

Alokace

Mezi lékaři tento latinismus (*ad* = k; *locare* = umísťovat, lokalizovat) zatím nezdolal, naproti tomu mezi ekonomy je běžný. Alokace je *nakládání s nedostatkovými zdroji*, volně přeloženo: *přidělování*. Alokační rozhodnutí je odpovědí na otázky: Jak umístit? Kam přidělit? Komu kolik? Komu nejdřív? Ta nejobtížnější zní: *Komu ano a komu ne?*

Alokační rozhodování

Alokační rozhodování je podmíněno resp. vynucováno samotným faktem *nedostatkosti* určitých zdrojů (prostředků, kapacit). V socialistickém systému byla *rozdělování* statků věnována větší pozornost než jejich *tvorbě*. Mělo to i psychologické důsledky v podobě některých rozšířených představ, postojů (očekávání) a způsobů chování. Reprízou *mýtu o rohu hojnosti* bylo přesvědčení, že společnost (stát) je povinna poskytnout každému takovou péči, jakou potřebuje, bez ohledu na její nákladnost. Důsledné uplatňování tohoto nerealistického postoje by vedlo k hospodářskému rozvratu. V dobách, kdy jedinými vyšetřovacími metodami byly poslech a poklep, tomu bylo jinak, ale v epoše moderní medicíny je zdravotnictví jako celek funkcí vysoce nákladnou a hluboce neziskovou, což nás nutí k hospodárnosti. Péči je proto možno poskytovat jen v takové míře, jaká odpovídá možnostem (nikoli potřebě).

Nedostatkové prostředky

Kromě vzduchu k dýchání všechno ostatní ve zdravotnictví vyžaduje náklady a může se stát *nedostatkovým*. Prostory, pracovní síly, odbornost, možnosti diagnostických i terapeutických zákroků atd. a v neposlední řadě čas. Dokonce i psychická kondice personálu včetně lékařů je *do určité míry* závislá na vynaložených nákladech (na organizaci provozu, míře zátěže a zotavení, na finančním ohodnocení apod., jako kdekoli jinde). Nelze říci, že v bohatých zemích není nouze, a tedy ani potřeba alokačních rozhodnutí. V chudé rozvojové zemi bývá v době epidemie nouze o lékaře a o antibiotika, jinde běžná. V rozvinuté zemi je nouze o velmi nákladné špičkové inovace, které – jakmile byly jednou uvedeny do provozu – se stávají předmětem zájmu potřebných, jichž je zpočátku vždycky víc než těch, jimž může být tato zprvu exkluzivní pomoc poskytnuta. – **Stejně jako diagnostická a terapeutická úvaha je tedy i alokační rozhodování nezastupitelnou součástí pracovní náplně každého lékaře.** Třeba jen v podobě nenápadné otázky, která se však vynoří několikrát denně: kolik času věnovat kterému pacientovi?

Nedostatek a jeho následky

Nevítaným důsledkem nedostatku sil a prostředků je fakt, že potřebnou pomoc nemůžeme poskytnout všem. Vystává *kruciólní otázka alokačního rozhodování: Komu ano a komu ne?* Představuje mravní dilema, neboť se tu střetává *princip beneficence s principem spravedlnosti* a není jiného racionálního řešení než omezení prvního druhým. Etická relevance alokačního rozhodování spočívá v imperativu: *rozhodnutí má být spravedlivé* (viz 8. kapitolu). I v tomto případě jde o hledání a nalézání vyššího dobra (oproti nižšímu). Zásady tohoto počínání vytvářejí to, co klasická etika (*philosophia moralis*) nazývala **distribuční spravedlností** (*justitia distributiva*).

Zodpovědnost rozhodujícího

Ten, kdo rozhoduje, bývá poté někdy vystaven psychologickému tlaku své vlastní nejistoty nebo nespokojenosti té strany, jejíž potřebnosti nebylo vyhověno. Nechybějí ani obvinění typu „vy jste ho zabili“. Jsou nespravedlivá: alokační rozhodnutí nejsou popřením principu nonmaleficence, ale neuplatněním principu beneficence u někoho a jeho uplatněním u někoho jiného – ve jménu principu spravedlnosti. Po rozhodnutí podle nejlepšího vědomí a svědomí nejsou pocity viny na místě.

Podobně nelze tvrdit, že se alokační rozhodnutí, preferující potřeby jednoho a opomíjející potřeby druhého, přičí zásadě spravedlnosti „nic na ničí úkor“. Opomíjený druhý není poškozován *ipso facto*, tj. samotným faktem pomoci poskytnuté prvému, ale poruchou zdraví, která zakládá potřebu pomoci nezávisle na prvém; potřebu, jíž bohužel nelze vyhovět.

Úrovně rozhodování

Alokační rozhodování může probíhat na *dvou úrovních*.

- Na **mikroalokační úrovni** rozhodujeme *mezi jednotlivci*. Příklady: na anesteziologicko-resuscitační oddělení jsou doporučení současně dva pacienti, ale je tam jediné lůžko volné; na plně obsazenou jednotku intenzivní péče je nutné přijmout pacienta a nezbyvá než přeložit některého z dosud hospitalizovaných na interní oddělení; obdobný problém vyvstane při ordinování nákladného či jinak nedostatkového léku, při sestavování pořadníků čekatelů (na vyšetření počítačovým tomografem, na zákrok pomocí gamma-nože, na intenzivní psychoterapii atd.). Jak uvidíme později, ne vždy rozhodne striktně medicínské hledisko.
- Na **makroalokační úrovni** se rozhoduje *mezi skupinami*. Má nemocnice, jejíž finanční možnosti jsou omezeny, zakoupit respirátor, anebo dialyzační aparát? Je radno, např. v případě AIDS, financovat spíše léčebnou péči o stále rostoucí počet pacientů, anebo výzkum? Dát přednost programu protidrogovému, anebo onkologickému, máme-li prostředky pouze na jeden z nich? Máme zvýšit platy lékařům, nebo soudcům, není-li

možno obojí současně?

- Makroalokační rozhodování probíhá na úrovni ředitelské, komunální, ministerské nebo vládní. K rozhodování mikroalokačnímu je naproti tomu neustále nucen každý lékař, který má pacienty. Proto mu budeme věnovat více pozornosti.

Kritéria mikroalokačního rozhodování

V myšlenkovém experimentu si představme velmi zjednodušenou, nicméně dosti zátěžovou situaci vojenského lékaře na frontovém obvažišti za války, kdy má ztíženou možnost odsunu pacientů na vyšší zdravotnickou etapu a kdy tedy záleží jen a jen na něm. Nedostatkovou hodnotou, kterou je třeba spravedlivě alokovat, je tu kapacita lékaře, tedy samotné ošetření. Raněným v nekončící řadě nosítek lze poskytovat pomoc podle toho, „jak kdo přijde“; lékař tak ponechává rozhodování na „osudu“ resp. na *přírozené loterii* (natural lottery). Tato elementární forma spravedlnosti ob stojí za méně náročných okolností (v čekárně ambulantního pracoviště), ale v polních podmínkách odporuje medicínské racionalitě. Lékař dá přednost závažnějšímu poranění (otevřenému zranění peritoneální dutiny) před lehčím (hladkým průstřelem končetinového svalu), neboť právem respektuje **diagnostické hledisko**.

Příklad

Může se rozhodovat mezi dvěma těžce raněnými se značnou ztrátou krve, z nichž jeden je dosud při vědomí a druhý v agonálním stavu. Lékař důvodně předvídá, že pacient v agónii patrně zdlouhavě ošetření (spojené s transfuzí krve) nepřežije; bude-li se mu věnovat, je pravděpodobné, že se v terminálním stavu ocitne i ten druhý. Dá-li tedy přednost druhému, který je dosud při vědomí, učinil správně, protože důvodně respektoval **hledisko prognostické**. – Podle autora tohoto textu by lékař z románu „Johnny si vzal pušku“ učinil lépe, kdyby svou dovednost věnoval nikoli Johnymu, ale jinému, třeba i těžce raněnému, jehož prognostické vyhlídky byly příznivější; jistě tam takových bylo dost. – Za prognostické hledisko lze pokládat i rozhodování *podle věku*. Za jinak stejných okolností (*ceteris paribus*) je radno dát přednost dvacetiletému před padesátiletým.

Faktory v rozhodování

Předpokládejme, že lékař v civilu nabyt kardiochirurgickou zkušenost. Rozhoduje-li se mezi ošetřením závažného poranění hlavy a závažného poranění hrudníku, nelze mu vytýkat, respektuje-li **hledisko vlastní odborné kompetence** a dá-li přednost pacientovi s poraněním hrudníku, jemuž s vynaložením stejného, ba i menšího úsilí pomůže víc.

Medicínské faktory

Rádi bychom vystačili s těmito **ryze medicínskými kritérii** rozhodování o prioritě ošetření, ale není to vždy rozumné, proto je třeba vědět i o **mimomedicínských kritériích** mikroalokačního rozhodování. Rozhoduje-li lékař mezi pětadvacetiletým poručíkem a padesátiletým plukovníkem, který je počítačovým odborníkem blízce protiletcké baterie, chránící i obvažiště, dá přednost druhému (patrně nejen *ceteris paribus*), protože na výkonu tohoto muže závisí život mnohých. Respektuje **hledisko závažnosti společenské role** (funkce) neboli společenské prospěšnosti. Ze stejného důvodu dá přednost otci nezletilých dětí před svobodným a bezdětným.

Lze vést spor, jak dalekosáhle má být toto hledisko uplatňováno, protože někdy nelze vyloučit subjektivnost jeho pojmání lékařem. Má se dát *ceteris paribus* (za jinak stejných okolností) přednost bezúhonnému před člověkem s bohatou kriminální anamnézou? Pokud se spěchající lékař v popsanych zátěžových podmínkách rozhodne takto (předpokládejme, že podle svého poučeného svědomí), nelze mu to vytýknout.

Hledisko zasloužilosti

Nakolik je oprávněné **hledisko zasloužilosti**? Jeho odpůrci tvrdí, že hledisko prospěšnosti má na zřeteli dobrodiní, která mohou nastat a z nichž mohou těžit druzí, zatímco hledisko zasloužilosti zvažuje dobrodiní minulé, která jsou již hotovou věcí bez ohledu na příští osudy jejich původce. V konkurenci s jinými má toto hledisko vskutku menší mravní váhu, a proto dá praporní lékař právem přednost tomu, kdo své nezletilé děti teprve vychovává, před tím, kdo své dospělé děti dávno zdárně vychoval. Zasloužilost však není fikcí a *ceteris paribus* má nárok na respekt. Proto jsou v našem zdravotnictví právem preferováni např. vězňové z koncentračních táborů.

Osobní náklonnost

Pro snadné zneužití je sporné **hledisko osobní náklonnosti**. Vojenskému lékaři však nelze zazlívat, když dá *ceteris paribus* přednost ošetření svého blízkého příbuzného nebo nejbližšího přítele (avšak běda, neplatí-li ono *za jinak stejných okolností*).

Tam, kde žádné ze zmíněných kritérií, medicínských i nemedicínských, nezakládá důvod k preferenci, lékař se perfekcionisticky nepídí po subtilních rozdílnostech, protože by ztrácel čas. V takovém případě se řídí zásadou elementární spravedlnosti, tj. **přírozenou loterií** („kdo dřív přijde“). Tato metafora, symbolizovaná někdy „kolem štěstěny“, vyjadřuje sumu náhod či jinak neovlivnitelných dějů, zasahujících do lidských životů i do dějin a měnících jejich směr. Jako součást naší situovanosti ve světě nezbyvá než ji akceptovat, nelze-li jinak.

V civilním životě je situace alokačního rozhodování zpravidla složitější než v týlu fronty, většinou bohudík není tak naléhavá (rozhoduje více lidí, k dispozici je více kapacit i alternativních řešení), kritéria jsou však táž, až na jediné, často kontroverzní: **hledisko tržní** („kdo na to má“). I ono respektuje přírozenou loterii a nepřičí se elementární

spravedlnosti, neboť příjemcem nákladné služby může být jen ten, kdo je ochoten a schopen náklady nést – *pokud alokace není upravena jinak*, například pojištěním. Rozpočet pojišťovny však nemůže být deficitní (ztrátový), protože by se zhroutila. Proto budou vždycky existovat vysoce nákladné nadstandardní postupy, na něž většinu lidí budou chybět prostředky. Neexistuje rozumný důvod, proč by měly být takové služby odepřeny těm, kdo budou ochotni hradit je z vlastních zdrojů. Učinit je dostupnými i ostatním není záležitostí pouhého přerozdělovacího rozhodnutí (nemá-li dojít k explozi korupce, k bankrotu pojišťovny nebo dokonce k rozvratu ekonomiky), neboť tím se nedostatek nestane dostatkem. Jejich dostupnost je dána *především tvorbou bohatství*. Okřídlené rčení „o peníze jde až na prvním místě“ platí nikoli ve smyslu *axiologickém* (axiologie = filosofie hodnot), ale ve smyslu provozním, resp. *ekonomickém*; odlišujme tedy *nejdříve* od *nejvýše*. – Tržní prostředí brání vzniku korupce, tj. parazitních pseudotržních vztahů, neboť nedostatkovost se promítne jednoduše do ceny, která činí úplatek zbytečným.

Je třeba upozornit, že nejeden lékař se ocitá ve „dvojím ohni“: vůči svým pacientům, jimž musí nedostatkové zdroje někdy odepřít, je nucen obhajovat oprávněnost svých alokačních rozhodnutí, zatímco vůči nadřízeným instancím (včetně pojišťovny) se cítí zkracován a proti jejich stejné oprávněným rozhodnutím brojí někdy s touž energií jako proti rozhodnutím problematickým. Řešení i těchto konfliktů je součástí *tvorby zdravotnické politiky státu*.

Budoucnost alokačního rozhodování

Etika alokačního rozhodování bude tématem stále naléhavějším. Je pravděpodobné, že tempo ekonomického růstu v rozvinutých zemích se bude zvolňovat (řada kritiků soudobé civilizace hovoří o nutnosti jeho aktivního omezování), což se odrazí i v celkovém objemu prostředků alokovaných do zdravotnictví. Je nutno počítat s možností rostoucí nepřímé úměry mezi důmyslem vysoce nákladných vymožeností lékařské vědy a technologie na jedné straně a jejich obecnou dostupností na straně druhé. Nezbytná hospodárnost bude vyžadovat od nejednoho pacienta *schopnost zřít se teoreticky možné, ale prakticky nedostupné nákladné léčby, případně dostupné jen omezeně a z prognostického hlediska ordinované nikoli jemu, ale někomu jinému*. Problémy alokace tedy kladou i **zvýšený nárok na pacienta a na etické založení jeho postojů**.

Informovanost pacienta o situaci

Vědomí, že existuje léčebný postup, možná účinný, ale nedostupný, může pacienta i jeho blízké těžce deprimovat. Působení takové informace je srovnatelné se sdělením diagnózy infaustní choroby s tím rozdílem, že pouhá nedostupnost postrádá fatální neodvratnost smrtelné choroby a vyvolává hlubší pocity křivdy nejen v nemocném, ale i v jeho blízkých. – **Máme pacientovi sdělit, že si přiměřenou léčbu nemůže dovolit? Nebo že mu nebude dopřána, protože někdo jiný je potřebnější?** Zajisté, už proto, že tuto skutečnost před ním nelze utajit. Informaci o infaustní prognóze své choroby se lidé často vyhýbají, zato informace o možnostech léčby usilovně vyhledávají. O problémech alokačního rozhodování v situaci nedostatku a o spravedlivém preferování jedněch oproti druhým by ostatně měli lidé vědět mnohem dříve, než onemocní.

Odkazy

Související články

*Další kapitoly z článku **PŘÍHODA, Petr.: Etika**:*

1. Místo úvodu aneb co je etika
2. Slova a jejich významy
3. Etika – morálka – právo
4. Psychologické předpoklady etického chování
5. Etika a (psycho)patologie
6. Etika a kultura
7. Zrod lékařské etiky
8. Čtvero základních principů lékařské etiky
9. Informovaný souhlas
10. Alokace

Zdroj

- PŘÍHODA, Petr. *Etika : Informovaný souhlas* [online]. [cit. 2011-12-23]. <<http://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika>>.