

# Úvod do problematiky zdravotnických systémů

Eva Křížová, 2. LF UK, Ústav lékařské etiky a humanitních základů medicíny

(pro studenty 2.LF UK vybráno z publikace

Křížová, E.: Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, Dvořák/Šebek, 1997)

## Co je zdravotnický systém a jak se utváří

Zdravotnický systém je souhrnem institucí, personálních, kulturních a ekonomických zdrojů a výzkumných aktivit, které společnost věnuje

- prevenci nemocí a podpoře zdraví
- léčbě onemocnění
- rehabilitaci a rekonvalescenci
- zabraňování předčasných úmrtí
- mírnění bolesti a utrpení, kde léčba již není možná či účinná
- a jiným problémům spjatým se zdravotním stavem populace.

Evropské země vycházejí ze zásady, že každý má právo na plný rozvoj a udržení svého zdravotního potenciálu. Právo na ochranu zdraví a zdravotní péči je vyvozeno z práva na život a svobodný rozvoj.

Základní strukturu zdravotnického systému každé vyspělé země tvoří **tři elementární subjekty** zdravotnictví. První stranou jsou nazýváni uživatelé, druhou poskytovatelé péče a instituce plátců, kteří péči financují, jsou stranou třetí. Chod zdravotnického systému je ovlivňován mnohem více vztahem poskytovatelé-plátců, než prvotním vztahem lékař - pacient, i když snaha garantovat účast veřejnosti na rozhodování o zdravotnictví je v západní Evropě značná. Ti, kdo zajišťují předplacenou péči (veřejná správa a pojišťovny), se snaží získat stále větší kontrolu nad tím, jakým způsobem je s prostředky zacházeno a k čemu slouží.

Organizace předplacené péče a vstup třetí strany mezi lékaře a nemocného je součástí všech vyspělých zdravotnických systémů, které deklarují právo občanů na zdravotní péči či zdravotní pojištění. Systém kolektivně předplacené péče se odvíjí v předem stanovených a kontrolovaných podmínkách (zákonem, vládou, profesními organizacemi, dalšími subjekty).

Uspořádání vztahu mezi poskytovateli, plátcí a pacienty se odehrává v zásadě na **dvou základních principech - tržním principu nebo vládní regulaci**. Jednotlivé země se liší v tom, kolik prostoru a v jaké sféře jednotlivým mechanismům přenechávají. V současnosti neexistuje ani jedna vyspělá průmyslová země, která by své zdravotnictví budovala výhradně na jednom principu. Země se nacházejí v určitém bodě kontinua mezi trhem a veřejnou regulací, blíže k tomu či onomu pólu.

trh	a	vládní regulace
↓		↓
konkurence, privatizace		veřejné fondy
nabídka - poptávka		zdravotní politika, zákony, směrnice, sankce
dobrovolný vztah		nucený (povinný) vztah
smluvní vztah		regulovaný vztah
zdravotní péče jako zboží		zdravotní péče jako sociální služba

## Trh

Zdravotní péče je **zbožím** a je prodávána a spotřebovávána podle pravidla **nabídka - poptávka ve svobodné směně**. Na jednoduchém trhu by její cenu nejlépe určila pluralita vzájemně soutěžících privátních ziskových poskytovatelů i financujících subjektů, ale ve složitých společnostech dneška s vyspělou

zdravotnickou technologií a nákladnou infrastrukturou se nelze vyhnout silnějšímu postavení některých poskytovatelů či producentů, kteří mají vliv jak na tvorbu poptávky, tak i nabídky a tím ovlivňují výslednou cenu. Zdravotní péči si obstarávají ti, kdo ji potřebují a současně na ni mají, eventuálně kdo se rozhodnou investovat prostředky do dobrovolně soukromě předplacené péče. Zdravotní péče je záležitostí **jedince**, jeho rozhodnutí a svobodné volby. Stát nechce do vztahu svobodných subjektů vstupovat a zasahovat.

### **zdravotní péče**

**je zbožím**

**a**

**má tržní cenu**

Pro systém, založený na principu trhu, je charakteristické, že:

- zdravotní pojištění je dobrovolné
- existuje volná konkurence poskytovatelů i plátců
- stát nekontroluje nabídku ani ceny zdravotních služeb
- lékaři jsou soukromě podnikajícími subjekty
- nemocniční péči poskytují soukromá zařízení ziskového i neziskového charakteru, eventuálně v kombinaci s veřejnými zřizovateli
- postavení stavovské lékařské organizace je mimořádně silné
- zdravotní péče je hrazena ze soukromých zdrojů, buď přímou platbou nebo soukromými zdravotními pojišťovnami komerčního zaměření
- pacient se chová více jako zákazník, více péči "nakupuje" (shopping around) a kontroluje kvalitu
- pacient má svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení i zdravotní pojišťovny

Ani jedna z vyspělých zemí nemá dnes zdravotnictví založené výhradně na tržním mechanismu. Tradičně vysoký podíl trhu je v USA a Švýcarsku. I tyto země však v současné době definují zdravotnictví jako zvláštní sféru služeb a vyčleňují ji z exkluzivního působení konkurence a živelného tržního vývoje.

### **Proč tomu tak je a jaké jsou nejvýznamnější námítky proti principu trhu ve zdravotnictví ?**

#### **Etické výhrady**

Část populace, která zdravotní péči potřebuje, ji nemůže zaplatit. A to nejen pro nedostatek prostředků, ale i z těch důvodů, že v soukromém pojištění jsou příspěvky, vypočtené pro osoby s předpokládaným vyšším čerpáním péče, neúměrně vysoké vzhledem k jejich příjmům a tedy pro ně nezaplacené. Tomuto jevu se říká negativní výběr ("adverse selection"), který vyjadřuje, že nejvíce nemocní s největší potřebou zdravotní péče si musí kupovat nejdražší pojištění, nebo zůstanou nepojištěni. Proto se mluví o skupině populace, nepojistitelné ("uninsurable") v systému soukromého zdravotního pojištění, nebo nedostatečně pojištěné ("underinsured") pouze pro velmi úzce definovaný okruh základní péče. Na druhé straně nejsnazší přístup ke zdravotnímu pojištění má skupina mladší, relativně zdravé a ekonomicky aktivní populace. V Evropě má zdravá populace jako celku politickou hodnotu **veřejného bohatství** a je chápáno jako zdroj společenského růstu země.

#### **Informační asymetrie**

Vztah mezi poskytovatelem (lékařem, zdravotnickým zařízením) a pacientem není identický se vztahem poskytovatele jiné služby a zákazníka. Lékař ovládá znalosti a dovednosti k posouzení situace nemocného, zatímco pacient se dostává do situace, kdy nemůže kvalifikovaně posoudit svůj problém. Jeho problém překračuje jeho možnosti a proto je z podstaty věci odkázán na lékaře, co se týče zhodnocení jeho zdravotních problémů a indikace diagnostických postupů a léčby. Pacient nemůže rozhodnout, zda zákroky, indikované lékařem, opravdu potřebuje a zda mají takovou hodnotu, jakou jim lékař vykalkuloval. Lékař je schopen poptávku po své službě vyvolat. S **poptávkou vyvolanou nabídkou** (supplier-induced demand) se v moderní společnosti setkáváme všude, ale rozdíl je v tom, že zdravotní potřeba se nenasytí podobně jako jiné lidské potřeby a důsledky neschopnosti koupit si léčbu mají dopad na nezávislost a životní šance. Lékař tedy do značné míry **autonomně rozhoduje** o objemu zdravotní péče a **ceně** svých služeb a pacient má velmi omezenou možnost volby. V oblastech, kde je větší koncentrace lékařů a zdravotnických zařízení na počet obyvatel, je také sledována vyšší průměrná návštěvnost lékařů, větší počet provedených výkonů, větší míra hospitalizace a celkově vyšší spotřeba zdravotnických služeb.

#### **Vysoké náklady**

Tržní zdravotnictví mají vysokou kvalitu, která se ale neprojevuje rovnoměrně na ukazatelích zdravotního stavu celé populace. Navíc jsou vždy nesmírně nákladná. Společensky neúnosné výdaje (byť se jedná i o soukromé zdroje) vznikají v důsledku vysoké konkurence, jež vede k naddimenzované inovaci a dostupnosti drahé technologie. Tlak na kvalitu a ochranu pacienta vede k vysokému množství právních sporů, jímž se lékaři snaží

zabránit provedením maximálního rozsahu diagnostických a léčebných služeb (defenzivní medicína). Tržní systémy vydávají až 20% prostředků na administrativu a kontroly. Trh není schopen zajistit ani **rovnou distribuaci zdravotnických služeb** podle potřeb populace. V některých oblastech s řídkým osídlením nebo "nevýhodnou" skladbou klientely z věkového či socioprofesionálního hlediska je péče zajištěna nedostatečně a pacient musí překonávat relativně velké geografické vzdálenosti při cestě za lékařem či nemocniční péčí. Stejně tak některé lukrativní specializace (gynekolog, chirurg, neurolog, apod.) jsou nadměrně zastoupeny, v neprospěch např. praktických lékařů a pediatrií.

V odborné literatuře najdeme závěr, že **trh a jeho působení ve zdravotnictví selhává** („market failure“) a že je nutné do systému zdravotnictví vstoupit jiným způsobem.

### Působení státu a vládní regulace

V evropském kontextu je snáze pochopitelné, že zdravotní péče je spíše veřejnou službou, kterou zajišťuje stát. V období po 2. světové válce bylo toto právo stvrzeno v Deklaraci Světové zdravotnické organizace, kde se říká, že vláda má odpovědnost za zdraví populace. Evropská sociální charta (1966) připomíná právo každého na dosažení nejméně dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví a naposledy Lublaňská charta SZO (1996) deklaruje východiska evropských zdravotnických systémů v duchu rovnosti, solidarity a důstojnosti. Listina základních práv a svobod (1991), která je součástí Ústavy České republiky, zmiňuje zákonný nárok občanů na bezplatnou zdravotní péči v rámci veřejného zdravotního pojištění za podmínek stanovených zákonem. Zdravotní péče je tak důležitou prioritou státní politiky a **věcí veřejnou**. Je to společenský úkol, který je nutno řešit v zájmu a ve prospěch občana i celku.

**Stát** si tak vyhrazuje právo vstoupit do vztahu mezi poskytovateli, plátcí a pacienty např. tím, že

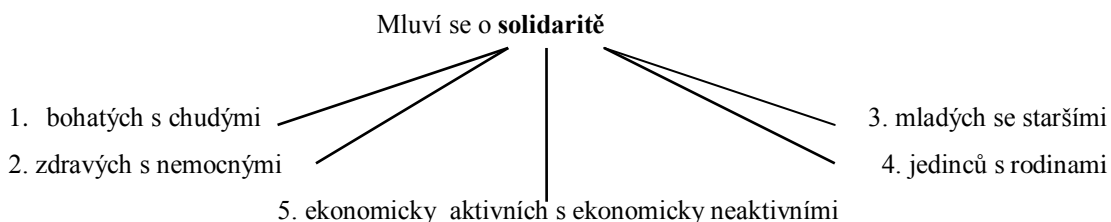
- nutí občany přispívat do povinného zdravotního pojištění
- vykonává dohled nad činností veřejných zdravotních pojišťoven
- stanoví maximální horní hranice cen zdravotnických služeb
- reguluje ceny léků a má lékovou politiku
- přispívá platbami ze státního rozpočtu
- dohlíží na síť zdravotnických zařízení
- dohlíží nad investicemi do technologického vybavení apod.
- někdy i reguluje počet studentů a absolventů lékařských fakult

**Princip sociální solidarity** vyjadřuje, že zdravotní péče se má dostat všem, kteří ji potřebují, bez ohledu na jejich platební schopnost. Prostředky na zajištění této péče jsou získávány systémem kolektivní předplacené péče a to buď **zdaňováním** populace (po 2. sv. v. ve Velké Británii, bývalých socialistických zemích, severských zemích, Irsku, Islandu, později v Itálii, Portugalsku, Španělsku a Řecku) nebo **účelovými příspěvky** povinného veřejného zdravotního pojištění ( Německo, Rakousko, Francie, Benelux, Česká republika, Švýcarsko).. Výše příspěvku roste s příjmy dotyčné osoby.

Podstatou sociální solidarity je, že

⇒ Je oddělena spotřeba zdravotní péče od schopnosti za ni zaplatit, péče je poskytována podle zdravotní potřeby, zatímco platby jsou podle finančních možností

⇒ Se přerozdělují shromážděné finanční prostředky ve prospěch sociálně slabých a nemocných jedinců.



V současné době se všechny systémy zdravotní péče v Evropě opírají o princip sociální solidarity. V Evropě se již od středověku rozvíjela vzájemná pomoc mimo rodinu v různých církevních společenstvích, ale i ve skupinách světských, organizovaných např. podle řemesla či profese, jako byly cechy a obchodní gildy. Princip sociální solidarity byl v počátcích utváření prvního systému předplacené zdravotní péče v Německu (1883) usnadněn tím, že zdravotní pojištění bylo organizováno pro jasně definovanou část populace, která byla považována za nejvíce ohroženou, a sice pro námezdní dělnictvo. Profesionální a sociální homogenita vedla ke

snadnému vědomí reciprocit a ochotě ke vzájemné pomoci. Po 2. sv. válce došlo v evropských zemích k rozšíření tohoto principu na celou populaci. To přinutilo občany velmi **diverzifikovaných příjmů, vzdělání, postavení, životních stylů a zdravotního rizika vstoupit do jednotného systému sociální solidarity**. Garantem, který je společností pověřen, aby dbal na to, že nebude docházet k zneužívání zdravotní péče, je lékař tím, že posuzuje zdravotní potřebu jedince.

Zdravotní péče není ale spotřebována výhradně na principu odborně, tj. objektivně stanovené zdravotní potřeby, nýbrž významnou roli hraje i pacient sám. Část lidí nechodí ke zdravotníkům ani s potížemi, jež by se měly léčit (hypertenze), jiní zase chodí např. s bolestmi pohybového aparátu, jsou opakovaně vyšetřeni zobrazovacími technikami, ale léčba v jejich případě zásadně závisí na jejich životním způsobu. S tím, jak se změnil obraz nemoci od akutních infekčních chorob směrem k civilizačním a chronickým nemocem, získává na větším významu problematika **životního stylu a otázka individuální odpovědnosti** při spoluutváření vlastního zdraví. Byly odhaleny mnohé souvislosti mezi životním způsobem a nemocí (např. onkologická onemocnění, kardiovaskulární onemocnění apod.) a ukázalo se, že některé chování výrazně zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Z toho důvodu se uvádí, že princip sociální solidarity zahrnuje také karikaturní rys solidarity **odpovědných s neodpovědnými**, tj. těch, kteří na své zdraví dbají, s těmi, kteří si je vlastním chováním poškozují a systém zneužívají.

Princip sociální solidarity není vyvrácen, ale je v současnosti kriticky revidován, neboť :

- složení populace v solidárním fondu je velmi **diverzifikované**
- moderní společnost je stále více individualistická, atomizovaná a prožívá hodnotovou **anomii** (rozpad společně uznávaných, závazných a respektovaných norem chování)
- a na nástupu onemocnění se zvýšenou měrou podílejí **behaviorální faktory**.

Hledání individuální odpovědnosti je sice z pohledu morálky i ekonomiky naléhavým, ale velmi nesnadným úkolem. **Nemoc je charakterizována jako stav nouze, která překračuje možnosti jedince ji řešit, je to stav, za který není nemocnému kladena přímá vina ani odpovědnost.** To je jádro definice role nemocného podle amerického sociologa Talcotta Parsonse, kterou však formuloval v 50. letech, v době, kdy převládala akutní infekční onemocnění, kratší epizody nemoci s dramatickým průběhem a obvykle úplným navrácením zdraví. Společenský konsensus je takový, že nemocný potřebuje pomoc, i když si daný stav navodil sám - krajním případem jsou sebevražedné pokusy. Nutnost zabývat se vstupy (příjmy) a výstupy (spotřebou zdravotní péče a ukazateli zdravotního stavu) a dbát o jejich vyváženost, podněcuje k úvahám, zda je či není možné revidovat princip sociální solidarity a rozdělit zdravotní péči na **solidárně zajištěnou**, která by ve svém pojetí odpovídala původnímu konceptu, a **individuálně garantovanou** podle míry individuálního rizika a individuální odpovědnosti. To však vyžaduje definici chorob, které by mohly být vyňaty ze solidární zdravotní péče. Zde se dostáváme k otázce individuální spoluodpovědnosti, eventuelně k problematice sebepoškozování, která má etický rozměr. Zahraniční studie dokládají, že objem zdravotní péče, kde můžeme hledat přímou souvislost mezi chováním a nemocí, sice existuje, ale je velmi malý a to hlavně z těchto důvodů:

- *kauzalita mezi rizikovým chováním a nemocí je pouze **pravděpodobnostní***
- *k poškozování zdraví může docházet i při vysoce **společensky ceněných** aktivitách (pracovní, sportovní výkon), ale jako zdraví nevhodné hodnotíme jen to chování, které odsuzujeme **morálně***
- *z hlediska **spravedlivého přístupu** nelze pravidlo uplatnit jen někde, kde se „to hodí“*
- *podmíněnost většiny nemocí je multifaktoriální a přechod od zdraví k nemoci má charakter **dlouhodobého nelineárního procesu** s možností různých zvrátů a neočekávaných změn*
- *kromě patogenních faktorů spolupůsobí v našem životě také faktory, podporující zdraví, tzv. **salutogenní**, ať již mají genetický, psychologický či společenský ráz (např. sociální opora) a navzájem se různě prolínají (veselý kuřák může být zdravější než úzkostný nekuřák)*
- *mnohé rizikové chování je produktem nevhodného vnějšího prostředí, výrazem ekonomické, psychické a sociální **nouze** a ne svobodné volby*
- *hledání odpovědnosti za vlastní zdraví by vedlo k nežádoucí kontrole soukromého života člověka*
- *kontrolní činnost a rozlišování pacientů podle chování by vedlo ke konfliktu v roli lékaře a jistě i k zatajování na straně pacientů*

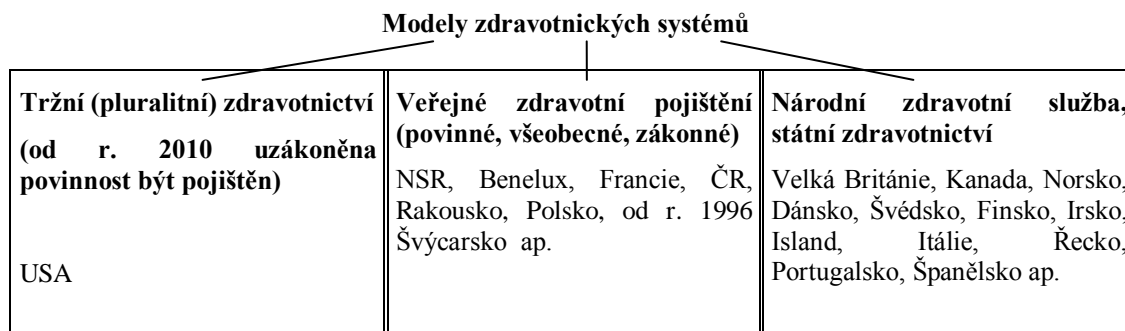
Činíme tedy závěr, že **individuální odpovědnost za zdraví nepochybně existuje, ale je velmi omezená pouze na stavy, jejichž faktory má člověk pod svou kontrolou**. Etická literatura vyjadřuje pojmem „obviňování obětí“ (victim blaming) nesouhlas se zjednodušeným hledáním rovnice mezi chováním a nemocí. Celá řada pracovních i mimopracovních úrazů je spjata s chybou v chování, neopatrností v podmínkách stresu a nedostatečnou ochranou. Přesto nám může připadat kruté a politicky neprůchodné, aby k následkům zdravotního poškození přibyla navíc finanční sankce (např. při dopravní nehodě z vlastní viny). Jako vhodnější se může jevit oddělení povinného úrazového pojištění od zdravotního a úhrada následků úrazů z jiného fondu, i když také převážně solidárního. Z **etického** hlediska se neukazuje jako vhodné finančně postihovat pacienta v případě chorob, definovaných jako sebepoškození, ani dělat jednoduchou rovnici mezi zdravotně nevhodným chováním a náklady na zdravotní péči. V dokumentu „Cíle medicíny“, který byl vypracován mezinárodní skupinou expertů zdravotní politiky a etiky, se přímo praví, že „k nepřijatelným způsobům použití lékařského poznání patří využití zdravotnických informací k nedemokratickému donucování velkých skupin lidí, aby změnili svůj „nezdravý“ způsob chování.“

Jiný pohled ale získáme, podíváme-li se na tentýž problém očima ekonomů. Z **pragmatického** pohledu se ukazuje přímo jako nezbytné přijmout určitá opatření k obnově motivace člověka na svém zdraví. Bezplatnost užívání solidárně financované péče vede totiž ke ztrátě vědomí nákladů a ke snaze vyčerpat co nejvíce péče. Tento jev bývá popisován jako "**morální hazard**". Navíc ti, kteří péče nejvíce spotřebovávají, obvykle nejméně přispívají, což společnost není ochotna tolerovat v případě rizikového chování.

Snahou zdravotní politiky vyspělých zemí je rehabilitovat úlohu jedince a individuální odpovědnosti, ne však na úkor nespravedlnosti, kontroly občanského života a nerovnosti ve zdravotní péči.

### Typologie zdravotnických systémů

Rozlišujeme tři základní modely zdravotnických systémů, které se v obecných rysech navzájem podstatně odlišují.



#### Základní modely odpovídají diferencovaně na otázky:

- ⇒ kdo garantuje občanům zdravotní péči a jaký je přístup populace ke zdravotní péči ?
- ⇒ z jakých prostředků je zdravotní péče převážně hrazena ?
- ⇒ a jaké postavení mají poskytovatelé zdravotnických služeb ?

Ani jedna z vyspělých zemí není dnes tzv. čistým typem. Vývoj svědčí o jednoznačném **procesu konvergence protikladných modelů a stále vyváženější proporcí mezi prostorem pro trh a vládní intervencí**. Hlavním důvodem vzájemného přibližování je **univerzální podobnost základního problému ve zdravotnictví**, a tím je potřeba zajistit zdravotní péči stále rostoucímu počtu potřebné populace v podmínkách omezených finančních zdrojů.

### Medicinalizace života:

Medicinalizací moderní společnosti rozumíme expanzi medicíny do mnoha oblastí sociálního života a aplikaci jejích metod a prostředků k řešení problémů, které svou povahou medicínské nejsou. Po 2. sv. v. dochází k tomu, že v důsledku pokroků medicínské poznání a rozvoje medicínské technologie je stále více jevů a procesů charakterizováno jako **nemoc** a svěřeno do odborné péče medicíny. Jsou to všechny jevy, které dříve v průběhu dlouhé historie lidstva probíhaly „přirozeně“ a které si dnes nedovedeme bez asistence vysoce sofistikované profesionální pomoci představit:

- otázky reprodukce lidského života, včetně interrupce, antikoncepce, porodnictví, asistované reprodukce, genetického poradenství a prenatální diagnostiky
- otázky sexuality a přirozených životních přechodů (klimakterium)
- otázky stárnutí, stáří a umírání
- otázky péče o handicapované
- sociálně patologické poruchy chování, jako alkoholismus, drogové závislosti, hyperkinetická porucha, porucha pozornosti, ale také např. poruchy příjmu potravy, agresivita apod.
- problematika výkonového sportu
- prevence chorob, přizpůsobování životního stylu zdravotním požadavkům, nejnověji mapování genetického kódu a odhad rizik

Nesporně pozitivním přínosem medicinalizace života je pokles úmrtnosti (zvláště novorozenecké, kojenecké, mateřské) a prodloužení střední délky života. Díky moderní medicíně žijeme pohodlnější a komfortnější život, medicína umožňuje realizovat možnosti, které příroda nedovolila (těhotenství, porod, apod.). Cena, kterou platíme, je vysoká míra společenské kontroly nad člověkem, odcizení od přirozených potřeb a neudržitelně vysoké společenské náklady.

Přelom 60. a 70. let je v západní literatuře charakterizován nástupem velmi razantního až extrémně laděného stanoviska **kritické, tzv. heretické medicíny**. V té době byla publikována celá řada odborných prací, reflektujících velmi ostře postupy moderní poválečné medicíny, založené výhradně na přírodních vědách a technologii. Byly vysloveny názory, že mnohé jevy medicínské praxe mají nezamýšlené negativní důsledky, které narušují optimistickou představu lineárního pokroku vědy a techniky a z mnoha důvodů jsou **tabuizované**, jako např. iatrogenní onemocnění. K představitelům krajně odmítavého postoje vůči moderní biomedicínské technologii patří americký filosof a teolog **Ivan Illich** se svou knihou, jejíž titul si volně můžeme přeložit jako „Pomsta medicíny: vyvlastnění zdraví“ („**Medical Nemesi: The Expropriation of Health**“, české vydání pod názvem „Limity medicíny, přeložil R. Honzák). Illich kritizuje moderní medicínu za to, že zbavuje lidi přirozené schopnosti vnímat své tělesné a zdravotní potíže, pečovat o své zdraví a vidět je v kontextu svého života a uvádí je do infantilní pasivní závislosti na odcizeném expertním vědění. Toto vědění odvádí pozornost od prostředí a plně se koncentruje na výsledný stav somaticky nahlížené nemoci. Sami nemocní přijímají koncept svého těla jako stroje a medicínu jako servis, který jej „seřídí a opraví“. Moderní člověk deleguje plně péči o zdraví profesionálním zdravotníkům, svěřuje lékařům veškeré kompetence a s důvěrou zaujímá ve vztahu k nim pozici nezasvěceného laika. Vyspělá medicína **odcizuje** člověka od jeho vlastního zdraví a nemoci a činí z nich odosobněný objektivizovaný proces, nad nímž má nemocný sám zanedbatelnou moc. Tím, že moderní medicína technologicky zvládá problém bolesti, utrpení a umírání, vytrhává tyto jevy z všedního života, zbavuje je významu a uzavírá je do umělého světa. Tak paralyzuje zdravé reakce lidí vůči přirozeným procesům, které provázely dosavadní vývoj lidstva. Tyto své výtky shrnuje Illich do pojmu „**sociální a kulturní iatrogenese**“, již moderní medicína s tichým souhlasem společnosti produkuje a jejímž důsledkem je narůstající počet lidí, kteří vyjadřují poptávku po roli pacienta. Nežádoucí dopady biomedicínskému pokroku jsou „nevyhnutelným trestem za pokus člověka nebýt člověkem, ale hrdinou, který si ve snaze potlačit utrpení a smrt přisvojuje božské atributy.“

Mnohé názory I. Illicha nám mohou připadat nepříjemně provokativní a poplatné myšlenkovým schématům konce 60. let, kdy kritika moderní medicíny vyplývala z kritiky amerického „establishmentu“ a konzumní společnosti- společenského uspořádání, vzdáleného přirozeným lidským potřebám a přáním. Nicméně, pohlédneme-li na procesy, rozvíjející se v posledních 30 letech, vidíme, že kritické postoje ovlivnily myšlení odborníků pravděpodobně více, než by byli ochotni sami připustit. Nově formulovaná východiska **prevence a podpory zdraví, rehabilitace individua a vlastní odpovědnosti za zdraví, podpora primární péče, aktivizace pacienta, oživený zájem o možnosti laické péče, samomedikace, samoléčby a alternativní léčby a mohutné hnutí svépomocných skupin** nejlépe dokladují dalekosáhlý význam podnětů, které taková díla přinášejí.