

Problematika rozhodování o nákladově neefektivní péči. Obecná východiska

David Černý, Tomáš Doležal, Adam Doležal

Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i., Praha

Čas. Léč. čes. 2024; 163: 271–277

SOUHRN

Nákladově neefektivní péče ve zdravotnictví představuje mimořádně naléhavý problém. V kontextu omezených zdrojů a rostoucích nákladů na zdravotní péči je nezbytné rozdělovat zdroje efektivně a spravedlivě. Metody hodnocení nákladové efektivity mají etické důsledky, zejména vyvolávají otázky spravedlnosti a diskriminace. Problematika nákladově efektivní péče vyžaduje širší společenskou diskusi o pravidlech alokace a prioritizace, která by měla respektovat hodnoty férovosti a efektivity, a o transparentnosti v rozhodovacích procesech.

KLÍČOVÁ SLOVA

nákladová efektivita, etika, věk, diskriminace, QALY, DALY

SUMMARY

Černý D et al. The decision-making on cost-inefficient care

Cost-inefficient care in health care is an extremely urgent problem. In a context of limited resources and rising healthcare costs, it is essential to allocate resources efficiently and fairly. Cost-effectiveness assessment methods have ethical implications, in particular raising issues of fairness and discrimination. The issue of cost-effective care requires a broader social discussion on the rules of allocation and prioritization, which should respect the values of fairness and efficiency, and on transparency in decision-making processes.

KEYWORDS

cost-effectiveness, ethics, age, discrimination, QALY, DALY

ÚVOD

V médiích se pravidelně objevují smutné případy pacientů, kteří trpí nějakým závažným onemocněním; pro to sice existuje léčba, ale pojišťovna ji odmítá proplatit, protože se nejedná o léčbu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Asi nejčastěji se v průběhu informování o těchto případech setkáváme s tvrzením, že příslušná léčba je příliš nákladná. Mnozí tak mohou snadno nabýt dojmu, že pouze cena je oním faktorem, který rozhoduje o tom, zda léčba hrazená bude, či nebude. Je ovšem cena skutečným důvodem, proč pojišťovny léčbu pacientů odmítají proplatit?

Problémů s touto formou informování o případech, kdy pojišťovny odmítají proplatit nějaký lék či intervenci, je víc. Jednak vytvářejí zdání, že se tato rozhodnutí opírají pouze o cenu léčiva nebo služby, jednak odhlíží od kontextu a zastírají fakt, že rozhodování o rozdělování zdravotní péče probíhá v rámci zdravotnických systémů neustále a odehrávají se na různých úrovních.

V tomto úvodním článku bychom rádi otevřeli mimořádně naléhavé téma rozhodování o nákladově neefektivní péči. Pokusíme se ukázat, že v reálném světě omezených finančních prostředků a lidských zdrojů je rozdělování zdravotní péče pro zajištění důležitých hodnot efektivity a férovosti nezbytné. Analýzy nákladové efektivity však nepracují pouze s cenou péče a jsou mnohem sofistikovanější. Neomezují se pouze na ekonomickou rovinu problému; zahrnují řadu hodnotových úvah vztahených ke kvalitě lidského života a férové distribuci zdrojů. Vyvažování efektivity a férovosti představuje základní napětí prioritizace zdrojů a jejich alokace. Ve hře jsou i důležité společenské hodnoty. Byť jsou základní postupy vedoucí k určení nákladové efektivity péče poměrně

přímočaré, vynořuje se zde řada problémů, jejichž řešení by mělo odrážet důležité společenské hodnoty. Jsme přesvědčení, že konečná rozhodnutí o distribuci zdrojů opírající se o úvahy o kvalitě života, efektivitě a důležitých hodnotách by neměla být svěřena pouze státním orgánům či pojišťovnám, ale měla by být výsledkem širší celospolečenské diskuse.

Jak jsme již zmínili, tento článek chápeme jako výzvu k diskusi. V první části představíme způsoby, jak je možné postupně dojít k určení nákladové efektivity péče (zaměřovat se budeme především na léčbu), v druhé naznačíme nejdůležitější problémy, s nimiž bychom se jako společnost měli vyrovnat. I vzhledem k naléhavosti tohoto tématu jsme přesvědčení o tom, že pravidla prioritizace a alokace, včetně určení linie, za níž již péče pojišťovnami proplácena nebude, by měla být srozumitelná, veřejná a transparentní. Jinak nebude mít veřejnost možnost pochopit, proč je rozdělování péče nezbytné a proč existuje zdravotní péče, která není pokryta systémem veřejného zdravotního pojištění.

NEZBYTNOST ALOKACE ZDROJŮ

Rozdělování zdrojů v rámci poskytování zdravotní péče je vynuceno řadou okolností (1). Mezi nejdůležitější patří:

1. mimořádně rychlý vědeckotechnický pokrok
2. stárnutí populace
3. ekonomické důvody

Současná věda a technika se vyvíjí mimořádně rychle. Na jedné straně to znamená, že moderní medicína má k dispozici nové přístroje, léky a intervence, které zachraňují životy, prodlužují a zkvalitňují lidský život. Druhou stranou mince však je vznik situací, kdy je třeba jasně nastavit priority a na jejich základě alokovat péči (což implikuje její

PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

omezení). Někdy se jedná pouze o přechodnou dobu – dříve vzácný zdroj, například operační technika, přístroj či lék, se postupem času stane zdrojem běžně dostupným (příkladem může být přístroj pro dialýzu ledvin), jindy jsou zdroje vzácné trvale (orgány vhodné k transplantacím, čas zdravotníků) (2). V současné době medicína disponuje řadou nových léků, které jsou však mimořádně nákladné a u některých vznikají pochybnosti, zda jsou dostatečně nákladově efektivní.

Další faktory, které přispívají k nutnosti rozdělování zdravotní péče, představuje stárnutí populace a epidemie chronických onemocnění. Globální stárnutí se všeobecně považuje za vážný mnohavrstevný problém s řadou důsledků. Někteří autoři dokonce hovoří o věkovém otřesu (*agequake*) či generační bouři (*generational storm*) (3, 4). Stárnutí populace je rovněž spojeno s celosvětovým nárůstem počtu chronických onemocnění, o němž někteří autoři hovoří jako o epidemii chronických chorob. Jejich zvládnutí je obecně nákladnější, stárnutí je ale spojené také s růstem rizika úrazů a akutních onemocnění (např. pneumonie). Důsledkem je, že senioři využívají služeb zdravotnického systému více než jiné skupiny obyvatel a tento trend nepochybně poroste.

A konečně nesmíme zapomínat na důvody ekonomické. Primárně jde o požadavek, aby zdroje vynakládáné v rámci zdravotního systému byly vynakládány efektivně.

KVALITA ŽIVOTA SPOJENÁ SE ZDRAVÍM

Rozdělování zdrojů v rámci systému veřejného zdravotnictví se opírá o důležité hodnoty efektivity a férovosti. Zdroje jsou omezené a je třeba najít a využívat mechanismy jejich distribuce napříč společnostmi, které na jedné straně maximalizují užitek (vyjádřený nějakou se zdravím spojenou mírou) a na straně druhé respektují základní hodnoty a etické principy zdravotnické profese. Její finalita je určena principem *beneficence: Salus aegroti ultima lex*. Intervence zdravotníků se zaměřují na boj proti chorobám, navrácení dobrého zdravotního stavu či jeho zlepšování, boj proti bolesti a utrpení a dobrý konec života.

Efektivitu vynakládaných prostředků v rámci zdravotního systému se však zdá být obtížné, ne-li nemožné měřit. Zdravotní systém je nesmírně komplexní, zahrnuje celou infrastrukturu zdravotních zařízení, zdravotníky, zařízení, přístroje, léčebné i preventivní intervence a léky. Efektivita se zaměřuje na celý systém; zahrnuje rozhodování o počtu nemocnic i lůžek, alokaci času zdravotníků, o podpoře preventivních či screeningových programů, operačních procedur a nákladů na léky. Úvahy o efektivitě vyžadují srovnávání – srovnávání efektivity vzhledem k celkovému objemu dostupných finančních prostředků i efektivity všech intervencí mezi sebou a vzhledem k možným alternativám. Kromě toho

existují i různé úrovně, do nichž se úvahy o efektivitě promítají. Nejvyšší je úroveň rozpočtu zdravotního systému, kdy se rozhoduje například o rozšíření infrastruktury zdravotní péče či podpoře nového screeningového programu, další je úroveň rozvahy v rámci jednotlivých typů intervencí (obecná pravidla určující například to, komu bude poskytnut orgán, nějaký lék či zda bude operován) a konečně jsou zde úvahy o efektivitě léčby na úrovni jednotlivých pacientů (5).

Zásadní problém spojený s úvahami o efektivitě zdravotního systému však spočívá v tom, že srovnávání vyžaduje nějakého společného jmenovatele. A najít tuto společnou míru pro tak odlišné skutečnosti, jako jsou počty nemocnic či ordinací a zdravotníků, preventivní a screeningové programy, operační zákroky, vakcinace, farmakologická léčba či tišení bolesti, je nepochybně velmi obtížné.

Je-li finalitou medicíny navrácet zdraví či ho zlepšovat, nabízí se, že ono společnou „měnou“ umožňující úvahy o efektivitě by mohlo být právě zdraví. Zdraví je však determinováno obrovským množstvím nejen fyziologických a somatických faktorů; dobrý zdravotní stav určují i faktory psychické a sociální, což vyjadřuje moderní bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci. Namísto zdraví se proto moderní přístupy obrací k pojmu dobrého života (*welfare*) a příspěvku, jaký pro dobrý život zdraví představuje. (V medicíně se používá spíše pojem kvalita života; *welfare* a kvalita života nejsou synonyma, pro účely této studie však mezi nimi nemusíme rozlišovat.) Hovoříme o kvalitě života spojené se zdravím (*HRQoL – health-related quality of life*), která nás již přibližuje nalezení společné míry pro srovnávání efektivity zdravotní péče.

Koncept *HRQoL* vychází z celkem triviálního předpokladu, že kontury dobrého života jsou pozitivně i negativně spoluurčovány zdravotním stavem. Není zde příliš důležité, chápeme-li zdraví jako hodnotné samo o sobě, nebo vzhledem k tomu, jak podmiňuje realizaci jiných hodnot v našem životě (instrumentálně). Stranou můžeme nechat i to, zda budeme hodnotu zdraví chápat v rámci nějaké subjektivní teorie kvality života (hédonismus či preferencialismus), nebo teorie objektivní, která kontury dobrého života – a zdraví – chápe jako objektivně hodnotné bez ohledu na naše postoje (6). Subjektivisté mohou tvrdit, že dobrý zdravotní stav je hodnotný pouze tehdy, je-li spojený s nějakou příjemností či absencí bolesti nebo je objektem nějakého postoje (chtění), zatímco objektivisté mají za to, že zdraví je dobré i v případě, že k němu žádné pozitivní postoje nezastáváme. To jsou filozofické interpretace kvality života a *HRQL*, které naštěstí můžeme nechat zcela stranou. Pro projekt hodnocení efektivity vynakládání prostředků zdravotním systémem potřebujeme znát pouze numerickou hodnotu zdravotních stavů bez ohledu na to, jak ji budeme v kontextu moderních teorií dobrého života interpretovat.

Tab. 1 Metody určování hodnoty zdravotních stavů

Metoda	Stručný popis
Metoda škálového hodnocení (<i>rating scale technique</i>)	Hodnota zdravotního stavu S je určena prostřednictvím lineární škály mezi 0 a 100.
Metoda standardního hazardu (<i>standard gamble technique</i>)	Subjekt dostane pro daný zdravotní stav S 2 možnosti: i) může v S žít po nějaký čas t a poté zemře, nebo ii) podstoupí léčbu, která ho plně uzdraví s pravděpodobností p a bude žít po dobu t, nebo s pravděpodobností (1-p) zemře. S musí dojít k hodnotě p ($0 \leq p \leq 1$), pro kterou je indiferentní mezi volbami i) a ii). Hodnota S je potom p.
Metoda časové směny (<i>time trade-off technique</i>)	Subjekt má 2 možnosti: i) žít ve zdravotním stavu S po dobu t, ii) být zcela zdravý po dobu x. Hodnota x se mění tak dlouho, až je subjekt indiferentní k volbám i) a ii). Hodnota S je poté určena jako x/t.

Komplexní pojem zdraví se v moderní rozvaze nahrazuje zdravotním stavem, kterému je možné přiřadit nějakou numerickou hodnotu. Existují 3 hlavní přístupy, shrnuté v tab. 1 (5).

Každá metoda má své klady i zápory, ve srovnání ale poskytuje poměrně podobné hodnoty. Blíže popíšeme pouze metodu škálového hodnocení. Skládá se ze 2 dotazníků (7):

1. dotazník EQ-5D
2. lineární škála 0–100

Dotazník EQ-5D, který vyvinula skupina EuroQol, vyhodnocuje 5 dimenzí zdraví: pohyblivost, sebeobsluhu, obvyklou činnost, bolest/obtíže a úzkost/deprese. U každé z těchto dimenzí je možné zvolit 1 ze 3 odpovědí (tab. 2).

Navzdory své stručnosti umožňuje určit celkem 243 zdravotních stavů. Následně se využívá lineární škála mezi body 0 a 100, na níž respondenti určí numerickou hodnotu daného stavu S. Zvolí-li například hodnotu 60, považuje se za hodnotu S 0,6.

Tab. 2 Dotazník EQ-D5

Pohyblivost	Chůze mi nečiní žádné potíže
	Mám určité potíže s chůzí
	Jsem upoután(a) na lůžko
Sebeobsluha	S péčí o sebe nemám žádné potíže
	Mytí či oblékání mi činí určité potíže
	Nejsem schopen(na) se sám(a) umýt či obléct
Obvyklá činnost	Nemám žádné problémy se svou obvyklou činností
	S vykonáváním svých obvyklých činností mám určité problémy
	Nejsem schopen(na) vykonávat své obvyklé činnosti
Bolest/obtíže	Nemám žádnou bolest či obtíže
	Mám středně závažné bolesti nebo obtíže
	Mám extrémní bolesti nebo obtíže
Úzkost/deprese	Nejsem úzkostný(á) ani depresivní
	Jsem středně úzkostný(a) či depresivní
	Jsem extrémně úzkostný(a) či depresivní

QALY A DALY

Zdravotní stav existuje v čase a má tedy nějaké trvání. Dalším krokem v analýze efektivity zdravotní péče je zahrnutí tohoto faktu. Jednu z nejčastějších možností představuje koncept QALY (*quality-adjusted life year*), který kombinuje HRQoL (hodnota zdravotního stavu) s kvantitou (délkou života v daném zdravotním stavu). Hodnota 1 QALY představuje 1 rok života v plném zdraví, případně 2 roky života s kvalitou 0,5; 4 roky s kvalitou 0,25 apod.

Alternativní možnost představuje koncept DALY (*disability-adjusted life year*), který se zaměřuje na ztracené roky života v důsledku choroby a roky života s nějakým postižením. Pro určení DALY je proto klíčové přijmout ideální střední délku života, jejíž aktuální hodnota je 87,9 let (pro muže i ženy).

Tab. 3 Srovnání QALY a DALY

QALY	DALY
1: rok života v plném zdraví	1: smrt
0: smrt	0: plné zdraví

Hodnota DALY, stejně jako hodnota QALY, se pohybuje v rozmezí 0–1, jejich interpretace je ale odlišná (tab. 3).

Celosvětová iniciativa *Global Burden of Disease Project* se soustřeďuje na určování hodnot DALY. Následující tabulky zobrazují posun v globálních dopadech chorob vyjádřených v DALY mezi lety 2010 a 2021 (tab. 4 a 5; pouze prvních 10 chorob) (8).

Tab. 4 Hodnoty DALY za rok 2010
(společně s intervalem nejistoty)

Choroba	DALY (v milionech)
Novorozenecké poruchy	236,3 (218,9–256,4)
Ischemická choroba srdeční	159,9 (153,8–164,9)
Cévní mozková příhoda	144,3 (137,3–150,3)
Infekce dolních cest dýchacích	127,3 (115,4–140,0)
Průjemová onemocnění	104,1 (86,7–123,2)
Silniční nehody	74,3 (70,9–78,4)
HIV/AIDS	67,8 (60,4–78,3)
Vrozené vady	67,5 (55,9–82,5)
CHOPN	67,0 (62,9–70,5)
Malárie	66,4 (37,7–105,9)

Tab. 5 Hodnoty DALY za rok 2021
(společně s intervalem nejistoty)

Choroba	DALY (v milionech)
COVID-19	212,0 (198,0–234,5)
Ischemická choroba srdeční	188,3 (176,7–198,3)
Novorozenecké poruchy	186,3 (162,3–214,9)
Cévní mozková příhoda	160,4 (148,0–171,7)
Infekce dolních cest dýchacích	82,5 (72,9–93,2)
CHOPN	79,8 (74,0–86,0)
Diabetes	78,9 (66,8–94,5)
Další důsledky COVID-19	77,4 (59,7–101,9)
Bolesti dolní části zad	70,2 (50,2–94,1)
Silniční nehody	65,1 (60,7–69,8)

Výpočet hodnot QALY a DALY pro konkrétní intervence je v praxi poněkud složitější. Například hodnota QALY nezávisí pouze na hodnotě zdravotního stavu, ale také na jeho pravděpodobnosti, samozřejmě délce života a také diskontní sazbě (*discount rate*), jež bere v úvahu to, že hodnota budoucího zdravotního stavu je v přítomnosti o něco menší než hodnota stavu aktuálního. Výsledná rovnice má tvar (9):

$$QALY = \sum_{t=1}^T \frac{F_t q_t}{(1+d)^t}$$

kde F_t je pravděpodobnost, že pacient bude naživu v době t , q_t vyjadřuje hodnotu zdravotního stavu přiřazenou každému roku až do okamžiku smrti v čase T a d je diskontní faktor, který má hodnotu 0,05. Následující praktický příklad (tab. 6) ilustruje využití rovnice.

Pacient bude žít první rok s pravděpodobností 0,9; druhý rok s pravděpodobností 0,5; poté zemře. Hodnota jeho

Tab. 6 Výsledky léčby

t_1	t_2
$F_1 = 0,9$	$F_2 = 0,5$
$q_1 = 0,8$	$q_2 = 0,6$

PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

zdravotního stavu v prvním roce je 0,8; v druhém roce 0,6. Hodnota QALY spojená s intervencí, která má důsledky vyjádřené tabulkou, je:

$$QALY = \frac{0,9 \times 0,8}{1,05} + \frac{0,5 \times 0,6}{1,05^2} = 0,96$$

NÁKLADOVÁ EFEKTIVITA PÉČE

Určení hodnoty QALY představuje předposlední krok analýzy efektivity zdravotní péče. Posledním prvkem je její finanční nákladnost. Analýza nákladové efektivity (CEA – cost-effectiveness analysis) je obecně určena vztahem (7):

$$CEA = \frac{\text{Náklady}}{\text{Jednotka užítku}}$$

Zvolíme-li jako jednotku užítku QALY (případně DALY), dostaneme analýzu nákladové užitečnosti (CUA – cost-utility analysis) určenou vztahem:

$$CUA = \frac{\text{Náklady}}{QALY}$$

Nákladová užitečnost je specifickou formou nákladové efektivity, ze stylistických důvodů mezi nimi nebudeme rozlišovat. Rozhodování o alokaci zdravotní péče nemůže zůstat u nákladové efektivity, i když je její zcela klíčovou složkou. Je třeba také určit nějakou hranici, která bude rozdělovat péči nákladově efektivní od té, která efektivní není. S tím potom mohou být spojena praktická rozhodnutí – nákladově efektivní péče je hrazená pojišťovnami, zatímco péče neefektivní hrazená není.

V 90. letech 20. století se podařilo dosáhnout určitého konsenzu ohledně vytyčení hranice nákladové efektivity – intervence pod hranicí 50 000 dolarů při hodnotě 1 QALY se považují za efektivní, intervence nad touto hranicí za neefektivní (9). Existují však i jiné možnosti určení této hranice, které jsou flexibilnější a přihlížejí k ekonomickým možnostem jednotlivých států. Například hodnota hrubého domácího produktu (HDP) na 1 obyvatele; hranice by se mohla nacházet v intervalu HDP až jeho trojnásobku. Například hodnota HDP ve Spojených státech amerických v roce 2021 byla 70 000 dolarů, hranice efektivity by se proto nacházela v rozmezí 70 000–210 000 dolarů. Další možností je určení nikoli 1, ale 2 hranic. Například ve Velké Británii byl v roce 1999 založen institut, jehož dnešní název je *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE). Mezi jeho úkoly patří i určování nákladové efektivity léčby (přesněji inkrementální nákladové efektivity). Podle doporučení NICE (tab. 7) existují 2 hranice (7).

NÁKLADOVÉ NEEFEKTIVNÍ PÉČE A ETIKA

Využívání nástrojů, jako jsou QALY, DALY či nákladová efektivita, může vzbuzovat řadu etických problémů (10).

Tab. 7 Nákladová efektivita ve Velké Británii

Náklady	Efektivita
Do 20 000 GBP	Nákladově efektivní péče
20 000–30 000 GBP	Není nákladově efektivní, ale v některých případech jde o přípustnou volbu
Více než 30 000 GBP	Není nákladově efektivní

V této sekci některé z nich popíšeme a ukážeme, jaké obecné metody jejich řešení existují. Ve shodě s tím, co jsme poznamenali v úvodu, nebudeme zacházet do detailů a pokoušet se nabídnout jejich řešení. Tento článek chápeme jako výzvu k diskusi, kromě toho se domníváme, že jejich řešení by mělo být výsledkem širší diskuse odborníků se zapojením veřejnosti.

Alokace zdrojů, která zahrnuje i prioritizaci a rozhodování o tom, jaké zdroje a komu poskytnout, se může na první pohled jevit jako zjevná forma diskriminace. Pacient A trpí nějakou chorobou, lék existuje a je mu poskytnutý; pacient B také trpí nějakou chorobou, pro niž existuje lék, nicméně tento lék mu poskytnutý není (= pojišťovna ho odmítá proplatit). Ke dvěma lidem ve stejné situaci (pacienti) je přístupováno různě s negativními důsledky pro jednoho z nich. Dojem, že se jedná o diskriminaci posiluje i fakt, že zdravotní systém musí považovat pacienty A i B za zcela rovné a má k nim totožné obecné povinnosti vyjádřené principy lékařské etiky.

Definovat jednání, jež představuje diskriminaci, není překvapivě nijak snadné. Aniž bychom zacházeli do detailů (ponechávám stranou např. právní problematiku diskriminace), je možné říci, že určité jednání je diskriminací, pokud důvody tohoto jednání nejsou k němu relevantním způsobem vztažené. Například propuštění ze zaměstnání (jednání) může, ale také nemusí být diskriminací, byť platí, že propuštěný je člověk A (nikoli B) a situace A je v důsledku propuštění horší. Je-li důvodem propuštění například špatná pracovní morálka zaměstnance A, nejedná se o diskriminaci (důvody k propuštění A jsou relevantně k tomuto jednání vztaženy), pokud by ale důvodem k propuštění byla například barva pleti A, o diskriminaci by se jednalo. Jednoduše řečeno, zatímco špatná pracovní morálka ospravedlňuje propuštění, pro barvu pleti to neplatí (11).

Analogicky lze uvažovat v medicíně. Pacient A dostane vitálně důležitý orgán a žije, pacient B ho nedostane a zemře. Je-li důvodem fakt, že A splňuje lépe odpovídající kritéria než B a současně platí, že druhý orgán není k dispozici, nejedná se o diskriminaci B.

V případech alokace zdrojů založených na úvahách o nákladové efektivitě jsme normativně v téže situaci. Je třeba si uvědomit, že výše uvedený popis (pojišťovna proplatí lék pro A, ale neproplatí lék pro B) vynechává podstatné a eticky důležité faktory skryté. Mezi ně patří fakt, že systémy alokace pracují s omezenými zdroji a zahrnují celý zdravotní systém. Nejen tedy pacienta A a B a jejich lék, ale také rozhodování o zdravotní infrastruktuře, alokace finančních prostředků zdravotnickým zařízením, rozhodování o podpoře nových preventivních či screeningových programů apod. Rozhodnutí, že pojišťovna neproplatí lék pro B, je třeba posuzovat v tomto širokém kontextu alokace omezených zdrojů a zdravotní péče. Smyslem alokace zdrojů v situaci rozpočtových limitů je maximalizovat užitek, tj. rozdělovat tyto zdroje efektivně a v souladu s požadavky na rovnost a férovost. Jsou-li tyto podmínky splněny, nelze fakt, že pojišťovna neproplácí veškerou dostupnou péči, považovat za diskriminaci, i když to v praxi může někdy znamenat, že proplatí lék pro A, nikoli však pro B.

Úvahy opírající se o QALY, DALY a nákladovou efektivitu se snaží maximalizovat užitek pro co největší počet lidí. Někteří autoři v tom spatřují nějakou formu utilitarismu, který – alespoň v klasické formě – se zaměřuje na maximalizaci a nebere v potaz způsob distribuce a její dopady na

konkrétní osoby či skupiny lidí. Může se například zdát, že nejlepší způsob distribuce 1 milionu korun mezi 1000 lidí je dát každému 1000 korun. Někteří lidé ve skupině netrpí finanční nouzí, zatímco jiní ano. Dopady distribuce peněz jsou pro tyto skupiny lidí (a konkrétní jedince) odlišné. Možná by proto bylo lepší prioritizovat – dát větší částku chudým a menší těch zaopatřeným, nebo dokonce dát peníze jen těm chudým.

Není tomu podobně i v případě alokace zdravotní péče? Podívejme se nejdříve na 2 pacienty: A je bohatý, B chudý. Budeme trochu zjednodušovat, ale smyslem tohoto příkladu není přesný popis situace, nýbrž ilustrace možných problémů s nákladovou efektivitou. Řekněme, že pro tyto pacienty platí údaje v tab. 8 (7): Pacient A se dožije 70 let, pacient B 80 let.

Tab. 8 Roky a kvalita života A a B

A; počet let	Kvalita života	B; počet let	Kvalita života
55	1	70	1
5	0,8	5	0,7
5	0,6	5	0,5
5	0,4	–	–

Údaje v tabulce umožňují vypočítat zdravotně upravenou délku života (HALE – *health-adjusted life expectancy*) pro oba pacienty a vyjádřit ji v QALY:

$$HALE_A = 55 \times 1 + 5 \times 0,8 + 5 \times 0,6 + 5 \times 0,4 = 64$$

$$HALE_B = 70 \times 1 + 5 \times 0,7 + 5 \times 0,5 = 76$$

Po zobecnění bychom mohli říci, že chudí lidé mají v průměru nižší HALE (vyjádřené v QALY) než lidé bohatší, a odvodit z toho, že alokace zdravotní péče by k tomu měla přihlížet. Jinými slovy, neměla by ji distribuovat stejně; férovost v tomto případě (alespoň podle někoho) vyžaduje určitou formu prioritizace těch, kteří jsou na tom hůře (*worse-off principle*). Jedním z vůdčích principů alokace zdrojů by tedy měla být snaha o „srovnání“ HALE pro všechny lidi bez

ohledu na jejich společenský a ekonomický status. Nicméně je třeba si uvědomit, že prioritizace jedné skupiny na úkor druhé v situaci omezenosti zdrojů může znamenat zvýšení HALE první a snížení HALE druhé, a v konečném důsledku snížení průměrné hodnoty HALE celé populace. Rozhodnutí, zda je taková prioritizace korektní je primárně hodnotové a mělo by být výsledkem širší diskuse.

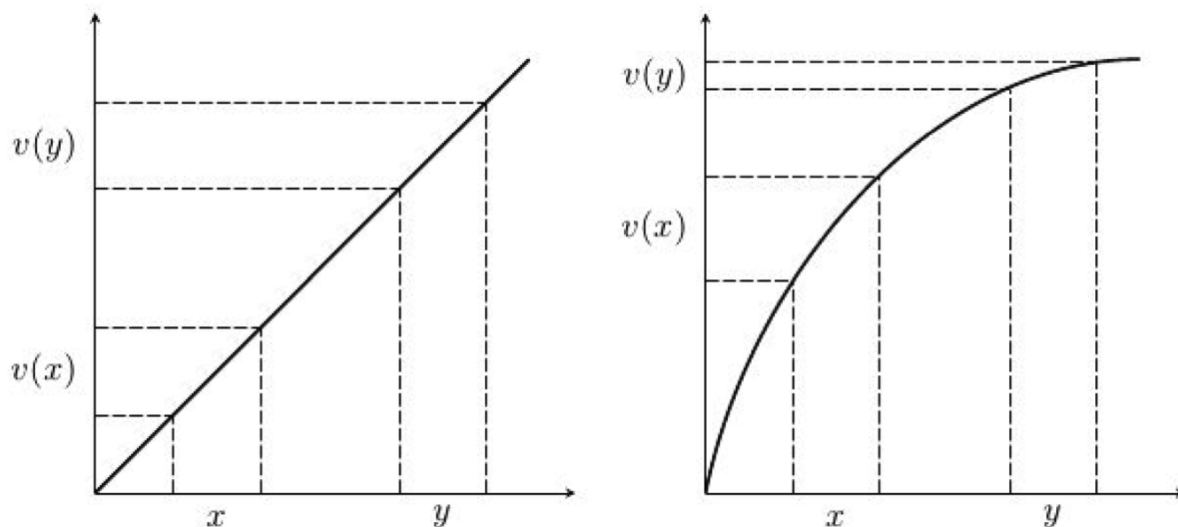
Někteří autoři rovněž namítají, že rozvahy využívající QALY, DALY a nákladovou efektivitu dostatečně nerozlišují mezi léčbou, která zachrání život, a léčbou, která „jen“ zlepší kvalitu života. Opět si představme pacienty A a B, jejichž současná kvalita života je 0,5 (tab. 9). Platí pro ně následující: Intervence 1 zachrání A život, intervence 2 plně uzdraví B; hodnota obou intervencí je ale stejná. Mnohým to přijde absurdní – záchrana života je podle nich hodnotnější (alespoň za podmínky, že si pacient udrží odpovídající kvalitu života) než zlepšení zdravotního stavu.

Tab. 9 Hodnota intervencí

A	Kvalita života	B	Kvalita života
Léčen	0,5	Léčen	1
Neléčen	0	Neléčen	0,5

Existují způsoby, jak se s těmito problémy vyrovnat. Rozhodneme-li se, že některé skupiny pacientů je třeba v rozvaze o nákladové efektivitě prioritizovat, můžeme to udělat například tak, že do rozvahy zavedeme tzv. vyvažovací faktory (EW – *equity weights*). Jejich fungování ilustruje obr. 1 (7).

Intervaly x a y vyjadřují hodnotu QALY, zatímco intervaly $v(x)$ a $v(y)$ můžeme chápat jako jejich morální hodnotu. Obrázek vlevo znázorňuje situaci, kdy do úvahy žádné EW nevezmeme. Stejně hodnoty QALY mají stejnou „morální“ hodnotu. V druhém obrázku vpravo jsou již zahrnuty EW. Budeme-li interval x a y interpretovat jako nárůst QALY, potom je z něj zřejmé, že stejnému nárůstu přisuzujeme odlišnou morální hodnotu. Například v případě, že x reprezentuje nárůst QALY u chudého pacienta a y u pacienta bohatého, nejsou morální hodnoty tohoto nárůstu totožné – u chudého pacienta je hodnotnější.



Obr. 1 Ilustrace vyvažovacích faktorů

PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK

Je třeba si ale uvědomit, že zavádění EW je opět otázkou primárně hodnotovou. Otázky, zda je zavést, jakou by měly mít hodnotu, pro jaké skupiny pacientů, případně i jaké individuální pacienty apod. by měly být zodpovězeny na základě širší diskuse odborníků se zapojením zástupců veřejnosti.

Konečně poslední důležitý okruh problémů vynořujících se v souvislosti s analýzou nákladové efektivity a jejím uplatňováním v alokaci zdravotní péče se týká role věku (12). Může se zdát, že QALY i DALY (a s nimi spojené úvahy) diskriminují seniory, protože jim obecně zbývá kratší doba života, a to nepochybně ovlivňuje nákladovou efektivitu péče.

Tak jednoznačné to ale není. Představme si 2 pacienty – A a B. Oba potřebují lék v hodnotě 10 000 000 korun, který jim zachrání život a plně je uzdraví. A je 23 let, B je 68 let. Opět tento příklad chápeme jako ilustraci fungování mechanismů určování nákladové efektivity. Cena léku je samozřejmě důležitá, ale je jen jedním z více faktorů; fakt, že lék je drahý a pacienti se věkově výrazně liší, automaticky neimplikuje, že pro jednoho je pod hranicí nákladové efektivity a pro druhého již za ní. Budeme-li předpokládat, že průměrná délka života je 80 let, jsou hodnoty QALY pro A a B následující: $QALY_A = 18,76$; $QALY_B = 8,86$. Nákladová efektivita je v případě pacienta A 553 035 Kč a u pacienta B 1 128 254 Kč. Všechny tyto údaje shrnuje tab. 10.

Tab. 10 Nákladová efektivita u pacientů A a B

Pacient	Věk	QALY	Nákladová efektivita
A	23	18,76	553 036
B	68	8,86	1 128 254

Z této tabulky je zjevné, že i když věkový rozdíl je výrazný (pacient B je téměř 3× starší), rozdíl v QALY a nákladové efektivitě tak výrazný není. Výsledné hodnoty také ukazují, že z vysoké ceny léků a věku pacienta nelze automaticky vyvozovat, že pro něj bude tento lék nákladově neefektivní a pojišťovna ho neproplatí. Pokud by byla hranice nákladové efektivity určena na základě staršího doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) v hodnotě trojnásobku HDP na obyvatele (v roce 2022 to v Česku bylo zhruba 770 000 Kč), byla by léčba pacienta B velmi nákladově efektivní.

Připustíme ale, že mohou nastat situace, kdy je těžší léčba pro jednoho pacienta nákladově efektivní, pro druhého není, a primárním důvodem je fakt, že druhý pacient je senior. Lze v takovém případě hovořit o diskriminaci na základě věku? V literatuře existuje řada teorií, které odpovídají negativně (13). Podrobněji se jim věnovat nemůžeme, ale načrtne alespoň základní kontury jednoho z možných přístupů.

Představme si 2 scénáře. První se odehrává dnes. Pacientovi A je 20 let, pacientovi B 80. Určitá léčba je v případě A považována za nákladově efektivní, neplatí to ale pro pacienta B (tab. 11). Mohli bychom tvrdit, že fakt, že léčbu pacienta A pojišťovna proplatí, zatímco léčbu pacienta B ne, představuje diskriminaci na základě věku. Tento závěr ale odhlíží od toho, že alokace péče není omezená na nějaký časový okamžik (v tomto případě rok 2024), nýbrž je distribuována po celou dobu života.

Tab. 11 Nákladová efektivita v roce 2024

Pacient	Rok	Věk	Léčba
A	2024	20	Nákladově efektivní
B	2024	80	Nákladově neefektivní

Podívejme se na druhý scénář, který se odehrává v roce 1964, zahrnuje pacienta B a jiného pacienta C (tab. 12). Pacientovi B bylo v roce 1964 20 let a léčba byla v jeho případě nákladově efektivní, zatímco léčba pacienta C neefektivní. I v případě C bychom se však mohli vrátit v čase a vytvořit třetí scénář, v němž by pro něj nákladově efektivní byla.

Tab. 12 Nákladová efektivita v roce 1964

Pacient	Rok	Věk	Léčba
B	1964	20	Nákladově efektivní
C	1964	80	Nákladově neefektivní

Věk tedy může ovlivňovat, zda nějaká léčba je či není nákladově efektivní, ale tento vliv je rovněž distribuovaný mezi všemi lidmi napříč celou dobu jejich života. V této široké diachronní perspektivě lze proto říci, že prioritizace v roce 2024 není případem diskriminace. Tou by bylo, kdyby pojišťovna odmítla proplatit léčbu B v obou scénářích, ale alespoň v jednom z nich ji proplatila pacientovi A.

ZÁVĚR

Rozdělování zdravotní péče (prioritizace, určování prahu nákladové efektivity, alokace) je běžnou součástí rozhodovacích procesů na různých úrovních zdravotního systému. Současné společenské a vědeckotechnologické trendy naznačují, že význam efektivní a férové alokace zdrojů nadále poroste. V této práci se proto snažíme zahájit širší diskusi o ekonomických, hodnotových a etických principech, jimiž by se rozhodování o alokaci zdrojů v českém zdravotnictví mělo řídit.

Čestné prohlášení

Autoři práce prohlašují, že v souvislosti s tématem, vznikem a publikací tohoto článku nejsou ve střetu zájmů a vznik ani publikace článku nebyly podpořeny žádnou farmaceutickou firmou.

Poděkování

Tato práce vznikla v rámci projektu NPO „Národní institut pro výzkum socioekonomických dopadů nemocí a systémových rizik“ č. LX22NPO5101, financovaného Evropskou unií – Next Generation EU (MŠMT, NPO: EXCELES).

Literatura

1. Syrett K. Law, Legitimacy and the Rationing of Healthcare. A Contextual and Comparative Perspective. Cambridge University Press, Cambridge, 2007.
2. Winslow GR. Triage and Justice. University of California Press, Berkeley, 1982.
3. Wallace P. Agequake. Riding the Demographic Rollercoaster Shaking Business, Finance and our World. Nicholas Brealey, London, 2001.
4. Kotlikoff LJ, Burns S. Coming Generational Storm. MIT Press, Cambridge, 2004.
5. Nord E. Cost-value Analysis in Health Care. Making Sense out of QALYs. Cambridge University Press, Cambridge, 1999.
6. Hausman DM. Valuing Health. Well-being, Freedom, and Suffering. Oxford University Press, New York, 2015.
7. Bognar G, Hirose, I. The Ethics of Health-care Rationing (2nd ed.). Routledge, London, 2022.
8. Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 study. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2024. Dostupné na: www.healthdata.org/sites/default/files/2024-05/GBD_2021_Booklet_FINAL_2024.05.16.pdf
9. Folland S, Goodman AC, Stano M, Danagoulouian S. The Economics of Health and Health Care (9th ed.). Routledge, New York, 2024.

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

11. Lippert-Rasmussen K. Born Free and Equal. A Philosophical Inquiry into the Nature of Discrimination. *Oxford University Press*, New York, 2014.

12. Daniels N. Just Health. Meeting Health Needs Fairly. *Cambridge University Press*, New York, 2008.

13. Černý D. Věk a spravedlivá alokace zdrojů. *Neurologie pro praxi* 2021; 22 (1): 34–39.

ADRESA PRO KORESPONDENCI:

PhDr. David Černý, Ph.D.

Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i.

Národní 18, 116 00 Praha 1

Tel.: 775 466 783

e-mail: david.cerny@ilaw.cas.cz

I.T.C. - Jan Žižka - Komplexní překladatelské a tlumočnické služby

Již od roku 1998 překládáme odborné články, studie, abstrakta, kvalifikační práce, rešerše a také vysvědčení a diplomy.

Tlumočíme vědecké kongresy.

Budeme potěšeni, obrátíte-li se na nás i Vy.



Kontaktní údaje:

Lékařský dům (ČLS)
Sokolská 31
120 00 Praha 2

www.itc.cz



itc@itc.cz



+420 603 763 196