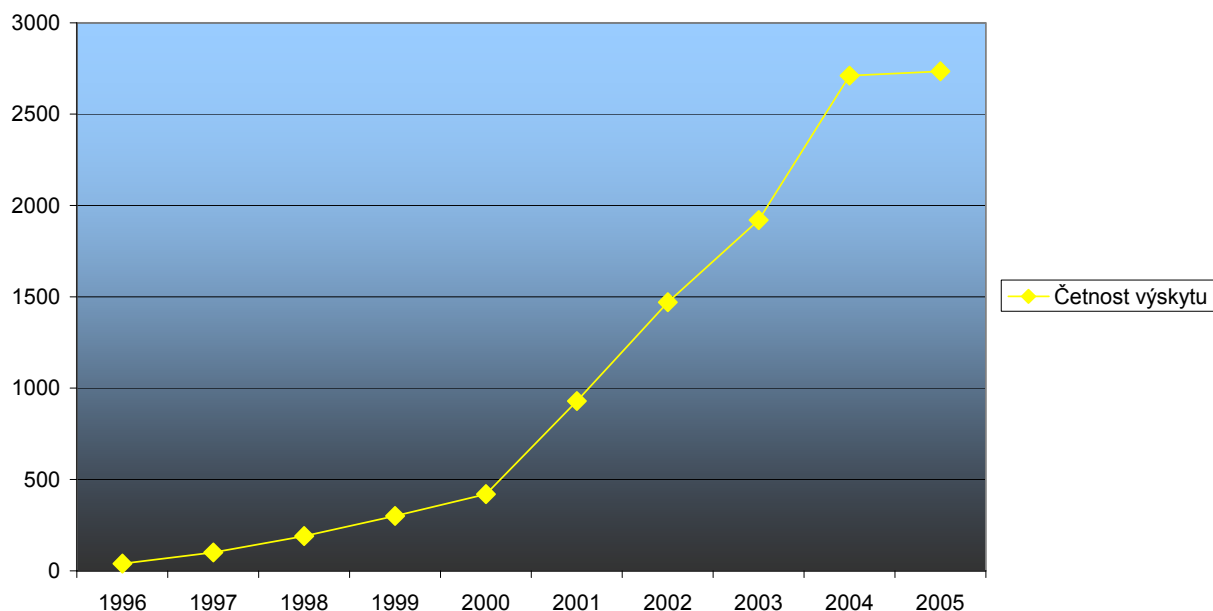
postižení stigmatizování a to bez ohledu na typ rakoviny a na skutečnost jestli byli kuřáci či nikoliv. Interakce s rodinou, přáteli i lékaři byla často diagnózou, obecně laicky nazývanou rakovinou plic, negativně poznamenána. Ti, kteří přestali kouřit před dlouhou dobou a ti, kteří nekouřili nikdy, se cítili neprávem obviňováni. Někteří svou diagnózu dokonce tajili. Často se objevovaly názory, že na jejich stigma mají velký podíl i média a jejich necitelné zobrazování důsledků kouření zvyšující strach a úzkost. Ti, kteří odolali fenoménu victim-blaming, zmiňovali jako viníka tabákové korporace a jejich bezpáteřních politických praktik. Řada pacientů vyjadřovala obavy, že stigma spjaté s touto nemocí může postihnout diagnostiku, přístup k péči a investice do výzkumu rakoviny plic. Závěrem této studie bylo opět doporučení, že by programy zaměřené na prevenci závislosti na tabáku měly být prováděny citlivěji a se snahou předejít zmíněným negativním důsledkům.

3.5.1.1.5 Studie č.3

Následující studie s názvem *Válka proti obezitě (War on Obesity)*⁶² vypracovaná v Australském prostředí, reflektuje problémy spojené s propagací ideální váhy (ideální BMI), a její obavy a výsledky jsou plně aplikovatelné na kteroukoliv společnost ve vyspělém světě.

Mezi lety 1995 – 2005 došlo v Austrálii k vývoji tzv. obscese z tělesných proporcí, jíž dokládá následující **GRAF 5** zobrazující nárůst četnosti slova „obesity“ v titulcích novinových článků (za rok).

Četnost výskytu slova "obesity" v australských a novozélandských novinových článcích v letech 1996 - 2005



GRAF 5 Zdroj O'Hara L.(viz.ref.⁶³)

Tento vývoj reflektuje současný trend problematizovat nadváhu jako nežádoucí ze společenského hlediska. Autoři zde kritizují tzv. *weight-centered health paradigm* (váhově centralizované zdravotní paradigma, rozepsané níže) a poukazují na jeho negativní důsledky podložené průzkumy a navrhují více aktivnější a soucitnější přístup k lidskému zdraví, který by byl založený na důkazech efektivnosti daných přístupů, a formulují tzv. *health at every size* (volně přeloženo: zdraví pro každou tělesnou váhu).

Weight-centered health paradigm

- Váha je převážně dobrovolná a pod kontrolou jedince.
- Váha je důsledek nerovnováhy mezi příjmem a výdejem energie.
- Současný zdravotní stav jedince může být vysvětlen, a budoucí riziko odhadnuto, na základě BMI kategorie.
- Nadměrná váha je příčinou nemocí a předčasných úmrtí.

- Metodou úspěšné a udržitelné váhové redukce je fyzická aktivita a změna stravovacích návyků.
- Snížení hmotnosti na zdravotně optimální vede k lepšímu zdraví.

Základní etický princip všech zdravotních profesionálů je především nikomu neublížovat. Autoři zastávají názor, že do té doby, než budou k dispozici relevantní data o tom, že riziko mít nadváhu je větší, než riziko z negativních důsledků boje proti ní, je třeba připustit, že snahy o její eliminaci mohou být horší, než stav samotný. Řada průzkumů, jež uvádějí autoři, ukazuje následující negativní důsledky propagace ideální váhy:

Nespokojenost: Nespokojenost se sebou samým a s tvarem svého těla, především u žen, ale též u mužů, má v západní kultuře extrémní prevalenci^{64 65}.

Poruchy výživy: Zdraví poškozující redukční diety počínají většinou již ve věku 14let a souvisejí s ní poruchy koncentrace a učení. V 95% případů dojde ze střednědobé a dlouhodobé perspektivy k opětovnému přibrání na původní úroveň, často i vyšší. Jo-jo efekt byl asociován se zvýšenou úmrtností na kardiovaskulární choroby. 1% populace trpí mentální anorexií a 3% bulimií. 56% amerických dívek a 28% chlapců v 9th grade (14 – 15 let) praktikuje zvracení, hladovění a kouření pro váhovou kontrolu nebo užívání léků na hubnutí, laxativ apod⁶⁶. Z dlouhodobého hlediska toto vede k ještě většímu nárůstu váhy.

Diskriminace: Byla zjištěna výrazná diskriminace lidí s větší váhou než průměrnou. Byl též zjištěn malý, nicméně rostoucí, výskyt sebevražd v důsledku nadváhy u lidí, kteří byli z tohoto důvodu terčem šikany.

Úmrtí: Se snahami dosáhnout zdravotně ideální váhy a esteticky dokonalejšího tvaru těla se pojí značné množství onemocnění a předčasných úmrtí.

Autoři navrhují, jak již bylo zmíněno, jiný koncept tzv. *health at every size paradigm*. Je založen na podpoře zdravého životního stylu formou zdůrazňování emoční, fyzické, společenské a duchovní potěchy, kterou sebou přináší zdravější stravování a pohyb, spíše než zdůrazňování hubnutí za účelem ideální „zdravé“ váhy. Podporuje příjem potravy na základě fyziologických signálů hladu, sytosti a uspokojení, oproti nějakým vnějším stravovacím plánům a dietám. Odmítají pojem „ideální“ váha a hubnutí pomocí redukčních diet, léků,

programů na hubnutí a chirurgických produktů s primárním cílem zhubnout. Odmítají domněnky a předsudky založené na tělesném vzhledu, který má být evidencí toho, jak je daný jedinec fyzicky aktivní, jaké má stravovací návyky, jakou má osobnost, morální charakter a psychický nebo zdravotní stav. Nakonec odmítají jakýkoliv útlak z důvodu tělesné mohutnosti a to jakoukoliv formou (např. skrytý útlak v médiích, v inzercích programů na hubnutí, v reklamách na zdravou výživu aj.). Tento koncept se snaží především opustit přílišné a kontraproduktivní soustředění na hubnutí a ideální tělesnou váhu a zavést zdraví pro všechny bez ohledu na jejich tělesný tvar. Autoři dokládají zdravotní benefity tohoto přístupu několika studiemi.

V předešlých kapitolách se mluvilo o fenoménu victim-blaming a dalších negativních důsledcích propagace zdravého životního stylu. Jednalo se sice o studie provedené v cizích zemích vyspělého světa, nicméně tento koncept má bezpochyby co říci i v našich podmínkách. U nás je vliv těchto negativních důsledků politiky zdravého životního stylu také významný (podle mínění autora). V jiných vyspělých státech se ho již snaží řešit, nejenom na intelektuální úrovni.

3.6 SOCIÁLNÍ DETERMINANTY ZDRAVÍ

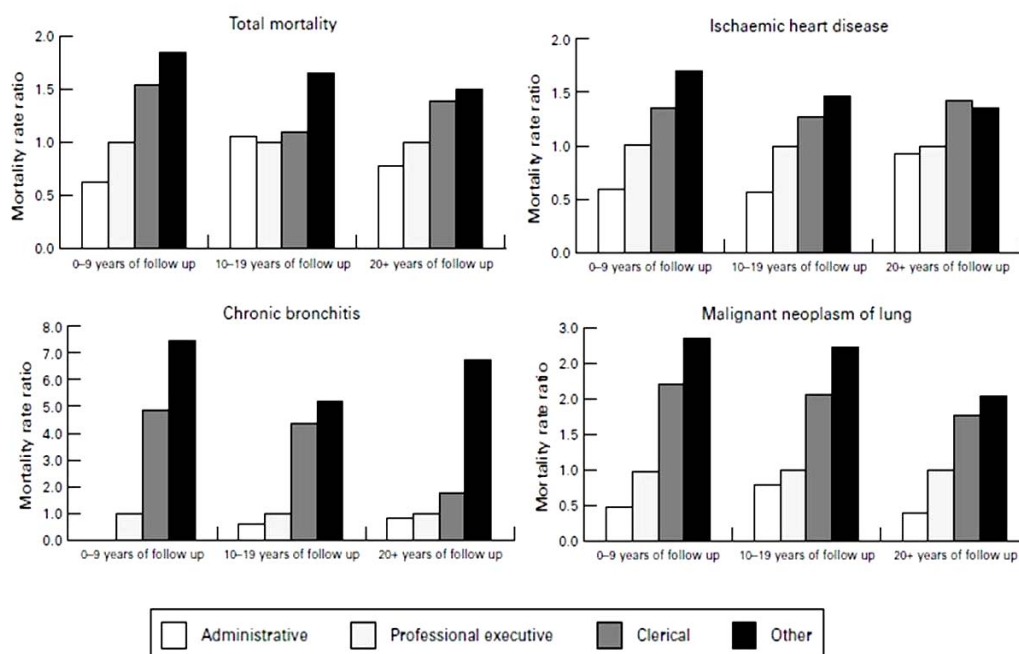
Zde se podrobněji věnuji determinantám zdraví, jejichž podíl na zdraví jedince jsem již nastínil v kapitole 3.3.3. Zde se budu zabývat především sociálními determinantami zdraví, které mají přímý vliv na životní styl. Nejedná se o takové determinanty, které, byť jsou ohromně významné svým dopadem, nehrají téměř žádnou roli ve vyspělých zemích, ke kterým se řadíme. Jsou to například nepřiměřená nutrice, nedostatek čisté vody, nízká hygiena, zaostalá zdravotní péče a nevyhovující obydlí. Tyto faktory jsou plně rozpoznávané a boj proti nim je součástí strategie WHO⁶⁷. Zabývat se zde chci výhradně pro vyspělý svět relevantními determinantami, které jsou, alespoň teoreticky, sociálně kontrolovatelné a tudíž do jisté míry i vyhnutelné. Jestli se jim vyhneme nebo ne závisí mimo jiné na společenském systému, v němž žijeme, a nechceme-li tento

system nijak měnit, je třeba připustit, že určité neduhy, v tomto případě zhoršený zdravotní stav jistých částí populace, jsou jeho nedílnou součástí a že není možné za tyto neduhy vynit postižené jedince v takové míře, jak k tomu máme v současné době tendence. Mezi tyto determinanty zdraví patří *příjem, vzdělání, postavení v zaměstnání a sociální třída*. Negativní zdravotní dopady těchto determinant, jak se ukazuje, nejsou navíc pouhým důsledkem sociální stratifikace, jsou do větší míry i důsledkem určitých poměrů ve společnosti, jejichž náprava, a s ní související pokles zdravotního sociálního gradientu, je uskutečnitelná, a to právě i za předpokladu, že se majetkové rozdíly ve společnosti vůbec měnit nemusí. Náprava těchto determinant tudíž nijak nesouvisí s nějakou politickou ideologií zaměřenou na snížení majetkových rozdílů. Naopak je ani neobhazuje a jednoduše se nějakou jejich problematizací vůbec nezabývá.

3.6.1 Studie Whitehall

Nejvýznamější důkaz vztahu mezi sociálně kontrolovatelným faktorem a zdravím pochází z let 1967 – 1969 kdy Michael Marmot, současný komisař WHO Výboru pro sociální determinanty zdraví (základní charakteristiku pole působnosti zmíněného výboru je možné si poslechnout na uvedené internetové adrese⁶⁸), provedl studii mezi 18000 muži, kteří byli státními zaměstnanci. Byla to velmi precizní studie, kde byl sledován každý jednotlivec a příčina jeho smrti. Sledoval především kardiální příčiny v závislosti na pracovní pozici zaměstnance a dokázal, že čím vyšší postavení, tím menší riziko. Této studii se také říká Whitehall I. V roce 1985 byla započatá též longitudinální, prospektivní kohortová studie, již se účastnilo 10308 mužů a žen. Důvodem pro tuto další studii s názvem Whitehall II byla snaha určit, v čem tkví tento zásadní rozdíl v mortalitě mezi lidmi z různých společenských postavení a také do této studie zahrnout ženy. Zatím bylo vyhodnoceno osm sběrů a v říjnu 2007 začal sběr devátý. O velké výpovědní hodnotě tohoto průzkumu svědčí mimo jiné i fakt, že například v šestém sběru se účastnilo stále celých 75% z původní skupiny z roku 1985. V této studii byl postupně přidán screening i dalších hodnot kromě TK, hladiny cholesterolu, výšky, váhy, jako například množství pohybu, plicní funkce,

stravování, test mentálních funkcí apod. Ve studii bylo odhaleno ohromné množství do té doby netušených vlivů na zdravotní stav jedince, které jsou ovlivnitelné a snaha o realizaci těchto změn pronikla již i do britských vládních debat. Základem je zjištění tzv. **sociálního gradientu**, který byl odhalen již ve Whitehall I a velmi dobře vyhodnocen po 25ti letech sledování ve studii z roku 2000, kde zaměstnanecké pozice ve státní sféře byly rozděleny do čtyř kategorií: *správní, vedoucí pozice, administrativní činnost a jiná*⁶⁹. Některé sledované ukazatele z této práce znázorňuje **GRAF 6**.



GRAF 6 Výsledky studie Whitehall I (viz. ref.⁶⁹)

Jasně nám ukazuje, že gradient mortality mezi těmito skupinami zaměstnanců ve věkovém rozmezí 40 – 69 let má vzestupný charakter a to bez závislosti na sledované věkové skupině. Tento pozorovaný vzestup úmrtnosti ukazuje, že čím vyšší pozice tím lepší zdraví, které se navíc promítá do průběhu celého života (do každé věkové skupiny). Ještě více důkazný se nám tento gradient jeví, uvědomíme-li si, že ve státním sektoru, se kterým zde bylo pracováno, odpadají ze statistiky ti nejchudší a nejbohatší členové společnosti a že i ti nejnižší

postavení jsou relativně stabilními zaměstnanci s bezplatným přístupem ke zdravotní péči.

Sociální gradient byl zjištěn u celé řady různých onemocnění: srdeční onemocnění, některé druhy rakoviny, chronická plicní a gastrointestinální onemocnění, deprese, suicidia, absence z nevolnosti a bolesti zad. Existuje pochopitelně i u takových proměnných jako kuřáctví, nedostatečná pohybová aktivita a obesita, nicméně tato studie odhaluje, že tyto aspekty související se životním stylem jedince a další s ním související hodnoty, jako hladina cholesterolu, krevní tlak apod., mají na svědomí **pouze ¼ celkového sociálního gradientu**. Od tohoto zjištění se cíle studie Whitehall II ubírá dvěma směry, kde si klade tyto otázky: Proč existuje sociální gradient u kuřáctví a jiných rizikových způsobů chování? A za druhé: Jaké další faktory se na sociálním gradientu tedy podílejí? Ve zprávě z roku 2004 s názvem **Work Stress and Health: the Whitehall II study**⁷⁰ se uvádí několik oblastí vlivu na výše zmíněný sociální gradient, které jsou podrobeny analýze za účelem návrhu vládních intervencí ke zmírnění zdravotních nerovností. Tyto oblasti jsou následující.

3.6.1.1 Nároky v zaměstnání a kontrola nad prací

Není zřejmě sporu o tom, že stres v zaměstnání se podílí na celkovém zdravotním stavu zaměstnance, ale posoudit jak se stres odráží v celkové statistice nemocnosti a úmrtnosti v sociálním gradientu je jen těžko proveditelné. Příčinou je, že stres je v podstatě velmi fádňí termín, který, byť hojně užíván, postrádá nějakou přesně uchopitelnou definici a subjektivní pojetí stresu se často mezi různými lidmi rozchází. Stres ve studii Whitehall II byl definován na základě konceptu pracovního stresu pocházející od američana Roberta Karaska a švéda Töres Theorella. Jejich koncept Job Demand Control (JD-C) vysvětluje, že pracovní stres má dvě složky. První jsou *nároky na práci*, které jsou pravděpodobně plně chápány a uznávány již delší dobu, kdy řada lidí chápe, že čím větší zodpovědnost a množství práce, tím i více stresu, který by mohl mít zdravotní důsledek. Druhou složkou je *kontrola nad prací*, která v celkovém negativním dopadu na zdraví má daleko významější roli. Ve studii Whitehall II

bylo odhaleno, že čím vyšší nároky a čím nižší kontrola nad svou prací, tím horší zdravotní důsledky. Bylo také zjištěno, zkoumáním zaměstnaneckých pozic charakterizovaných právě nízkou kontrolou nad prací, že tato složka Karaskova pojetí stresu je odpovědná za zdravotní dopad daleko více než samotná náročnost úkolů^{71 72}.

Zajímavým a přesvědčivým podkladem pro toto zjištění jsou i skutečnosti odhalené výzkumem stresu na neuroendokrinní úrovni. Dopad karátkodobého i dlouhodobého stresu na určité biochemické parametry mající přímý vztah ke konkrétním onemocněním je již faktem. Dále bylo ovšem zjištěno opakovaným výzkumem pavíánů v jejich přirozené hierarchii, že ti, kteří jsou podřízeni mají trvale zvýšené hladiny kortisolu a snížené HDL oproti dominantním jedincům. Hladiny po akutním stresu se též pomaleji vracely do předchozího stavu. Při experimentálním narušení hierarchie byly stejné stresové markery jako u těch podřízených nalezeny i u původně dominantních jedinců⁷³.

3.6.1.2 Sociální podpora v zaměstnání

Podpora v práci nejenom od kolegů, ale neméně významně i od vedoucích, manažerů a jiných osob v pracovní hierarchii, se ukázala jako další faktor prokazatelně ovlivňující zdraví jedince. Ponechme stranou koncept *well-being*, neboli volně přeloženo životní pohodu, která je samozřejmě nedostatkem asertivní kooperace a podpory v zaměstnání bezprostředně také narušována, ale jsou zde dokázány přímé dopady, patrné s nasbíraných dat ve studii Whitehall II a jiných, významně potom švédských, na morbiditu, mortalitu, absenci v práci a jiné zdravotních dopady, mající nepochybně i negativní ekonomický aspekt snížením množství efektivně odpracovaných hodin a produktivity celé společnosti.

Bylo například zjištěno, že nedostatek podpory, průběžné informovanosti a nejasnost požadavků od vedoucích či dohlížitelů na práci vede ke dvojnásobnému výskytu poruch mentálního zdraví a ke zvýšenému riziku úmrtí na kardiovaskulární choroby.

3.6.1.3 Nerovnováha ve vztahu úsilí-odměna

Toto je další faktor, který byl odhalen. Nezáleží ani tak moc na tom, jaké nároky jsou kladeny a jaké úsilí musí pracovník vyvíjet, ale korelace se zdravotním rizikem byla zjištěna tam, kde úsilí není odměněno z pohledu pracovníka dostatečně v následujících třech ohledech: *hrdost, společenské uznání a finanční odměna*. Samozřejmě, že například výše příjmu logicky koreluje se sociálním gradientem, neboť pracovní pozice ve státním sektoru sebou nese i příslušné finanční ohodnocení. Po statistickém vyrovnání sociálního gradientu k pozici v zaměstnání se již nijak významně vliv příjmu na zdraví neprokázal, nicméně prokázal se další vztah při porušení vnímané nerovnováhy mezi úsilím a odměnou. Pracovní nároky a velikost úsilí nutné tyto nároky naplnit samo o sobě ke stresu a zdravotním následkům vést nemusí a to především tehdy jeli snaha patřičně odměněna.

3.6.1.4 Nejisté zaměstnání

Již od tricátých let minulého století prokazovala řada studií, že nezaměstnanost má záporný vliv na duševní zdraví jedince. Ovšem studie, které by prokazovaly vliv nejistoty zaměstnání, myšleno strach z jeho ztráty a následné nezaměstnanosti, na zdraví člověka, se začaly provádět až v letech devadesátých. Bylo prokázáno, opět po kalibraci sociálního gradientu na různé jiné faktory jako například kouření, věk apod., že zaměstnanec, který cítí nejistotu zaměstnání, má jednak subjektivně horší zdraví, výrazně horší mentální zdraví a vyšší pravděpodobnost dlouhotrvajících onemocnění. Nezanedbatelný byl i nárůst spotřeby zdravotní péče a její nákladnosti. Zaměstnání bylo ve studii považováno za nejisté na základě subjektivního hodnocení respondenta, nikoliv na základě nějakého objektivního posuzování autorů.

3.6.1.5 Zdravé chování

Zdravé chování a možnosti jeho realizace v pracovním prostředí mají nepochybně vliv významný, i když, jak jsme si na začátku uvedli, bylo zjištěno, že na zdravotních rozdílech mezi lidmi z různých společenských pozic se podílí z pouhé z ¼. Lidé s nižším postavením v práci, nižšími příjmy a nižším vzděláním mají vyšší výskyt nezdravého chování jako kuřáctví, špatná strava, nadužívání alkoholu a nedostatek pohybu. Mezi doporučeními vyplývající ze zprávy není nějaký nátlak na individuum, ale cílená intervence tam, kde lze něco změnit. Nekuřácké prostředí, možnost výběru zdravé stravy, absence alkoholu na pracovišti a podpora sportovních aktivit jsou zde vnímána jako hlavní opatření v rámci efektivní podpory zdravého životního stylu.

3.6.1.6 Mimopracovní společenské aktivity

Rodina, kamarádi a jiné známosti včetně aktivní participace v různých zájmových klubech a socializace mimo pracovní dobu je další z podstatných vlivů na zdraví jedince. Jedná se zde především o emocionální podporu sdílením určitých zájmů a upevňování sebeúcty, dále se potom týká i menší či větší pomoci při řešení praktických problémů. Nejedná se pouze o pravidelné stýkání s blízkými, známými či s rodinou, prokázáný pozitivní efekt má i vídání menších známostí, kamarádů svých kamarádů apod.

3.6.1.7 Koordinace vztahu práce-domov

Mezi dalšími faktory podílející se na nemocnosti se ukázala po vyhodnocení dat též obecná kontrola nad životem a v tomto konkrétním případě byl sledován vztah kontroly v rodině a zvýšeného výskytu srdečních onemocnění. Vhodná časová vytiženost v práci umožňující aktivně se podílet na chodu rodiny se ukázala jako významný faktor především u žen. Problém stresu ze ztráty kontroly nad svým životem ve vztahu práce-rodina je poněkud širší.

Souvisí u každého jedince se svou osobní vnímanou rolí. Pracovní prostředí by se mělo ideálně snažit nastavit takové podmínky, aby kontrola nad prací a domovem co nejvíce vyhovovala vnímaným potřebám jedince a nemyslí se tím samozřejmě taková opatření, která by nějak omezila pracovní výkon v zaměstnání. Cíl je právě opačný.

3.6.1.8 Odchod do důchodu

V této poslední oblasti na základě výsledků navrhuje několik opatření vedoucí ke zmírnění ještě více prohloubených rozdílů sociálního gradientu u zaměstnanců po odchodu do důchodu.

Závěrem tohoto shrnutí dlouholeté analýzy sociálních determinant zdraví autoři uvádějí pozitivní vliv těchto zjištění na současnou politickou vůli, která je dnes stále více vnímavá k faktu, že chceme-li skutečně zlepšit zdraví obyvatel musíme začít hledat všechny oblasti, kde lze něco vylepšit, a jednou takovou je právě intervence do všech uvedených sociálních determinant zdraví. Význam vylepšení těchto dílčích vlivů není pouze ve snaze zlepšit zdraví a životní pohodu každého jedince, význam je neodmyslitelně i v pozitivním vlivu na produktivitu celé společnosti. Ekonomický aspekt zde hraje významnou roli. Není možné hájit stanovisko, že je nějak prospěšné plýtvat lidským kapitálem v podobě nadbytečné zdravotní péče a úbytkem pracovní aktivity vlivem nemocí a předčasných úmrtí. Ve chvíli, kdy je prokázáno, že zmíněné intervence by vedly k prodloužení produktivního věku významné části populace a snížení absencí v práci a chronických onemocnění, musí každý podporovat tyto změny.

3.7 EKONOMICKÉ ZATÍŽENÍ SPOLEČNOSTI: ZODPOVĚDNÝ / NEZODPOVĚDNÝ PACIENT

Ekonomické náklady „nezodpovědných“ pacientů stojí dnes na pozadí různých pohnutek k omezení jejich zdravotní péče. Tím, že člověk, který si svým chováním ničí zdraví, čerpá z omezených zdrojů určených na léčbu všech pacientů, vzniká logická námitka, že tyto peníze posléze mohou chybět na léčbu těch zodpovědných. To zní jako silný argument. Nicméně, aby bylo možné tvrdit, že například obézní kuřák stojí společnost více než sportovec nekuřák je třeba to dokázat, i když to může znít pro většinu z nás jakkoliv nepochybně. Podívejme se zde na ekonomickou analýzu nákladnosti kuřáka a nekuřáka.

Abychom zjistili, jaký ekonomický dopad má na společnost kuřáctví, je třeba nejprve určit metodu, jakou budeme tento dopad analyzovat. To znamená definovat náklady, které budeme sledovat, a poté určit reprezentativní vzorek jedinců. Ten musí být takový, aby eliminoval ostatní vlivy, které by mohli výsledek zkreslit, a tak zjistit rozdíl mezi kuřákem a nekuřákem, vznikající pouze kuřáctvím a ničím jiným. Tak zjistíme skutečný dopad který sebou nese kuřáctví neboli benefit, který by byl dosažen případným ukončením kuřáctví ve společnosti.

Náklady mohou být **přímé**, spojené s celoživotními náklady na léčbu, a dále **nepřímé**, které jsou způsobeny ztrátou produktivních let, nákladností pro stát v případě vzniklé nezaměstnanosti, invalidity, ovdovění apod. a vyplácením důchodů a další náklady spojené s odchodem do penze. Teprve takto vypočtený rozdíl mezi celoživotními náklady kuřáka a nekuřáka může vypovídat o celospolečenském zatížení. Koncentrace pouze na nákladnost některých onemocnění (CHOPN, rakovina plic, srdeční infarkt), u nichž se předpokládá významný podíl způsobený právě kouřením, je zavádějící a to přinejmenším z následujících dvou důvodů:

1. Kuřáctví se zcela určitě podílí na vzniku dalších desítek onemocnění s různou nákladností.

2. Na vznik každého onemocnění, které je dáváno do souvislosti s kouřením, má nepochybně vliv i celá řada jiných faktorů, které tento vliv upravují (genetika, sociální podmínky, jiné rizikové chování, prostředí a další).

Přesné vystopování všech podílejících se faktorů, na základě nichž by bylo možno posoudit skutečný vliv kuřáctví, a ničeho jiného, například na srdeční infarkt, není proveditelné, a tak jediné, co zůstává spolehlivým měřítkem, je právě celoživotní nákladnost daného jedince na zdravotní systém, v případě přímých, a posléze na celou společnost, po započtení i nepřímých nákladů.

Existují však i jiné dopady tabákového průmyslu, než přímé a nepřímé, které je třeba posuzovat, i když je není možno nijak ekonomicky ohodnotit. Jedná se o důsledky, které jsou nespočítatelné a neviditelné. Mezi takové patří například potenciální přínos pro lidské poznání a kvalitu života, která může růst s tím, čím vyššího zdravého věku se lidé dožívají. Další jsou například takové důsledky, ke kterým by došlo ve společnosti v případě neexistence tabákového průmyslu. Lidé, kteří dnes pracují v tomto průmyslu a v oblastech, které díky němu existují (specifické zdravotní výkony, část preventivní medicíny, reklamního průmyslu, politických sil, loby, vědecké činnosti a dalších) by při jeho absenci vytvářeli jiné, dnes neznámé hodnoty. Lidé, kteří si dnes tabákové výrobky kupují, by tyto peníze utratili za něco jiného, čímž by dali vzniknout právě takovým aktivitám.

Dále je třeba si uvědomit, že při posuzování nákladnosti pro celou společnost není možné posuzovat pouze veřejné výdaje, ale je třeba připočíst i výdaje soukromé⁷⁴.

Výběr vzorku je také svízelný. Abychom odhalili vliv pouze kouření a ničeho jiného je třeba vybrat vzorek, podle dostupných znalostí, s takovými charakteristikami, aby případný vliv jiných faktorů nepřipustili. Je třeba porovnávat kuřáky a nekuřáky mimo jiné se shodnými následujícími proměnnými: *Pohlaví, rok narození, region, jiné rizikové faktory, sociální a pracovní podmínky aj.*

Pracovní a sociální podmínky znamenají například příjem, vzdělání, společenské postavení a determinují, jak bylo odhaleno ve studii Whitehall (Kap.3.6.1), výskyt zdravotně rizikových způsobů chování. Dále je třeba počítat s tím, že rizikové faktory ovlivňují pouze ¼ sociálního gradientu.

Teprve po splnění předchozích podmínek je možné odhadnout pravdivější celospolečenský ekonomický dopad způsobený kouřením. Tyto podmínky ovšem (podle nejlepšího vědomí autora) nesplňuje žádná dosud provedená analýza nákladů, která se snaží určit ekonomický dopad tabákového průmyslu na společnost.

Závěry některých studií tvrdí, že nákladnost u kuřáků vyšší není (ba naopak, některé závěry uvádějí vyšší nákladnost nekuřáků), neboť náklady na léčbu u kuřáků jsou vybalancovány náklady na léčbu nekuřáků, kteří žijí déle (a dalšími jinými důvody)^{75 76 77 78}. Jiné tvrdí, že tyto náklady jsou enormě vysoké. Ty ale nezapočítávají náklady na zdravotní péči déle žijících zodpovědných jedinců^{46 79 80}.

Byly provedeny i studie zabývající se nákladností jiných rizikových způsobů chování s podobnými výsledky. Uvádím zde pro celistvist jen některé^{81 82 83}.

Podle zatím provedených ekonomických analýz je třeba připustit, že celoživotní celospolečenské náklady spojené se špatným životním stylem, nejsou tak významné jak by odpůrci tabákového průmyslu rádi viděli. Jestli jsou vůbec nějaké (vyšší v porovnání s těmi, co žijí zdravě), pak zdaleka nebudou tak markantní, jak se všeobecně předpokládá. Ať již je ale realita jakákoliv, není možné v současnosti používat tento argument s čistým svědomím v žádném sporu.

Nicméně kdyby se potvrdilo, že v celospolečenském ekonomickém rozměru neexistuje rozdíl například mezi kuřákem a nekuřákem, protože náklady na kuřáka jsou vybalancovány náklady na nekuřáka, který žije déle, mohli bychom začít tímto ekonomickým pohledem vyvozovat zcela absurdní závěry. Například, že nejvýhodnějším by byl pro společnost ten, kdo by žil výhradně zdravě, ale v den odchodu do důchodu by zemřel, nebo že v zásadě neexistuje rozdíl mezi společnostmi, ve které by byl počet kuřáků 100%, a společnostmi, kde by kuřáctví neexistovalo. Celá ekonomická diskuze o nákladnosti různých lidí na zdroje společnosti z hlediska zmiňovaného rizikového chování se skutečně jeví jako absurdní a je na čase, aby se vrátila zpět tam, kam patří. A sice: **Z ekonomických diskuzí k diskuzím o veřejném zdraví**⁷⁴.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 CÍL

Hlavním cílem praktické části bylo zjistit jaké názory na různé eticko-ekonomické otázky zastávají lékaři a lékařky pracující v jedné pržské nemocnici a jaká je jejich spokojenost s různými aspekty jejich pracovního života. Vedlejším cílem bylo následně odhalit případné souvislosti mezi různými proměnnými, jako například věkem nebo spokojeností a eticko-ekonomickými otázkami. Provedený průzkum byl inspirován americkou studií z počátku roku 2005, ve které se mimo jiné ukázalo, že lékaři a lékařky, vykazující větší spokojenost s různými aspekty náplně své práce, měli zároveň více rovnostářský přístup v otázkách poskytování zdravotní péče a vyšší pocit odpovědnosti za individuálního pacienta⁸⁴.

4.2 METODA A VZOREK

Ke sběru dat byl použit bezplatný internetový program Google Docs, jehož součástí je tvorba elektronického dotazníku. Po vytvoření byl dotazník odeslán na 313 emailových adres, které byly získány z veřejně dostupného adresáře instituce. Přibližně 89 adres patřilo lékařům ve výukové, teoretické či administrativní oblasti nebo v managementu. Ve zbylých 224 byli přibližně ve stejné míře zastoupeni kliničtí pracovníci z oblasti interních a chirurgických oborů.

Po hromadném odeslání dotazníku se 15 emailů vrátilo se systémovou zprávou, že adresáta se nepodařilo dosáhnout, 4 respondenti odpověděli, že se jim internetový link na dotazník neotevírá a dalších 5 uvedlo, že nejsou lékaři nebo že nepracují ve spojení s příslušnou institucí nebo že náplň jejich práce jim vyplnění takového dotazníku nedovoluje, a dotazník patrně nevyplnili.

Ze zbývajících 289 dotázaných 72 dotazník vyplnilo a odeslalo (návratnost 25%), z čehož 12 bylo s převažující výukovou či teoretickou náplní práce a 60 s převažující klinickou náplní.

K vyhodnocení sebraných dat byl použit statistický program SPSS (for windows).

4.3 HYPOTÉZY

Vzhledem k neustálým debatám o potřebě zdravotnické reformy, panuje mezi lidmi všeobecně rozšířený názor, že výdaje na zdravotní péči neustále rostou a tento stav je neúnosný a vyžaduje změnu. Je možné očekávat, že se bude tento názor vyskytovat i mezi zaměstnanci lékařských profesí. Dále, pravděpodobně na pozadí přesvědčení o nedostatku zdrojů, dochází i k různým pohnutkám k omezování zdravotní péče těm, kteří si svým chováním ničí zdraví a zároveň jejich léčba stojí ohromné peníze. Názory některých lékařek a lékařů k této problematice budou pravděpodobně takové, že by nějaké omezení rizikových pacientů podporovali. Ve zmíněné americké studii bylo odhaleno, že čím více jsou lékaři spokojeni s různými aspekty svého pracovního života, tím více zastávají rovnostářský přístup k pacientovi. Tento vztah by se mohl objevit i v našich podmínkách. Rozpis hypotéz uvádím níže.

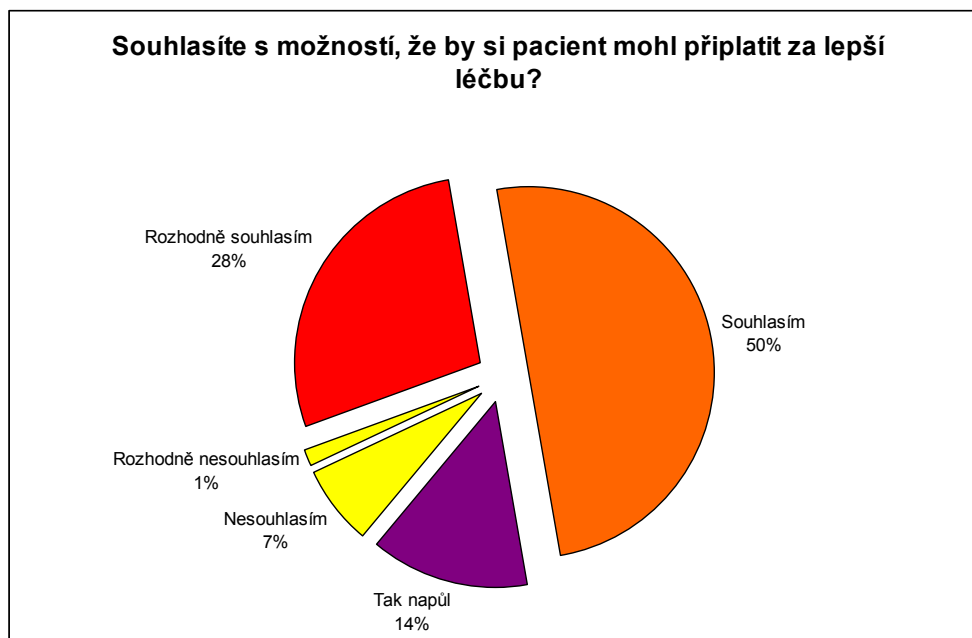
- Nezanedbatelné množství (alespoň 10%) lékařů a lékařek souhlasí s mylným tvrzením, že výdaje na zdravotnictví stoupají.
- Souhlas s omezováním zdravotní péče na základě rizikových způsobů chování je mezi lékaři a lékařkami velmi rozšířený (alespoň 1/3).
- Názory na omezování zdravotní péče, rovný přístup k léčbě a ohled na úsporná opatření v přístupu lékaře k pacientovi je vázán na věk, pohlaví, spokojenost a finančním ohodnocení práce i spokojenost s profesí.

4.4 VÝSLEDKY A INTERPRETACE

Velikost vzorku byla dostatečná pro třídění prvního i druhého stupně, ačkoliv výsledky tohoto druhého třídění byly z přísně statistického pohledu spíše pouze ilustrativní. Podařilo se odhalit několik naznačených souvislostí mezi různými proměnnými.

4.4.1 Třídění prvního stupně

- 85% respondentů souhlasí s tvrzením, že by lékař měl hledět na individuální potřeby pacienta a nikoliv na úsporná opatření,
- téměř polovina je přesvědčena, že je odpovědností celé společnosti poskytnout pacientovi tu nejlepší možnou zdravotní péči (léčbu),
- 80% lékařů a lékařek by souhlasilo s možností, že by pacienti měli mít možnost připlatit si za lepší zdravotní péči (léčbu). Detail viz. **GRAF 7**.



GRAF 7 Možnost lepší placené léčby.

- 60% je však toho názoru, že odlišně léčit dva klinicky shodné pacienty je v principu nespravedlivé.

- S tvrzením, že *náklady na zdravotnictví neustále stoupají a je více než naléhavé tento trend zastavit*, souhlasilo kolem 25% respondentů. U této otázky se však nabízí různé interpretace toho, na co respondenti vlastně přesně odpovídali. Jsou zde dvě možnosti: jednak jejich odpověď vyjadřuje souhlas (anebo nesouhlas) s tvrzením, že náklady stoupají, a jednak, že považují za naléhavé toto stoupaní zastavit. Většina sice zvolila možnosti „nesouhlas“ anebo „tak napůl“, ale toto není možné jednoznačně vyhodnotit, neboť není jisté s čím nesouhlasili, zda s tvrzením o stoupaní nákladů, nebo s nutností ho zastavit. Cílem otázky bylo zjistit, kolik lékařů či lékařek souhlasí s tímto tvrzením, jako celkem, které je často presentované právě v tomto dvojím vyjádření. Není sporu o tom, že lékaři jsou v očích veřejnosti vnímáni do jisté míry jako „opinion leaders“. Názor na etický problém ve zdravotnictví vyslovený lékařem, má na společnost jistě větší dopad, než názor kohokoliv jiného. Je otázkou, zda je možné je za takové považovat, když nejméně 25% z nich formuje své postoje na pozadí přesvědčení, že náklady ve zdravotnictví neustále stoupají, ačkoliv ve skutečnosti nestoupají (viz 3.3.1). Následující graf (**GRAF 8**) zobrazuje přesné rozložení odpovědí.

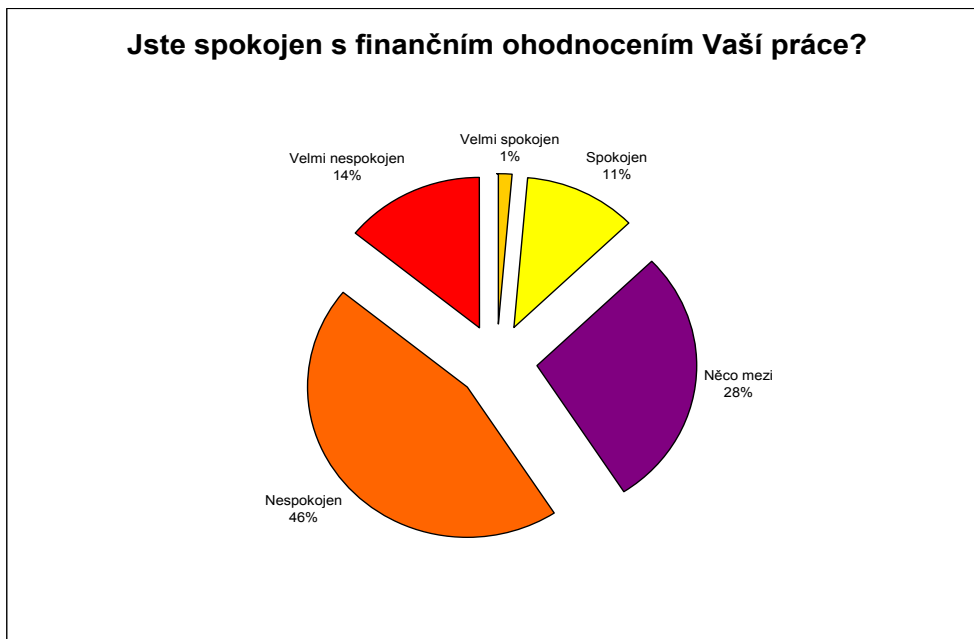


GRAF 8 Otázka na stoupající náklady ve zdravotnictví.

- Výsledky otázek dotazující se na rovný přístup k léčbě pacientů se zdravým a nezdravým životním stylem byly následující: 50% respondentů souhlasí s tím, že cestou, vedoucí k úsporám ve zdravotnictví, by mohlo být omezování zdravotní péče na základě nezdravého způsobu chování jako je kuřáctví, alkoholismus apod. a shodné množství (polovina všech respondentů) by považovalo léčbu pacienta se zdravým životním stylem za přednější než léčbu toho, který žije nezdravě, kdyby se rozhodovalo kvůli finančním důvodům pouze pro jednoho z nich. Detail zobrazuje následující **GRAF 9**.
- 90% respondentů jsou se svou profesí spokojeni (velmi spokojeni nebo spokojeni), ale naproti s finančním ohodnocením práce je spokojeno (velmi spokojeno nebo spokojeno) pouze 13%, jak ukazuje **GRAF 10**.



GRAF 9 Možnost úspor ve zdravotnictví formou omezování péče.



GRAF 10 Spokojenost s finančním ohodnocením práce.

4.4.2 Třídění druhého stupně

Při třídění druhého stupně se neprokázal vztah mezi spokojeností s profesí a finanční spokojeností na straně jedné a přístupem k omezování zdravotní péče nezdravě žijícímu pacientovi na straně druhé. Neznamená to ale, že by se podařilo prokázat, že takový vztah neexistuje (použitím chí-kvadrát testu dobré shody). Byly odhaleny pouze následující skutečnosti:

1. Názor, zda je nespravedlivé, aby dva klinicky totožní pacienti byli léčeni odlišně, **nekoreluje s pohlavím respondentů.**
2. Názory na možnost uspořít prostředky ve zdravotnictví způsobem, který by omezoval zdravotní péči těm, kteří žijí nezdravě, též **nekoreluje s pohlavím respondentů.**
3. Lze vyvodit jistou souvislost pozitivnějších (spíše souhlasím a souhlasím) odpovědi na tvrzení, že odpovědností celé společnosti je poskytnout každému tu nejlepší možnou zdravotní péči (léčbu), s **vyšším věkem respondenta.**

4.4.3 Interpretace

Z původních hypotéz se podařilo prokázat naznačený vztah mezi věkem lékaře a jeho názorem na to, zda by společnost měla každému poskytnout tu nejlepší možnou zdravotní péči. Čím vyšší byl věk, tím byl souhlas s tímto tvrzením silnější.

Hypotéza, že názory na omezování zdravotní péče závisejí mimo jiné i na pohlaví respondentů, byla naopak vyvrácena. Lze se domnívat, že podobná nezávislost názorů lékařské veřejnosti na pohlaví se bude vyskytovat i v jiných oblastech. Je pravděpodobné, že se lékař či lékařka ve vztahu k různým eticko-ekonomickým otázkám vymezuje spíše jako zdravotní profesionál, než jako žena či muž se svými kulturně podmíněnými rolemi ve společnosti.

Nepodařilo se potvrdit, ale ani vyvrátit, že by spokojenost s profesí nebo s finančním ohodnocením souvisela s názory na omezování zdravotní péče nebo s mírou ohledů na úsporná opatření. Tento průzkum měl dvě limitace, díky nimž nebylo možno vztah nalézt, ale ani vyvrátit. Je to jednak nedostatečný vzorek a jednak příliš velká homogenita odpovědí na otázky dotazující se na spokojenost s profesí (téměř všichni spokojeni) a na spokojenost s finančním ohodnocením (téměř všichni nespokojeni). Nějaký další průzkum, sledující tyto vztahy, by jistě bylo přínosné v budoucnu uskutečnit.

Ze stejných důvodů se nepodařilo prokázat, ani vyvrátit, že by spokojenost (především finanční) souvisela s podporováním zavedení možnosti připlatit si za lepší léčbu.

Podařilo se prokázat hypotézu, že pohnutky k omezování zdravotní péče pacientům, vykazující rizikové způsoby chování, jsou v lékařské veřejnosti poměrně rozšířené. S nějakým omezením péče by souhlasilo 50% lékařů a lékařek. Toto zjištění může nepřímo poukazovat na vážné riziko vzniku nezdravého vztahu lékaře a pacienta ve smyslu obviňování oběti *victim-blaming*. Jelikož si téměř 50% lékařů a lékařek myslí, že by se lékařská péče měla některým skupinám pacientů omezovat, pravděpodobně budou vůči těmto skupinám zastávat skrytý negativní postoj. Tato skutečnost by mohla být důvodem obav pro existující fenomén *victim-blaming*.

5 ZÁVĚR

Závěrem teoretické části je autorovo přesvědčení, že značná míra zdravotních nerovností mezi lidmi, včetně těch, které v naší každodenní praxi považujeme za způsobené svobodně zvoleným životním stylem a tudíž právem potrestatelné, je způsobena různými systémovými prvky společnosti, které lze změnit. Přeměnou těchto nedostatků lze dosáhnout změny v rozložení nemocnosti a předčasných úmrtí v populaci a tím ve svém důsledku odstranit některé důvody, jež nás v současnosti nutí přistupovat k různým návrhům na omezování zdravotní péče. Tato neschopnost zavést prospěšné systémové změny se nemůže stát východiskem pro omezování zdravotní péče vybraným skupinám lidí či konkrétním jedincům.

Dalším důvodem, který stojí za pohnutkami k omezování zdravotní péče je nedostatek financí. Zdroje ve zdravotnictví určuje množství proměnných a řada z nich lze měnit. Je nejprve přijatelnější tyto změny uskutečnit a teprve po vyčerpání těchto možností lze přistoupit ke konfrontaci se zmíněnými etickými otázkami. I kdybychom přesto posléze chtěli omezit zdravotní péči těm, kteří si prokazatelně ničí zdraví, setkáme se s etickým problémem, kterým by byl výběr skupin lidí a metod, jak je omezovat. Způsobů, kterými si lidé ničí své vlastní zdraví, jsou stovky a způsobů, kterými někteří z nás ničí zdraví ostatním, ještě více. Rozhodnutí pro omezení něčí zdravotní péče, ať již z jakéhokoli důvodu, by bylo pouhým rozhodnutím zněvýhodnit jednu z desítek jiných, z hlediska nezodpovědného chování rovnocenných, skupin lidí.

Dokud nepřistoupíme ke všem možnostem, jak zlepšit efektivitu a zdroje zdravotního systému a ke všem možnostem, jak odstranit příčiny zbytečných, preventabilních onemocněních, není možné omezovat ničí léčbu, která stejně neřeší příčinu, proč jsou tyto jedinci nemocní a proč na jejich léčbu nemáme peníze. Teoretických možností, jak snížit nemocnost a zvýšit finance, existuje celá řada.

V praktické části, jíž byl průzkum názorů lékařů a lékařek z jedné pražské nemocnice na různé eticko-ekonomické otázky, bylo zjištěno, že až polovina souhlasí s omezováním zdravotní péče na základě rizikových způsobů

chování pacienta. Dotazována byla řada dalších otázek a některé z nich vykazovaly velmi nehomogenní spektrum odpovědí. Tato nehomogenita v celkem zásadních otázkách, nemůže být přičítána pouze odlišnému světonázoru zúčastněných, ale také pravděpodobně nedostatečné diskuzi. Otevřená diskuse na témata obsažená v této práci dnes v lékařské veřejnosti neexistuje.

6 SOUHRN

Tato práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části autor ukazuje, proč individuální odpovědnost nemůže být východiskem pro omezování zdravotní péče lidem s nezdravým životním stylem. Vysvětluje, že chceme-li poskytovat zdravotní péči spravedlivým způsobem, není možné uchýlovat se k vybírání skupin jedinců, kteří nesplňují nějaký námi vnímaný ideál, a ty potom oproti druhým omezovat. Namísto toho je nezbytné přijmout jiný, celospolečenský přístup. Na příkladu různých oblastí problematiky zdravotního systému a zdraví obyvatel uvádí možnosti, kterými lze do jisté míry eliminovat právě ty důvody, které nás dnes nutí přistupovat k omezování zdravotní péče některým pacientům. Dále vysvětluje, že kdybychom i přesto chtěli nějaké skupiny pacientů omezovat, budeme se potýkat s vážnými etickými problémy.

Ve výzkumné části se potom autor snaží průzkumem odhalit názory lékařů a lékařek na různé eticko-ekonomické otázky týkající se problematiky diskutované v teoretické části.

7 SUMMARY

This paper consists of two parts: theoretical and practical. The theoretical part is aimed at explanation on why individual responsibility for health can not be considered as an appropriate variable on which to form the concept of distributive justice. The author emphasise that there are many areas in which we can act to mitigate deteriorous effects of unhealthy lifestyle in both, economic and public health perspective, and to improve our halth care budget. Unwillingness of society to forgo the causes of avoidable deaths and diseases in favour of public health as well as our inability to better contain the health care costs should not lead to reduction of health care provision for people with unhealthy lifestyle choices. The paper then explains the ethical difficulties we would face in health care rationing in respect to the concept of shared responsibility for health in society.

In the latter part the author surveys physician's opinions about various ethical and economical problems relating to the theoretical discussion in the first part.

8 SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1 Struktura výdajů na zdravotnictví podle zdroje financování.

GRAF 2 Výdaje na zdravotnictví v nominálních hodnotách(2000-2006).

GRAF 3 Výdaje na zdravotnictví podílem HDP(2000-2007).

GRAF 4 Determinanty zdraví.

GRAF 5 Četnost slova „obesity“v tiulcích novinových článků.

GRAF 6 Výsledky studie Whitehall

GRAF 7 Možnost lepší placené léčby.

GRAF 8 Otázka na stoupající náklady ve zdravotnictví.

GRAF 9 Možnost úspor ve zdravotnictví formou omezování péče.

GRAF 10 Spokojenost s finančním ohodnocením práce.

9 DOTAZNÍK

Někdy se lékaři dostávají do konfliktních situací, kdy musí volit mezi různými variantami. Souhlasíte s tvrzením, že hlavní odpovědností lékaře je hledět na individuální potřeby pacienta nikoliv na úsporná opatření?

Vyberte z uvedených odpovědí.

- Rozhodně souhlasím
- Souhlasím
- Tak napůl
- Nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím
- Nemám názor

Setkal/a jste se někdy v období posledního roku s tím, že by došlo ve Vaší nemocnici k omezení potřebné léčby pacienta kvůli úsporným opatřením?

- Ano
- Ne
- Nejsem schopen/a odpovědět

Souhlasíte s názorem, že odpovědností celé společnosti je poskytnout každému tu nejlepší možnou zdravotní péči (léčbu)?

Vyberte z uvedených odpovědí.

- Rozhodně souhlasím
- Souhlasím
- Tak napůl
- Nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím
- Nemám názor

Souhlasíte s názorem, že je ve svém principu nespravedlivé, aby dva pacienti s totožným klinickým problémem měli každý odlišnou zdravotní péči (léčbu)?

Vzberte z uvedených odpovědí.

- Rozhodně souhlasím
- Souhlasím
- Tak napůl
- Nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím
- Nemám názor

Společnost by měla pacientům, kteří jsou ochotní platit více, umožnit zaplatit si nákladnější zdravotní péči (léčbu).

Souhlasíte s tímto tvrzením?

- Rozhodně souhlasím
- Souhlasím
- Tak napůl
- Nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím
- Nemám názor

Náklady na zdravotní péči neustále stoupají a je více než naléhavé tento trend zastavit.

Souhlasíte s tímto tvrzením?

- Rozhodně souhlasím
- Souhlasím
- Tak napůl
- Nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím
- Nemám názor

Jedním z opatření vedoucích k úsporám ve zdravotnictví může být omezování zdravotní péče v případě rizikových způsobů chování pacienta(kouření, alkoholismus, drogy, obezita, nízká compliance).

Souhlasíte s tímto tvrzením?

- Rozhodně souhlasím
- Souhlasím
- Tak napůl
- Nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím
- Nemám názor

V případě omezených finančních prostředků a nutnosti vybírat mezi pacienty ve stejném klinickém stavu, souhlasil/a byste, že má pacient se zdravým životním stylem přednost v léčbě před tím, kdo žije rizikově?

- Rozhodně souhlasím
- Souhlasím
- Tak na půl
- Nesouhlasím
- Rozhodně nesouhlasím
- Nemám názor

Do jaké míry byste řekl/a, že člověk rozhoduje o svém zdravotním životním stylu?

1 - Vůbec nerozhoduje 10 - Zcela rozhoduje

1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Jak hodnotíte kvalitu poskytované lékařské péče na Vašem oddělení?

- Velmi spokojen
- Spokojen
- Něco mezi
- Nespokojen
- Velmi nespokojen
- Netýká se mne

Jak jste spokojen se svými možnostmi naplňovat klinické potřeby pacienta?

- Velmi spokojen
- Spokojen
- Něco mezi
- Nespokojen
- Velmi nespokojen
- Netýká se mne

Jak jste spokojen s finančním ohodnocením své práce?

- Velmi spokojen
- Spokojen
- Něco mezi
- Nespokojen
- Velmi nespokojen

Jak jste osobně spokojen s Vaší profesí?

- Velmi spokojen
- Spokojen
- Něco mezi
- Nespokojen
- Velmi nespokojen

Dovolte prosím na závěr několik otázek k Vaší osobě.

Jste

- Muž
- Žena

Věk

- <35
- 35 - 50
- >50

Jsem lékař/lékařka

- V předatestační přípravě specializovaného oboru (dříve 2.atestace)
- Po složení atestace ve specializovaném oboru (dříve 2.atestace)

Pracuji

Vyberte podle převažující náplně Vaší práce.

- Jako lékař/lékařka v interním oboru (včetně Neurologie, Pediatrie, Imunologie, Dermatovenerologie a jiné).
- Jako lékař/lékařka v chirurgickém oboru (např. Ortopedie, ORL, Oční, Neurochirurgie, Kardiochirurgie, Urologie, Plastická chirurgie, ARO a jiné)
- V teoretické, výukové, vědecké oblasti
- V administrativě, managementu apod.

10 LITERATURA

- ¹ WILLIAMS, Garrath. *Responsibility: Internet Encyclopedia of Philosophy* [Online]. 2009 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://www.iep.utm.edu/r/responsi.htm>
- ² WOLF, Susan. *Freedom Within Reason*. Dotisk. Oxford US : Oxford University Press US, 1993. 176s. ISBN 0195085655.
- ³ WALKER, Margaret. Geography of responsibility. *Hastings Center Report*, 1997, roč.27, č.1, s. 38-44
- ⁴ ESHLEMAN, Andrew. Moral Responsibility: *Stanford encyclopedia of philosophy* [Online]. 2004 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://plato.stanford.edu/entries/moral-responsibility/>
- ⁵ KANE, Robert. *Oxford Handbook of Free Will*. Ill.vydání. Oxford US : Oxford University Press US, 2005. 656s. ISBN 0195178548.
- ⁶ STRAWSON, Peter. *Freedom and Resentment and Other Essays*. US: Taylor & Francis, 2008. 246s. ISBN 0415448506
- ⁷ McKENNA, M., RUSSELL, P. *Free Will and Reactive Attitudes: Perspectives on P. F. Strawson's Freedom and Resentment*. US: Ashgate Publishing, 2007. 344s. ISBN 0754640590
- ⁸ LEWIS, H.D. "Collective Responsibility". *Philosophy*, 1948, 24, s3-18.
- ⁹ FRENCH, P. *Collective and corporate responsibility*. US: Columbia University Press, 1984. 215s. ISBN 0231058365.
- ¹⁰ HELD, V. *Can a random collection of individuals be responsible?* In. LARRY, M., HOFFMAN, S. *Collective responsibility: five decades of debate in theoretical and applied ethics*. US: Rowman & Littlefield, 1991. 292s. ISBN 0847676927.
- ¹¹ LARRY, M., HOFFMAN, S. *Collective responsibility: five decades of debate in theoretical and applied ethics*. US: Rowman & Littlefield, 1991. 292s. ISBN 0847676927.
- ¹² NAGEL, T. *Mortal questions*. Dotisk, 1.vyd. 1979. Cambridge UK: Cambridge University Press, 1991. 229s. ISBN 0521406765.
- ¹³ ROSEBURY, B. "Moral Responsibility and Moral Luck". *Philosophical Review*, 1995, roč.104, č.4, s.499-524.
- ¹⁴ NELKIN, D. Moral Luck: *Stanford encyclopedia of philosophy* [Online]. 2008 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://plato.stanford.edu/entries/moral-luck/>
- ¹⁵ LIBET, B. et.al. Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity. *Brain*, 1983, roč. 106, č. 3, s. 623-642.

- ¹⁶ SCOT, D. Individual responsibility for health: decision, not discovery. *Hastings Center Report*, 2002, roč. 32, č. 2, s. 22-31.
- ¹⁷ DENIER, Y. On Personal Responsibility and the Human Right to Healthcare. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2005, roč. 14, s. 224-234.
- ¹⁸ CAPPELEN, A.W. and NORHEIM, O.F. Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *J. Med. Ethics*, 2005, roč. 31, s. 476-480.
- ¹⁹ DAY, L. Distributive Justice and Personal Responsibility for Choices About Health. *American Journal of Critical Care*, 2006, roč. 15, č. 1
- ²⁰ MARANTZ, P.R. Doctors as judges: the verdict on responsibility for health. *American Journal of Public Health*, 1990, roč. 80, č. 10.
- ²¹ ZÁKLADNÍ LISTINA PRÁV A SVOBOD: čl.21
- ²² NORMAN, D. *Just Health Care*. 3.vyd. Cambridge UK: Cambridge University Press, 1985. 245s. ISBN 0521317940.
- ²³ BRAYBROOK, D. *Meeting needs*. Ill.vyd. Princeton: Princeton University Press, 1987. 344s ISBN 0691077274.
- ²⁴ RAWLS, J. *Teorie spravedlnosti*. Praha: Victoria Publishing, 1995.
- ²⁵ ŠIMEK, J. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. 157s. ISBN 8024605074.
- ²⁶ JULÍNEK, T. et.al. *Reforma zdravotnictví pro ČR* [Online]. 2005 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: http://www.reformazdravnictvi.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publicace.pdf
- ²⁷ RANADE, W.et.al *Markets and Health Care*. 1.vyd. 1998. UK: Longman Limited, 1998, 223s ISBN 0582289858.
- ²⁸ Český Statistický Úřad : *Analýza výdajů na zdravotnictví* [Online]. 2007 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA0030253A/\\$File/330607a1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/AA0030253A/$File/330607a1.pdf)
- ²⁹ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR: *Zdravotnická ročenka české republiky 2007* [Online]. 2007 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ro%ED8enka®ion=100&mnu_id=5300
- ³⁰ Organisation for Economic Co-operation and Development : *Change in share of public spending on health, OECD countries, 1990-2004* [Online]. 2006 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/dataoecd/5/25/36984896.pdf>
- ³¹ Český Statistický Úřad : *Výdaje na zdravotní péči* [Online]. 2008 [cit.2009-05-06]. Dostupné z:

- [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/360039E9B6/\\$File/1101-08-Int.-3.4.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/360039E9B6/$File/1101-08-Int.-3.4.pdf)
- ³² KŘÍŽOVÁ, E. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. 1.vyd. Praha: Na vlastní náklady, 1998. 133s. ISBN 8023809377.
- ³³ GOLDMAN, L. *Cecil medicine*. 23.ed. USA: Saunders Elsevier, 2008. 3078s. ISBN 9871416028055
- ³⁴ WHO, *World Health Statistics 2006*. France: WHO Press, 2006. 80s. ISBN 9241563214
- ³⁵ VZP: *Archiv publikací na téma DRG* [Online]. 2009 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/search?words=drg&s.x=18&s.y=8>
- ³⁶ JANÍČEK, T. Hra zvaná DRG. *Urologie pro praxi*, 2001, č. 2
- ³⁷ NHS: *The information center* [Online]. 2009 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://www.ic.nhs.uk/casemix>
- ³⁸ NHS: *The information center : QOF report 2007/2008* [Online]. 2009 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/audits-and-performance/the-quality-and-outcomes-framework/the-quality-and-outcomes-2007-08-exception-report>
- ³⁹ NHS: *The information center* [Online]. 2009 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/primary-care/general-practice>
- ⁴⁰ KAREN, I. Diabetes mellitus, jeho diagnostika a léčba v primární péči aneb Kdo dnes rozhoduje o léčbě diabetiků. *Lékařské listy*, 2009, č.2
- ⁴¹ VZP: *Výroční zpráva VZP 2007* [Online]. 2007 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/Vyrocní-zpravy-VZP-CR/vyrocní_zprava_2007.pdf
- ⁴² ASHWORTH, M. and JONES, R.H. Pay for performance systems in general practice: experience in the United Kingdom, *The Medical Journal of Australia*, 2008; roč. 189, č. 2, s. 60-61
- ⁴³ WHO: *Health 21* [Online]. 1999 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/document/health21/wa540ga199heeng.pdf>
- ⁴⁴ McGINNIS, M.J. et.al. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 2002, roč. 21, s. 78-93
- ⁴⁵ FRIES, J.et.al. Reducing Health Care Costs by Reducing the Need and Demand for Medical Services. *The New England Journal of Medicine*, 1993, roč. 329, č. 5, s. 321-325.
- ⁴⁶ SUHRCKE, M.et.al. *WZB* [Online]. 2007 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://skylla.wzb.eu/pdf/2007/i07-302.pdf>

- ⁴⁷ HOLČÍK, J. Poslání a budoucnost Public Health v Evropském kontextu, *Časopis Lékařů Českých*, 2006, roč. 145, č. 3, s. 171-174
- ⁴⁸ Organisation for Economic Co-operation and Development : *Expenditure on public health and prevention* [Online]. 2005 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/dataoecd/58/44/35624987.pdf>
- ⁴⁹ HOLČÍK, J. Zdravotní gramotnost je cennou součástí obecné kultury, *Zdravotnictví v České Republice*, 2001, roč. 4, č. 3-4, s. 113-115
- ⁵⁰ BRAD, R. and PHILLIPS, C. Switching to smokeless tobacco as a smoking cessation method: evidence from the 2000 National Health Interview Survey. *Harm Reduction Journal* [Online], 2008, roč. 5:18 [cit.2009-05-06] Dostupné z: <http://www.harmreductionjournal.com/content/5/1/18>
- ⁵¹ BRAD, R. and GODSHALL, W.T. Tobacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers. *Harm Reduction Journal* [Online], 2006, 3:37 [cit.2009-05-06] Dostupné z: <http://www.harmreductionjournal.com/content/3/1/37/abstract>
- ⁵² MARTINET, Y.et.al. Introducing oral tobacco for tobacco harm reduction: what are the main obstacles? *Harm Reduction Journal* [Online], 2007, 4:17 [cit.2009-05-06] Dostupné z: <http://www.harmreductionjournal.com/content/4/1/17/abstract>
- ⁵³ Royal College of Physicians. *Harm reduction in nicotine addiction: helping people who can't quit*. A report by the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians [Online]. London: RCP, 2007[cit.2009-05-06] Dostupné z: <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/contents/bbc2aedc-87f7-4117-9ada-d7cdb21d9291.pdf>
- ⁵⁴ ASHSCOTLAND: Should the EU ban on snud be lifted? [Online]. 2005 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://www.ashscotland.org.uk/ash/files/SnuspositionpaperJuly%202007.doc>
- ⁵⁵ LALONDE, M. *Lalonde Report, A new perspective on the health of Canadians* [Online]. Canada: Government of Canada, 1981 [cit.2009-05-06] Dostupné z: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf
- ⁵⁶ HANCOCK, T. Lalonde and beyond: Looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians". *Health Promotion International*, 1986, roč. 1, č. 1, s. 93-100
- ⁵⁷ International Conference on Primary Health Care. *Declaration of Alma-Ata* [Online]. USSR Alma-Ata: 1978 [cit.2009-05-06] Dostupné z: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- ⁵⁸ RICHARDS, H.et.al. Victim blaming revisited. *Family Practice*, 2003, roč. 20, č. 6, s. 711-716

- ⁵⁹ PILL, R.et.al. Qualitative study of patients perceptions of doctors advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion. *Br Med J*, 1998, roč. 316, s. 1878-1881.
- ⁶⁰ MARANTZ, P.R. Blaming the victim: The Negative Consequence of Preventive Medicine. *American Journal of Public Health*, 1990, roč. 80, č. 10, s. 1186-1187.
- ⁶¹ CHAPPLE, A.et.al. Stigma, shame and blame experienced by patient with lung cancer: qualitative study. *Br Med J*, 2004, roč. 328, s. 1470
- ⁶² O'HARA L. and GREGG, J. The war on obesity: a social determinant of health. *Health Promotion Journal of Australia*, 2006, roč.17, č. 3, s. 260-263
- ⁶³ O'HARA L. Australians to become the biggest in the world within the next ten years. *Health at Every Size*, 2006, roč. 19, č. 4, s. 235-247.
- ⁶⁴ BOTTA R. Television images and adolescent girls body image disturbance. *The Journal of Communication*, 1999, roč. 79, č. 2, s. 22-41.
- ⁶⁵ FRIEDMAN, M.A.et.al. Martial status, martial satisfaction, and body image dissatisfaction. *Int. J Eat Disord.*, 1987, roč. 6, č. 4, 485-94
- ⁶⁶ CROLL, J.et.al. Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *The Journal of Adolescent Health*, 2002, roč. 31, č. 2, s. 166-175.
- ⁶⁷ WHO: *The World Health Report 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy Life* [Online]. 2002 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- ⁶⁸ WHO: *The Commission on Social Determinants of Health 2005-2008* [Online]. 2009 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/
- ⁶⁹ van ROSSUM, C.et.al. Employment grade differences in cause specific mortality. *Journal of Epidemiology and Community Health*, roč. 54, s. 178-184
- ⁷⁰ Public and Commercial Services Union: *Work Stress and Health: the Whitehall II study* [Online]. 2009 [cit.2009-05-06]. Dostupné z: <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII/findings/Whitehallbooklet.pdf>
- ⁷¹ KARASEK R., THEORELL T. *Healthy Work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, 1990 ISBN 0465028977.
- ⁷² KARASEK, R. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 1979, roč. 24, s. 285-306.

- ⁷³ SAPOLSKY, R. and MOTT, G. "Social subordination in wild baboons is associated with suppressed high density lipoprotein-cholesterol concentrations: the possible role of chronic stress," *Endocrinology*, 1987, roč. 121, s. 1605–10.
- ⁷⁴ KENNETH E.W. The economics of tobacco: myths and realities. *Tob. Control* [Online] 2000, roč. 9, s. 78-89 [cit.2009-05-06] Dostupné z: <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/extract/9/1/78>
- ⁷⁵ VISCUSI W.K. Cigarette taxation and the social consequences of smoking. In: Poterba J.M. *Tax policy and the economy*. Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology Press, 1995, s. 51–101.
- ⁷⁶ BARENDREGT J.J.et.al. The health care costs of smoking. *N Engl J Med*, 1997, roč.337, s. 1052–7.
- ⁷⁷ LEU R.E. and SCHAUB T. Does smoking increase medical expenditures? *Soc Sci Med*, 1983, roč.17, s. 1907–14.
- ⁷⁸ SHOVEN J.B.et.al. The social security cost of smoking. In: WISE D.A. *The economics of ging*. Chicago: University of Chicago Press, 1989, s. 231–54
- ⁷⁹ KRISTIAN B. and LINDRGREN B. Smoking, healthcare cost, and loss of productivity in Sweden. *Scand J Public Health*, 2007; roč.35, s. 187–196.
- ⁸⁰ KRUSE, M.et.al. Costs of heart disease and risk behaviour: Implications for expenditure on prevention. *Scand J Public Health*, 2008; roč.36, s. 850–856.
- ⁸¹ KATZMARZYK, P.T.et.al. The economic burden of physical inactivity in Canada, *CMAJ*, 2000, roč. 163, č. 11, s. 1435-40
- ⁸² FINKELSTEIN, A.E.et.al. National Medical Spending Attributable To Overweight And Obesity: How Much, And Who's Paying? *Health Affairs* [Online] 2003, W3, 219-226 [cit.2009-05-06] Dostupné z: <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w3.219v1>
- ⁸³ PIETER, H.M.et.al. Lifetime Medical Costs of Obesity: Prevention No Cure for Increasing Health Expenditure. *PLoS Medicine* [Online] 2008, February [cit.2009-05-06] Dostupné z: <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050029>
- ⁸⁴ CATHERINE, M.et.al. Physician Conceptions of Responsibility to Individual Patients and Distributive Justice in Health Care, *Annals of Family Medicine*, 2005, roč. 3. č. 1.