



Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Diplomová práce

Hana Karásková

2006

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu

Jindřichův Hradec

Diplomová práce

Hana Karásková

2006



Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Institut managementu zdravotnických služeb

Náklady na tzv. marnou péči v lůžkovém zařízení

Vypracovala:

Bc. Hana Karásková

Vedoucí diplomové práce:

prim. MUDr. Střítecký Rudolf

Třebíč, září 2006

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma
»Náklady na tzv. marnou péči v lůžkovém zařízení«
jsem vypracovala samostatně.

Použitou literaturu a podkladové materiály
uvádím v příloženém seznamu literatury.

Třebíč, září 2006

podpis studenta

Anotace

Náklady na tzv. marnou péči v lůžkovém

Cílem práce je identifikace a vyčíslení veškerých (medicínských, nemedicínských, intangible, incremental) nákladů na tzv. marnou péči v lůžkovém zařízení a následné zhodnocení přínosu prostřednictvím některé z metodik nákladové analýzy. Do úvahy připadá i následná diskuse týkající se medicínských, právních a etických aspektů eutanázie.

Září 2006

Poděkování

Za cenné rady, náměty a inspiraci
bych chtěla poděkovat
prim. MUDr. Rudolfu Stříteckému
a výpočetnímu oddělení v nemocnici
Jindřichův Hradec.

Obsah

ÚVOD	1
1 PŘÍSTUP KE SMRTI A UMÍRÁNÍ	2
1.1 Tradiční model umírání	2
1.2 Moderní model umírání	3
1.3 Nutný kompromis	3
2 SOUČASNÁ LÉKAŘSKÁ PÉČE ANEB CO SE ZMĚNILO	7
3 SPORNÁ OTÁZKA „LÉKAŘSKÉ MARNOSTI“	10
4 KOLIK MARNÁ PÉČE STOJÍ?	12
5 ČÍSLA MLUVÍ JASNOU ŘEČÍ	14
6 CO BYCHOM MĚLI VĚDĚT O EUTANÁZII	20
6.1 Historický nástin	20
6.2 Samotný pojem eutanázie	23
7 MÍSTO EUTANÁZIE PALIATIVNÍ PÉČE	27
7.1 Vývoj paliativní péče.....	27
7.2 Komu je paliativní péče určena?.....	28
7.3 Formy hospicové péče	28
7.4 Peníze jsou vždy problém.....	28
7.5 Současný stav paliativní medicíny u nás	29
7.6 Shrnutí	29
8 NÁKLADY	31
8.1 Členění nákladů podle času	31
8.2 Členění nákladů podle druhu	31
8.3 Členění nákladů podle účelu	32
8.4 Členění pro účely manažerského rozhodování.....	32
8.5 Relevantní a irelevantní náklady	38

8.6	Členění nákladů podle jednotlivých středisek.....	39
8.7	Náklady spojené s nemocí a léčbou.....	39
8.8	Určení nákladových položek.....	41
8.9	Publikace nákladových položek	42
9	METODY EKONOMICKÉ ANALÝZY.....	43
9.1	Analýza nákladů (cost – of – illness).....	44
9.2	Analýza minimalizace nákladů.....	44
9.3	Analýza nákladové prospěšnosti	44
9.4	Analýza nákladové efektivity.....	45
9.5	Analýza nákladové utility.....	46
9.6	Koncept QALY	47
9.6.1	Výpočet QALY	49
9.6.2	Nedostatky konceptu QALY	49
9.6.3	Alternativy ke QALY	50
10	PRAKTICKÁ ČÁST	51
10.1	Zdroje dat.....	51
10.2	Základní údaje o nemocnici.....	51
10.3	Předpoklady a zjednodušení.....	52
10.4	Anesteziologicko-resuscitačního oddělení	53
10.5	Chirurgie JIP.....	58
10.6	Interna JIP	60
10.7	Porovnání výsledků na jednotlivých odděleních	67
	ZÁVĚR.....	72
	ZDROJE	74
	SEZNAM PŘÍLOH	76

Úvod

Téma marné péče je velmi citlivé. Rozkrýt co vše se skrývá za marnou péčí a zjistit kolik nás ve skutečnosti stojí je nesmírně důležité. Jde však o složitý problém, kterému se dosud u nás nikdo příliš nevěnoval, chybí zde i jakýkoliv teoretický základ.

Úvahami o zbytečnosti léčby se moderní člověk nezabývá. Prudký vývoj vědy a medicíny se negativně podepsal na pojetí života a smrti. Smrt jakoby se vytratila z našeho života. Právě této problematice se věnuji v první kapitole, kde popisuji postupné změny v přístupu ke smrti a umírání. Současná situace je bohužel taková, že lidé žijí v podstatě mezi dvěma pobytů v nemocnici. Více jak 80 % lidí umírá v nemocnicích či v podobných zařízeních. Tento problém se netýká pouze České republiky, ale i ostatních vyspělých států.

O tom, že stejně jak se změnil pohled na umírání, prošla vývojem i medicína píše v následující kapitole. Popisují změny, jež přinesl bouřlivý vývoj léčebných postupů a objevů medikamentů. Vysvětlují pojmy jako je dehumanizovaná medicína či dystanázie.

Po krátkém seznámení se základními pojmy přecházím k samotné definici marné péče. Uvádím příklady nákladů na zbytečnou léčbu ve světě.

Dále navazuji kapitolou, kde chci upozornit na důsledky změny věkového složení populace. Stárnutí obyvatel pro nás znamená závažný problém, v souvislosti s vývojem nákladů na zdravotní péči v závislosti na věku pojištěnce. Chci tak ukázat, jaké dopady má stárnutí obyvatel na výdaje z veřejného zdravotního pojištění.

V následujícím textu se věnuji tomu, co bychom měli vědět o eutanázii a jako alternativu nabízím paliativní medicínu.

V další části práce se zaměřuji na náklady, ty jsou důležitým ukazatelem kvality a jejich stav a pohyb charakterizuje hospodárnost daného subjektu. Úkolem každého manažera je ovlivňovat a minimalizovat náklady žádoucím směrem. K vyloučení či snížení některých nákladových položek nestačí pouze informace o jejich absolutní výši, je třeba znát i strukturu a místo vzniku. Z tohoto důvodu se věnuji klasifikaci nákladových položek. Důležité jsou pak zejména medicínské a nemedicínské náklady, jejichž správné pochopení je nezbytné pro další práci.

V závěru teoretické části se zaměřuji na metody ekonomických analýz, které slouží k oceňování jednotlivých zdravotnických programů, k porovnávání zdravotnické služby z hlediska nákladů a dopadů.

V praktické části se pokusím vyčíslit náklady na marnou péči.

1 Přístup ke smrti a umírání

V souvislosti s prudkým vývojem vědy a medicíny se 20. století podepsalo negativně na pojetí života a smrti. Problematika smrti a umírání se stává v posledních letech velmi naléhavou. Situace umírajících a jejich rodin je často neutěšená a postoje pomáhajících jsou rozpačité. Důvodem jsou chybějící pravidla. Starý model umírání ustoupil do pozadí a nový teprve vzniká.

1.1 Tradiční model umírání

V 19. století a ještě na počátku následujícího se lidé rodili a umírali doma. O nemocné a umírající pečovala především rodina. Péče tak byla převážně laická. Mělo to samozřejmě své výhody i nevýhody.

Hlavní výhoda spočívala v tom, že se na péči podíleli všichni členové rodiny. Učili se tak, že historie se bude jednou opakovat, získali poznání o rytmu života a smrti. Z generace na generaci přecházela zkušenost, jak pečovat o umírajícího, společně se znalostí, jak se chovat v situaci na konci lidského života. Tím nejcennějším z tradičního modelu umírání bylo poznání, že smrt patří k životu a umírání má určitý řád. Představa umírání měla konkrétní podobu. Vzhledem k samozřejmosti smrti mohl každý na konci své životní cesty odušit další vývoj událostí, svolat tak včas své blízké, rozmlouvat s knězem a projevit poslední vůli. Nakonec smířen s osudem čekal nemocný v náruči svých blízkých na smrt, která na sebe většinou nenechala dlouho čekat.

Nevýhodou tohoto modelu byla nepřítomnost profesionální péče. Zdravotní péče byla tehdy dostupná jen majetným občanům. K obyčejným lidem začal lékař docházet až v minulém století. Přestože prostředky lékařské pomoci byly omezené, znamenalo to velký pokrok. Dalším nedostatek byl předpoklad, že umírající má rodinu. Mnozí ji ale neměli, umírali tak v nuzných a nedůstojných podmínkách, sami bez jakékoliv pomoci.

Nevýhody tradičního modelu umírání se staly podmětem ke změnám. Například určité zlepšení nastalo po přijetí tzv. domovského práva, které bylo zavedeno za vlády Františka Josefa I. Podstata spočívala v tom, že pokud se někdo ocitl bez prostředků a sám, postarala se o něj obec. Každý měl tak kde složit hlavu. O materiální zázemí se postarali nemalou měrou různé církve a bohatí občané. Tento model umírání známe již jen ze starých knih a filmů pro pamětníky. [1]

1.2 Moderní model umírání

S postupem času se péče o nemocné a umírající přesunula do nemocnice. Dnešní populace žije v podstatě mezi dvěma pobyty v nemocnici. Narodí se tam a nakonec i zemře. Lidé ztratili kontakt s primárními životními zkušenostmi a mnozí získali pocit nesmrtnosti.

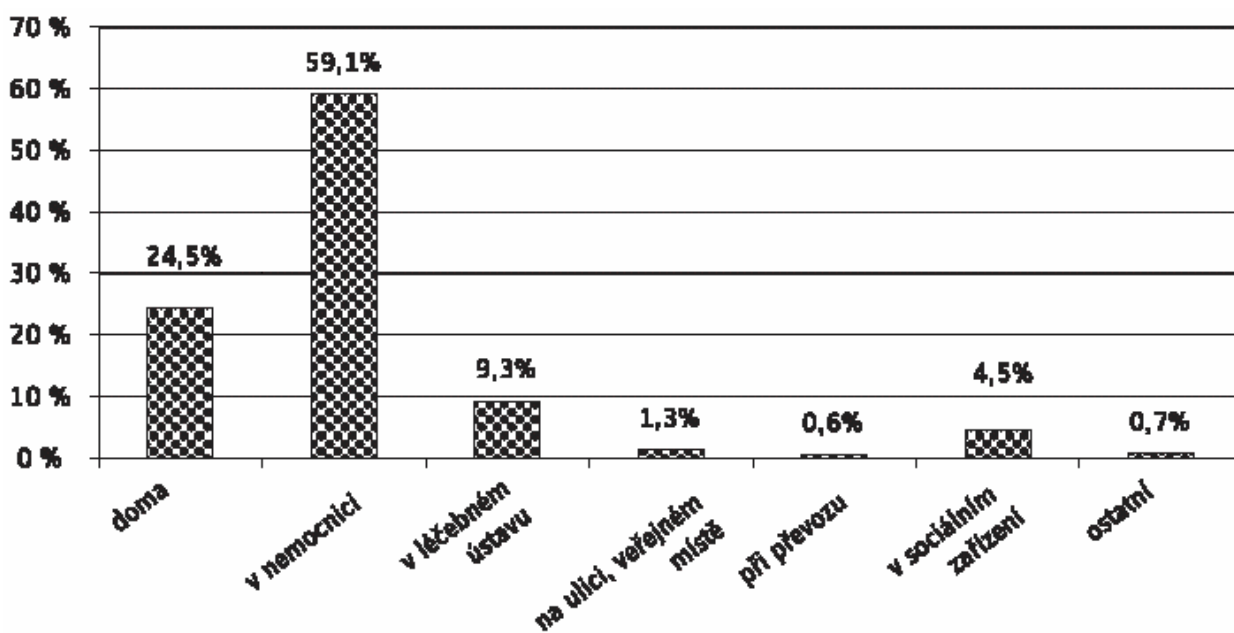
Přestože je odborná péče a materiální zázemí je zajištěno, nejsme spokojeni. V moderním modelu umírání chybí soucit, lidský kontakt, náruč milující rodiny. Umírání ztratilo charakter sociálního aktu. Lékaři sice zajistí léky, pořádek, jídlo, ale nepohladí, jsou cizí. Pacienti se cítí často osamělí. Když rodina přijde na návštěvu, neví co má říkat, jak se má chovat. Moderní člověk většinou nemá žádnou osobní zkušenost se smrtí a pomocí umírajícímu. Cítí se většinou nejistý, zaskočen. Často mylně předpokládá, že profesionálové ví co dělat, že na to mají příslušné vzdělání. [1]

1.3 Nutný kompromis

Jak jsem již naznačila, velkým problémem dnešní doby je tzv. institucionalizovaná forma umírání, kdy více než 80 % lidí umírá v nemocnicích či v podobných zařízeních. Nastalá situace se netýká pouze České republiky, jde o drtivou většinu obyvatel vyspělých zemí.

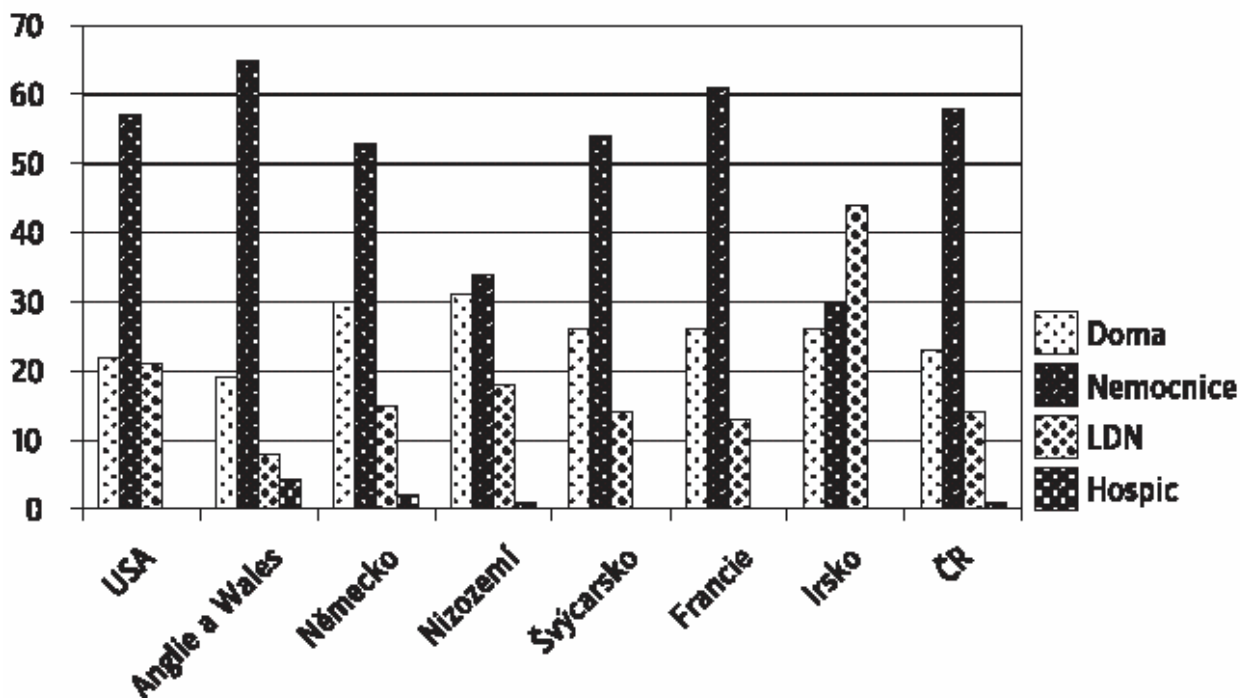
Důkazem je i následující graf. Přestože jsou údaje z roku 2001, současná situace se od nich příliš neliší.

Graf. č. 1: Úmrtí v ČR podle místa v roce 2001



Zdroj: ÚZIS

Nejčastější místo úmrtí se nemusí nutně rovnat nejčastějšímu místu, kde bylo o nemocného pečováno. Skutečnost, že situace v ostatních vyspělých zemích je obdobná, dokládá graf č. 2., kde jsou porovnávána místa úmrtí ve vybraných zemích.



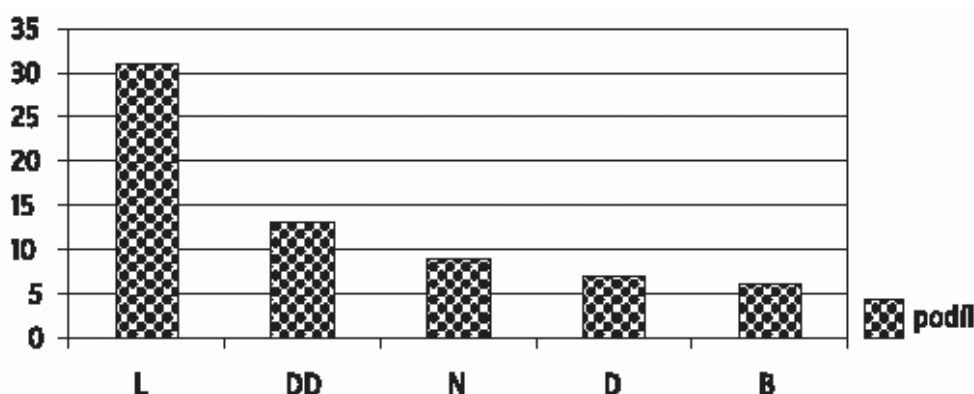
Graf. č. 2: Porovnání míst úmrtí v ČR a jiných zemích

Zdroj: ÚZIS

Výzkumy veřejného mínění provedené v posledních letech potvrdili nespokojenost lidí s faktem, že lidé umírají zejména v nemocničním prostředí. Téměř všichni dotázaní by raději zemřeli doma mezi svými blízkými.

Důkazem je i výzkum zaměřený na problematiku péče o nevyлéčitelně nemocné a umírající pacienty, který byl realizován v rámci šetření Střediska empirických výzkumů v Praze. Proběhl na jaře roku 2003 a zúčastnilo se ho 1283 respondentů. Odpovědi na otázku „kde nechtějí zemřít“ jsou shrnuty v následujícím grafu. [2]

Graf. č. 3: Místa, kde lidé nechtějí umřít (v %)



Legenda: L = LDN; DD = domov důchodců; N = nemocnice; D = doma; B = domácnost blízkých

Zdroj: Cesta domů 2004

Výsledky studií by měly být zohledněny při vytváření nového modelu umírání. Domácí model umírání není možné vzkřísit, neboť se rapidně změnilы podmínky péče o umírající. Části, které se v rámci tohoto modelu osvědčily, lze však převzít a využít.

Všichni se shodneme na tom, že smrt je třeba zlidštit. Je nutné najít nový rituál, který by byl funkční ve změněných podmínkách zdravotnické a společenské praxe. Vytvořit tak nový přístup k umírajícím, který by spojil vše dobré a účelné z obou dosud existujících modelů, tedy jak z domácí, tak i ústavní péče. V podstatě se nám nabízí dva způsoby realizace. První – nechat umírající doma a zajistit i tam kvalitní odbornou péči nebo druhý způsob – umožnit rodině umírajícího pobyt v nemocnici a přenést tak k nemocnému pozornost a lásku, jež potřebuje. Systém „domova v nemocnici“¹ je mimořádně nákladný. Z tohoto důvodu je vhodný zejména jako doplňková forma péče.

¹ funguje např. ve Francii

Přihlédneme-li současně k ekonomickým a organizačním nárokům, nabízí se možnost oba přístupy kombinovat. Příkladem jsou hospice (viz. další text).

Na závěr této kapitoly bych chtěla zdůraznit potřebu rozpracovat konkrétní podoby profesionální i laické péče o umírající a zajistit tak jistou ritualizaci procesu umírání. Do péče o nemocné by se měli zapojit všichni – lékaři i rodina. Z tohoto důvodu je nutné stanovit jistá pravidla, která určí kdo, co, kdy, kde a jak bude dělat pro umírajícího. Neméně důležité je naučit se chápat umírajícího jako „celého člověka“ a opustit tak řadu stereotypů.

2 Současná lékařská péče aneb co se změnilo

Stejně tak jak se změnil model umírání, postupným vývoje prošla i zdravotní péče. Pokud se ohlédneme nazpět a budeme srovnávat lékařskou péči s dneškem, může se nám zdát poměrně primitivní. Tehdy šlo zejména o gesto lidského soucitu, doprovod na konci životní cesty. Kromě ošetřujících byl častým návštěvníkem kněz.

Většina lidí si přála mít kam hlavu složit, a to jak v době vážné nemoci, tak i na konci své životní cesty. Symbolem důstojnosti byla čistá postel, teplo, jídlo a základní ošetření. O naplnění takového cíle usilovali mnozí vzdělanci, osvícenci, lékaři, reprezentanti šlechty a později také představitelé obecní správy. V průběhu staletí byly postupně vybudovány chorobince, chudobince a špitály.

Ve století dvacátém je situace zcela odlišná. Střecha nad hlavou, čistá postel a teplé jídlo je dnes samozřejmostí. Pacientům je většinou poskytována péče na vysoké odborné úrovni, zejména co se týče tělesných (somatických) příznaků. Bohužel rozmach lékařského oboru vedl i k jistému odosobnění vztahu mezi lékaři a pacienty. Ve velké a složité struktuře zdravotnických zařízení se pacient jako člověk ztrácí. Přestože mu všichni pomáhají, k nikomu nemá osobní vztah. Péče o duševní pohodu tak pokulhává, jakoby nebyla součástí lékařské péče. Jakoby člověk představoval pouhý souhrn tělesných funkcí a orgánů, jako „něco“ bez duše, jakoby šlo jen o to, něco změřit, případně předepsat a vyhodnotit. Pacienti se pak cítí, jako pouhý sobor chorob a nikoli lidskou bytostí. Výše popsaný stav bývá označován jako **dehumanizovaná (odlidštěná) medicína**. Poprvé se tento pojem začal objevovat koncem šedesátých let a jako reakce na něj vznikla výzva ke změně. Ta byla realizována prostřednictvím ustanovení určitých práv pacientů – snad první kodex práv pacientů vznikl v USA v roce 1971, kdy jej formuloval lékárník David Anderson. Česká verze etického kodexu Práva nemocných byla vytvořena na základě Vzorových práv pacientů, která v roce 1985 uveřejnil Americký svaz občanských svobod. Později byla respektována některá naše specifika a připomínky vznesené v rámci diskuse odborné veřejnosti. Definitivní verzi Práv pacientů sestavila a vyhlásila centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR dne 25. února 1992. Úplný text etického kodexu Práv pacientů uvádím v příloze. [3]

Vývojem prošel i **vztah mezi lékařem a pacientem**. Dříve byl běžný paternalistický postoj. Lékař jednoduše nařídil, jak se má pacient léčit. A jelikož pacient neměl jinou možnost volby, na způsob léčby přistoupil. Dnes se prosazuje partnerský způsob jednání ve vztahu lékař pacient.

Z daného přístupu však vyplývá pro obě strany celá řada práv a povinností. Lékař musí pacienta od jeho příjmu o jeho stavu informovat a neustále s ním komunikovat. Pacient by měl být schopen formulovat, jaké má potíže, a také dodržovat to, na čem se s ošetřujícími domluví.

V řadě zemí tento vztah již delší dobu funguje. Bohužel stále narážíme na situace, kdy vzájemné vztahy ve zdravotnictví jsou ovlivněny spoustou nových informací, přístrojů a zákroků. Nové techniky urychlující vyšetřování, proces uzdravování a tím i vzájemný kontakt mezi lékařem a pacientem vedou následně ke ztrátě klienta jako člověka.

Nemocní se často dozvídají o svém zdravotním stavu pouze technická data, kterým mnoho z nich nerozumí a správně se zeptat neumí nebo neodvažují. Přitom komunikace hraje důležitou roli ve vztahu lékař-pacient. Aby byla co nejproduktivnější, nesmí být vzájemný vztah anonymní. Nesmí se podceňovat význam informací, které jsou pro lékaře samozřejmé a pro pacienta nové a mnohdy neznámé. Pacient má právo na vysvětlení všeho, co ho zajímá, případně čemu nerozumí. Nikdy by neměl mít pocit, že svými dotazy obtěžuje nebo že jsou informace pouze částečné. Dobrá informovanost posiluje důvěru ve vztahu lékař-pacient.

Je třeba si uvědomit, že pacient často mnohem naléhavěji potřebuje trochu porozumění a vyslyšení, než „pouhou“ operaci, vyšetření či jiný výkon. Pro uspokojení těchto potřeb, je důležité vytvořit humánní, rovnocenné partnerství, ve kterém se pacient cítí bezpečně a má pocit důvěry v osoby, které o něj pečují. [3]

S postupem času se medicína změnila na stav, kdy bývá označována jako „vítězná“. Lékaři i zdravotníci jsou vzděláváni a školeni pro vítězný boj s nemocí a k oddalování smrti. Mnozí umírající a jejich příbuzní očekávají až do úplného konce zázrak. A tak lékaři bojují, intervenují a zatěžují umírajícího léčbou, která přináší více bolesti než prospěchu. Lékaři zachraňují pacienty za každou cenu a do poslední chvíle. Následkem bývá pak stav, který označují odborníci jako **dystanázii neboli zadržanou smrt** tj. stav, kdy je smrt neodvratná, a přesto je stále a namáhavě oddalována. Jaký diskomfort, zbytečné nepohodlí a problémy, to způsobuje pacientovi, ilustruje typický případ infúzní hydratace pacienta v terminální fázi. Potřeba zavodňování při procesu umírání klesá, nechutenství má svůj význam. Dostává-li umírající nadále infúze (namísto např. kousku ledu do úst), stejně se tím neřeší pacientova žízeň, a navíc se zvyšuje tvorba hlenu v plicích, který je nutno odsávat atd. Množství hadiček v těle pacienta je velké. Jeho potřeby jsou však v danou chvíli s velkou pravděpodobností odlišné. [5] [6] [18]

Podle vyjádření Evropské asociace pro paliativní péči dnes platí všeobecná shoda v tom, že nemocní nejsou povinováni podstupovat léčbu, která je zbytečná, a že lékaři nejsou povinováni takovouto léčbu zahajovat anebo v ní pokračovat. Dostane-li se nemoc do neperspektivní fáze a člověk vstoupí do procesu umírání, měla by léčba kurativní ustoupit léčbě paliativní. Pacientovi a jeho blízkým by měl být nabídnut jiný druh pomoci: utišující léčba a péče. Tak to vidí představitelé hospicového hnutí a tak to realizuje hospicový program po celém světě. Někdy je tento proud označován spíše slovy paliativní medicína (viz. další text).

V budoucnu bude třeba jasněji specifikovat přesné hranice a kritéria pro odklonění kurativní léčby a přechod na paliativní režim. Tváří v tvář medicínskému pokroku a trvale se rozvíjející technice si bude muset každá společnost stanovit mravní a medicínská kritéria pro zastavení léčby, jež udržuje při životě nemocné v terminálním stavu. Zápas s nemocí by měl být vyvážen vědomím, že úlohou medicíny není učinit tělo nesmrtelným, ale pomoci prožít nemocným omezený počet let co nejzdravěji.

3 Sporná otázka „lékařské marnosti“

Úvahy o zbytečnosti léčby je možno započít myšlenkami Hippokrata. Z textu Hippokratovy přísahy vyplývá, že by měl lékař rozhodnout, co je zbytečné a co není. Tudíž neaplikovat léčbu, která je marná.

Zdá se, že se tomuto rozhodnutí lékaři podvědomě (či přímo úmyslně) vyhýbají. Snad je to tím, že žijeme v době vítězné medicíny a nemocní, jež není možné uzdravit jsou bráni jako prohra lékaře. O zbytečnosti se tedy příliš nemluví. Přesto si někteří z nás uvědomují naléhavost problému zvaného „marná péče“.¹

Tento pojem se jen velmi pomalu začíná objevovat v odborných článcích a literatuře až v posledním desetiletí.

Postupně jsme začali přemýšlet nad tím, co dělat s pacientem, který požaduje lékařskou péči, o které se lékař (či zdravotnické zařízení) domnívá, že by byla marná tj. s velkou pravděpodobností by nepřinesla ani prospěch, ani užitek.

U rozhodování, zda je lékařská péče skutečně marná, narážíme na četné neshody mezi lékařskou organizací a pacienty. Rozepře a spory tohoto charakteru jsou nejčastější u kritického pacienta s malou šancí na zotavení, přičemž typické je, že příslušná léčba je velmi drahá. Ve většině případů však nelze říci, že je péče ze sta procent zbytečná. Existuje však mimořádně vysoká pravděpodobnost, že by nebyla efektivní. [8]

Jedním z mnoha důvodů těchto rozporů je neexistence jednotné definice „marné péče“.

Ačkoli to může znít krutě, marná péče v sobě zahrnuje veškerou léčbu, při které nemá pacient perspektivu přežití.

Jinak řečeno, peníze „utracené“ za pacienta, který zemřel, jsou totožné s penězi, které byly utraceny marně a neúčinně. Jsou zde samozřejmě jisté výjimky zahrnující např. úmrtí v důsledku pochybení lékaře. Jedná se však o zanedbatelnou část, kterou ve své další práci neberu v úvahu. Jedním z důvodů je fakt, že je téměř nemožné tyto údaje vysledovat a z marné péče vyloučit.

¹ v cizojazyčné literatuře označovaná jako futility care

Problém při rozpoznání hranice mezi marnou a ještě prospěšnou péčí by měla vyřešit určitá pravidla, která by jasně stanovila za jakých okolností a ve kterých případech by měl lékař odmítnout poskytnout péči. Zde však narážíme na další problém, na kterém ztroskotala řada plánů, projektů a opatření. Jde o to, jak má lékař říci pacientovi, který mu strnule hledí do tváře, že jeho péče je příliš drahá.

Další věc, která situaci značně komplikuje je nedostatek důvěry mezi lékaři a pacienty. Povinností spolehlivého ošetřujícího lékaře je nenabízet pacientovi marnou péči, nabídka marné péče představuje pro pacienta pouze falešnou volbu, volbu která mu dává jen klamné naděje, a následně brání pacientovi dělat správné a smysluplné osobní rozhodnutí. Nepřijímá-li pacient názor lékaře, že neexistuje žádná užitečná terapie, měl by spolehlivý lékař pacienta odvést k dalšímu stádiu jeho onemocnění. Při zdraví prospěšném vztahu mezi lékařem a pacientem není marná péče nabídnuta a současně ani není požadována. Tento vztah je však velmi ojedinělý a vzácný. Pacienti nejsou většinou ochotni přijmout prohlášení lékaře, že není žádné užitečné terapie pro jejich stav. Domnívají se, že „jak znají doktory“, jde pouze o to, jak ušetřit peníze omezením jejich volby. [8]

A aby toho nebylo málo, v souvislosti s lékařskou marností zní ze všech stran požadavek autonomie. Pacienti prosazují svou autonomii a trvají na tom, že se budou podílet na rozhodování o veškerém dění. Moderní člověk má totiž velkou ctižádost rozhodovat autonomně a sám zvážit všechny dostupné informace. [8]

Někdy mám však pochybnosti o našich skutečných motivech. Snažíme se opravdu pomoci umírajícímu jednotlivci setrvat na jeho autonomii nebo se pokoušíme na vzdory všem příznakům držet kontrolu nad vlastním osudem?

4 Kolik marná péče stojí?

Můžeme pouze odhadovat o jakou částku přesně jde. Český psané zdroje raději žádná čísla neuvádějí, proto jsem nahlédla do cizojazyčné literatury. Například v knize „Vzestup a pád moderní medicíny“ James Le Fanu píše „Jak jejich orgány jeden po druhém selhávají, tak jejich funkce přejímají přístroje, i když není pravděpodobné, že se vlastní orgány zotaví. Je to drahé. V roce 1976 byla polovina lékařských výdajů v USA vynaložena na posledních šedesát dnů života pacientů.“ Dále autor komentuje jak se šíří rozruch kolem vysokých nákladů na umírání. V dalším textu dodává „Takové zneužívání zařízení intenzivní péče vypovídá o tom, jak dalece se lékařská technologie vymkla doktorům z rukou.“ V následujícím textu hodnotí růst výdajů v roce 1995 oproti roku 1976 takto: „stouply v USA výdaje na intenzivní péči až na 62 miliard dolarů, což činí 1% hrubého národního produktu. Z toho jedna třetina – 20 miliard – se vydala na to čemu se eufemisticky říkalo „potenciálně neefektivní péče“.“ [9]

Velmi zajímavý byl i článek „As Death Nears, Health Costs Soar“, který byl uveřejněn na internetu letos v únoru. Můžete se dočíst o tom, že hlavním důvodem, proč se vynakládá tolik peněz na zdravotní péči ve Spojených státech je fakt, že zemřít stojí velmi mnoho peněz. Jedna čtvrtina ročního rozpočtu Medicare¹ je vynaložena na pacienty v posledním roce života. Pokud jde o konkrétní částku, pak se hovoří o sumě přesahující 100 miliard dolarů za péči o pacienty, kteří zemřeli za rok a méně. [10]

Jiný článek popisuje jak se HMOs² úzkostlivě snaží přijít na způsoby, jak předpovědět dostatečně dopředu, u kterých pacientů je nepravděpodobné přežití, a ustanovit legální a etické základy pro odmítnutí péče těmto pacientům. Ví moc dobře, že v sázce jsou enormní peníze. [8]

Jak je vidět, ve světě jsou již o krok na před. Jedno máme však společné. Všude jsou sporné otázky obklopující konec života, důležité jak pro jednotlivce, tak i pro společnost.

Z tohoto důvodu bychom měli dovolit umírající osobě podílet se na rozhodnutí o druhu lékařské péče, kterou chce přijmout během svých posledních dnů. Současně bychom měli zvážit, zda chceme skutečně platit marnou péči a jestli si to můžeme ze současných zdrojů vůbec dovolit.

¹ Medicare je federální program povinného zdravotního pojištění, který financuje zdravotní péči v USA pro občany starší 65 let a pro občany s určitými handicapami.

² HMOs - Health Maintenance Organizations - organizované zdravotní systémy odpovídající jak za financování, tak za poskytování komplexních zdravotních služeb svým klientům. V podstatě jde o propojení poskytovatelů zdravotních služeb s pojišťovnou. Existuje 5 modelů lišících se podle způsobu zapojení lékařů do organizace (zaměstnanecký, skupinový, síťový, sdružení individuálních praxí a model založený na přímých kontraktech).

Možná by bylo snaží a pacientům příjemnější, když bychom se snažili obstarat věci, které opravdu potřebují. Jako je poskytnutí úlevy od fyzické a emoční bolesti, pomoc při řešení otázek týkajících se rodiny či osobního konfliktu. Pro umírající osobu je důležitá jistota, že o ni bude postaráno a nebude zanedbaná. [8]

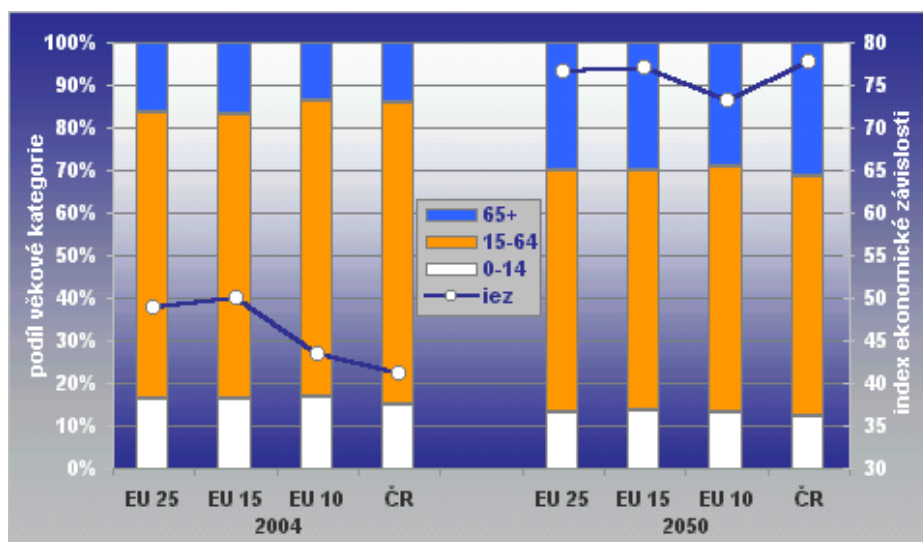
5 Čísla mluví jasnou řečí

Ptáte se proč se začalo mluvit o marné péči až nyní? Důvod je zcela jednoduchý. Jak rostou potíže při financování zdravotní péče přibývá napětí i mezi poskytovateli - lékaři, zdravotními pojišťovnami a ministerstvem zdravotnictví. Denně se přiosťují diskuse o příčinách těchto problémů. Neustále dokola se řeší otázky typu: Jsou finanční prostředky vkládané do zdravotnictví dostatečné? Jsou využívány finanční zdroje racionálně? Kam se asi peníze ztrácejí? Je únosný současný počet zdravotních pojišťoven? A co jejich neprůhledné hospodaření? Někdy mám pocit, že jde pouze o řečnické otázky a řešením se osoby, jež je vyslovily, příliš netrápí. Současná situace ve zdravotnictví není nijak růžová a bohužel může být mnohem hůře.

Světová populace postupně stárne, počet penzistů rok od roku roste. Obyvatelstvo v Evropě patří k nejstarším na světě. Za posledních čtyřicet let se v členských zemích Evropské unie výrazně zvýšila střední délka života (o 10 let na současných 77 let). Každý šestý občan Evropské unie je starší 65 let. Nejvíce obyvatel starších 65 let žije v Itálii (18,2 %), v Německu (17,5 %) a v Řecku (17,3 %). [4]

Hlavními důvody, proč se občané nejvyspělejších zemí světa dožívají vyššího průměrného věku, jsou postupně vytvořené programy prevence, imunizace pomocí očkovacích sér a zdravý životní styl. Vývoj složení věkové struktury obyvatel v Evropské Unii zachycuje následující graf.

Graf č.1: Charakteristiky věkové struktury populace EU v letech 2004 a 2050



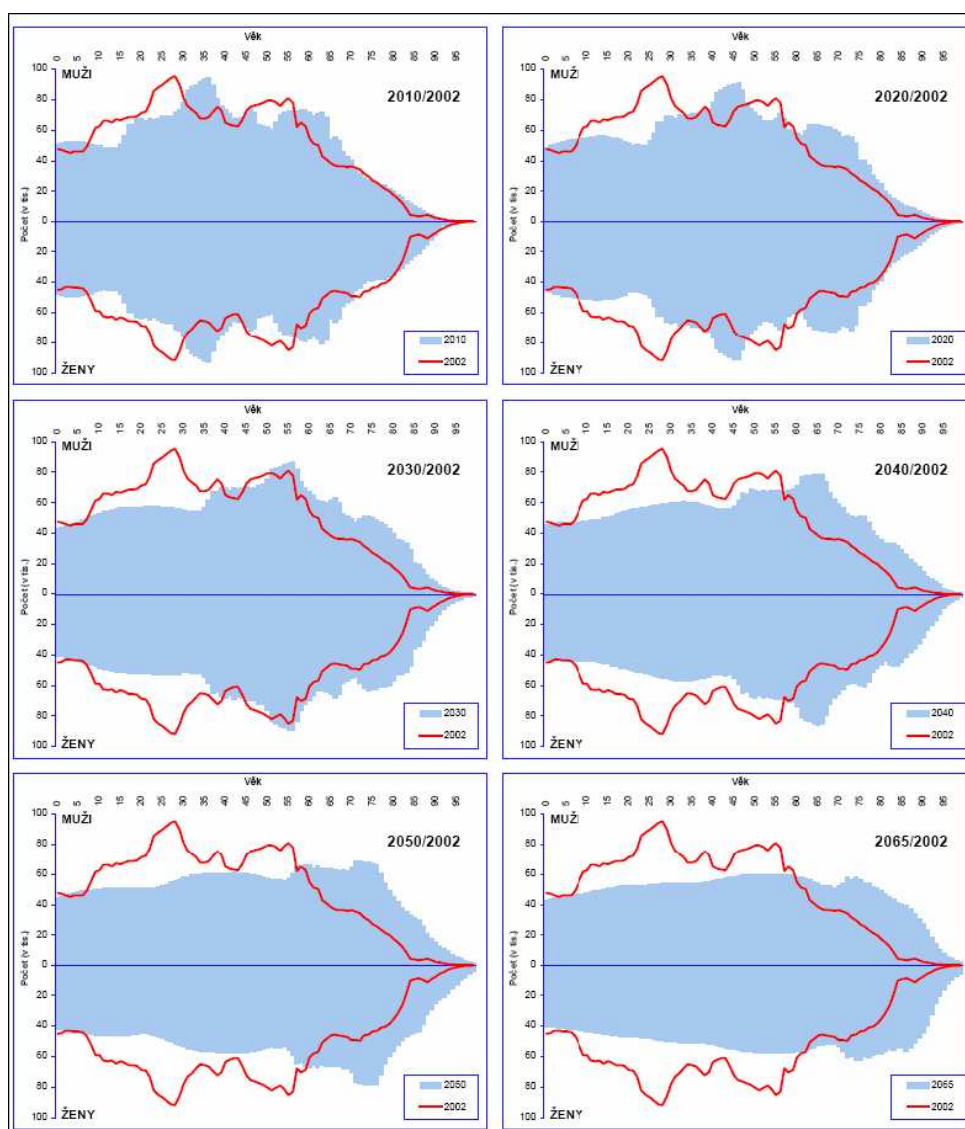
Zdroj: Demografické informační centrum

Z grafu je vidět, že podíl osob starších 65 let je v České republice prozatím relativně nízký. Dle predikce lze do roku 2050 očekávat nárůst tohoto ukazatele nad průměrnou úroveň. Mimo to je velmi nízký podíl dětí ve věku do 14 let a výrazná změna se neočekává.

Kromě podílů jednotlivých věkových kategorií je na grafu zachycen index ekonomické závislosti (iez), který vyjadřuje počet závislých osob (tj. ve věku 0-14 let a 65+) připadající na osoby v produktivním věku (15-64 let). Na základě projekcí se očekává, že se do roku 2050 zvýší až na hodnotu 78.

Následující obrázek zachycuje očekávané složení věkové struktury obyvatel v letech 2010, 2020, 2030, 2050 a 2065 v porovnání s věkovou strukturou ve výchozím roce 2002. Jedná se o střední variantu predikce.

Obr. 1. Očekávaná věková struktura obyvatelstva v daném roce



Zdroj: CSVŠ

Z obrázku je vidět, že v nejbližší době skončí poměrně dlouhé období, kdy do produktivního věku vstupovalo více osob, než z něho odcházelo. Počet obyvatel spadajících do této věkové skupiny se začne snižovat.

V obyvatelstvu České republiky, stejně jako ve všech ostatních evropských zemích, dlouhodobě klesá podíl dětské složky a oproti tomu narůstá podíl osob ve vyšším věku. Růst podílu osob v tomto věku bude v nejbližších letech důsledkem přesunu početně silných generací do věku nad 60 let, zlepšením úmrtnosti ve vyšším věku a poklesu porodnosti.

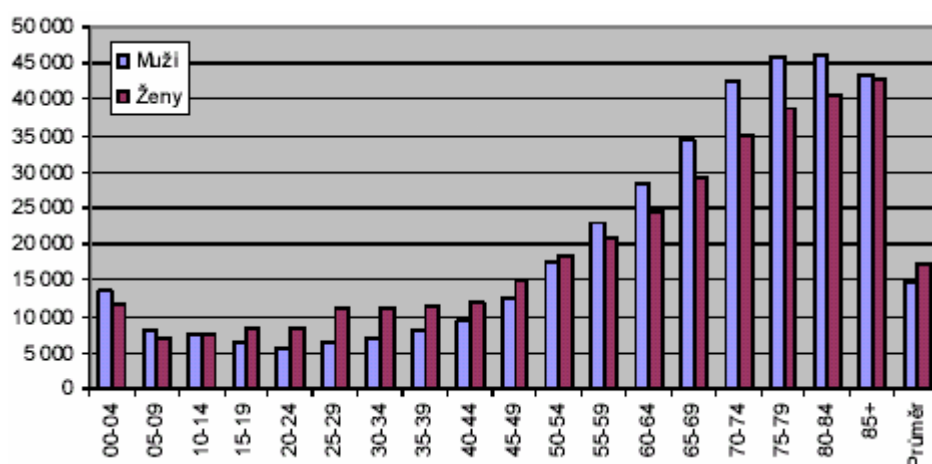
Lze očekávat, že proces demografického stárnutí bude zrychleným tempem nadále pokračovat i v dalších desetiletích. Pokles podílu ekonomicky aktivních osob by měl být

nejintenzivnější mezi rokem 2009 až 2016, kdy by se mělo jednat přibližně o meziroční úbytky ve výši 60 tisíc osob.

Důsledky očekávané změny věkového složení jsou mnohem závažnější než samotný fakt postupného snižování počtu obyvatel.

V souvislosti se stárnutím obyvatelstva je nebezpečný vývoj výdajů v závislosti na věku pojištěnce, který zachycuje následující graf.

Graf č. 2: Výdaje na jednoho pojištěnce podle věku a pohlaví v roce 2005 (v Kč)

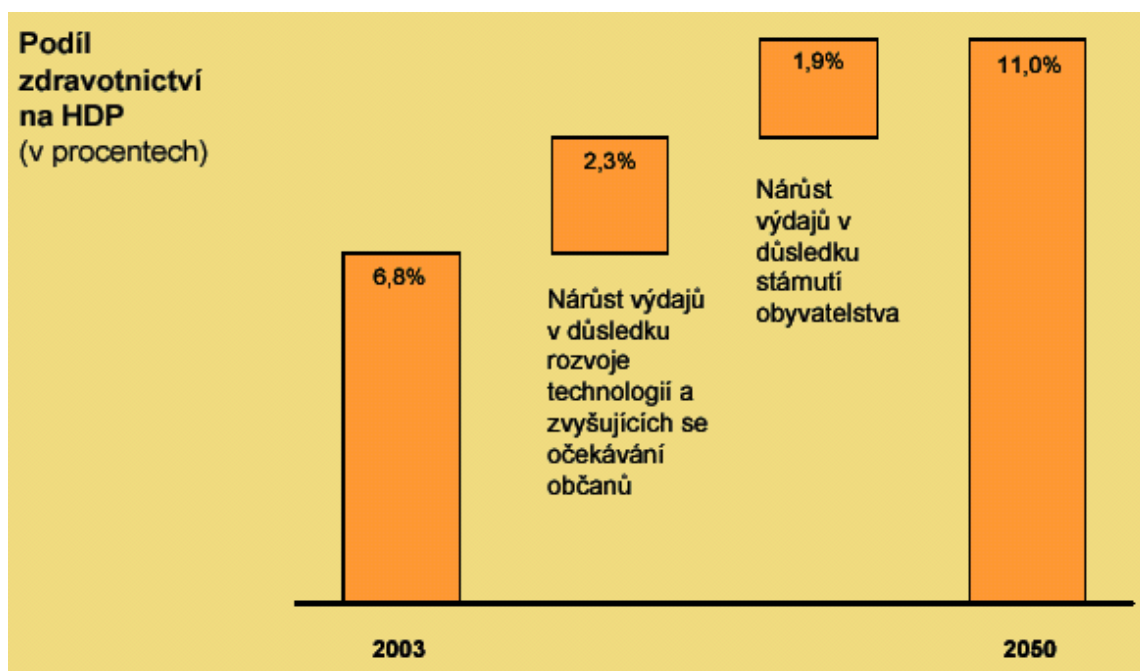


Zdroj: ČSÚ

Obecně platí, že výdaje na zdravotní péči rostou s věkem. V jednotlivých věkových skupinách se jejich výše liší v závislosti na pohlaví. Ženy jsou v průměru o něco „dražší“ než muži. Jedním z důvodů jsou vyšší náklady v tzv. fertilním věku (období plodnosti), kdy náklady spojené s celým obdobím těhotenství, porodem a šestinedělí značně zvyšují celkovou sumu nákladů. Kolem šedesátého roku se poměr obrací, ženy jsou dle statistik zdravější.

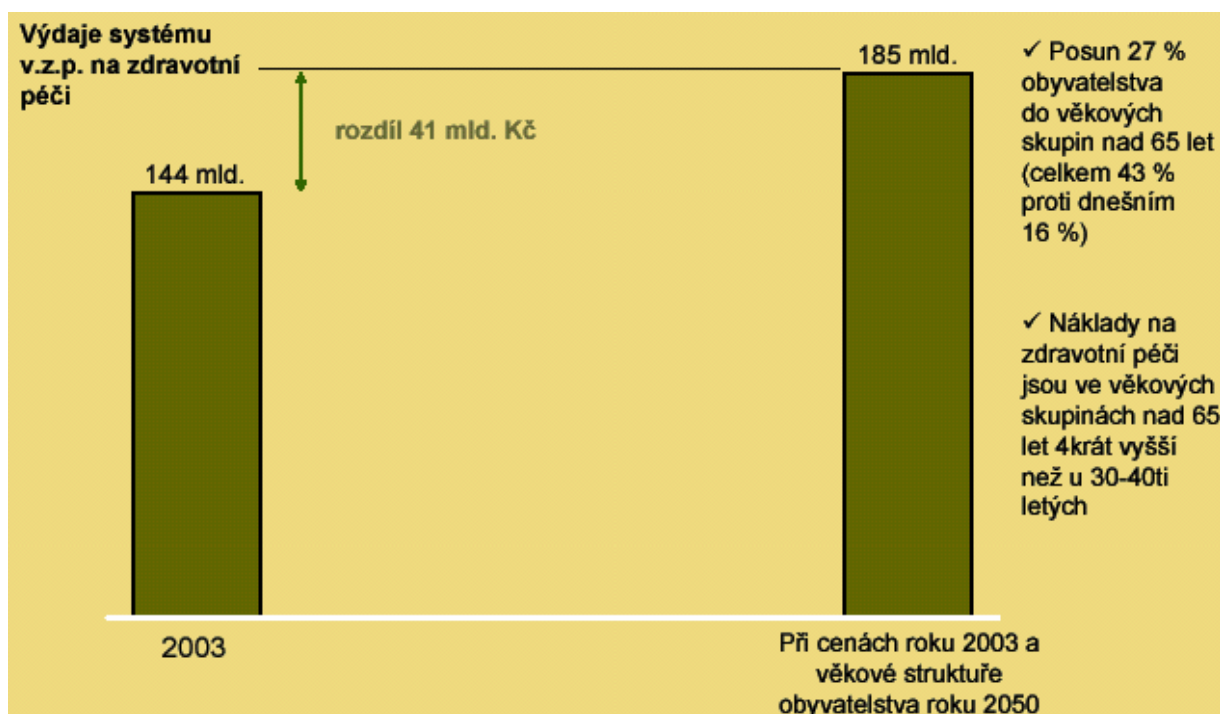
Se stárnutím obyvatelstva a vývojem nákladů v závislosti na věku úzce souvisí změny ve veřejných výdajích na zdravotnictví. Příčiny růstu výdajů v následujících letech popisuje obrázek č. 2. Obrázek č. 3 pak znázorňuje jaké dopady má stárnutí obyvatel na výdaje z veřejného zdravotního pojištění.

Obr. č. 2: Příčiny růstu výdajů na zdravotnictví



Zdroj: MUDr. Pavel Hraboň 2005 (projekce finanční bilance českého zdravotnictví do roku 2050)

Obr. č. 3 Dopad stárnutí obyvatelstva na výdajovou stránku veřejného zdravotního pojištění



Zdroj: MUDr. Pavel Hraboň 2005 (projekce finanční bilance českého zdravotnictví do roku 2050)

Stárnutí obyvatelstva, rostoucí nároky spotřebitelů a rozvoj nových technologií povede jednoznačně k významnému nárůstu výdajů na zdravotnictví v České republice. Současně vlivem stárnutí obyvatelstva dojde zároveň k podstatnému zmenšení vyměřovacího základu pro odvody na veřejné zdravotní pojištění. Pokles obyvatelstva v produktivním věku bude mít své důsledky nejen v oblasti zdravotnictví. A pokud vezmeme v úvahu, že veřejné výdaje na zdravotnictví rostou nezadržitelným tempem a peněz v systému není nikdy dostatek, je na čase zamezit jakémukoliv plýtvání.

6 Co bychom měli vědět o eutanázii

Tu a tam laickou či odbornou veřejnost zachvátí vlna bouřlivé a emotivní diskuse na téma „eutanázie“. Bohužel rozsáhlé debaty většinou nikam nevedou. Často nám emoce brání ve snaze o věcný přístup a nalezení vhodného řešení tohoto složitého problému. Následující text nabízí základní přehled o vývoji dané problematiky až po současnou situaci. V žádném případě nejde o podsouvání jakéhokoliv názoru.

6.1 Historický nástin

Termín eutanázie vymyslel a poprvé použil anglický filozof Francis Bacon (1561-1626) pro bezbolestnou a snadnou smrt. Ve svém díle "Nová Atlantida" požaduje, aby lékař nejen obnovoval zdraví nemocného, ale i mírnil bolest a utrpení, nejen v případě, že takové zmírnění přispěje k uzdravení, ale i tehdy, umožní-li čestný a snadný odchod. Terapeutický základ eutanázie formuloval v první polovině 19. století Johann Christian Reil v díle "Učení o euthanasii". Dílo vyšlo posmrtně v roce 1816. [15] [17]

V tradičním pojetí je eutanázie chápána jako *tzv. dobrá smrt* (z řeckého eu – dobrý a thanatos – smrt) nebo chcete-li snadná (lehká) smrt, to je taková, která přichází rychle a bezbolestně (nejlépe ve spánku). Ona snadnost, vyplývala ze skutečnosti, že dříve lidé byli nemocni krátce a poměrně rychle umírali. Lékaři měli k dispozici pouze omezené prostředky k léčbě, přesto byli umírání plné bolesti, nenechali pacienta nikterak trpět. Smrt často uspíšili dávkou morfia, přestože ve všech deontologických¹ kodexech bylo provedení eutanázie zakázáno. [15]

Problém zvaný „eutanázie“ provází lidstvo od pradávna. Už pravěká společnost se z praktického hlediska zbavovala některých nemocných a starých jedinců. Dokonce v Bibli, v jednom z popisů, vypráví voják, jak zabil Saula na jeho přání.

Ve starověké Spartě házeli defektní novorozence ze skály. Byl to však jediný městský stát starověkého Řecka, kde podle práva zabíjeli slabší novorozence neschopné stát se budoucími bojovníky. Byl to však současně jediný městský stát starověkého Řecka, kde se nezrodil žádný básník, filozof či sochař.

¹ Deontologia odvozeno z řeckého deon - potřebná věc a logos - nauka = nauka o povinnostech, o vztahu lékaře k nemocnému, lékařská etika

Ve starém Řecku a Římě byla eutanázie běžnou součástí filozofických úvah. Mnozí významní učenci se stavěli za možnost dobrovolného odchodu ze života. Např. Seneca děkoval přírodě, že nám dala tisícero cest, jak odejít ze světa. Oproti smrti v útrapách volil raději cestu bezbolestného odchodu ze života. Společně s Ciceronem akceptovali zabíjení defektních dětí. Právo na milosrdnou smrt obhajoval Sokrates a Aristoteles. Platón ve svém spise „O Ideálním státu“ uvádí: *"Obec mají tvořit jednotlivci duševně a tělesně zdraví"*. Svou myšlenku rozvádí s tím, že ostatní lidé se nechají zemřít. Prodlužování špatného života rozhodně nepovažoval za jakkoli přínosné. [30]

Oproti tomu antická tradice byla v tomto směru odlišná, což dokazuje i text Hippokratovy přísahy: *"Lékař nechť se zabývá plným odstraňováním bolesti nemocných a zmírňováním síly bolesti. Nechť se však neodvažuje na ty, kteří jsou nemocí již udoláni. Ani prosbami se nedám pohnout k podání smrtícího léku, ani já sám na to nikdy nedám podnět."*

Z textu vyplývá, že přísaha zásadně odmítá eutanázii a stejně tak se negativně staví k umělému ukončení těhotenství. V současné době je však v řadě zemí na světě zcela běžné, že na přání matky, ukončí lékař těhotenství. Potom nemohu pochopit, proč se odpůrci eutanázie odvolávají právě na Hippokratovu přísahu. Současně se nemohu ubránit pocitu, že řada odborníků úmyslně přehlíží tu část, kde se píše: *„Nechť se však neodvažuje na ty, kteří jsou nemocí již udoláni.“* Pokud tomu dobře rozumím, chápu to jako nastavení určité hranice, jež nemá být překročena. Proč ale čím dál častěji slyšíme z různých stran o zadržené smrti?

Nechci nikterak snižovat význam Hippokratovy přísahy. Víím, že měla zásadní vliv při vytváření etických a morálních norem v oblasti poskytování zdravotní péče. Některé právní normy z ní dokonce vycházejí. Avšak v žádné zemi nemá a ani nikdy neměla charakter právní normy. Byla vždy pouze specifickou etickou normou upravující chování lékaře. A je třeba si uvědomit, že je v mnohém přežitá.

Odpůrcem "dobré smrti" byl například Plinius, v pozdějších dobách i Tomáš Akvinský.

Úvahy o eutanázii se objevují i u křesťansky orientovaných myslitelů např. v „Utopii“ Thomase Mora (1478-1535), kde píše: *"O nemocné, jak jsem řekl, pečují s velikou láskou a neopomíjejí ničeho, aby je navrátili zdraví, ať jde o vhodnou léčbu či náležitou životosprávu. ...Jde-li však o nemoc nejenom nevyléčitelnou, ale i takovou, která chorého ustavičně mučí a týrá, tu ho kněží a úředníci vybízejí, když již vlastně přežívá svou smrt, bez schopnosti k životním úkonům, jiným jsa na obtíž a sobě samému břemenem, aby se rozhodl déle neživiti morovou*

nákazu a neváhal zemřít, poněvadž mu je život jen mučivou útrapou: naopak, aby se toho trpkého života, jakožto žaláře a mučidla, s dobrou nadějí buď sám zbavil, anebo se ho dal od jiných se svým souhlasem zbaviti." [17] [30]

Otázku eutanazie u nevléčitelně nemocných zvažoval i Martin Luther, který eutanázii doporučoval pro podvržence či ďáblový děti, čímž mínil duševně či tělesně postižené novorozence. Je třeba zdůraznit, že ve všech těchto případech byla eutanazie zmiňována pouze v teoretické rovině.

V současnosti je pojem eutanazie používán pro tzv. *milosrdnou smrt*, tedy smrt ze soucitu. Počátek historie eutanazie jako smrti ze soucitu je spojován s rokem 1895, kdy byla v Německu vydána kniha „Das Recht auf den Tod“ od Adolfa Josta (v překladu název knihy znamená „Právo zemřít“). Jako odůvodnění eutanazie autor uvedl kromě soucitu i nedostatečnou kvalitu života a omezení nákladů na léčbu. Kniha zůstala bez větší odezvy.

V roce 1920 byla v Německu vydána kniha „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (v překladu „Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žítí není hodný“). Napsal ji významný profesor práv Karl Binding a profesor psychiatrie Alfred Hoche. Autoři se ve svém díle vyslovili pro zabíjení těch, kdo nejsou života hodni. Měli tím na mysli zejména ty, kdo představují závažné společenské břemeno, tedy retardované a děti s těžkými vrozenými vývojovými vadami. Názory autorů získaly brzy nechvalnou pověst, neboť nacistická ideologie se při zdůvodnění eutanazie jako prostředku na očistu rasy opírala právě o jejich knihu. V plynu tehdy zemřelo mnoho lidí z domovů důchodců a ústavů. Není divu, že šok z tohoto počínání po druhé světové válce zastavil veškeré diskuse o eutanázii. Mnoho let se o ni příliš nemluvalo. Úvahy o eutanázii se znovu objevily až na konci 70. let. [16]

Příčin a motivů k znovuotevření diskusí je celá řada. Souvisí s citlivou problematikou dystanazie tzv. zadržené smrti (blíže vysvětleno v kapitole č. 3) a novodobým pojetím lidského práva na sebeurčení. Významnou roli hraje strach ze smrti a jakékoliv bolesti. Smrt je v dnešní době vnímána jako něco nepřirozeného. Nejsme ochotni vyrovnat se s faktem, že sami podléháme smrti. Zatímco dříve přímá zkušenost se smrtí druhých byla považována za samozřejmost a představovala součást celkové životní zkušenosti, dnes již těžce nemocní mizí z aktivního života rodiny do nemocnic a domovů důchodců.

Sociologové upozorňují, že moderní rodina není schopna a často ani ochotna plnit tradiční role ve vztahu k umírajícímu (velkou roli zde hraje sobectví, narušená mezilidská komunikace a špatné rodinné vztahy).

Dalším důvodem, proč se otázka eutanázie stala opět aktuální, je paradoxně technický pokrok. Strach ze smrti vedl k tomu, že se mnohdy snažíme udržet nevyлéčitelně nemocné pacienty naživu déle než bylo dříve možné. Proces umírání se tak prodlužuje mnohdy až na nesnesitelně dlouhou dobu. To je přítěž nejen pro pacienta, který je držen při životě napojením na nejrůznější přístroje či podáváním silných léků, jejichž účinkem je otupěn, ale ne natolik, aby si neuvědomoval, že se jeho zdravotní stav už nikdy nezlepší. Takové situace často končí rezignací ze strany pacienta, neboť začne vnímat svůj život jako nesnesitelný a nesmyslný. Kromě pacienta, je velmi zatížena i jeho rodina, pro kterou dlouhé umírání blízké osoby představuje zátěž zejména emocionální. Situace je mnohem tíživější, pokud stav, kdy nelze pro milovaného člověka nic udělat, trvá příliš dlouho. Příliš dlouhé umírání představuje velkou zátěž i pro zdravotnický personál. Lidé pak sami volají po smrti, jako po vysvobození ze života, který nemůže být přirozenou cestou naplněn. [16]

6.2 Samotný pojem eutanázie

Současná společenská i odborná diskuse nám ukazuje, jak je problematika eutanázie nesmírně složitá. Je to způsobeno i tím, že tento pojem označuje celou řadu různých situací. Ujasněme si nyní obsah jednotlivých pojmů, jež s eutanázií úzce souvisí.

Aktivní eutanázie neboli strategie "přeplněné stříkačky" je definována jako zabití z útrpnosti na výslovné přání nemocného. Vykonavatelem má být lékař. Tento fakt působí řadu problému. Není možné, aby autonomie pacienta zasahovala do autonomie lékaře. To je také důvod, proč strategie přeplněné stříkačky není legislativně povolena. Za trestný čin je považována i v Holandsku, a to se sazbou odnětí svobody až 12 let. Eutanázii tam lze provést pouze při splnění jistých pravidel, které zaručí lékařům beztrestnost. [14]

Eutanázie je často chápána jako obdoba sebevraždy. Zde je nutné zdůraznit, že v případě sebevraždy, člověk volí a jedná sám za sebe.

V okamžiku, kdy bude lékař vedle své úlohy terapeuta i tím, kdo ukončuje život, je velmi pravděpodobné, že dojde k silnému narušení ve vztahu mezi lékařem a pacientem.

Eutanázie je všeobecně celosvětově odmítána a zákonem trestána. Legalizace strategie přeplněné stříkačky je morálním a etickým dilema, spojeno s celosvětovou diskusí, zda je milosrdné ukončení lidského života za nesnesitelných strastí a bolesti humánním činem. A kdybychom přece jen uvažovali o možnosti aktivní eutanázie, v okamžiku, kdy připustíme možnost legálního ukončení života, vynoří se nové otázky, které bude třeba zodpovědět. Jednou z nich je, zda se hranice toho, komu je možno ukončit život, nebude nekontrolovatelně posouvat dále, jak už se např. stalo za druhé světové války.

Pasivní eutanázie jinak také strategie "odkloněné stříkačky", označuje postup při kterém se na základě přání a souhlasu nevléčitelně nemocné osoby neprovádí zbytečné kurativní zásahy. V době, kdy je smrt již nezvratná, další kurativní péče není efektivní popř. kvalitu života negativně ovlivňuje. Pacient má v takové případě právo odmítnout lékařské zásahy s vědomím, že na sebe přebírá veškerou odpovědnost za důsledky plynoucí z daného rozhodnutí.

Vzhledem k tomu, že je velmi obtížné stanovit jednotná a validní kritéria pro uplatnění pasivní eutanázie, je strategie odkloněné stříkačky odmítána.

Strategie odkloněné stříkačky je blízká všem strategiím, jež jsou označovány jako DNR (do not resuscitate) či v českém prostředí používanému NR (neresuscitovat). Klíčový problém je chybějící systém kritérií, který by umožnil takovou smrt a současně zabránil zneužití. Mimo to je něco jiného uvažovat, co si budu asi přát, až nastane určitá nepříjemná situace a něco jiného pak je, když už nastala. Naše zákony pasivní eutanázii neumožňují, nicméně odborníci soudí, že v praxi je tolerována. Neboť v případě, že terapie nemá za cíl léčbu, ale pouze prodlužuje život nemocného, je poměrně snadné rozhodnout se pro pasivní eutanázii. Ovšem ve chvíli, kdy se začne řešit praktická stránka daného činu, objeví se mnoho potíží. Ve chvíli, kdy neexistuje pozitivní prognóza do budoucna a diagnóza je jednoznačná, většina lidí přijme tvrzení, že podle přirozeného zákona je vhodné neprodlužovat život člověka do nekonečna a nechat již započatý proces umírání proběhnout bez větších zásahů. [15]

Je obtížné rozhodnout, kdy nastává ten správný okamžik pro ukončení terapie, jež je z pohledu pacientova uzdravení zbytečná.

Dříve byl kladen důraz na rozlišení tzv. běžných a mimořádných léčebných prostředků. Přitom člověk měl povinnost využít všechny běžné prostředky k udržení života, zatímco v případě mimořádných prostředků měl možnost volby, a to s ohledem na finanční možnosti a prognózu. Zcela jsem nepochopila podle jakých kritérií se rozhodne co je běžné a co už

mimořádné. Je respirátor běžný prostředek nebo spíše mimořádný? Zvážíme-li na jedné straně jeho nákladnost a na druhé straně fakt, že dnes patří k běžnému vybavení všech klinik? Do které kategorie zařadit umělou výživu nezvratně komatózních pacientů? Prostředek je běžně dostupný a ani není nijak zvlášť nákladný.

V takových případech je vhodnější spoléhat na funkční hledisko, než jmenný výčet běžných a mimořádných prostředků. Důležité je, jaký význam bude mít využití daného prostředku pro pacienta a jaká je jeho prognóza do budoucna. V případě, že i velmi nákladná léčba výrazně zlepší zdravotní stav pacienta, je třeba o ní uvažovat spíše než o udržování nezvratně komatózního pacienta při životě.

Další otázkou je přerušení již započaté terapie ve chvíli, kdy se ukáže jako zbytečná. Pro lékaře a zejména pak pro rodinné příslušníky je jednodušší terapii vůbec nezačít než od ní později ustoupit a ukončit ji. V takové situaci stojí tváří v tvář hrozně skutečnosti, že už pro nemocného leze nic udělat. Rozhodnutí ustoupit od léčby či započatou léčbu ukončit by mělo vždy vycházet z jednoznačné prognózy a diagnózy, že stav nemocného nelze již zlepšit. Omyl se při takovém rozhodnutí se stoprocentní pravděpodobností vyloučit nedá, vždy je určité procento omylu a tento fakt je jedním z důvodů, proč někteří tento způsob eutanázie odmítají. Zvážíme-li případy lidí, kteří jsou mnoho let připojeni k respiračnímu přístroji a jsou neustále pod vlivem silných analgetik popř. v bezvědomí je riziko omylu únosné. [16]

Kritériem pro rozhodnutí musí být jednak hodnoty pacienta, náklady na terapii ve srovnání s jejím možným přínosem a samozřejmě motivace konajícího, které by měla zahrnovat přání nepokračovat v marné léčbě. Motivací by však nemělo být pouze přání ukončit lidský život.

Není pravda, že mezi aktivní a pasivní eutanázií není téměř žádný rozdíl. Vždy se liší právě v motivaci. U aktivní eutanázie je horší, neboť zabití člověka nelze pokládat za morální čin. U pasivní eutanázie jde pouze o rezignaci na efektivitu a účinnost dané léčby.

V úvodu této kapitoly, jsem uvedla, že eutanázie představuje souhrnný pojem, užívaný pro celou řadu různých situací. Kromě výše uvedených druhů mohou přicházet v úvahu i jiné formy, a to eutanázie nevyžádaná či nedobrovolná. U nevyžádané eutanázie chybí výslovná žádost nemocného o urychlení smrti, většinou z důvodu závažného zdravotního stavu, kdy pacient není již schopen své přání vyjádřit. Souhlas lze však do určité míry předpokládat. V případě nedobrovolné (nechtěné) eutanázie není možné pacientův vnitřní souhlas či nesouhlas jakýmkoliv způsobem ověřit. Tento fakt zůstává silným argumentem pro odpůrce eutanázie.

V souvislosti s eutanázií se často hovoří o asistované sebevraždě. Ta představuje zvláštní formu eutanázie. Jde o situaci, kdy je pacient nevléčitelně nemocný, trpí nesnesitelnými bolestmi a přeje si zemřít. Přitom žádá lékaře o lék či jiný prostředek pro realizaci odchodu ze života. Samotný akt ukončení života neprovádí lékař, ale za jeho asistence tak činí sám pacient.

V odborných publikacích se setkáváme ještě s dvěma dalšími pojmy, a to tzv. prenatalní a tzv. sociální eutanázie. Méně se hovoří o interupcích jako o určité formě eutanázie. Stejně tak se jen velmi nesměle označují problémy, které se týkají péče o těžce postižené novorozence. [14]

Snad ještě méně se zmiňuje tzv. sociální eutanázie. Jde o to, že není prakticky možné poskytnout úplně všem lidem kdekoli na světě, v kteroukoli dobu a ve stejné kvalitě zdravotní péči, jež by odpovídala současným poznatkům vědy a medicíny. Nemocným lze poskytnout pouze omezenou péči s ohledem na ekonomické, geografické a vzdělanostní zdroje lokality, ve které se právě nachází. Běžně se tak stává, že pacienti jsou sice léčeni postupy lege artis, ale mohou zemřít, i přesto, že je někde na světě účinný prostředek znám. Sociální eutanázií označujeme takové úmrtí, ke kterým by nemuselo docházet, neboť zdravotní stav pacienta by bylo možné zlepšit či ho zcela uzdravit. Lékaři jen bezmocně přihlíží (sledují daný stav). [15]

V souvislosti se sociální eutanázií je nejvíce zdůrazňován problém alokace zdrojů, méně se mluví o problému geografické dostupnosti a problém edukace zdravotníků se téměř nepřipouští.

Víme, že kauzální léčba může v určitý okamžik skončit, ale péče o nemocného nikoliv. V případě, že jsou vyčerpány všechny dostupné prostředky pomoci nebo jejich použití by přineslo nemocnému více utrpení než blaha, je ukončení léčby skutečně tím nejlepším řešením.

Aby se zamezilo dalším nedorozuměním, měl by být pojem eutanázie chápán pouze ve smyslu aktivní eutanázie. Ve všech ostatních případech by se mělo mluvit o určité formě pomoci a doprovodu při umírání. Dále by bylo více než vhodné vytvořit standardy péče, jež by pomohly vnést určitý řád do obávaného závěru lidského života. A určit tak do kdy aplikovat kauzální terapii a od kdy začít s paliativní péčí.

Možná by bylo vhodné zamyslet nad tím, jak proces umírání zbytečně neprodlužovat a učinit ho důstojným, namísto snahy stanovit pravidla a podmínky, za kterých můžeme ukončit lidský život, jež sami začneme považovat za nesmyslný. Stejně tak jako k životu patří narození, dětství, dospělost, stáří, patří k němu i smrt a samozřejmě umírání. Je to zcela přirozený proces. Člověk není kompetentní rozhodovat o své nebo dokonce cizí smrti. Naše společnost na to zatím není připravena.

7 Místo eutanázie paliativní péče

Na konci 20. století proběhla řada výzkumů a ukázalo se, že potřebujeme i jiné typy péče, než jenom tu, která nevléčitelně nemocním nabízí často vyčerpávající a marnou terapii. Výzkumy prokázaly nespokojenost Evropanů, kterým se nelíbí, že většina lidí umírá v nemocničním prostředí, namísto doma. Téměř všichni dotázaní by raději zemřeli doma ve společnosti svých nejbližších. Výsledky studií tak podpořily rozvoj interdisciplinárního oboru¹ nazývaného paliativní péče. [30]

Paliativní péči (původně z latinského pallium, což v překladu znamená plášť, rouška) lze definovat různými způsoby. Všeobecně je chápána jako komplexní služba pacientovi, kterému již nemůže pomoci dostupná terapie. V podstatě neléčí žádnou určitou nemoc. Jejím hlavním úkolem je poskytnout účinnou pomoc a útěchu. Mimo jiné garantuje zajištění odborné lékařské pomoci. Zohledňuje skutečnost, že umírající často vyžaduje odlišný lékařský přístup než běžně nemocní pacienti. Potřeby nevléčitelně nemocných, kteří před sebou mají jen pár dní života se liší od pacientů léčících se v nemocnici.

Podpora nevléčitelně nemocných pacientů se nesoustředí jen na terminální fázi života, ale zahrnuje v sobě i období od diagnózy pokročilého stadia onemocnění až po podporu a pomoc pozůstalým v čase zármutku. [30]

Důraz je kladen zejména na kvalitu života nevléčitelně nemocného a současně na nenahraditelnost rodiny a přátel. Neboť na sklonku života vnímá člověk v očích těch nejbližších svou jedinečnou cenu. A naopak, skrze zkušenost s umíráním a smrtí blízkých osob se formují naše životy a přístup k posledním chvílím lidského bytí. Hlavním východiskem paliativní medicíny jsou individuální potřeby a přání nemocného.

7.1 Vývoj paliativní péče

Základy současné paliativní péče byly položeny ve Velké Británii. Zde již od středověku byly při kláštrech tzv. hospici, jež původně sloužily jako útulky. Přes odpor panovníka Jindřicha VIII v 15. století se zachovaly. [30]

Počátky paliativní péče v dnešním slova smyslu jsou spojovány se založením hospice sv. Kryštofa na předměstí Londýna koncem 60. let minulého století. S konceptem celkové bolesti

¹ Interdisciplinární obor využívá týmové práce, péči tedy poskytuje tým složený z odborníků více profesí a působí jako celek.

stála u vzniku Cicely Saudersové, která přikládala stejnou důležitost jak zajištění vysoce odborné péče, tak i poskytnutí duchovní útěchy a uspokojení sociálních potřeb nemocných a jejich blízkých. Tato myšlenka měla zásadní význam pro vznik hospicových hnutí a rozvoj paliativní péče.

Vznik a rozvoj moderní paliativní péče podpořilo zejména úsilí jednotlivců a dobrovolných iniciativ. V současnosti postupně přichází podpora z oficiálních míst a od významných vládních i nevládních institucí. Paliativní péče patří k prioritám Světové zdravotnické organizace. Evropská unie se k ní vyslovila prostřednictvím několika oficiálních dokumentů, mimo to před šesti lety přijala tzv. Chartu umírajících. Rada Evropy doporučila členským státům začlenit paliativní péči do celkového systému zdravotní péče. Řada států vytvořila plán rozvoje paliativní péče, se zaměřením na rozvoj domácí péče, budování jednotlivých oddělení paliativní péče a vzdělávání v tomto oboru. [30]

7.2 Komu je paliativní péče určena?

Paliativní péče je určena pro osoby, jež trpí progresivním chronickým onemocněním např. ischemickou chorobou srdeční, nedegenerativním onemocněním, demencí. Převážná většina pacientů, kterým se paliativní péče poskytuje, má onkologické onemocnění.

7.3 Formy hospicové péče

V Evropě jsou kromě domácích hospiců rozšířena lůžková zařízení. V některých zemích fungují dokonce denní hospicové stacionáře, které lze považovat za jistý mezistupeň. Mimo hospiců se o nevléčitelně nemocné starají v nemocnicích ve speciálních odděleních paliativní péče, spojené většinou s onkologickými klinikami. [30]

V praxi se osvědčily také mobilní týmy nemocnic a pečovatelských domů, které se v případě potřeby starají o umírající přímo doma. Bohužel se setkáváme i s tím, že hospicovou péči suplují léčebny dlouhodobě nemocných a do jisté míry také domovy důchodců. Hlavním důvodem je nedostatek vhodnějších zařízení.

7.4 Peníze jsou vždy problém

Otázka financování hospicové péče není stále vyřešena. Částečně na provoz přispívají zdravotní pojišťovny, a to zhruba ze 45 procent. Zbývající finančních prostředků shánějí hospicová zařízení z alternativních zdrojů např. prostřednictvím dotace od státu, příspěvků od

krajských úřadů či měst. Nezanedbatelná část zdrojů pochází z darů od obyčejných lidí. Další peníze plynou z nejrůznějších benefičních akcí. Výtěžky většinou nedosahují závratných výšek, je to však současně příležitost, jak představit hospicovou péči veřejnosti.

7.5 Současný stav paliativní medicíny u nás

Ještě před rokem 1989 v České republice vědělo o paliativní péči jen pár zasvěcených lidí. S otevřením hranic se nám otevřely i nové možnosti. Lidé konečně mohli cestovat a seznámit se tak i s paliativní péčí. [31]

Jedním z důvodů, proč je současná situace v naší zemi do jisté míry neuspokojivá, je fakt, že rozvoj specializované paliativní péče byl v důsledku odlišné politické a ekonomické situace v zemi od počátku o několik desítek let opožděn. První pokus o zřízení lůžkového oddělení paliativní péče byl podniknut v rámci Nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou až v roce 1992. O tři roky později byl otevřen první samostatný lůžkový hospic v Červeném Kostelci.

V příloze nabízím přehled hospiců, které v současnosti u nás fungují. Pro srovnání na konci roku 2004 fungovalo jen osm z nich. Zásahu na rozvoji mělo i Ministerstvo financí, které poskytlo finanční podporu. Otevření dalších zařízení se připravuje. Kromě hospiců fungují v České republice specializované ambulance paliativní medicíny a centra léčby bolesti, ty však nenabízí komplexní specializovanou paliativní péči.

K rozvoji hospicových hnutí přispěly publikace a propagační činnost MUDr. Marie Svatošové. Její zásluhou byly v průběhu 90. let minulého století založeny první hospice u nás. Prostřednictvím seminářů se o problematiku paliativní péče začalo zajímat více lékařů a sester. Současný stav není sice zcela ideální, ale hlavní je, že se o problematice začalo veřejně mluvit.

7.6 Shrnutí

Paliativní medicína, stejně tak jako léčba bolesti, není novinkou. V oblasti lékařské a ošetrovatelské patří k nejstarším oborům.

Nemocnému se bezpochyby daří nejlépe v domácí péči. V dnešní konzumní společnosti je to však problém. Málo kdo vymění výnosné zaměstnání za péči o umírajícího. Částečným řešením by byla možnost, aby osoba pečující o umírajícího člena rodiny, měla podobné postavení třeba jako maminka na mateřské dovolené. Dále je třeba podpořit oblast paliativní péče ze stabilních zdrojů. Neboť zkušenosti ze zahraničí ukazují, že zavedení center paliativní péče, snižuje počet

dnů hospitalizace v nemocnici a vede tak ke zřetelným finančním úsporám. Taktéž domácí paliativní péče představuje určitou úsporu peněz.

Pokud se chcete o alternativách eutanázie dozvědět více a udělat si vlastní názor, podívejte se na internetové stránky, ze kterých jsem čerpala nebo si přečtěte knihu od některého z následujících autorů: MUDr. Marie Svatošové, MUDr. Marie Goldmannové, MUDr. Ondřeje Slámy či Prof. MUDr. Marty Munzarové CSc. aj. Přímým zdrojem informací vám může být i návštěva v některém hospici.

Doporučit Vám mohu i velmi zajímavý dokumentární film režiséra Tomáše Škrdlanta „Zemřít musíme všichni. Ale někdy možná můžeme rozhodnout jak.“, který je dostupný na následující internetové adrese:

<http://www.ceskatelevize.cz/vysilani/01.03.2007/10099253860-hledani-dobre-smrti/30497.html>.

8 Náklady

Každá lidská činnost je spojena s vynaložením určité dávky úsilí, znalostí, dovedností a práce při současném využívání nejrůznějších zdrojů. Poskytování zdravotní péče se v tomto směru nijak neliší od ostatních činností. I zde jsou náklady důležitým ukazatelem kvality daného subjektu, neboť jejich stav a pohyb charakterizuje hospodárnost.

Náklady musí vždy souviset s výnosy příslušného období a nesmí se zaměňovat s pojem výdaje. Ty představují úbytek finančních prostředků ekonomického subjektu.

Každý racionálně uvažující subjekt se snaží náklady ovlivňovat a současně minimalizovat. V této souvislosti hovoříme o tzv. řízení nákladů. K vyloučení či snížení některých položek nákladů nám nestačí pouze informace o jejich absolutní výši, musíme znát i jejich strukturu a místo vzniku. Je tedy zřejmé, že se neobejdeme bez určité klasifikace nákladových položek. Autoři odborných publikací využívají k členění nákladů různorodá hlediska a jejich přístupy se mohou mírně lišit. O některých způsobech třídění nákladů pojednávají následující podkapitoly. [19] [21]

8.1 Členění nákladů podle času

Z hlediska času můžeme členit náklady na: pořizovací, provozní, investiční a likvidační. Pořizovací náklady představují nutné vstupy potřebné k výkonu činností, které musí být vynaloženy ještě před zahájením provozu tzn. že zdravotnické zařízení musí mít k dispozici určité prostory, technické vybavení a přístroje, zaměstnance a v neposlední řadě léky.

Provozní náklady vznikají během provozu, v rámci přeměny vstupů.

Investiční náklady jsou nezbytné pro další rozvoj. V podstatě se jedná o investici již vydělaných peněz za účelem zlepšení techniky či získání nových znalostí.

Náklady likvidační souvisí s ukončením činnosti zdravotnického zařízení. Vznikají nezávisle na tom, zda se jedná o ukončení dobrovolné či nedobrovolné. [19]

8.2 Členění nákladů podle druhu

Jedná se o nejčastější hledisko členění, někdy označováno též jako hledisko kalkulační či účetní. Jak již název napovídá, setkáváme se s ním v účetnictví a při sestavování kalkulací.

Zjednodušeně lze vyjádřit skladbu nákladů takto: materiálové náklady, mzdové náklady, finanční náklady, dále pak odpisy, výrobní a správní režie atd. Ve výkazu o zisku a ztrátě jsou pak náklady kumulovány a vyjádřeny jako provozní, finanční a mimořádné. Přičemž v současné době se začíná prosazovat členění pouze na oblast provozní a finanční. [19] [20]

8.3 Členění nákladů podle účelu

V tomto případě se náklady člení na přímé a nepřímé. Přímé náklady lze stanovit přímo a přesně na kalkulační jednici (na pacienta, na oddělení, na kliniku apod.). Mezi přímé náklady patří např. mzdy. Nepřímé náklady, někdy nazývány jako režijní, se určitými metodami rozpočítávají na celkový počet výstupů. Jako typický příklad můžeme zmínit energii. [19] [20]

8.4 Členění pro účely manažerského rozhodování

Je důležité vědět, že manažerské pojetí nákladů vychází z určitých předpokladů, a to:

1. pracuje se skutečnými (relevantními) náklady, které obsahují i oportunitní (alternativní) náklady.
2. při rozhodování zohledňuje pouze přírůstkové náklady, tedy náklady, které jsou daným rozhodováním ovlivněny. Ostatní náklady pokládá za irelevantní a souhrnně je označuje jako utopené náklady¹.
3. rozeznává krátkodobý a dlouhodobý pohled na náklady a jejich vývoj.

Pro manažerské rozhodování je důležité třídění nákladů podle závislosti na změnách objemu výroby. Základní skupiny nákladů tedy představují náklady variabilní a náklady fixní.

Náklady variabilní (proměnné) se mění s rozsahem činnosti. Charakter těchto změn může být různý, vyvíjí se buď:

- a) stejně rychle jako objem výkonů, tedy rovnoměrně, pak se jedná o *náklady proporcionální*. Tyto náklady jsou základními ve skupině variabilních nákladů. Závisí přímo úměrně na počtu prováděných výkonů. Jejich podíl připadající na jednotku výkonu je konstantní. Příkladem proporcionálních nákladů je třeba spotřeba přímého materiálu.
- b) rychleji než objem výkonů, tudíž progresivně a jde o *nadproporcionální náklady*. Vznik těchto nákladů není tak častý. Jejich příkladem je vzrůst mzdových nákladů při

¹ utopené náklady nejsou zvažovaným rozhodnutím ovlivněny, nezmění se, nelze je získat zpět

zajišťování zvýšeného objemu výkonů přesčasovou prací nebo zvyšující se spotřeba pohonných hmot při zvýšení rychlosti (tedy zkrácení času dopravního výkonu). Na první pohled vyvolávají tyto náklady dojem nehospodárnosti, která pak snižuje i celkovou efektivnost podniku. Tato skutečnost však neplatí obecně. Rychlejší růst těchto nákladů může zabránit větším ztrátám, resp. snížení efektivnosti, které by nastalo, pokud by se jim podnik chtěl vyhnout za každou cenu.

- c) pomaleji než objem výkonů tzn. degressivně a mluvíme o *podproporcionálních nákladech*. Tento typ nákladů je v praxi poměrně častý. Příkladem jsou náklady na přepravu nebo náklady na spotřebu elektrické energie zahrnující tzv. paušál a hodinovou spotřební sazbu.

Pokud se podíváme přímo na oblast zdravotnictví, zjistíme že variabilní náklady, se objevují pouze za určitých okolností, neboť jsou determinovány biologickou různorodostí jedinců. Představují náklady na jevy, které se vyskytují s jistou pravděpodobností výskytu (p). Jako příklad lze uvést náklady na léčbu nežádoucích účinků léčiv či náklady na změnu strategie u neúčinné léčby.

Náklady fixní (pevné, neměnné) představují část nákladů nezávislou na změnách objemu produkce. Jsou vyvolány především nutností zabezpečit chod daného subjektu. Patří mezi ně velká část režii např. odpisy hmotného investičního majetku, mzdy technicko-hospodářských pracovníků, nájem, daně, úroky z půjček, leasingové poplatky. Je však třeba upozornit, že jejich neměnnost je pouze relativní, neboť i fixní náklady se za určitých podmínek mění, a to skokem. Dělení nákladů na fixní a variabilní je tedy opodstatněné pouze v krátkém období. V dlouhém období se povaha výrobních činitelů mění a fixní náklady prakticky neexistují. [19] [20] [21]

Jak již bylo naznačeno výše, fixní náklady musíme při zvolené technologii vždy vynaložit. Pro vlastní potřeby je můžeme dále rozčlenit na:

- a) *Institucionální náklady*, jež nejsou specifické pro konkrétní technologii. Budou vynaloženy, i když nebude daná technologie použita. Jedná se např. o náklady na vytápění, platy, náklady na pořízení přístrojů, literatury. Tyto náklady často nebývají zahrnuty do kalkulací ve farmakoekonomických studiích.
- b) *Standardní náklady* představují obvyklé náklady na technologii. Jsou neměnné v závislosti na různých reakcích nemocného. Do této kategorie můžeme zařadit např. náklady vynaložené na léčiva, jejichž dávkování se v průběhu terapie nemění, či náklady na předepsané monitorování vybraných účinků léčiva.

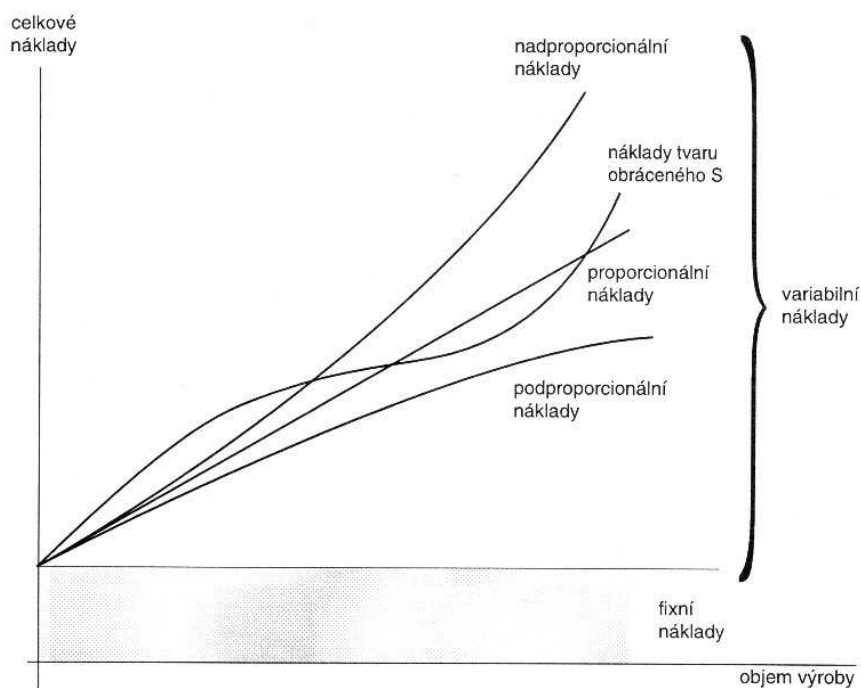
Fixní náklady jsou významnou složkou z hlediska možných úspor, neboť často tvoří až 75 % z celkových nákladů. Jedinou možností, jak snížit fixní náklady je větší objem výroby, ten znamená vyšší využití fixního nákladu a následně nižší náklady na jednotku produkce.

Graficky můžeme vyjádřit vztah mezi náklady a objemem výroby (v našem případě poskytnutých zdravotních úkonů) pomocí nákladové funkce, které jsou krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé funkce používají manažeři v běžném a operativním plánování, dlouhodobé pak v dlouhém či strategickém plánování.

Pro lepší představu uvádím následující graf. Ten zachycuje tvar křivky fixních nákladů, jednotlivých typů variabilních nákladů (podle toho jak se mění v závislosti na změnách v objemu výkonů) a v neposlední řadě celkových nákladů.

Celkové náklady vystupují jako náklady smíšené, neboť v sobě zahrnují řadu různých typů variabilních a fixních nákladů.

Obr. 1. Průběh celkových nákladů



Zdroj: SYNEK, M. a kol.: Manažerská ekonomika, Praha, Grada Publishing, 2000, ISBN 80-247-9069-6 s. 84

Z grafu je vidět, že kombinací všech možností vzniká nákladová funkce v podobě obráceného písmene „S“.

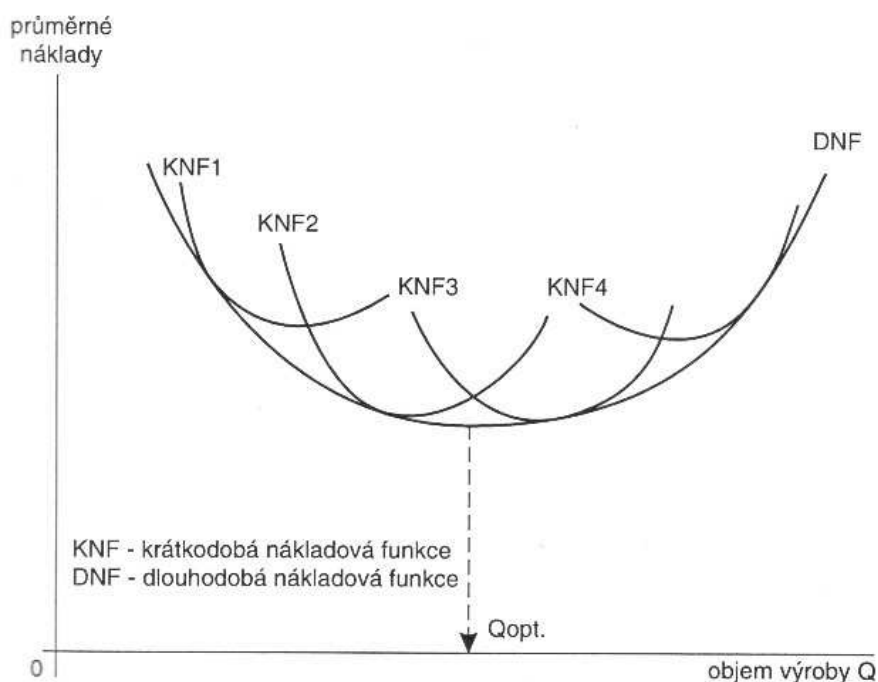
Jak již víme z předchozího textu v dlouhém období je možné měnit všechny výrobní činitele (tedy neexistují fixní náklady). Dlouhodobá nákladová funkce tak pracuje s průměrnými celkovými a marginálními náklady.

Průměrné náklady lze definovat jako celkové náklady připadající na jednotku, kterou může být pacient, určité oddělení či lůžko. Použití průměrných hodnot pro vyjádření nákladů může být v určitých případech nevhodné, neboť průměr nemusí vždy odrážet skutečnou variabilitu. Pokud je u některých populačních skupin variabilita vysoká, je vhodné znát mezní marginální hodnoty.

Mezní (marginální) náklady (marginal costs) tvoří přírůstek nákladů při růstu činnosti o jednu jednotku výkonu.

Typický tvar dlouhodobé nákladové funkce zachycuje následující obrázek.

Obr. 2. Dlouhodobá nákladová funkce tvaru U

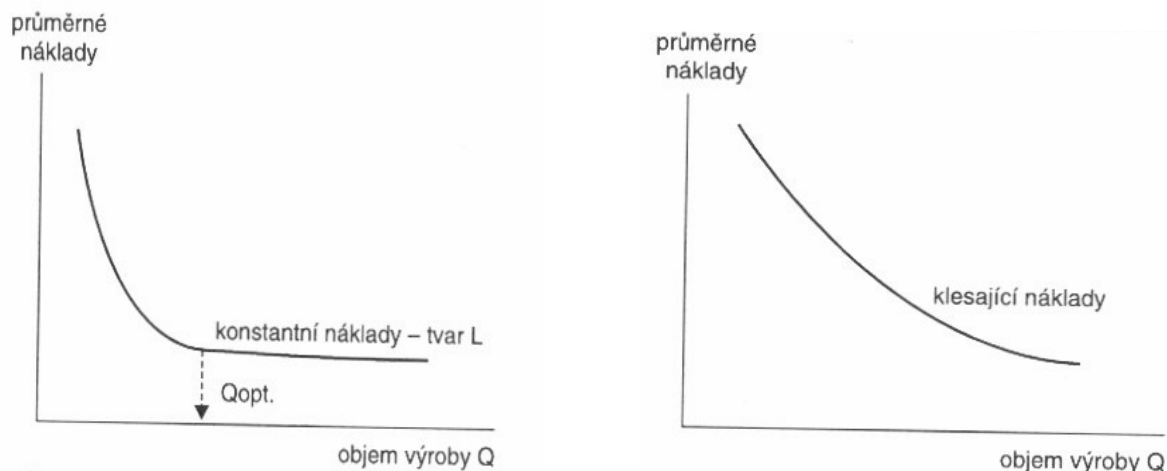


Zdroj: SYNEK, M. a kol.: Manažerská ekonomika, Praha, Grada Publishing, 2000, ISBN 80-247-9069-6 s. 85

Na obrázku č. 2 je dlouhodobá nákladová funkce složena z částí krátkodobých nákladových funkcí, které vyjadřují průběh nákladů vždy pro konkrétní rozsah objemu výroby. Funkce z počátku klesá v důsledku ekonomie vyplývající ze zvětšování objemu výroby (jako důsledek specializace práce a zařízení či nákupu ve velkém množství atd.). V nejnižším bodě $Q_{opt.}$ je dosaženo minimálních průměrných nákladů a nejvyšší efektivity. Dále pak funkce roste např. v důsledku složité koordinace řízení či velkého počtu řídicích pracovníků.

Obrázek č. 3 zachycuje případy, kdy v některých odvětvích průměrné náklady zprvu klesají a od určitého bodu jsou neměnné, potom má nákladová funkce tvar písmene L. Může samozřejmě nastat i případ, kdy průměrné náklady klesají stále, potom má nákladová funkce tvar hyperboly.

Obr. 3. Dlouhodobá nákladová funkce – jiné tvary



Zdroj: SYNEK, M. a kol.: Manažerská ekonomika, Praha, Grada Publishing, 2000, ISBN 80-247-9069-6 s. 86

Při svém rozhodování využívají manažeři i další členění nákladů, a to na explicitní a implicitní náklady, dále pak relevantní a irelevantní náklady. Kromě toho berou v potaz i oportunitní náklady.

Explicitní náklady můžeme zjistit z účetnictví. Tyto náklady je třeba reálně vynaložit, ať už na nákup nebo nájem produkčních faktorů.

Implicitní náklady představují tu část nákladů, které se reálně neplatí. Jelikož nemají podobu peněžních výdajů jsou velice obtížně vyčíslitelné. K jejich měření se používají oportunitní náklady.

Oportunitní (alternativní) náklady někdy také označovány jako náklady příležitosti. Představují významnou nákladovou kategorii z hlediska rozhodování v tržních podmínkách. V podstatě jsou fiktivní, nepředstavují finanční zdroje, které budou v budoucnu skutečně vynaloženy. Lze si je představit jako „ušlý příjem“ z produkčních faktorů, které jsou ve vlastnictví daného subjektu. Ve zdravotnictví se vyskytují pouze v omezené míře. Větší pravděpodobnost, že se s nimi setkáme je u velkých nemocnic než u malých zdravotnických zařízení. [20]

8.5 Relevantní a irelevantní náklady

U nákladů je důležité vědět, z jaké perspektivy lék (obecně produkt) hodnotíme. Zda je to z pohledu celospolečenského, státního rozpočtu, sektoru zdravotnictví či pojišťovny. Podle toho pak zahrnujeme nebo naopak vynecháváme jednotlivé položky nákladů.

Za relevantní náklady lze označit právě takové, jež jsou důležité pro subjekt, z jehož pohledu se analýza provádí tzv. zadavatel studie. Příklady relevantních a irelevantních nákladů z pohledu různých zadavatelů jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka: Relevance a irelevance nákladů z hlediska pojišťovny, pacienta a politika.

Jednotlivé druhy nákladů	Zadavatel		
	Pojišťovna	Pacient	Společnost
Přímé zdravotnické náklady	ANO	ANO/NE	ANO
Přímé nezdravotnické náklady	NE	ANO	ANO
Nepřímé náklady	ANO/NE	ANO/NE	ANO
Nehmatatelné náklady (bolest)	NE	ANO	ANO
Zlepšení zdravotního stavu pacienta	?	ANO	ANO
Snížení morbidit	ANO	ANO	ANO
Snížení mortality	?	ANO	ANO
Zlepšení kvality života	?	ANO	ANO
Prodloužení střední délky života	?	ANO	ANO

Bohužel jednotlivé zdroje se rozcházejí v názoru, zda jsou přímé zdravotnické náklady pro pacienta relevantní či irelevantní. Já se osobně přikláním k variantě, že by tyto náklady měly být považovány za relevantní. Obávám se však, že ne každého pacienta zajímá kolik stála jeho léčba.

Kromě zadavatelů uvedených v tabulce, existují i jiné subjekty, pro něž se analýzy provádí např. vedení nemocnice, skupina zdravotníků, ministerstvo zdravotnictví, či někdo z farmaceutického průmyslu.

Pro doplnění je vhodné dodat, že pokud jde o přímé nezdravotnické náklady, které jsou považovány u zdravotní pojišťovny za irelevantní, je třeba upozornit na fakt, že se mohou stát relevantními. A to v případě, že budou využívány jako prostředek konkurenčního boje mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami.

Jak je vidět, z celospolečenského hlediska jsou relevantní všechny náklady. Chceme-li získat pravdivý obraz o ekonomickém dopadu daného léku musíme provádět analýzu právě z celospolečenské perspektivy. [22] [27]

8.6 Členění nákladů podle jednotlivých středisek

Při tomto členění získáme přehled o tom, jak jednotlivá střediska hospodaří, resp. utrácí. Kromě toho můžeme provést srovnání mezi jednotlivými středisky (se stejnými podmínkami), což patří k základním činnostem řízení nákladů. [19]

8.7 Náklady spojené s nemocí a léčbou

Náklady spojené s nemocí a její léčbou lze rozdělit do tří hlavních kategorií. První tvoří přímé náklady, druhou nepřímé a třetí kategorii představují nehmotné náklady.

Přímo měřitelné náklady zpravidla souvisí s diagnózou, terapií a prevencí. Jsou spotřebovávány přímo ve vztahu k léčení choroby. Přímé náklady lze rozdělit na medicínské a nemedicínské.

Přímé medicínské (zdravotnické) náklady jsou charakteristické tím, že jsou hrazeny z veřejných zdrojů (v ČR ze zdravotního pojištění). Do této skupiny zahrnujeme náklady spojené s farmakoterapií, dále pak náklady určené k úhradě diagnostických metod a nefarmakologických postupů. V podstatě lze říci, že zahrnují cenu za veškerou nemocniční i ambulantní péči tj. cenu léků a pomůcek. Jsou to náklady, které se dají stanovit přímo na ošetřovaného pacienta.

Přímé nemedicínské náklady představují náklady související s léčbou daného onemocnění, ale nejsou hrazeny z veřejných zdrojů. Ve většině případů jsou hrazeny nemocným, výjimečně ze sociálního pojištění, popř. z jiných zdrojů (od sponzorů či nadací). Nejčastěji se jedná o náklady na dopravu do zdravotnického zařízení, ale patří sem i doprava lékařů k nemocnému. Dále zahrnují finanční vyjádření „čekacího času“ ve zdravotnickém zařízení. V neposlední řadě se do této skupiny započítávají i ostatní součásti léčby včetně zdravotních pomůcek, speciálních diet, přístrojů a zdravotních oděvů a obuvi. Jako příklad lze uvést cenu čističky nebo zvlhčovače vzduchu pro astmatiky, potraviny či speciální obuv pro diabetiky, ale také náklady na pořízení brýlí či vitamínů. Může jít ale i o pronájem ubytování pro rodinu blízko nemocnice, zajištění hlídání dětí či domácího zvířectva.

Jako nepřímé náklady označujeme ty, které jsou sice spojeny s chorobou, ale nejsou přímo určeny k léčbě nemocného. Nedají se přesně vyčíslit na pacienta. Je možné je rozdělit podle toho, kdo je hradí, zda:

- pacient – v jeho případě jde zejména o únik mzdy a snížení životní úrovně,
- stát – pro kterého absence z důvodu nemoci znamená snížení tvorby národního důchodu, snížení příspěvku na sociální a zdravotní pojištění, povinnost vyplácet sociální dávky, dále pak čerpání sociálního pojištění a v neposlední řadě snížení daňových odvodů,
- zaměstnavatel – pro kterého nepřítomnost pracovníka znamená pokles tvorby zisku, ohrožení podnikatelské činnosti, případně zvýšené riziko existenčních potíží.

Nehmatatelné náklady (intangible cost) - jde v podstatě o nevyčíslitelné náklady, které lze vyjádřit pouze slovně. Jsou spojené s utrpením, bolestí a emocionálním vypětím pacienta, dále mohou představovat ztrátu komfortu, vyřazení ze společenských aktivit apod. Jsou jen velmi těžko finančně měřitelné.

Představují finanční ohodnocení negativních psychosociálních vlivů, především snížením kvality života (např. napojením na nejrůznější přístroje), včetně dosaženého vzdělání a pracovního zařazení nemocného. Do této skupiny patří i finanční ohodnocení bolesti a utrpení spojených s onemocněním.

Je nesporné, že u chronických onemocnění (jako je např. diabetes mellitus) představují nepřímé náklady (pracovní neschopnost, léčba komplikací atd.) podstatnou část z celkových, některé prameny uvádí až 90 %. Je třeba zdůraznit, že nepřímé náklady nedokážeme adekvátně vyčíslit. Bohužel přístupy omezující se pouze na přímé náklady jsou zcela nedostačující.

Stejně tak u duševních onemocnění je nezbytné hodnotit kromě přímých nákladů na léčbu i náklady nepřímé, které představují společenské ztráty vzniklé v důsledku morbidit duševně nemocných, ztráty způsobené sníženou pracovní schopností pacientů a v neposlední řadě náklady, které zatíží rodinu nemocného.

Měli bychom si uvědomit, že investice do psychiatrických léčebných programů, které znamenají zvýšení přímých nákladů společnosti nemusí být nutně nevýhodné, právě naopak, mohou být velmi prospěšné, neboť mohou přispět k následnému snížení nepřímých nákladů (jež jsou při těchto onemocněních podstatně vyšší).

Incremental cost – jak správně přeložit a vysvětlit tento pojem? V dostupné literatuře jsem bohužel nenašla jednoznačnou definici, která by říkala, co přesně zahrnují tyto náklady. Výklad byl často nejasný.

Jedna z možností, jak vyjádřit incremental cost, jsou náklady na jednotku tj. průměrné náklady (jejich definici jsem uvedla v kapitole Členění nákladů pro účely manažerského rozhodování). Tuto variantu však považuji za nepřesnou a zavádějící.

Jiný přístup chápe tyto náklady jako mezní - marginální (vymezení tohoto pojmu je uvedeno ve stejné kapitole jako definice průměrných nákladů). Ani s tímto vysvětlením jsem se příliš nespokojila.

V kontextu farmakoekonomiky je mnohem přesnější pojetí, jež chápe tyto náklady jako navýšené náklady někdy označované jako přírůstkové či dodatečné. V podstatě vyjadřují rozdíl v nákladech mezi dvěma a více alternativami tzn. při léčbě určitého onemocnění se spolu porovnávají náklady technologie A a technologie B. „Např. měsíční náklady na léčbu vředové choroby jsou u technologie 1 (ranitidin 300 mg denně) 111,- Kč a technologie 2 (omeprazol 20 mg denně) 681,- Kč. Vyměním-li při léčbě vředové choroby omeprazol za ranitidin, pak navýšené náklady na měsíční kůru činí 570,- Kč.“¹

8.8 Určení nákladových položek

Pozorování v praxi nám umožní identifikaci nákladů, tomu by však mělo předcházet studium příslušné literatury. Teoreticky nejjednodušší by měla být identifikace fixních nákladů na použité technologie. Oproti tomu bude obtížnější určení pracovního času personálu, variabilních nákladů, přímých zdravotnických nákladů a nepřímých nákladů.

Pokud jde o časovou vytíženost zdravotního personálu, americká literatura často uvádí možnost zobrazení pomocí časového snímku. V Evropě je většinou časová vytíženost zdravotního personálu zahrnuta do bodového vyjádření výkonů, což může být zavádějící u oddělení s rozsáhlou činností, neboť ušetření pracovníka pro jednu technologii ještě nemusí znamenat úsporu personálu u jiných aktivit.

Údaje o výši variabilních nákladů lze nejčastěji získat z výsledků rozsáhlých studií.

¹ <http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>

Výši nepřímých nákladů plynoucích z pracovní neschopnosti, lze vypočítat pomocí modelového výpočtu, při současné znalosti průměrné délky pracovní neschopnosti, hodnoty hrubého domácího produktu a počtu práceschopného obyvatelstva. Výsledek pak vypovídá o tom, jaký podíl hrubého domácího produktu nebyl z důvodu pracovní neschopnosti vyroben.

8.9 Publikace nákladových položek

Zjištěné náklady by měly být při publikování uvedeny jak ve finančních, tak ve fyzických jednotkách. Ušnadní to kontrolu důvěryhodnosti údajů a správného postupu při analýze struktury nákladů např. cena za jeden den hospitalizace, hodinová mzda, cena jednoho DDD¹.

¹ zkr. doporučená denní dávka

9 Metody ekonomické analýzy

V této kapitole jsou prezentovány základní metody používané při ekonomických analýzách ve zdravotnictví. Uvedené metody slouží k oceňování jednotlivých zdravotnických programů, přesněji k porovnání zdravotnické služby z hlediska nákladů a dopadů.

Lze je využít například při:

- zvažování úhrady nového léku z veřejných zdrojů,
- zvažování, jakou metodu v nemocnici využívat, aby přinesla co nejvíce prospěchu pro pacienty a současně neznamenal přílišné plýtvání peněz,
- tvorbě národních guidelines,¹ které kromě medicíny zohledňují omezené finanční zdroje.

Metod ekonomických analýz je hned několik. Všechny se bez rozdílů zabývají náklady, liší se však v tom, jak měří a definují výstupy. Jejich přehled je uveden v následující tabulce.

Tabulka 1 Přehled - nákladové analýzy

Analýza	Anglický ekvivalent	Způsob sledování účinnosti	Výstup
minimalizace nákladů	cost minimisation analysis – CMA	nesleduje se	stejná účinnost rozdílných postupů, srovnání nákladů
nákladové prospěšnosti	cost benefit analysis – CBA	ve finančních jednotkách	jak vstupy, tak výstupy musí být vyjádřeny ve fin. jednotkách
nákladové efektivity	cost effectiveness analysis - CEA	v biologických jednotkách	cena/zachráněný život
nákladové utility	cost utility analysis- CUA	v pocitu vnímání zdraví	vyjadřuje preference pacienta cena/QUALY

Vždy je velmi důležité, z jakého pohledu se analýza provádí, zda z pohledu pacienta, plátce (tedy zdravotní pojišťovny), lékaře, určitého zdravotnického zařízení či celé společnosti. Na úhlu pohledu pak závisí výsledky nákladové efektivity. [22]

¹ doporučené postupy

9.1 Analýza nákladů (cost – of – illness)

Tato analýza nehodnotí výsledky terapie, ale pouze zjišťuje přímé a nepřímé náklady na onemocnění v definované populaci. Nesměřuje ke klinické volbě. Z toho důvodu není vhodná pro posuzování farmakoterapeutických postupů. Lze ji však využít např. při tvorbě lékové politiky.

9.2 Analýza minimalizace nákladů

O této metodě se dá říci, že je nejjednodušší, neboť se zabývá pouze srovnáním nákladů vynaložených na porovnávané technologie. Vychází z předpokladu, že obě technologie mají podobný terapeutický účinek. Tuto analýzu volíme tehdy, máme-li k dispozici omezené zdroje a z jiných pramenů víme, že léčebné postupy jsou srovnatelně účinné. Existuje-li nějaká odlišnost, pak je buď zanedbatelná nebo se pro zjednodušení zanedbává. Pokud se ale ukáže, že přežití pacientů či kvalita jejich života je při užití různých léků významně odlišná, je třeba přejít k analýze efektivnosti nákladů.

Analýza minimalizace nákladů se u nás používá při stanovení úhrad léků (kdy je zpravidla hrazen nejlevnější lék z dané skupiny a ostatní léky jsou hrazeny do výše nejlevnějšího léku). Mimo to v zahraničí slouží jako jedno z kritérií při volbě léků, jež budou zařazeny na pozitivní seznam tj. léky upřednostňované při preskripci.

9.3 Analýza nákladové prospěšnosti

Tento model posuzuje zda dosažené výsledky léčby odpovídají vynaloženým nákladům. Oceňuje jak náklady, tak výsledky jednotlivých alternativ v peněžních jednotkách. Peněžní vyjádření výsledků léčby je náročné. Narážíme zde na problém, jak ocenit hodnotu lidského života. Analýza nákladové prospěšnosti je vhodná v případech, kdy výsledky jsou komplexního charakteru, a není snadné popsat je jediným biologickým kritériem či užitou. Jako příklad lze uvést hodnocení prospěšnosti očkování.

Výsledky metody jsou vyjádřeny poměrem, který se rovná podílu prospěšnosti v Kč ku nákladům v Kč.

$$P = \text{prospěšnost v Kč} / \text{náklady v Kč}$$

Pomocí těchto poměrů lze srovnávat efektivitu jednotlivých alternativ, přičemž efektivnější bude ta, u které bude poměr větší.

9.4 Analýza nákladové efektivity

Jedná se o analýzu s nestejnými, avšak kvantitativně porovnatelnými výsledky. Patří k nejčastěji používaným metodám. Srovnává vztah nákladů a efektu léčby, který je vyjádřený biologickými změnami.

Při srovnání dvou odlišných metod léčby určitého onemocnění, je nutné kromě ceny léčby a získaných let života zvážit i pravděpodobnost úspěšnosti dané léčby. Tato pravděpodobnost se u většiny lidí liší podle věku a další přidružených onemocnění.

Při aplikaci této metody je nezbytné mít dobré znalosti o vzniku nemoci (jejích příčinách a dalších procesech, které vznik a rozvoj provázejí). Tyto poznatky jsou nutným předpokladem pro výběr relevantních parametrů.

Pokud jde o měření výsledku terapie, je hlavním cílem získat důvěryhodné a validní údaje o účinnosti tak, aby analýza odrážela skutečný stav. Data o výsledku terapie je možné získat pozorováním v praxi, experimentálně pomocí randomizovaných klinických studií, popř. studií literárních zdrojů.

Hlavní předností pozorování v praxi je skutečnost, že se sleduje reálný stav, ten by měl nejméně odrážet terapeutickou hodnotu jednotlivých technologií. Problém však spočívá v tom, že je takřka nemožné v daném čase získat informace od potřebného počtu pacientů.

Randomizované klinické studie epidemiologického charakteru pracují s poměrně přesnými daty, avšak podmínky jejich vzniku se pouze blíží reálnému užívání léků.

Při čerpání informací z literárních zdrojů je třeba vyvarovat se informační předpojatosti. Zvolíme-li ke srovnávání jednotlivých zdrojů tzv. metaanalýzu (statistická metoda určená k zevšeobecnění výsledků klinických studií) musíme dávat dobrý pozor, neboť snadno můžeme sklouznout k chybným závěrům. Současně nesmíme opomenout fakt, že v publikacích bývají často vynechány informace s negativním výsledkem.

Je třeba upozornit na pět nejčastějších chyb, se kterými se setkáváme při používání biologických charakteristik účinnosti, a to:

1. selekční předpojatost - vzniká při chybném plánování studie např. nesprávným zvolením biologických kritérií, účelovým vybíráním metodiky či subjektů při jejich zařazování do studie. Možnou ochranou proti selekční předpojatosti je randomizace (zcela náhodné rozdělení osob na exponované a neexponované, přičemž neexponované osoby dostávají namísto zkoumaného léčiva placebo či jiný, obvykle starší druh léčiva),
2. chybné určení pravděpodobnosti účinnosti - v případě, že údaj vychází z početně malých kohort,
3. nerespektování významné variability - opomenutí analýzy citlivosti (testuje jak moc se hodnota zvoleného parametru mění v závislosti na odchylkách jeho proměnných od původně stanovené výše)
4. informační předpojatost – vyplývající z vyhledávání údajů z informačních zdrojů,
5. nesledování compliance - nerespektováním přítomnosti non-compliance může dojít ke zkreslení studie, a to především při analýze preventivních farmakoterapeutických postupů, kde je nezbytné znát adherenci nemocného ke studovanému léčivu. Pacienti, kteří neadherují k léčbě, se chovají stejně jako skupina pacientů bez léčby. Non-compliance tak zvyšuje náklady o farmakoterapii a náklady na důsledky neprovedené prevence ve skupině zdánlivě léčených.

9.5 Analýza nákladové utility

Jde o typ analýzy s nestejnými, subjektivně porovnatelnými výsledky. Prospěšnost terapie se při této metodě hodnotí z hlediska kvality života nebo podle toho, jakou terapii pacient preferuje.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) lze kvalitu života (Quality of Life) definovat jako pocit dobrého bytí (wellbeing).

Většinou se nehodnotí absolutní kvalita života, ale pouze její změny vyvolané zavedením nové léčebné technologie. Kvalitu života lze měřit pomocí různých dotazníků, kde pacient subjektivně zhodnotí změny somatických a psychických pocitů, včetně změny postavení ve společnosti.

Analýza nákladové utility se nejčastěji používá v případech, kdy se posuzují léčebné postupy, jež přináší prodloužení lidského života za cenu vedlejších účinků např. při léčbě onkologických pacientů chemoterapie prodlužuje délku života, avšak podstatně může snižovat jeho kvalitu. Tato metoda se používá vždy, když kvalita života představuje nebo může

představovat významný výsledek terapie. Další možnost použití je tehdy, když léková intervence ovlivňuje současně morbiditu a mortalitu a je nutné sledovat oba tyto aspekty.

Je třeba zdůraznit, že tento typ analýzy vyžaduje vysokou validitu dat týkajících se konečných účinků léčby.

9.6 Koncept QALY

V předcházející kapitole byl vysvětlen pojem „kvalita života“. Abychom mohli s tímto pojmem pracovat i při matematických výpočtech, je třeba kvalitu života určitým způsobem změřit či ocenit např. použitím preferenčních hodnot zdravotního stavu.¹ K získání preferencí slouží různé postupy. Jedním z nich je např. použití preferenční škály, která je znázorněna na následujícím obrázku.

Obr. 4. Škála pro měření kvality života

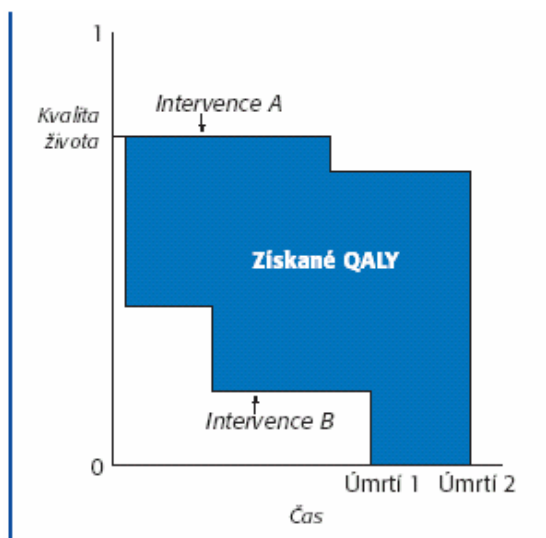


Zdroj: <http://www.farmakoekonomika.cz/web/casopisy/farmakoekonomika1.pdf>

Dotázaný na úsečce ohraničené ze spodu bodem „ smrt“ a shora bodem „výtečné zdraví“ označí kam spadá jeho zdravotní stav. Pozor na stavy považované za horší než smrt, jež mají záporné hodnoty. Jiná metoda pracuje s ochotou zaplatit časem. Podstata této metody spočívá v tom, že dotázaný zváží konkrétní zdravotní stav a určí kolik let při plném zdraví by obětoval za vyléčení konkrétního onemocnění.

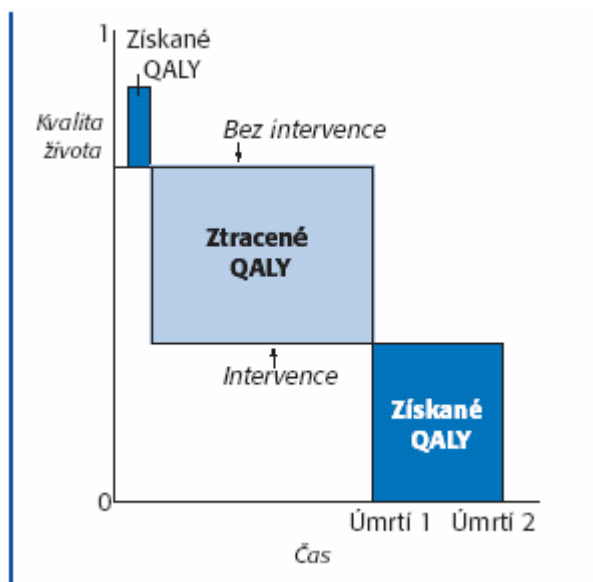
¹ Preferenční hodnota představuje hodnotu, jež by zdravá osoba přiřadila určitému zhoršení či zlepšení svého zdravotního stavu popř. kterou by nemocná osoba ocenila navrácení zdraví.

Obr. 5. Porovnání dvou intervencí pomocí QALY



Zdroj: <http://www.farmakoekonomika.cz/web/casopisy/farmakoekonomika1.pdf>

Obr. 6. Porovnání pomocí QALY u pacienta s intervencí a bez intervence



Zdroj: <http://www.farmakoekonomika.cz/web/casopisy/farmakoekonomika1.pdf>

Z obrázku č. 6 je vidět, jak intervence zpočátku vede ke zlepšení života, poté však přichází propad v porovnání s pacienty bez intervence. Prodloužení života je tedy doprovázeno nižší kvalitou života.

9.6.1 Výpočet QALY

Příklad: Z důvodu vážného onemocnění stráví pacient tři měsíce v nemocnici. Během jeho pobytu byla průměrná kvalita života pětinová. Po propuštění z nemocnice se pacientův život i jeho kvalita vrátili k normálu. O kolik QALY přišel?

Výpočet je snadný, vynásobí se preferenční hodnota pro daný stav časem, ve kterém nemocný daný stav pravděpodobně stráví.

$$0,8 \text{ (míra ztráty kvality života)} \times 3/12 \text{ (čas)} = 0,2 \text{ QALY}$$

9.6.2 Nedostatky konceptu QALY

Koncept QALY má i své nedostatky a omezení, neboť v sobě zahrnuje řadu zjednodušení. Mimo to praktickému zavedení ukazatele QALY stojí v cestě etické problémy.

Je zřejmé, že jednotlivec bude vždy usilovat o léčbu, která mu přinese co nejvíce QALY. Z hlediska racionálního rozdělení omezených finančních prostředků půjde pravděpodobně o volbu takové léčby, jež za disponibilní peníze přinese největší celkový počet QALY. Zvolený léčebný postup nemusí být v jednotlivých případech shodný. Může se tak stát, že bude vybrán podstatně levnější postup, který není z hlediska dlouhodobých výsledků vhodný.

Problém je také v tom, že některé skupiny nemocných jsou v nevýhodě. Jednou z těchto skupin jsou starší lidé – je velmi pravděpodobné, že náklady na 1 QALY vynaložené při léčbě určitého onemocnění u starých osob budou vyšší než náklady na léčbu mladších osob se stejným onemocněním (neboť starší lidé mají kratší očekávanou dobu života).

Další znevýhodněnou skupinou jsou osoby s tělesným či psychickým handicapem. Patří sem např. lidé s genetickou zátěží, chronickým onemocněním, trvale oslabeným zdravím, kuřáci a alkoholici. I u těchto osob by byla nejspíš hodnota QALY považována za nižší (nikdy nebudou mít QALY = 1,0).

Kromě toho levná léčba velkého počtu pacientů s triviálním onemocněním by za stejnou sumu peněz přinesla více QALY než léčba závažných a život ohrožujících onemocnění. [8]

Navíc je kritizován nedostatek citlivosti při hodnocení účinků podobných terapií a neadekvátní hodnocení emočních a mentálních problémů. Existují tak obavy, že by koncept QALY mohl svést zejména ze jednostranně informované a pouze hmotně zainteresované osoby.

I přes všechny nedostatky znamená koncept QALY možnost přímého výběru při rozhodování o rozdělení zdrojů a porovnání přínosů nových technologií a léčebných postupů.

9.6.3 Alternativy ke QALY

Příklady možných alternativ ukazatele QALY jsou následující:

- **HeLY** – představuje rok zdravého života, který začleňuje riziko mortality a moribidity do jednoho čísla
- **DALY** (Disability – adjusted life year) - rok života o snížené kvalitě
- **WTP** (Willingness – to – pay) resp. **WTA** – ochota za určitý prospěch zaplatit (respektive jej akceptovat za určité peníze)
- **TwIST** (Time Without Symptoms or Toxicity) – čas strávený bez příznaků nemoci a toxicity léčby např. u onkologicky nemocných

10 Praktická část

Při vyčíslení nákladů na marnou péči vycházím z předešlého textu, který mi poskytuje teoretický základ.

Původním cílem bylo vyčíslit náklady na marnou péči pro celou republiku. Bohužel získat údaje od Všeobecné zdravotní pojišťovny se mi nepodařilo, neboť data neshromažďují ve struktuře o kterou jsem žádala. Zjistit náklady na zemřelé by znamenalo nový složitý sběr dat k rodnému číslu a na to chybí kapacita a čas. Bylo by nutné zadat nové třídění rozsáhlé databáze, což by bylo velice nákladné.

Toto situaci částečně zkomplikovalo. Přistoupila jsem na alternativní řešení a pokusila se údaje shromáždit sama.

10.1 Zdroje dat

Konkrétní data pro mou práci jsem získala ve spolupráci s Nemocnicí Jindřichův Hradec. Údaje jsem shromáždila za rok 2006 celkem ze tří oddělení, konkrétně anesteziologicko-resuscitačního oddělení, jednotky intenzivní péče na chirurgii a jednotky intenzivní péče na interně. Výběr těchto oddělení nebyl náhodný, v podstatě jde o místa, kde je zvýšená pravděpodobnost výskytu marné péče.

10.2 Základní údaje o nemocnici

Nemocnice byla otevřena již v roce 1893. Původně měla celkem 70 lůžek (52 v hlavní budově a 18 v infekční). Postupně byla rozšiřována a modernizována až do současné podoby, kdy má 381 lůžek na 11 odděleních (interní, nervové, dětské, ženské, chirurgické, ARO, oční, ušní-nosní-krční, urologické, ortopedické a oddělení ošetrovatelské péče).

Svým uspořádáním představuje klasickou nemocnici tzv. pavilónového typu. Spádová oblast je zhruba 96 tisíc obyvatel. Od 1. 1. 2007 přešla Okresní nemocnice Jindřichův Hradec (příspěvková organizace) na akciovou společnost - NEMOCNICE Jindřichův Hradec, a. s.

Pokud se budete chtít blíže seznámit s nemocnicí, můžete navštívit internetové stránky <http://hospitaljh.cz>.

10.3 Předpoklady a zjednodušení

Vzhledem k tomu, že někteří pacienti byli hospitalizováni vícekrát, musela jsem se rozhodnout, co přesně zařadit do nákladů na marnou péči. Zda zohlednit situace, kdy byl pacient hospitalizován s určitou diagnózou, poté propuštěn do domácího léčení a za tři dny se vrátil ve zhoršeném stavu zpět. Bylo by nutné rozhodnout v jakém časovém rozmezí patří náklady ještě do marné péče a kdy již ne. Výpočty by komplikovalo mnoho dalších faktorů.

Z toho důvodu se budu držet definice marné péče, která říká, že marná péče v sobě zahrnuje veškerou léčbu, při které nemá pacient perspektivu přežití. Jednoduše řečeno, jde v podstatě o situace, kdy přijde pacient do nemocnice a už z ní neodejde.

Do nákladů na marnou péči jsem zařadila pouze náklady na poslední hospitalizaci. S tím, že pokud bychom chtěli vyčíslit náklady v posledním půlroce (popř. roce) života pacientů, částka by se zvýšila na jednotlivých odděleních právě o peníze vydané na předešlé hospitalizace.

Ve své práci pracuji se vzorkem 79 zemřelých pacientů. Pro účel modelového příkladu a naznačení postupu při vyčíslení nákladů na marnou péči velikost postačí.

Při výpočtech zaokrouhluji vždy matematicky na dvě desetinná místa.

10.4 Anesteziologicko-resuscitačního oddělení

Tabulka č. 1: ARO

Poř.č.	Dg.	Dny hosp.	Výkony	Léčiva a materiál	Doplatek	Náklady celkem	Pozn.
1	I460	1	19 611,15			19 611,15	
2	J960, I469	3	65 953,45			65 953,45	
3	I64	1	4 026,36	28 512,62	10 618,64	43 157,62	
4	J960, R048	13	284 001,67	14 609,65	9 684,45	308 295,77	Se stejnou diagnózu byl pacient hospitalizován před 2 měsíci, kdy náklady na léčbu celkem činily 304 574,60 Kč
5	I509	1	35 025,95	215,60	955,37	36 196,92	
6	J960	16	296 654,80	4 570,11	477,87	301 702,78	
7	J960	26	335 667,95	8 662,50		344 330,45	Pacient hospitalizován se stejnou diagnózou hned další den po propuštění, první hosp.10 dní, celk. nákl. na léčbu činily 145 482,83 Kč
8	K265, J960	3	67 504,72	1 316,75	43,17	68 864,64	Se stejnou diagnózu byl pacient hospitalizován před 3 dny, kdy náklady na léčbu celkem 76 371,71 Kč, první hospitalizace 5 dní
9	I501	1	23 171,15			23 171,15	
10	I619	3	13 147,08			13 147,08	
11	J960	1	19 611,15	34 303,05	11 338,80	65 253,00	
12	I460	1	23 171,15			23 171,15	Se stejnou diagnózu byl pacient hospitalizován před 10 dny, kdy náklady na léčbu celkem 134 443,10Kč, první hospitalizace 6 dní
13	I501	2	42 782,30	621,84	14,72	43 418,86	

Poř.č.	Dg.	Dny hosp.	Výkony	Léčiva a materiál	Doplatek	Náklady celkem	Pozn.
14	J960	2	42 782,30	1 036,19	3 921,66	47 740,15	
15	J960	1	23 171,15	133,55	8,61	23 313,31	
16	J960	1	23 171,15	229,66	35,56	23 436,37	
17	J960	2	49 902,30	331,84	3 645,60	53 879,74	
18	J960	6	97 634,78	1 755,57	2,78	99 393,13	
19	J960, I210	5	105 750,69	3 636,97	318,43	109 706,09	
20	J960	1	19 611,15			19 611,15	
21	I619	4	53 624,28	803,79	165,02	54 593,09	
22	J960, I500	11	226 979,37	3 712,61		230 691,98	
23	J960	13	151 909,65			151 909,65	Se stejnou diagnózou byl pacient hospitalizován před 1 dnem, kdy náklady na léčbu celkem 60 144,98 Kč, první hospitalizace 4 dny
24	J960	2	8 052,72			8 052,72	
25	J960	15	302 240,44	5 223,48	12 759,60	320 223,52	
26	J960	10	165 775,85	3 727,21	358,13	169 861,19	
27	J960	1	26 731,15	270,66	1 888,68	28 890,49	
28	J960, I469	9	111 611,34	1 732,50		113 343,84	
29	I469, J180	1	23 171,15			23 171,15	Pacient byl hospitalizován před 3 dny s diagnózou J960, náklady celkem 71 701,07 Kč
30	J960	1	23 171,15			23 171,15	
31	I260	1	9 307,62			9 307,62	
32	T068, G931	3	62 970,17	2 536,29	124,48	65 630,94	
33	J960	2	50 479,02	2 306,64	88,91	52 874,57	
34	J960	1	19 611,15			19 611,15	
35	I501	1	23 746,09	1 969,85	48,07	25 764,01	Se stejnou diagnózou byl pacient hospitalizován před 3 dny, kdy náklady na léčbu celkem 39 222,30 Kč, první hospitalizace 2 dny

Poř.č.	Dg.	Dny hosp.	Výkony	Léčiva a materiál	Doplatek	Náklady celkem	Pozn.
36	R402	1	19 611,15			19 611,15	
37	J960	1	26 731,15	370,24	96,87	27 198,26	
38	J960	14	285 811,04	36 718,00	4 826,38	327 355,42	Se stejnou diagnózu byl pacient hospitalizován před 15 dny, kdy náklady na léčbu celkem 302 423,02 Kč, první hospitalizace 14 dní
39	J960, I250	1	26 731,15	41 101,00	6 062,08	73 894,23	
40	I501, J960	11	241 594,06	4 840,34	91,92	246 526,32	
41	I501, J960	8	198 973,74	14 612,27	4 269,49	217 855,50	
42	R571, J960	1	23 171,15			23 171,15	
43	J960	1	26 731,15	35 716,90	17,78	62 465,83	
44	I633	4	93 261,31	2 765,95	160,04	96 187,30	
45	J960, A419	1	19 611,15	352,47	62,73	20 026,35	
46	J960, I469	10	229 757,95	4 311,18	17 002,62	251 071,75	
47	J960	4	89 701,32	2 536,29	124,48	92 362,09	
48	J960	1	9 882,56	1 732,50		11 615,06	
49	I509	4	89 124,60	1 316,93	200,13	90 641,66	
50	J960	6	125 361,84	3 371,33	4 076,40	132 809,57	
51	T427, J969	1	19 611,15			19 611,15	
52	I490	2	36 038,77	24 592,10	8 390,14	69 021,01	
Celkem			4 413 438,79	296 556,43	101 879,61	4 811 874,83	

Na oddělení ARO bylo v roce 2006 celkem hospitalizováno 202 pacientů, z nich 52 zemřelo tj. 25,74 %. Přehled příčin úmrtí na tomto oddělení zachycuje tabulka č. 2.

Podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize (dále jen MKN-10) bylo na oddělení ARO nejčastější příčinou úmrtí v roce 2006 Akutní respirační selhání (J 960), které se u 52 pacientů vyskytlo hned 35krát. V poměru k ostatním diagnózám šlo více než 52 % výskyt. Akutní respirační selhání se vyskytlo 11krát tj. 16,4 % v kombinaci s jinou chorobou.

Za sledované období byly náklady na celé oddělení 22 623 004,85 Kč. Z toho částka ve výši 4 811 874,83 Kč připadla na marnou péči tj. 21,27 %.

Průměrné náklady na jednoho hospitalizovaného (včetně zemřelých) byly 111 995,07 Kč. Průměrné náklady na marnou péči činily 92 536,05 tj. o 80 540,98 Kč více než běžný průměr.

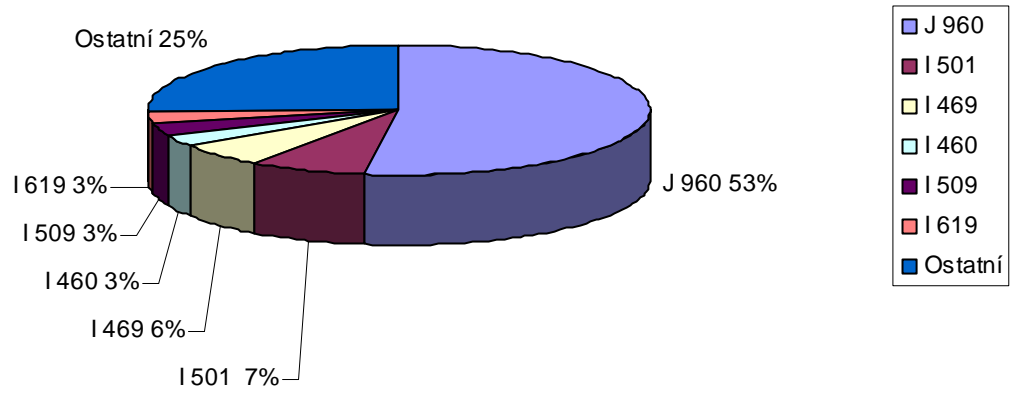
Tab. 2. Příčiny úmrtí na oddělení ARO

Kód	Výskyt	Výskyt v %	Náklady na marnou péči na dg.
J 960	35	52,24	2 513 665,96
I 501	5	7,46	359 095,14
I 469	4	5,97	287 276,11
I 460	2	2,99	143 638,05
I 509	2	2,99	143 638,05
I 619	2	2,99	143 638,05
Ostatní	17	25,37	1 220 923,46
Celkem	67	100,00	4 811 874,83

V kategorii ostatní jsou zařazeny diagnózy, které se z 67 případů vyskytly pouze jednou. V posledním sloupci tabulky je vyjádřena částka v korunách, která z celkových nákladů na zemřelé připadla na jednotlivé diagnózy.

Výkony na jednoho zemřelého byly na tomto oddělení 84 873,82 Kč. Léčiva a materiál na jednoho zemřelého činily 5 703,01 Kč.

Graf. č. 1 Příčiny úmrtí na oddělení ARO dle MKN - 10



10.5 Chirurgie JIP

Tabulka č. 3

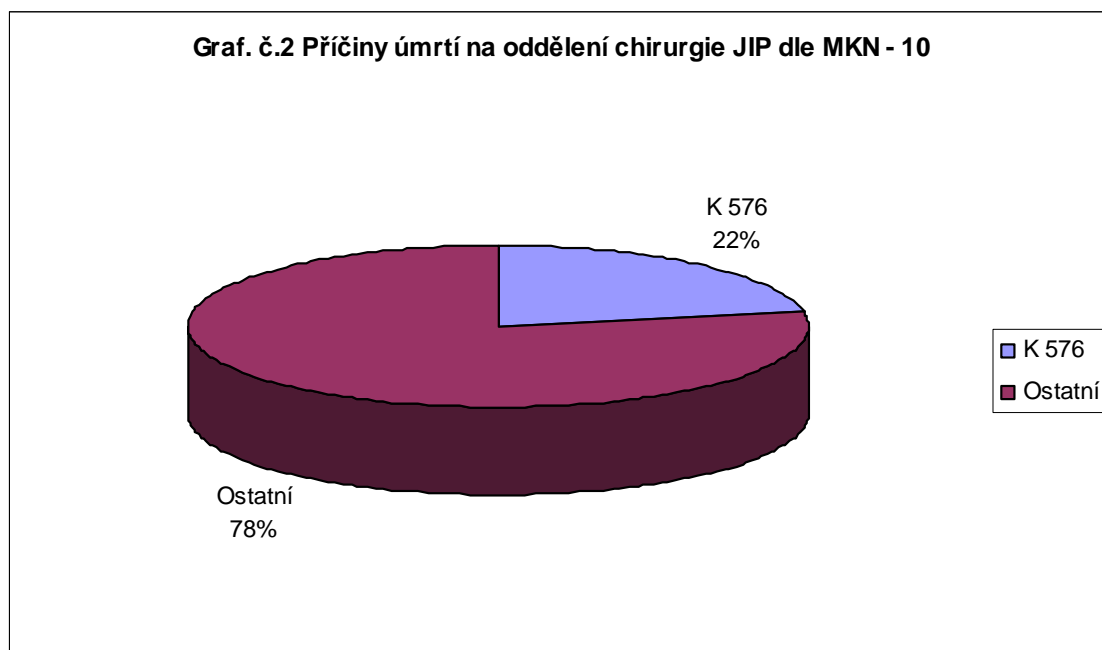
Poř.č.	Dg.	Dny hosp.	Výkony	Léčiva a materiál	Doplatek	Náklady celkem	pozn.
1	R104, C65	6	57 932,77	0,00		57 932,77	
2	K567	1	11 028,88	0,00		11 028,88	
3	K567	3	37 447,64	6 118,62	72,37	43 638,63	Před 2 měsíci pacient hospitalizován s K 921, náklady na léčbu celkem 37 551,77 Kč, hospitalizace 8 dní
4	K85, K801	29	180 994,85	16 610,03	699,82	198 304,70	Se stejnou diagnózu byl pacient hospitalizován před 7 dny, kdy náklady na léčbu celkem 36 233,60 Kč, první hospitalizace 7 dní
5	S063, W190	4	29 224,04	803,79	106,07	30 133,90	
6	C269	2	24 229,36	392,21	48,80	24 670,37	
Celkem			340 857,54	23 924,65	927,06	365 709,25	

Na jednotce intenzivní péče na chirurgii bylo během roku 2006 hospitalizováno celkem 498 pacientů. Z toho 6 pacientů zemřelo, což je 1,2 %. Z celkového počtu úmrtí byla dvakrát příčinou smrti diagnóza K 567 – Ileus, NS (střevní neprůchodnost). Ostatní diagnózy s počtem 7 tj. 77,78 % obsahují choroby, které se na tomto oddělení vyskytly jako příčina smrti pouze jednou. Tyto údaje shrnuje následující tabulka a graf.

Celkové náklady na oddělení činily 6 256 745, 71 Kč. Z toho 365 709,23 Kč připadlo na marnou péči tj. 5,85 %. Průměrné náklady na oddělení odpovídají částce 12 563,76 Kč. Průměrné náklady na marnou péči jsou podstatně vyšší, a to 60 951,54 Kč. Na jednoho zemřelého pacienta byly na tomto oddělení výkony 56 809,59 Kč a 3 987,44 léčiva a materiál.

Tab. 4. Příčiny úmrtí na oddělení chirurgie JIP

Kód	Výskyt	v %	Náklady na marnou péči na dg.
K 576	2	22,22	81 268,72
Ostatní	7	77,78	284 440,53
Celkem	9	100,00	365 709,25



10.6 Interna JIP

Tabulka č. 5

Poř.č.	Dg.	Dny hosp.	Výkony	Léčiva a materiál	Doplatek	Náklady celkem	pozn.
1	J189, I509	3	15 655,10	633,90	75,66	16 364,66	Se stejnou diagnózu pacient hospitalizován před půl rokem, kdy náklady na léčbu celkem 32 177,06 Kč, první hospitalizace 7 dní
2	I509	3	19 354,83			19 354,83	
3	J960	14	70 987,29	4 616,37	522,17	76 125,83	
4	I501	5	37 413,82	0,00		37 413,82	Se stejnou diagnózu pacient hospitalizován před 5 dny, kdy náklady na léčbu celkem 20 920,34Kč, první hospitalizace 5 dní
5	I259, N189	2	8 403,38	0,00		8 403,38	
6	I509, E110,I10	1	10 229,66	120,93	7,47	10 358,06	
7	I214, J449, I10,E119	1	10 229,66	0,00		10 229,66	
8	I200, I509, I10	3	15 662,22	0,00		15 662,22	
9	I509	1	6 171,26	0,00		6 171,26	
10	I209	1	10 229,66	0,00		10 229,66	
11	J960, I461, I639	3	28 844,90	62,96	5,97	28 913,83	
12	N189, I 509, I959	1	5 466,38	0,00		5 466,38	
13	I460	2	19 403,78	459,32	60,60	19 923,70	
14	I48, I509, I 214	3	15 519,82	0,00		15 519,82	
15	I509	2	14 772,22	0,00		14 772,22	Pacient hospitalizován před 2 měsíci s diagnózou A085, náklady celkem 31 127,75Kč, hospitalizace 7 dní
16	I211	1	4 578,16	0,00		4 578,16	
17	C049	1	6 020,85	0,00		6 020,85	
18	I509, I259, J449	5	38 462,00	0,00		38 462,00	

Poř.č.	Dg.	Dny hosp.	Výkony	Léčiva a materiál	Doplatek	Náklady celkem	pozn.
19	K703	1	4 264,88	0,00		4 264,88	
20	I219,I10, G931,J189	6	47 419,20	0,00		47 419,20	
21	K740,I255,I10	1	4 398,38	0,00		4 398,38	Pacient hospitalizován celkem 3krát, vždy 3 dny po propuštění, první hosp. 3 dny s celk. náklady 12 079,08Kč, druhá 1 den s celk. nákl. 4 026,36
Celkem			393 487,45	5893,48	671,87	400 052,80	

Za sledované období bylo na jednotce intenzivní péče v rámci oddělení interna hospitalizováno 425 nemocných, z nichž 21 zemřelo tj. 4,94 %. Mezi nejčastější příčiny úmrtí dle MKN- 10 patřilo I 509 – selhání srdce, NS s celkovým výskytem 9, což je 20,93 %. Z toho 6krát v kombinaci s přidruženými chorobami. Další častou příčinou smrti byla diagnóza I 10 esenciální (primární) hypertenze (vysoký krevní tlak), která byla stanovena celkem 5krát tj. 11,63 %. Dvakrát se vyskytlo hned několik diagnóz.

Celkové náklady oddělení dosáhly výše 17 502 207,87 Kč. Na marnou péči se vydalo 400 052, 8 Kč. Průměrné náklady na hospitalizovaného byly 41 181,67 Kč, na marnou péči 19 050,13 Kč. Výkony připadající na jednoho pacienta byly ze všech sledovaných oddělení nejnižší, a to 18 737,50 Kč. Léčiva a materiál na jednoho pacienta činí pouze 250,46 Kč.

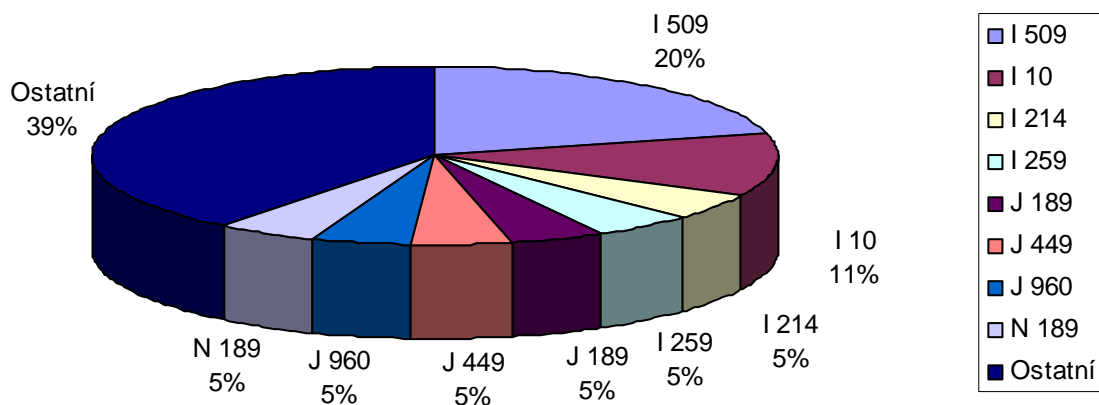
Tab. č. 6. Příčiny úmrtí na oddělení interna JIP

Kód	Výskyt	v %	Poměr celk. nákl. na marnou péči na dg.
I 509	9	20,93	83 731,98
I 10	5	11,63	46 517,77
J 960	2	4,65	18 607,11
J449	2	4,65	18 607,11
I214	2	4,65	18 607,11
N189	2	4,65	18 607,11
J 189	2	4,65	18 607,11
I 259	2	4,65	18 607,11
Ostatní	17	39,53	158 160,41
Celkem	43	100,00	400 052,80

V tabulce jsou uvedeny kódy diagnóz u kterých byla četnost výskytu min. dvakrát. Diagnózy které se během roku 2006 vyskytly na oddělení pouze jedenkrát v tabulce řadím do kategorie ostatní.

Pro přehlednost zobrazuje údaje následující graf.

Graf č. 3 Příčiny úmrtí na oddělení interna JIP dle MKN - 10



Kromě sledování výskytu jednotlivých diagnóz a příčin úmrtí, je možné porovnat i délku hospitalizace a rychlost úmrtí mezi jednotkou intenzivní péče na interně a chirurgii, tak jak to znázorňuje tabulka č. 7.

Tab. č. 7 Průměrná ošetrovací doba

Oddělení	Průměrná ošetrovací doba hospitalizovaných	Průměrná ošetrovací doba zemřelých
ARO	6,29	4,5
Chirurgie JIP	5,96	7,5
Interna JIP	4,04	2,9

Na první pohled je vidět, že na jednotce intenzivní péče na chirurgii je průměrná délka úmrtí delší než na jiných odděleních. Důvodem je značná odchylka jedné hodnoty, kdy pacient ležel na lůžku 29 dní. Pokud bychom tuto hodnotu neuvažovali a do výpočtu průměrné hodnoty nezařadili, zkrátila by se průměrná doba pobytu umírajícího na lůžku na 3,2 dny, což je v porovnání s původní délkou 7,5 dne podstatný rozdíl.

Pokud bychom chtěli vyčíslit náklady v posledním půlroce (popř. roce) života, částka by se na jednotlivých odděleních zvýšila o náklady na předcházející hospitalizace, jak je uvedeno v následující tabulce.

Tab. č. 8 Náklady v posledním půl roce života v Kč

Oddělení	Náklady v posl. ½ roce života	Nákl. na marnou péči	Náklady celkem
ARO	1 134 336,60	4 811 874,83	5 946 211,43
Chirurgie JIP	36 233,60	365 709,25	401 942,85
Interna JIP	100 330,59	400 052,80	500 383,39

A to se jedná pouze o náklady, které vyúčtovala nemocnice za pacienty pojišťovně. Nejsou tam zahrnuty např. nehmatatelné náklady či vyšetření v jiných zdravotnických zařízeních. Abychom se dopracovali ke konečné výši nákladů bylo by nutné začít sledovat konkrétní položky nákladů, což by znamenalo vést podrobnou statistiku, provádět dotazníkové šetření atd.

Ve své práci jsem bohužel přímo nemohla vyčíslit nehmatatelné náklady na marnou péči. Ráda bych však navrhla řešení jak postupovat. V podstatě jsou dvě možnosti jak vyčíslit tyto náklady. Jednou je využití dotazníků, ve kterých by pacienti stanovili na škále bolesti, jak se cítí. Hlavní nevýhoda této metody spočívá v tom, že by se údaje musely průběžně získávat ještě za života pacientů. Což v mém případě nebylo možné. Shromáždit data je tak velmi obtížné. Nespornou výhodou této poněkud pracnější metody je skutečnost, že odráží přesnou výši nákladů, tak jak ji vnímají samotní pacienti.

Druhou možností jak finančně ohodnotit bolest a utrpení spojené s onemocněním by byl postup fungující na obdobném principu, jako úhrada bolestného a náhrady za ztížené společenské uplatnění. Realizace této varianty by byla beze sporu jednodušší. Ovšem obávám se, že výsledky by neodpovídaly reálnému stavu a tedy ani naší potřebě vyčíslit náklady na marnou péči.

Pro sledování medicínských a nemedicínských nákladů na marnou péči by bylo možné využít metodiku, která vychází z principů hodnocení nemocnic. Nyní narážím na Příkaz ministra zdravotnictví 52/2005 - Bonusový a sankční řád, který se týká nemocnic přímo řízených ministerstvem. Těch je z celkového počtu 196 pouze 16. To je ovšem škoda, neboť jedním z cílů

tohoto řádu je začít sledovat individuální náklady na léčbu. Nechci se pouštět do debaty ohledně dalších cílů vztahujících se k tomu, jak bude řád motivovat management zdravotnických zařízení a zároveň přispívat k finanční stabilizaci resortu a zkvalitnění péče o pacienty. V tuto chvíli mi konkrétně nejde o to, jak bude sloužit potřebám ministerstva. Mám na mysli, jak by ho mohly nemocnice využít pro vnitřní účely. Převzít princip stanovení nákladů medicínské a nemedicínské povahy v přepočtu na jeden "lůžkoden" za kalendářní rok by velmi usnadnilo sledování nákladů na marnou péči. S využitím dat shromážděných v rámci hodnocení dle diagnóz by se jednoduše jak medicínské, tak nemedicínské náklady daly přepočítat na zemřelé. Kalkulační vzorce, jež uvádím, jsem převzala z internetových stránek Fakultní nemocnice v Motole.¹

a) Náklady medicínské povahy (v nich se jednotlivé typy zařízení mohou i velmi lišit podle typu poskytované péče)

1. osobní náklady na zdravotnický personál
2. náklady na léky a krev
3. náklady na spotřební zdravotnický materiál
4. indukované náklady na diagnostiku a terapii (vyžádané výkony, laboratoř, RTG. aj.)

Celkové náklady medicínské povahy

¹ <http://www.fnmotol.cz/html/infoservis/hodnoceni-kvality-poskytovane-pece.php?lang=cz#odkaz3>

b) Náklady nemedicínské povahy (v nich se jednotlivé typy zařízení liší jen velmi málo, $\pm 10 - 15$ %)

1. denní stravní dávka (dieta)
2. náklady na energie (topení, elektřina, plyn)
3. vodné, stočné
4. úklid
5. praní a opravy prádla
6. odpad včetně biologického
7. služby spojů (poště, telefon, internet apod.)
8. administrativa (vč. vedení a řízení)
9. ústavní prádlo, oděvy personálu, OOP
10. literatura, tisk, školení a vzdělávání
11. dopravní náklady a pohonné hmoty
12. finanční plnění (daně, pojistky apod.)
13. leasing (vozidla, technika)
14. opravy a údržba
15. odpisy (základní částka)
16. ostatní náklady

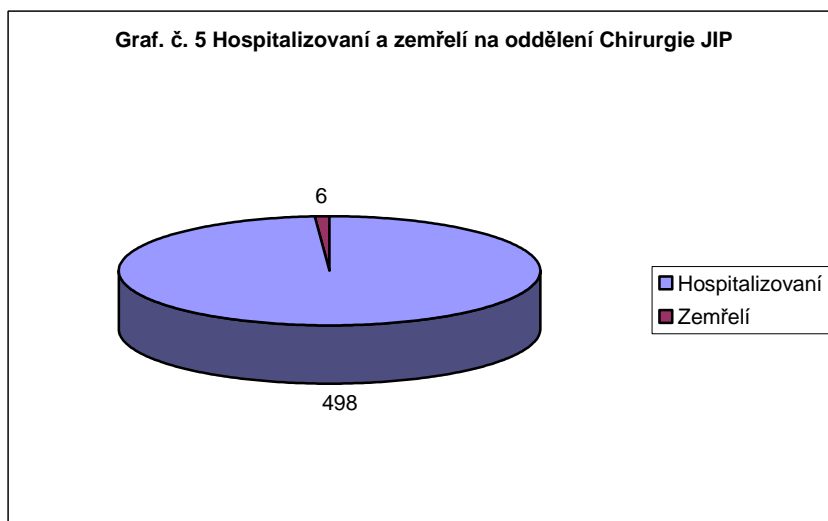
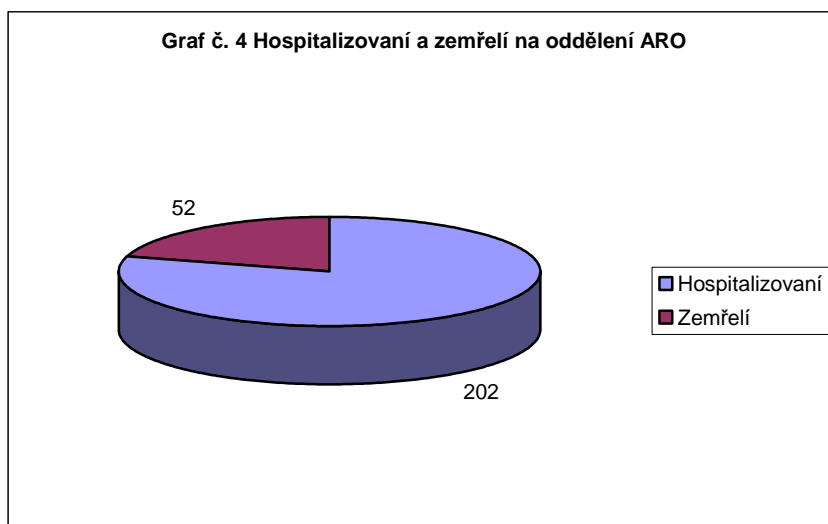
Celkové náklady nemedicínské povahy

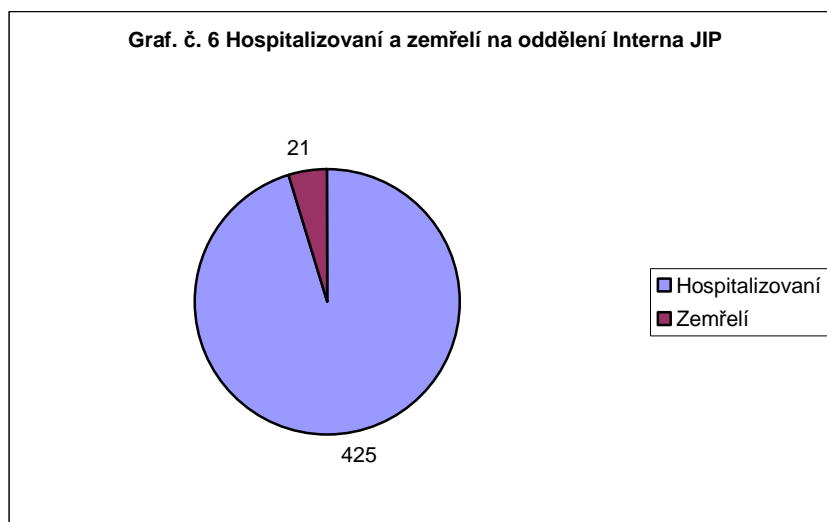
10.7 Porovnání výsledků na jednotlivých odděleních

Pro lepší přehlednost uvádím výsledky ze všech sledovaných oddělení do následujících tabulek:

Tab. č. 9. Hospitalizovaní a zemřelí

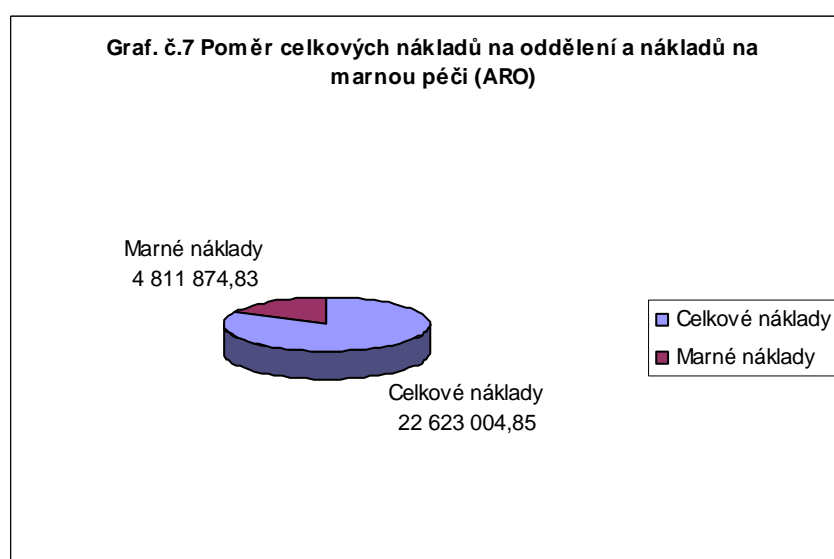
Oddělení	Hospitalizovaní	Zemřelí	
		absolutně	v %
ARO	202	52	25,74
Chirurgie JIP	498	6	1,20
Interna JIP	425	21	4,94





Tab. č. 10. Celkové a průměrné náklady

Oddělení	Celkové náklady v Kč		Průměrné náklady v Kč		Náklady na marnou péči z celkových nákladů v %
	na oddělení	na marnou péči	na hospitalizovaného	na marnou péči	
ARO	22 623 004,85	4 811 874,83	111 995,07	92 536,05	21,27
Chirurgie JIP	6 256 754,71	365 709,25	12 563,76	60951,54	5,85
Interna JIP	17 502 207,87	400 052,80	41 181,67	19 050,13	2,29



Graf. č. 8 Poměr celkových nákladů na oddělení a marnou péči (Chirurgie JIP)



Graf. č. 9 Poměr celkových nákladů na oddělení a nákladů na marnou péči (Interna JIP)

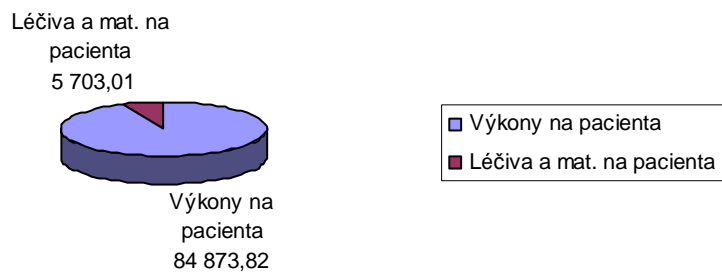


U tabulky č. 9. bych chtěla upozornit na vývoj průměrných nákladů na marnou péči, kdy na oddělení ARO a interna JIP jsou nižší než průměrné náklady na hospitalizovaného. Oproti tomu na oddělení chirurgie JIP je trend opačný.

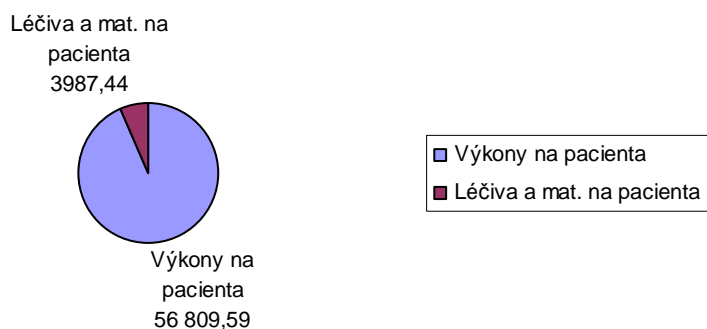
Tab. č. 11. Výkony, léčiva a materiál na pacienta v Kč

Oddělení	Výkony na pacienta	Léčiva a mat. na pacienta
ARO	84 873,82	5 703,01
Chirurgie JIP	56 809,59	3987,44
Interna JIP	18 737,50	250,46

Graf. č.10 Výkony a léčiva na pacienta (ARO)



Graf. č. 11 Výkony a léčiva na pacienta (Chirurgie JIP)



Graf. č. 12 Výkony a léčiva na pacienta (Interna JIP)



Náklady na marnou péči se za rok 2006 na odděleních ARO, chirurgie JIP a interna JIP vyšplhaly na částku 5 577 636,9 Kč. Zvážíme-li, že jsou to pouze náklady, které vykazala nemocnice pojišťovně k úhradě a chybí ostatní složky nákladů na marnou péči a že jde pouze o náklady za tři oddělení nemocnice se spádovou oblastí cca 96 tisíc obyvatel, je zřejmé, že suma za celou Českou Republiku by dosáhla enormní výše.

Překvapilo mne, že podíl léčiv a materiálu na celkových nákladech na marnou péči je tak nízký. Ve skutečnosti se za léky vydá mnohem více. Nikdo mi však nebyl schopen přesně odpovědět na otázku, co vše se skrývá pod výkony u konkrétního pacienta. Chybí mi zde přehlednost a transparentnost, asi jako v celém zdravotnictví.

Pro přesnější vyčíslení nákladů na marnou péči by bylo nutné průběžně sledovat a vyhodnocovat potřebné údaje např. podle postupu, který jsem navrhla v předchozím textu.

Jistě by nešlo o snadnou, ani lehkou záležitost. Bližší poznání v této oblasti by nám však mohlo být velkým přínosem. Možná, že když by lidé věděli kolik peněz se vydá zbytečně na zcela marnou péči, byli by přístupnější tolik nepopulárním změnám ve zdravotnictví. Ušetřené peníze by se daly vynaložit mnohem účelněji.

Závěr

Během své práce jsem narazila na řadu úskalí. Jedním z problémů byla dostupnost odborné literatury, která se týká dané problematiky. V českém jazyce příliš článků nenajdete a překlad z anglického jazyka nebyl vždy snadný. Navíc velká část článků je přístupná pouze za poplatek (a to nemalý). Přesto se domnívám, že se mi podařilo shromáždit a vhodně zpracovat dostupný materiál.

Z počátku pro mne nebylo snadné zorientovat se v dané problematice. Musela jsem si dát velký pozor, abych se nenechala strhnout vlastním zájmem o určitou problematiku a neodbočila tak od původní linie zadané práce.

Pokud jde o problematiku eutanázie, aby se zamezilo nedorozuměním, měl by být tento pojem chápán pouze ve smyslu aktivní eutanázie. Ve všech ostatních případech by se mělo mluvit o určité formě pomoci a doprovodu při umírání. Dále je nezbytné vytvořit standardy péče, jež by pomohly vnést určitý řád do obávaného závěru lidského života. A současně určily do kdy aplikovat kauzální terapii a od kdy začít s paliativní péčí.

Možná by bylo vhodné zamyslet nad tím, jak proces umírání zbytečně neprodlužovat a učinit ho důstojným, namísto snahy stanovit pravidla a podmínky, za kterých můžeme ukončit lidský život, jež sami začneme považovat za nesmyslný. Stejně tak jako k životu patří narození, dětství, dospělost, stáří, patří k němu i smrt a samozřejmě umírání. Je to zcela přirozený proces. Člověk není kompetentní rozhodovat o své nebo dokonce cizí smrti. Naše společnost na to zatím není připravena.

Bude třeba prosadit koncept paliativní medicíny ve světě, který je zvyklý vítězit, což nebude úplně snadné. Je nezbytné, aby zdravotníci připustili, že smrt je silnější a že jsou situace, kdy nad ní zvítězit nemohou. Paliativní medicína může znamenat pozitivní přínos nejen v praktické pomoci umírajícím, ale současně v oblasti teoretických úvah o eutanázii. Lékaři přestanou uvažovat o eutanázii, v případě, že budou ovládat strategii paliativní medicíny. Důvodem, proč si lidé přejí zemřít ze soucitu je strach z bolesti. Pokud budou vědět, že nesnesitelné bolesti jsou zvládnutelné, nebudou již prosit o milosrdnou smrt.

Bude třeba rozpracovat konkrétní podoby profesionální i laické péče o umírající a zajistit tak jistou ritualizaci procesu umírání. Do péče o nemocné by se měli zapojit všichni – lékaři i rodina. Z tohoto důvodu je nutné stanovit jistá pravidla, která určí kdo, co, kdy, kde a jak bude dělat pro

umírajícího. Neméně důležité je naučit se chápat umírajícího jako „celého člověka“ a opustit tak řadu stereotypů.

Stárnutí obyvatelstva, rostoucí nároky spotřebitelů a rozvoj nových technologií povede jednoznačně k významnému nárůstu výdajů na zdravotnictví v České republice. Současně vlivem stárnutí obyvatelstva dojde k podstatnému zmenšení vyměřovacího základu pro odvody na veřejné zdravotní pojištění. Pokles obyvatelstva v produktivním věku bude mít své důsledky nejen v oblasti zdravotnictví. Pokud vezmeme v úvahu, že veřejné výdaje na zdravotnictví rostou nezadržitelným tempem a peněz v systému není nikdy dostatek, je na čase zamezit jakémukoliv plýtvání.

V budoucnu bude třeba jasněji specifikovat přesné hranice a kritéria pro odklonění kurativní léčby a přechod na paliativní režim. Tváří v tvář medicínskému pokroku a trvale se rozvíjející technice si bude muset každá společnost stanovit mravní a medicínská kritéria pro zastavení léčby, jež udržuje při životě nemocné v terminálním stavu. Je nutné stanovit za jakých okolností a ve kterých případech by měl lékař odmítnout poskytnout péči. Zápas s nemocí by měl být vyvážen vědomím, že úlohou medicíny není učinit tělo nesmrtelným, ale pomoci prožít nemocným omezený počet let co nejzdravěji.

Na tomto místě, již nemusím zdůrazňovat, že se jedná o velmi závažný problém, který se netýká pouze České republiky, ale i ostatních vyspělých států. Po shlednutí výsledků, ke kterým jsem došla v praktické části, je každému zřejmé, že situace je alarmující.

Neměli bychom zbytečně utrácet peníze za marnou zdravotní péči, jestliže jsme si dopředu jisti, že je skutečně marná!

Zdroje

- [1] Haškovcová, H.: Práva pacientů, Havířov, Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996, ISBN 80-902163-0-7
- [2] <http://www.cestadomu.cz/res/data/004/000507.pdf?seek=1107274767>
- [3] <http://zsf.osu.cz/dokumenty/sbornik02/prisp31.htm>
- [4] <http://www.mesec.cz/clanky/cesko-nejnizsi-vydaje-na-zdravotni-peci/>
- [5] http://www.vesmir.cz/soubory/2001_V067-071.pdf
- [6] <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>
- [7] <http://www.dgplus.cz/written/001.html>
- [8] http://www.yourdoctorinthefamily.com/grandtheory/section7_9.htm
- [9] FANU, J.: Vzestup a pád moderní medicíny, Praha, Academia 2001, ISBN 80-200-0879-9
- [10] http://www.healthdecisions.org/News/default.aspx?doc_id=107831
- [11] http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=103
- [12] http://healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Prezentace/PH_euroforum_28_4_05.pdf
- [13] http://www.csvs.cz/projekty/2003_msmt_svaton/BurcinKuceraCSVs.pdf
- [14] Haškovcová, H.: Lékařská etika, 2 vyd., Praha, Galén 1997, ISBN 80-85824-54-X
- [15] <http://www.riebel.cz/chirurgie/aa.asp?id=63>
- [16] <http://www.getsemany.cz/node/241>
- [17] <http://prolife.cz/eutanazie/?id=835>
- [18] http://www.vesmir.cz/soubory/2001_V067-071.pdf
- [19] Zlámal, J., Bellová, J.: Ekonomika zdravotnictví, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, Brno 2005, ISBN 80-7013-429-1
- [20] Gladkij, I. a kol.: Management ve zdravotnictví, Computer Press, Brno 2003, ISBN 80-7226-996-8

- [21] SYNEK, M. a kol.: Manažerská ekonomika, Praha, Grada Publishing, 2000,
ISBN 80-247-9069-6
- [22] <http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>
- [23] <http://www.pace.cz/source.php?id=17&page=2>
- [24] <http://www.pace.cz/maga.php>
- [25] Bartášková, D.: Farmakoekonomika v klinické praxi, Farmakoekonomika, 2006, roč.1, č. 1
s. 4 - 7
- [26] Strejček, J.: QALY – nový ukazatel ekonomické efektivity léčby, Prakt. Lék., 1995, 75,
č. 4 s. 189
- [27] <http://www.farmakoekonomika.cz/public/img/akce/prokes.pdf>
- [28] <http://www.farmakoekonomika.cz/web/casopisy/farmakoekonomika1.pdf>
- [29] Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet, Praha, Ecce homo 1995, ISBN 80-902049-0-2
- [30] <http://medico.juristic.cz/149247/>
- [31] Paliativní péče na vzestupu – Nejsme nesmrtelní, Komfort, 2005, č. 3, s. 4-6
- [32] Lidé získali pseudopocit nesmrtelnosti, Komfort, 2004, č. 3, s. 8-9
- [33] Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, ÚZIS, Praha 1992

Seznam příloh

Příloha č. 1 Práva pacientů

Příloha č. 2 Adresář hospiců v ČR

Příloha č. 1.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná od 25. února 1992. *Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky.*

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních

alternativách, které při tom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí předem nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinčních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Příloha č. 2.

Název	Adresa	Služby	Typ
Praha			
<u>Domácí hospic</u>	Hospicové občanské sdružení Cesta domů Bubenská 3, 170 00 Praha 7	Domácí hospicová péče Půjčovna pomůcek Jiné: Edukační centrum, knihovna	Hospic / Otevřen
<u>Hospic Štrasburk v Praze</u>	Bohnická 12, 180 00 Praha 8 - Bohnice	Lůžková péče	Hospic / Otevřen
Středočeský kraj			
<u>Hospic Dobrého Pastýře Čerčany</u>	Červené Vršky 833, 256 01 Benešov	Lůžková péče (ve výstavbě) Domácí hospicová péče - v provozu od roku 2004	Hospic / Buduje se
Jihočeský kraj			
Hospic sv. Jana N. Neumana v Prachaticích	Neumannova 144, Prachatice 383 01		Hospic / Buduje se
Plzeňský kraj			
<u>Hospic sv. Lazara v Plzni</u>	Sladkovského tř. 66, 326 00 Plzeň	Lůžková péče Domácí hospicová péče Půjčovna pomůcek	Hospic / Otevřen
Ústecký kraj			
<u>Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích</u>	Rybářské nám 662/4, 412 01 Litoměřice	Lůžková péče Jiné: Půjčovna pomůcek. Poradenství.	Hospic / Otevřen
Hospic v Mostě	Svážná ulica 1528, 434 00 Most		Hospic / Projektuje se
Liberecký kraj			
Hospic v Jablonci nad Nisou		Lůžková a domácí péče	Hospic

Kraj Vysočina			
<u>Hospicové hnutí Vysočina</u>	Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě	Jiné: Pečovatelská péče, Poradna	Hospic / Projektuje se
Kralovéhradecký kraj			
<u>Hospic Anežky České v Červeném Kostelci</u>	5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec okres Náchod	Lůžková péče Jiné: Denní stacionář pro pacienty z okolí, Poradna a půjčovna zdravotnických pomůcek, Prodej levného ošacení, Kopírování tiskovin pro veřejnost, Pobyty v karavanu	Hospic / Otevřen
Pardubický kraj			
<u>Smíření - Chrudim</u>	Palackého 191, 537 05 Chrudim II	Lůžková péče Jiné: ambulatní péče	Hospic / Buduje se
<u>Dětský hospic v Malejovicích</u>	Malejovice 22, 285 04 Uhlířské Janovice	Lůžková péče Jiné: Respitní pobyty	Dětský hospic
Jihomoravský kraj			
<u>Hospic sv. Alžběty v Brně</u>	Kamenná 36, 639 00 Brno	Lůžková péče Jiné: Půjčovna pomůcek, Hospicová poradna	Hospic / Otevřen
<u>Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa</u>	Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad u Brna	Lůžková péče Jiné: Ambulantní péče. Lůžková a ambulatní rehabilitace. Sociální péče. Psycholog. Vzdělávací centrum	Hospic / Otevřen
Zlínský kraj			
<u>Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí</u>	Diakonie ČCE - hospic CITADELA Žerotínova 1421, 757 01 Valašské Meziříčí	Lůžková péče Jiné: Denní stacionář, Domácí péče	Hospic / Otevřen
Olomoucký kraj			
<u>Hospic na Svatém Kopečku Olomouc</u>	Sadové nám. 24, Olomouc – Svatý Kopeček 779 00	Komplexní lůžková péče	Hospic / Otevřen

Moravskoslezský kraj			
<u>Charitní dům sv. Veroniky - Ostrava</u>	Nádražní 38, 739 21 Paskov	Zařízení pro onkologicky nemocné pacienty	

Česká republika za vývojem paliativní péče ve vyspělých zemích zaostává. Kvalitní paliativní péče v České republice existuje, je však dostupná pouze malému počtu občanů. Doporučená kapacita je podle zahraničních zkušeností min. 5 hospicových lůžek na 100 000 obyvatel.